



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ

про результати реалізації
заходів з подолання
туберкульозу в Україні
у 2025 році



ЕПІДНАГЛЯД
ТА МОНІТОРИНГ



ДІАГНОСТИКА
ТА ЛАБОРАТОРНА
МЕРЕЖА



ПІДТРИМКА ЛЮДЕЙ
ТА ПОСЛУГИ



ПАРТНЕРСТВО
ТА КООРДИНАЦІЯ



АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА
РЕЗУЛЬТАТІВ

ЗМІСТ

ВСТУП

СКОРОЧЕННЯ І ВИЗНАЧЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ

РОЗДІЛ I. УКРАЇНА У ГЛОБАЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ ПОДОЛАННЯ ТБ

РОЗДІЛ II. ТБ В УКРАЇНІ: ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ТА КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

РОЗДІЛ III. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА СИСТЕМА ПОДОЛАННЯ ТБ

РОЗДІЛ IV. РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У 2025 РОЦІ

РОЗДІЛ V. МІЖНАРОДНА СПІВПРАЦЯ ТА ПАРТНЕРСЬКА ПІДТРИМКА У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ ТБ

РОЗДІЛ VI. ДОСЯГНЕННЯ КЛЮЧОВИХ ІНДИКАТОРІВ У 2025 РОЦІ: ПРОФІЛАКТИКА, ВИЯВЛЕННЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ТБ

РОЗДІЛ VII. ОЦІНКА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМНИХ ЗАХОДІВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

РОЗДІЛ VIII. СПРОМОЖНІСТЬ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

РОЗДІЛ IX. КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ТА РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНОЇ СПРОМОЖНОСТІ

РОЗДІЛ X. РОЛЬ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД У ПОДОЛАННІ ТБ

РОЗДІЛ XI. РОЛЬ НАУКИ У ПОДОЛАННІ ТБ

РОЗДІЛ XII. РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА У ПОДОЛАННІ ТБ

РОЗДІЛ XIII. КОМУНІКАЦІЙНИЙ КОМПОНЕНТ НАЦІОНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ НА ТБ

РОЗДІЛ XIV. СТІЙКІСТЬ СИСТЕМИ ПРОТИДІЇ ТБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

РОЗДІЛ XV. НАЙКРАЩІ ПРАКТИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ТБ

РОЗДІЛ XVI. ВИКЛИКИ ТА ПРІОРИТЕТИ

ВСТУП

П'ятий рік поспіль Україна функціонує в умовах повномасштабної збройної агресії РФ. Попри тривалі безпекові, інфраструктурні та кадрові виклики, система охорони здоров'я зберігає стійкість і продовжує реалізацію реформ, зокрема у сфері подолання туберкульозу. Державна політика послідовно орієнтована на сучасні, людиноорієнтовані підходи до профілактики, діагностики та лікування ТБ, що формує основу для подальшої трансформації системи протитуберкульозної допомоги.

Система протитуберкульозної допомоги продовжує функціонувати під впливом значних викликів, зумовлених наслідками війни. Руйнування та пошкодження медичної інфраструктури, кадрові втрати, перебої логістики та безпекові ризики залишаються суттєвими факторами навантаження. Водночас забезпечується безперервність надання послуг з профілактики, виявлення та лікування туберкульозу, а також доступність допомоги для всіх, хто її потребує, включно з населення прифронтових територій.

У 2025 році продовжено застосування сучасних підходів до раннього виявлення та лікування туберкульозу, зокрема із використанням рекомендованих ВООЗ швидких молекулярно-генетичних методів діагностики, коротких режимів лікування та амбулаторних моделей допомоги, орієнтованих на потреби людини. У цьому ж році проведено комплексний огляд Національної програми з протидії туберкульозу експертами ВООЗ, який підтвердив належний рівень якості та доступності послуг в умовах повномасштабної війни.

Україна зберігає досягнуті цільові показники Європейського регіону ВООЗ за ключовими напрямками подолання туберкульозу, зокрема щодо охоплення швидкими діагностичними тестами, тестування на лікарську стійкість, систематичного скринінгу контактних осіб, тестування на ВІЛ та забезпечення антиретровірусної терапії для людей із поєднаною патологією ТБ/ВІЛ.

Реалізація державної політики у сфері подолання туберкульозу забезпечується на рівні Уряду України та Міністерства охорони здоров'я України у взаємодії з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Операційна координація охоплює формування та оновлення стратегічних і програмних підходів, розробку керівних принципів і політик, а також підтримку їх впровадження на національному та регіональному рівнях. Окрему увагу приділено взаємодії із зацікавленими сторонами, залученню партнерів і громад та моніторингу реалізації програмних заходів.

Цей Національний звіт відображає основні результати роботи у сфері протидії туберкульозу в Україні у 2025 році, ключові тенденції епідемічної ситуації, досягнення, виклики та пріоритети подальшого розвитку системи.

Висловлюємо вдячність фахівцям системи охорони здоров'я, медичним працівникам, представникам громад, неурядових організацій, пацієнтських спільнот, міжнародним партнерам та всім, хто забезпечує реалізацію заходів з подолання туберкульозу в Україні в умовах воєнного стану.

Спільними зусиллями зберігається стійкість системи, впроваджуються зміни та підтримуються люди, які потребують допомоги.



ІГОР КУЗІН

Заступник міністра охорони здоров'я — головний державний санітарний лікар України

«Для мене «Україна без туберкульозу» — це передусім стан, у якому держава може відповідально та відкрито гарантувати громадянам належний рівень захисту від цього захворювання, а система охорони здоров'я є спроможною ефективно запобігати його поширенню.

Йдеться не про повне зникнення туберкульозу, а про досягнення рівня контролю, за якого захворюваність відповідає показникам європейських країн, а люди своєчасно отримують діагноз, розпочинають ефективне лікування та перебувають під комплексним доглядом і забезпечені соціальною підтримкою.

У цьому розумінні це вже не лише питання медичних показників — це питання спроможності держави виконувати свої базові функції у сфері громадського здоров'я, забезпечувати системну профілактику, раннє виявлення та безперервність лікування, а також нести повну відповідальність за результат перед громадянами.

Важливою основою для системних змін є законодавча база. Зокрема, Закон України про подолання туберкульозу визначає зобов'язання держави щодо протидії захворюванню та закладає міжсекторальний підхід — із залученням не лише системи охорони здоров'я, а й соціального захисту, освіти, пенітенціарної системи та інших сфер.

Тож для мене це насамперед про відповідальність Уряду перед громадянами і про довіру до державної системи. »

СКОРОЧЕННЯ І ВИЗНАЧЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ

M. tuberculosis	мікобактерія ТБ (Mycobacterium tuberculosis)
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
Групи підвищеного ризику розвитку ТБ	будь-які групи людей, серед яких поширеність або захворюваність на ТБ значно вища, ніж серед загального населення
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
Контактна особа, контактний	будь-яка особа, що контактувала з індексним випадком/пацієнтом
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛС-ТБ	лікарсько-стійкий ТБ
ТБ-інфекція (ЛТБІ)	(латентна) туберкульозна інфекція, стан стійкої імунної відповіді на антигени МБТ, не пов'язаний з вакцинацією БЦЖ, за відсутності будь-яких клінічних проявів захворювання на ТБ (синоніми — туберкульозна інфекція, ТБ-інфекція)
Людино-орієнтована медична допомога (людино-орієнтований підхід)	медична допомога, під час надання якої поважають і враховують вибір, потреби і цінності пацієнта, заохочують інформоване, спільне прийняття рішень і самовизначення пацієнта, а також гарантують, що цінності пацієнта враховані лікарем під час прийняття клінічних рішень. Цей підхід має давати змогу пацієнтам знати й використовувати свої права та виконувати свої обов'язки щодо лікування
МЛС/Риф-ТБ	ТБ із множинною лікарською стійкістю/рифампіцин-резистентний ТБ
МЛС-ТБ	ТБ із множинною лікарською стійкістю — стійкість як мінімум до ізоніазиду і рифампіцину
НУО	неурядова організація
Операційні дослідження	прикладні дослідження, спрямовані на створення доказової бази фактичних даних, яку використовуватимуть для ефективного, послідовного і надійного впровадження заходів у системі охорони здоров'я з метою покращення здоров'я або результатів лікування пацієнтів. Такі дослідження спрямовані на усунення інформаційних прогалин стосовно наявних практик лікування та їхньої ефективності, що дає змогу досягти найбільших успіхів у боротьбі з хворобами та підвищити ефективність програм громадського здоров'я

Підтримка лікування	підхід, спрямований на підтримку пацієнтів, які приймають призначені дози АМБП, з метою формування у них прихильності до лікування та підвищення його ефективності. Підтримку лікування слід надавати в контексті людиноорієнтованої медичної допомоги
ПЛ ТБ	профілактичне лікування від ТБ — лікування, яке пропонують особам із ризиком можливого розвитку захворювання на ТБ з метою зменшення цього ризику
Пре-ШЛС-ТБ	ТБ із пре-широкою лікарською стійкістю — стійкість до будь-якого фторхінолону (левофлоксацину і/чи моксифлоксацину) у доповнення до множинної лікарської стійкості або рифампіцин-резистентного ТБ
Прихильність лікування	ступінь, у якому поведінка людини (наприклад, прийом ліків, дотримання певної дієти, зміна способу життя) відповідає лікарським призначенням та рекомендаціям
ПТП	Протитуберкульозні препарати
Риф-ТБ	рифампіцин-резистентний ТБ
Систематичний скринінг на ТБ	систематичне виявлення людей, схильних до ризику захворювання на ТБ, у заздалегідь визначеній групі ризику з використанням тестів, обстежень або інших процедур, які можуть бути оперативно застосовані
ТБ	захворювання, спричинене <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . Характеризується ознаками та/чи симптомами захворювання на ТБ і відрізняється від ЛТБІ, яка не супроводжується ознаками або симптомами ТБ. У контексті цього Стандарту може бути позначений як «активний ТБ», «активна форма ТБ» або «захворювання на ТБ», щоб розрізнити ТБ та ЛТБІ
ТМЧ	тест медикаментозної чутливості
РФПЦ	регіональний фтизіопульмонологічний центр
ЧТБ	ТБ із збереженою чутливістю до антимікобактеріальних препаратів
ШЛС-ТБ	ТБ із широкою лікарською стійкістю — стійкість до будь-якого фторхінолону та щонайменше до одного з додаткових препаратів групи А (бедаквіліну та/чи лінезоліду) у доповнення до множинної лікарської стійкості або рифампіцин-резистентного ТБ

РОЗДІЛ І. УКРАЇНА У ГЛОБАЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ ПОДОЛАННЯ ТБ

ТБ є захворюванням, яке можна попередити і яке зазвичай піддається лікуванню.

Водночас щороку понад 10 млн людей продовжують хворіти на ТБ, а понад 1 млн помирають від цього, що робить її провідною причиною смертності від одного інфекційного агенту у світі та однією з 10 основних причин смертності у світі. Необхідно вжити термінових заходів, щоб покласти край глобальній епідемії ТБ до 2030 року, що є метою, яку прийняли всі держави-члени Організації Об'єднаних Націй (ООН) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Деякі країни вже зменшили тягар захворюваності на ТБ до менше ніж 10 випадків і менше ніж 1 смертельного випадку на 100 000 нас на рік. Для швидкого зменшення щорічної кількості випадків захворювання та смертності у світі до рівня, якого вже досягли ці країни з низьким тягарем захворюваності, необхідні прориви в наукових дослідженнях (напр. нова вакцина). Для людей з давно встановленою інфекцією емпіричні дані вказують на щорічний ризик приблизно 10–20 на 100 000 осіб.

За даними звіту Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, у 2024 році в Європейському регіоні ВООЗ на туберкульоз захворіли 204 000 осіб або 22 випадки на 100 000 населення. Сукупне зниження захворюваності на ТБ у період з 2015 по 2024 рік становило 39%, що є нижчим за цільовий показник скорочення захворюваності до 50% до 2025 року, встановлений Стратегією ВООЗ з подолання ТБ.

В останні роки політична налаштованість на подолання епідемії ТБ посилилася. Політична декларація, прийнята на засіданні 2023 року, підтвердила існуючі зобов'язання та цілі, встановлені в Цілях сталого розвитку ООН та Стратегії ВООЗ щодо ліквідації ТБ, а також включила нові зобов'язання та цілі на період 2023–2030 років.

На рис. 1.1 представлено актуальний статус прогресу глобальних цілей у боротьбі з ТБ.



Статус прогресу глобальних цілей у боротьбі з ТБ.

На рис. 1.2 представлено Цілі сталого розвитку ООН та їх стан виконання станом на кінець 2024 року.



Стан виконання цілей сталого розвитку ООН у боротьбі з ТБ.

За даними звіту Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, у Європейському регіоні ВООЗ зберігається прогрес у досягненні регіональних і глобальних цільових показників, визначених у Стратегії ВООЗ з ліквідації ТБ, однак темпи цього прогресу залишаються недостатніми. Незважаючи на суттєве зниження показників захворюваності та смертності від туберкульозу, яке спостерігається з 2015 року, темпи цього зниження не дають змоги досягти контрольних показників Стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу, особливо щодо скорочення смертності. Це свідчить про те, що за збереження нинішнього рівня зусиль досягнення встановлених цілей до 2030 року є малоймовірним.

Серед пріоритетних напрямів залишаються активізація профілактичних заходів і раннього виявлення туберкульозу, масштабування ефективних підходів до ведення людей із лікарсько-стійкими формами захворювання, усунення прогалин у наданні допомоги особам із поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ, зокрема шляхом підвищення охоплення антиретровірусною терапією, а також покращення результатів лікування. Водночас без зміцнення політичної підтримки, забезпечення сталого фінансування та цільових інвестицій у протитуберкульозні програми досягнення контрольних показників, визначених ВООЗ на 2025 рік, залишається малоймовірним.

Попри повномасштабну війну, значні системні навантаження та демографічну невизначеність, Україна продовжує демонструвати важливий прогрес у протидії туберкульозу. На рис. 1.3 представлено статус прогресу глобальних цілей з подолання ТБ України у порівнянні зі світом та Європою.



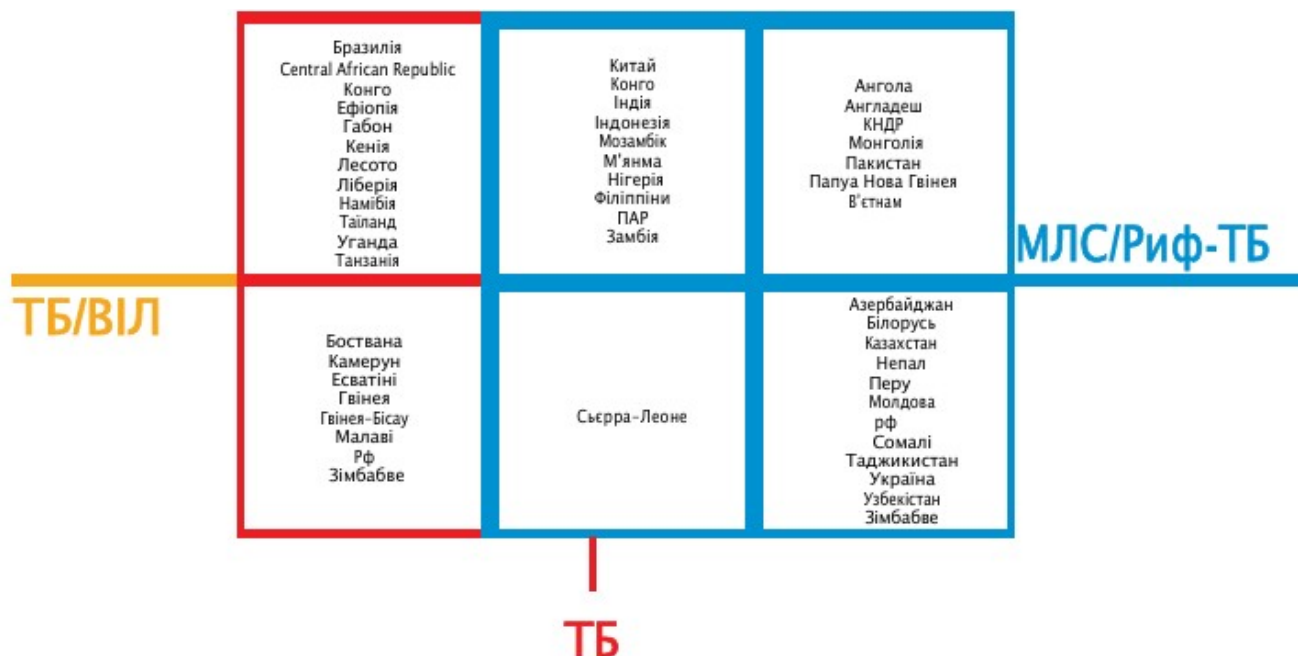
Глобальні етапи та цілі у боротьби з ТБ: останній прогрес України у порівнянні зі світом

Припинення глобальної епідемії ТБ все ще залишається віддаленою метою, але є і кілька позитивних тенденцій.

У 2024 році кількість людей, які захворіли на ТБ, вперше з 2020 року зменшилася після 3 років зростання (2021–2023) через пов'язані з COVID перебої в діагностиці та лікуванні ТБ. Загальна кількість в 10,7 млн у 2024 році була незначним (1%) зниженням порівняно з 10,8 млн у 2023 році. Цей показник залишався вищим за рівень 10,3 млн (95% UI: 9,6–11,0 млн) у 2020 році.

У контексті триваючої війни проти України стає очевидним, що воєнні конфлікти ініціюють цілу низку ланцюгових реакцій, які мають глибокий вплив на країну. Це призводить до серйозних проблем у сферах енергетичної та продовольчої безпеки, економіки та соціальної сфери, що, у свою чергу, суттєво впливає на здоров'я населення як в Україні, так і на глобальному рівні.

У своєму звіті ВООЗ ділить країни на три умовні категорії: з високим тягарем ТБ; з високим тягарем ТБ і ВІЛ; з високим тягарем ЛС-ТБ. У звіті 2025 року **Україна** все ще входить до списку 30 країн з високим тягарем ЛС-ТБ. Також у звіті ВООЗ країни класифікуються за оціночним рівнем захворюваності на ТБ (кількість нових випадків на 100 тис. населення) у 2024 році. Відповідні категорії були визначені в межах затвердження глобальних списків ВООЗ щодо країн із високим та середнім рівнем захворюваності на ТБ на 2021–2025 роки.



Три глобальні списки країн з високим рівнем захворюваності на ТБ, ВІЛ/ТБ та МЛС/Риф-ТБ, 2021–2025р.

Джерело: Глобальний звіт про ТБ 2025

Слід зазначити, що Україна, порівняно з 2015 роком, покращила свої показники, перейшовши з категорії ендемічного рівня захворюваності (100–299 випадків на 100 тис. нас.) до категорії верхньо-середнього рівня захворюваності (50–99 випадків на 100 тис. нас.).

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ РЕГІОН (n=18)

Категорія захворюваності на ТБ у 2015 та 2024 роках



Країна та територія	Категорія захворюваності у 2015 році	Категорія захворюваності у 2024 році
1 Грузія	Ендемічний рівень	Низько-середній рівень
2 Республіка Молдова	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
3 Таджикистан	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
4 Україна	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
5 Вірменія	Верхньо-середній рівень	Низько-середній рівень
6 Білорусь	Верхньо-середній рівень	Низько-середній рівень
7 Казахстан	Верхньо-середній рівень	Низько-середній рівень
8 Латвія	Верхньо-середній рівень	Низько-середній рівень
9 Литва	Верхньо-середній рівень	Низько-середній рівень
10 рф	Верхньо-середній рівень	Низько-середній рівень
11 Туркменістан	Верхньо-середній рівень	Низько-середній рівень
12 Хорватія	Низько-середній рівень	Низький рівень
13 Естонія	Низько-середній рівень	Низький рівень
14 Угорщина	Низько-середній рівень	Низький рівень
15 Сербія	Низько-середній рівень	Низький рівень
16 Іспанія	Низько-середній рівень	Низький рівень
17 Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії	Низько-середній рівень	Низький рівень
18 Мальта	Низький рівень	Низько-середній рівень

Категорії захворюваності

Ендемічний рівень Верхньо-середній рівень Низько-середній рівень Низький рівень

Класифікація рівнів захворюваності на ТБ відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Країни, що змінили категорію захворюваності між 2015 та 2024 роками

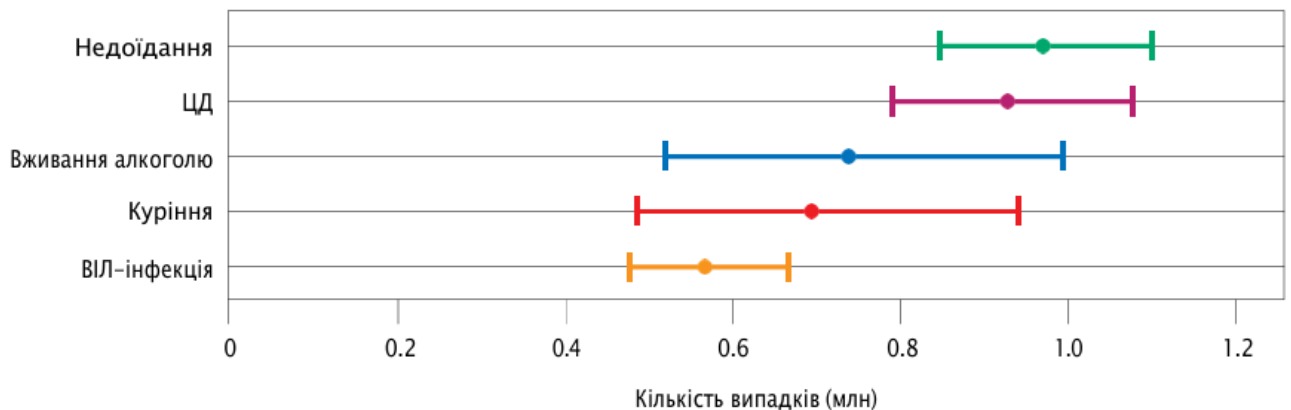
Джерело: Глобальний звіт про туберкульоз 2025

Досягнення глобальних цілей зі зниження тягаря туберкульозу потребує багатосекторальних дій, спрямованих на пом'якшення або усунення бар'єрів у доступі до основних послуг з ТБ та на подолання соціальних детермінант, які впливають на передачу ТБ та сприйнятливість до розвитку хвороби.

За даними ВООЗ, багато нових випадків ТБ пов'язано з 5-ма факторами ризику:

- недоїданням
- цукровим діабетом

- розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю
- курінням (особливо серед чоловіків)
- ВІЛ-інфекцією
-



Глобальна оцінка кількості людей із новим епізодом ТБ, що пов'язані з 5-ма факторами ризику, 2024 рік

Джерело: Глобальний звіт про ТБ 2025

Глобальний звіт про ТБ ВООЗ за 2025 рік свідчить, що подальший прогрес у подоланні туберкульозу можливий лише за умови системного зміцнення медичних послуг, стабільного фінансування та розвитку міжсекторальної співпраці. Особливої уваги потребує забезпечення безперервної підтримки людей з туберкульозом, зокрема в умовах воєнних викликів.

Досягнення поставлених цілей - зменшення захворюваності та смертності - залежить від узгоджених дій держави, громадянського суспільства та міжнародних партнерів.

Лише об'єднавши зусилля та зберігаючи політичну й фінансову сталість, можливо наблизитися до глобальної мети - **СВІТУ, ВІЛЬНОГО ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ.**

РОЗДІЛ II. ТБ В УКРАЇНІ: ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ТА ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Ефективність протитуберкульозних заходів значною мірою залежить від системного та своєчасного аналізу епідеміологічних показників, а також їх всебічної оцінки в динаміці. Комплексний моніторинг епідемічного процесу є невід’ємною складовою функціонування системи громадського здоров’я та забезпечує об’єктивне відображення ситуації щодо ТБ, визначення основних тенденцій його поширення, а також оцінку результативності впроваджуваних заходів.

Показник захворюваності на ТБ (нові епізоди) у розрахунку на 100 тис. населення у 2021 році становив 44,0, у 2022 році — 45,1, а у 2023 році зріс до 48,4 на 100 тис. населення. Починаючи з 2024 року спостерігається тенденція до зниження захворюваності: показник зменшився до 44,2 на 100 тис. населення, а у 2025 році — до 38,0 на 100 тис. населення.

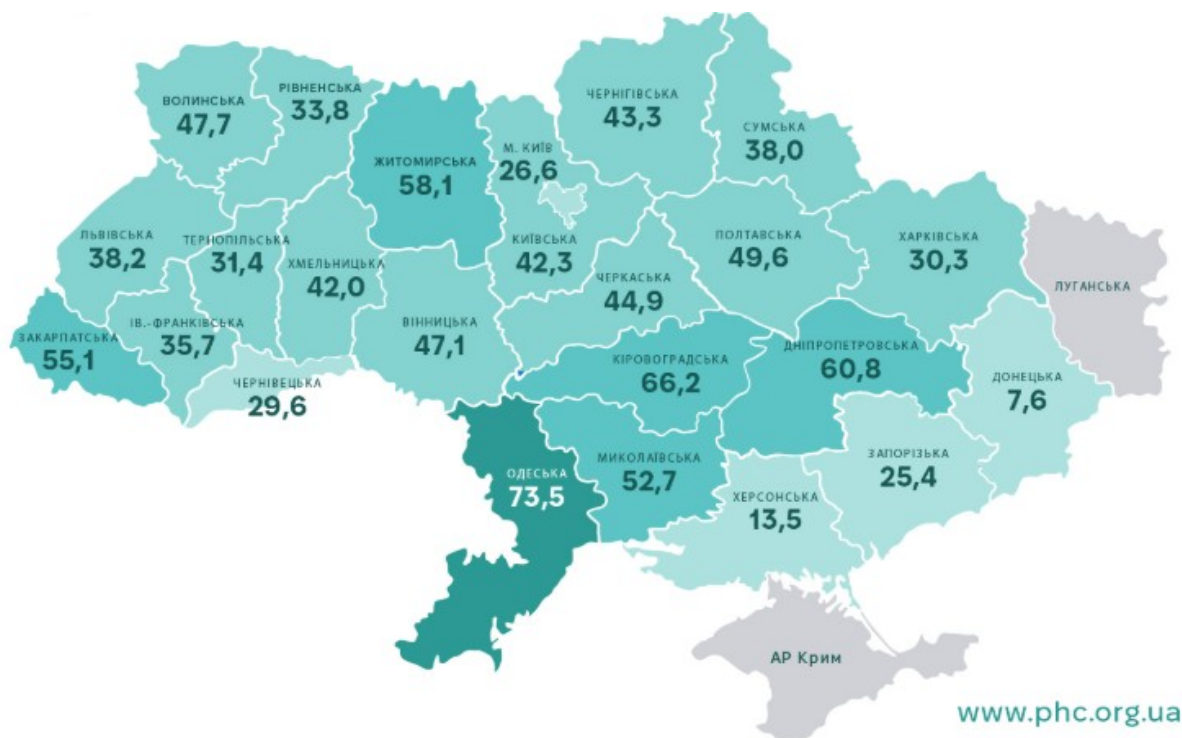
Темпи зміни показника підтверджують зазначену тенденцію:

- у 2021 році — зростання на 4,3%;
- у 2022 році — зростання на 2,5%;
- у 2023 році — найбільше зростання на 7,3%;
- у 2024 році — зниження на 8,7%;
- у 2025 році — суттєве зниження на 14%.

Таким чином, у 2025 році в Україні зафіксовано найбільш виражене зниження захворюваності на ТБ за останні роки. Водночас отримані дані потребують подальшого аналізу з урахуванням демографічних змін, міграційних процесів, впливу воєнних дій на доступність медичної допомоги та можливого недовиявлення випадків ТБ в окремих регіонах.



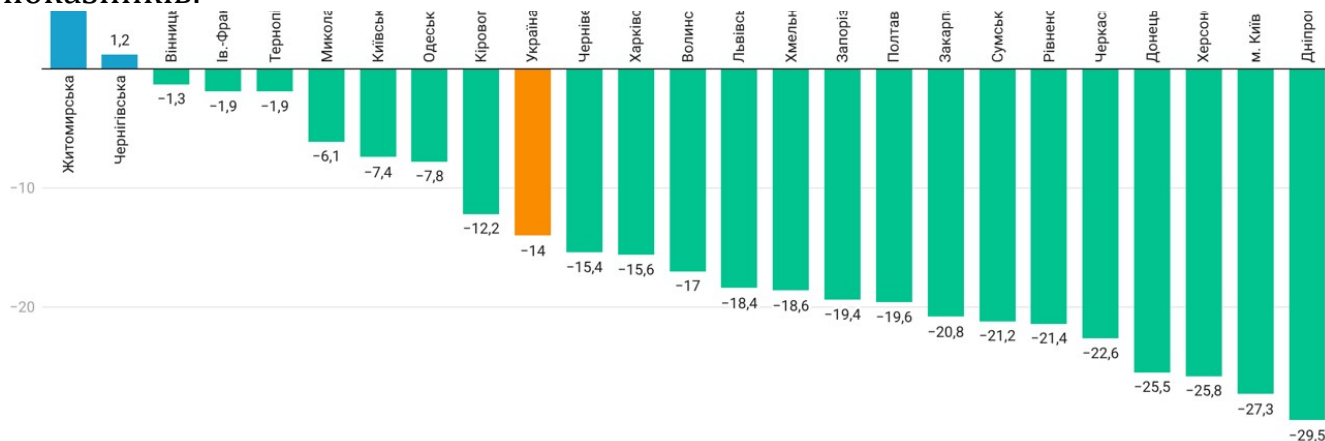
Динаміка захворюваності на ТБ (нові епізоди) за період 2021–2025 рр., (на 100 тис. нас. та % приросту)



Захворюваність на ТБ (нові епізоди) в розрізі регіонів, 2025 рік (на 100 тис. населення)

Загалом по Україні зареєстровано зниження захворюваності на ТБ на 14,0%, що свідчить про загальнонаціональну тенденцію до зменшення кількості нових випадків захворювання.

Водночас регіональний аналіз демонструє суттєву варіабельність показників.



Приріст показника захворюваності на ТБ (нові епізоди) у 2025 році у порівнянні з 2024 роком.

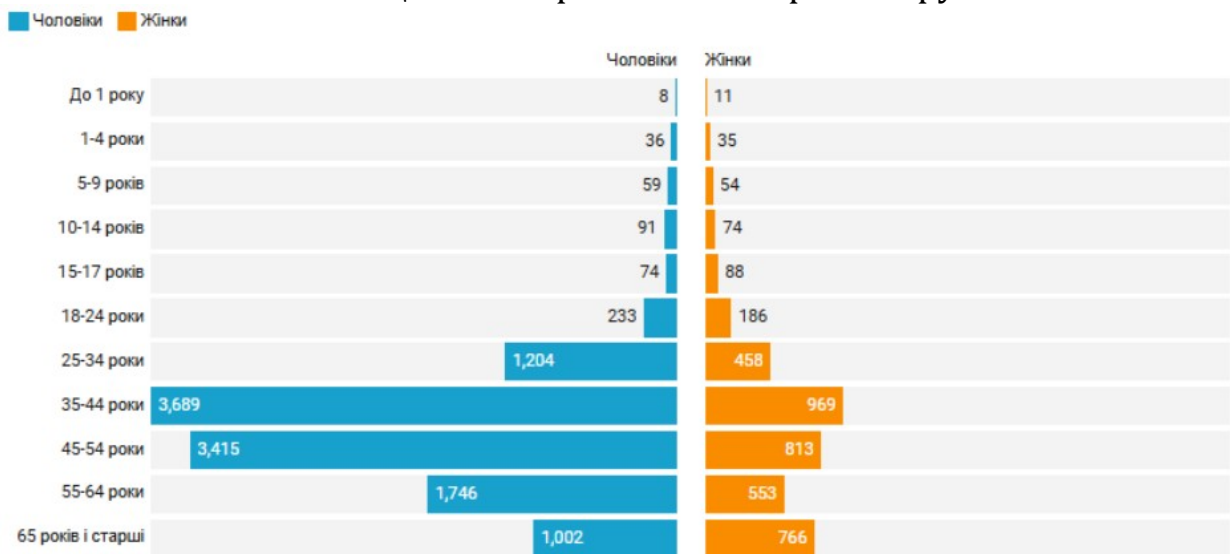
Аналіз демографічної структури захворюваності свідчить, що туберкульоз переважно вражає осіб працездатного віку, особливо чоловіків.

У структурі нових епізодів ТБ домінують чоловіки - найбільша кількість випадків зареєстрована у вікових групах 35–44 роки (3689 випадків) та 45–54 роки (3415 випадків). Серед жінок найвищі показники

також спостерігаються у працездатному віці: 35–44 роки - 969 випадків та 45–54 роки - 813 випадків.

Загалом найбільший тягар ТБ припадає на населення віком 25–64 роки, тобто на найбільш економічно активну частину населення. Це свідчить про значний соціально-економічний вплив туберкульозу, оскільки захворювання призводить до тимчасової або тривалої втрати працездатності, зниження продуктивності праці, погіршення якості життя та додаткового навантаження на систему охорони здоров'я.

Чоловіки хворіють на ТБ суттєво частіше, ніж жінки, практично в усіх вікових групах. Така тенденція може бути пов'язана з вищою поширеністю факторів ризику серед чоловіків, зокрема тютюнопаління, вживання алкоголю, супутніх захворювань, пізнішого звернення за медичною допомогою та більшої соціальної вразливості окремих груп населення.



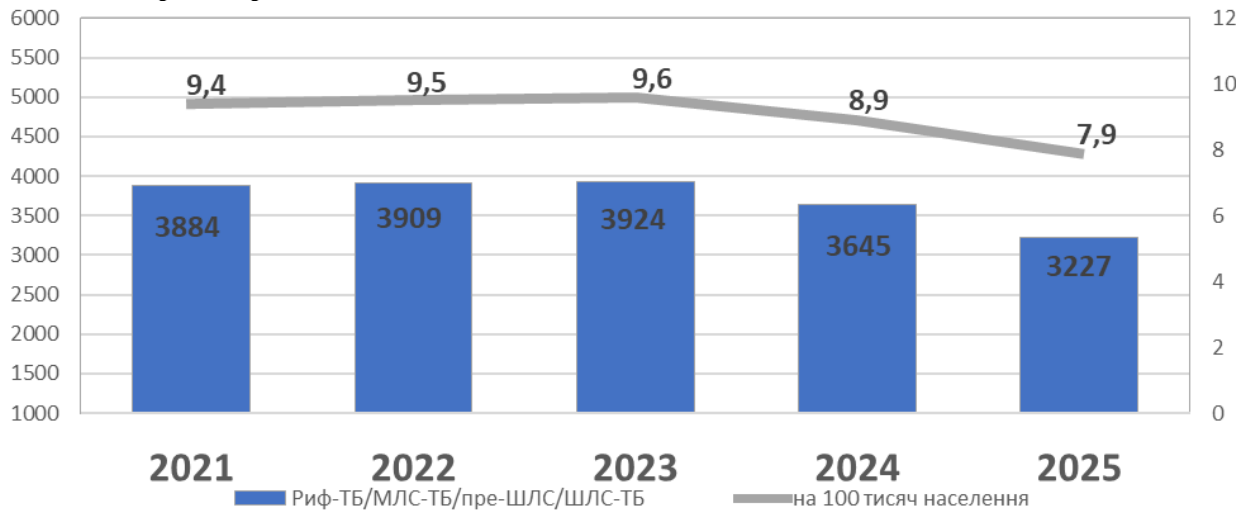
Показник захворюваності ТБ (нові епізоди) в Україні з розподілом за віком і статтю, 2025 р.

Серед дітей та підлітків кількість випадків ТБ залишається значно нижчою порівняно з дорослим населенням. У 2025 році серед дітей віком 0–14 років зареєстровано 368 нових випадків ТБ, що є найнижчим показником за останні п'ять років. Порівняно з 2024 роком кількість нових випадків серед дітей зменшилась на 20,7%.

Зниження кількості випадків ТБ серед дітей у 2025 році може бути пов'язане з посиленням заходів щодо активного виявлення контактних осіб, розширенням профілактичного лікування ТБ, покращенням діагностичних підходів та підвищенням ефективності протитуберкульозних заходів. Водночас інтерпретація показників потребує врахування впливу демографічних змін, міграційних процесів та наслідків воєнних дій на доступність медичних послуг і виявлення випадків захворювання.

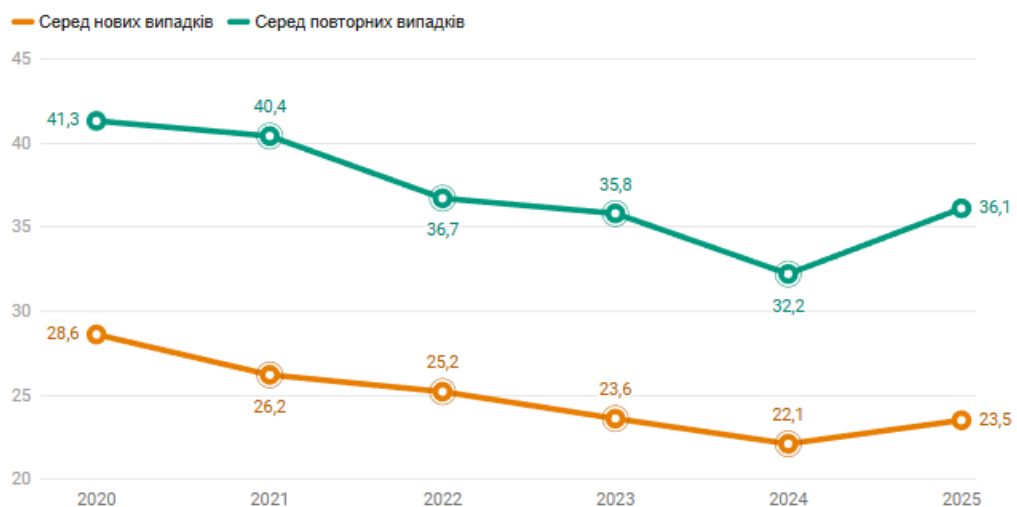
У 2025 році в Україні зареєстровано 3227 випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС/ШЛС-ТБ, що є найнижчим показником за останні п'ять років. Порівняно з 2024 роком кількість таких випадків зменшилась на 11,5. Протягом 2021–2023 років абсолютна кількість

випадків залишалась відносно стабільною - від 3884 до 3924 випадків щорічно. Починаючи з 2024 року, спостерігається тенденція до зниження кількості зареєстрованих випадків ЛС-ТБ.



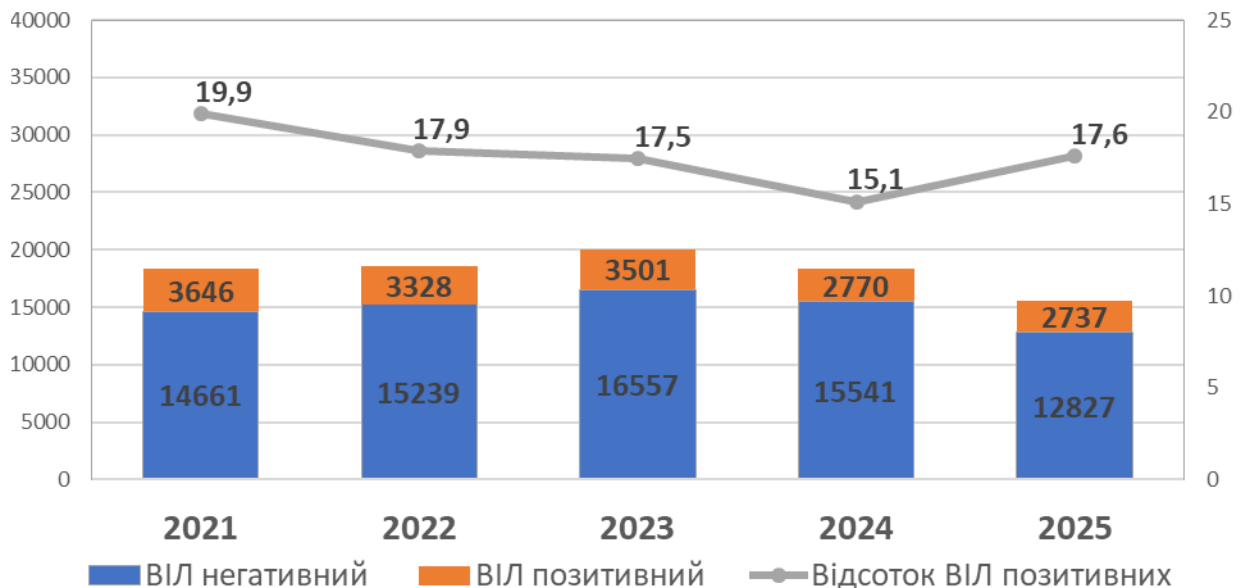
Динаміка захворюваності на Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС/ШЛС-ТБ (абсолютна кількість та на 100 000 населення)

Рівень поширеності Риф-ТБ в Україні залишається високим, особливо серед повторних випадків. Серед нових випадків показник зменшився з 28,6% у 2020 році до 22,1% у 2024 році, однак у 2025 році відмічено незначне зростання — до 23,5%. Аналогічна тенденція спостерігалася серед повторних випадків: частка Риф-ТБ знизилась з 41,3% у 2020 році до 32,2% у 2024 році, проте у 2025 році знову зросла до 36



Частка рифампіцину стійкого ТБ серед нових та повторних випадків ТБ у період з 2021 по 2025 рр.

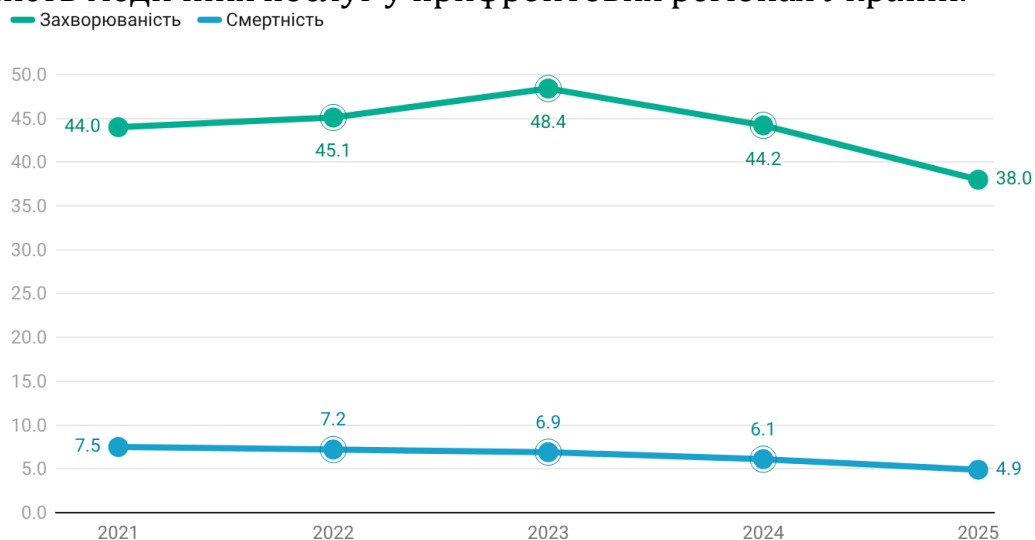
У 2021–2025 роках абсолютна кількість випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ зменшилась з 3646 до 2737 випадків. Водночас після зниження частки нових епізодів ТБ серед осіб з ВІЛ у 2024 році, у 2025 році відмічається її повторне зростання - до рівня, характерного для 2022–2023 років.



Динаміка захворюваності ко-інфекції ТБ/ВІЛ (абсолютна кількість та на 100 000 нас.), 2021-2025

У 2025 році в Україні зареєстровано 2 024 випадки смерті від ТБ, що на 19,6% менше порівняно з 2024 роком (2 516 випадків). Протягом останніх 5-и років спостерігається тенденція до зниження абсолютної кількості померлих від ТБ: з 2 873 випадків у 2021 році до 2 024 випадків у 2025 році. Загальне зниження за зазначений період склало 29,6%.

Позитивна динаміка щодо зниження смертності може бути пов'язана із покращенням доступу до діагностики та лікування ТБ, розширенням використання сучасних схем лікування та підвищенням ефективності медичного супроводу пацієнтів. Водночас на показники смертності продовжують впливати наслідки воєнних дій, переміщення населення, доступність медичних послуг у прифронтових регіонах України.



Динаміка смертності ТБ (на 100 000 нас.), 2021-2025р.

РОЗДІЛ III. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА СИСТЕМА ПРОТИДІЇ ТБ

Попри всі виклики, Україна демонструє непохитну рішучість у подоланні туберкульозу. Ухвалення ключових стратегічних документів не лише підтверджує пріоритетність цього питання для держави, а й свідчить про прагнення до системних змін у сфері громадського здоров'я. Незважаючи на складні умови, спричинені війною, Україна ставить перед собою амбітні цілі, які узгоджуються як із положеннями Політичної декларації ООН, так і з поточним прогресом у боротьбі з туберкульозом на національному рівні.

Державна політика України була концептуально змінена з «протидії» на «подолання» туберкульозу, що відповідає глобальним цілям ВООЗ у основному профільному Законі України № 3269-IX «Про подолання туберкульозу в Україні», який діє з лютого 2024 р.).

Україна адаптувала глобальні цілі ВООЗ до національного рівня у своїй “Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року” (розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р) — визначає довгострокові цілі та індикатори.

Національний план передбачає зменшення захворюваності (порівняно з 2015 р.) на 75% до 2025 року та на 80% до 2030 року; цільові показники зменшення смертності (порівняно з 2015 р.) встановлені на рівні 80% до 2025 року та 90% до 2030 року.

Стратегія ВООЗ визначає ціль: 0% домогосподарств, що стикаються з катастрофічними витратами (понад 20% річного доходу) через ТБ. В Україні ця мета інтегрована через розвиток загального охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ) та безоплатність послуг у межах Програми медичних гарантій. Для оцінки прогресу на 2026 рік заплановано проведення національного дослідження рівня катастрофічних витрат пацієнтів.

Операційний план з її реалізації у 2024–2026 роках (Розпорядження КМУ № 564-р від 18.06.2024) — містить конкретні заходи та щорічні індикатори.

Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024–2026 роки (Розпорядження КМУ № 726-р від 02.08.2024) — фокусується на людиноцентрованій моделі та інтеграції з ПМД.



"Ці нормативні документи спрямовані на вдосконалення медичної допомоги та поліпшення доступу людей, які хворіють на ТБ, до якісних, сучасних, людиноорієнтованих методів профілактики, діагностики, лікування та догляду. А ще вони націлені на доступність і безперервність надання якісної медичної допомоги в територіальних громадах, досягнення економічної ефективності, поліпшення якості та підвищення рівня задоволеності пацієнтів і лікарів", - Віктор Ляшко, Міністр охорони здоров'я України.

Україна послідовно впроваджує три основні напрями Стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ»:

1. Інтегрована, орієнтована на людину допомога та профілактика: впроваджено перехід на амбулаторну модель лікування з першого дня (70% пацієнтів у 2025 р.), використання коротких схем лікування ЛС-ТБ (ВРаLM/ВРаL), доступ до МПСС та цифрових технологій контролю прихильності.

2. Рішуча політика та системи підтримки: новий Закон «Про подолання туберкульозу» закріплює права пацієнтів, дестигматизацію та мультисекторальний підхід. Послуги з ТБ інтегровані в систему ПМД та фінансуються через НСЗУ.

3. Інтенсивні дослідження та інновації: Затверджено Національний план наукових досліджень ТБ на 2023–2027 роки. Впроваджуються інновації, такі як штучний інтелект для скринінгу та нові шкірні тести на ТБ-інфекцію.

Ці кроки підтверджують, що, незважаючи на всі виклики, Україна не лише реагує на кризу, а й здійснює глибокі системні трансформації у сфері протидії туберкульозу.

ЛІКВІДАЦІЯ ТБ ДО 2030 Р. ОЗНАЧАЄ:



ЗНИЖЕННЯ
КІЛЬКОСТІ НОВИХ
ВИПАДКІВ ТБ НА
80%



ЗНИЖЕННЯ
КІЛЬКОСТІ
СМЕРТЕЙ ВІД ТБ НА
90%



ЗАХИСТ ВІД
КАТАСТРОФІЧНИХ
ВИТРАТ ДЛЯ
100%
РОДИН, ЩО ЗІТКНУЛИСЯ
З ПРОБЛЕМОЮ ТБ

ШЛЯХОМ



ПОЛІПШЕННЯ
ЛІКУВАННЯ
І ПРОФІЛАКТИКИ



УДОСКОНАЛЕННЯ
СТРАТЕГІЙ
ТА СИСТЕМ



ЗБІЛЬШЕННЯ
ФІНАНСУВАННЯ
ДОСЛІДЖЕНЬ
ТА ІННОВАЦІЙ



**СТРАТЕГІЯ ВООЗ ІЗ ЛІКВІДАЦІЇ ТБ — ЦЕ ПИТАННЯ ПОРЯТКУ
ЖИТТІВ, БОРОТЬБИ З БІДНІСТЮ І НЕРІВНІСТЮ**

У сфері подолання ТБ в Україні сформовано потужне нормативно-правове підґрунтя, яке забезпечує регулювання ключових напрямів організації медичної допомоги та реалізації державної політики у сфері ТБ. З метою підтримання його актуальності Міністерство охорони здоров'я України на щорічній основі здійснює аналіз чинних нормативно-правових актів для виявлення можливих розбіжностей, прогалин та потреб у їх удосконаленні.

У 2025 році нормативно-правова база була оновлена шляхом ухвалення та набуття чинності низки ключових нормативно-правових актів:

1) визначено перелік медичних послуг за програмою медичних гарантій (пакети медичних послуг) у 2026 році, тарифи та коригувальні коефіцієнти для них, особливості розрахунку їх вартості, перелік лікарських засобів та медичних виробів, вартість яких буде відшкодована НСЗУ, постановою Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2025 р. № 1808 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році». Особливістю цієї постанови є те, що “З 1 вересня 2026 р. усі надавачі медичних послуг з надання ПМД повинні відповідати додатковим вимогам до обсягу медичних послуг із супроводу та лікування дорослих та дітей з ТБ, на первинному рівні медичної допомоги, що передбачені специфікаціями.” Це підтверджує послідовність державної політики у впровадженні людиноцентричного підходу до надання медичних послуг людям, які хворіють на ТБ, та завершення трансформації підходів до подолання ТБ: від моделі, орієнтованої переважно на спеціалізовану допомогу, до моделі, у центрі якої перебуває людина та її потреби. Залучення первинної ланки створює основу для своєчасного виявлення, ефективного супроводу та успішного завершення лікування людини з ТБ. Первинна ланка стає не лише місцем першого контакту

людини з галуззю охорони здоров'я, а й повноцінним учасником системи подолання ТБ, забезпечуючи доступність, безперервність та наближеність допомоги до місця проживання людини;

2) постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2025 р. № 1261 «Деякі питання проведення медичного огляду осіб, які виявили бажання усиновити або взяти дитину під опіку/піклування, створити прийомну сім'ю, дитячий будинок сімейного типу, надавати послугу патронату над дитиною або здійснювати наставництво, та осіб, що проживатимуть із влаштованою дитиною на спільній житловій площі» та наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.12.2025 N 1949 “Про затвердження Переліку захворювань, розладів або станів, за наявності яких особи не можуть усиновити або взяти дитину під опіку/піклування, створити прийомну сім'ю, дитячий будинок сімейного типу, надавати послугу патронату над дитиною або здійснювати наставництво та проживати із влаштованою дитиною на спільній житловій площі”, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 08 січня 2026 р. за N 18/45412. Ці НПА спрямовані на подолання стигми та дискримінації, пов'язаної з ТБ, шляхом перегляду обмежень, що не мають епідеміологічного обґрунтування. Тим самим впроваджено сучасний підхід, заснований на доказовій медицині та правах людини, відповідно до якого люди з ТБ не становлять епідемічної небезпеки, більше не піддаються невинуватим обмеженням у реалізації права на участь у сімейних формах виховання дітей та інших суспільно значущих видах діяльності;

3) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.09.2025 № 1393 «Про організацію та проведення обов'язкових медичних оглядів працівників певних категорій», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 27 жовтня 2025 року за № 1551/44957. Цей НПА визначає процедуру проведення для певних категорій працівників, в т. ч. і тих, які підпадають під вплив канцерогенів, мутагенів та/або біологічних агентів. Обов'язкові медичні огляди проводяться з метою забезпечення систематичного динамічного спостереження за станом здоров'я відповідно до існуючих небезпек і ризиків, на які працівники наражаються або можуть наражатися в процесі трудової діяльності, а також визначення стану здоров'я та професійної придатності працівника до виконання своїх професійних обов'язків без погіршення стану здоров'я протягом всієї трудової діяльності, створення роботодавцем безпечних і здорових умов праці, запобігання нещасним випадкам та професійним захворюванням.

4) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.04.2025 № 593 «Про затвердження Порядку допуску до відвідування закладів освіти та дитячих закладів оздоровлення та відпочинку здобувачів освіти, які хворіють на туберкульоз із бактеріовиділенням, до завершення ними лікування», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2025 року за № 592/43998. Цим наказом забезпечено практичну реалізацію гарантованого Конституцією України права дитини на освіту, а також усунуто нормативні бар'єри, що могли призводити до необґрунтованого

обмеження доступу до освітнього процесу дітей з ТБ. Водночас наказ сприяє формуванню недискримінаційного освітнього середовища та зменшенню стигми, пов'язаної із захворюванням;

Оновлення законодавчої бази, впровадження сучасних стратегій та інтеграція міжнародних стандартів сприяють підвищенню ефективності заходів із контролю та подолання захворювання, забезпечуючи довгострокову стійкість національної системи охорони здоров'я.



Зустріч зацікавлених сторін щодо впровадження механізму багатосекторальної взаємодії та підзвітності з питань ТБ, організована Національною радою з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу у партнерстві з Центром громадського здоров'я МОЗ України та ТВPeopleUkraine за фінансової підтримки Unitaïd та координації Європейської коаліції боротьби з ТБ в Міністерстві охорони здоров'я України

РОЗДІЛ IV. РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ПРОТИДІЇ ТБ У 2025 РОЦІ

Для реагування на нові виклики у сфері надання послуг та зміцнення досягнутих результатів програми за запитом Міністерства охорони здоров'я України ВООЗ у період з серпня по листопад 2025 року здійснила комплексну оцінку Національної програми з протидії туберкульозу.

У межах оцінки проаналізовано прогрес у досягненні національних і глобальних цілей у сфері подолання ТБ в умовах війни, ефективність та охоплення програмних заходів, а також основні результати їх реалізації. Окрему увагу приділено впливу скорочення фінансування та заходам адаптації системи, оцінці механізмів врядування, організаційної структури та міжсекторальної координації, а також визначенню пріоритетних кроків для подальшого посилення та прискорення відповіді на туберкульоз у змінному операційному та фінансовому середовищі.

Оцінка ґрунтувалася на аналізі національних стратегічних і звітних документів, а також рутинних епідеміологічних даних, доповненому виїзною місією експертів ВООЗ в Україну 15–20 вересня 2025 року.

У межах візиту здійснено поїздки до Чернігівської, Житомирської, Львівської областей та міста Києва, відвідано заклади цивільного та пенітенціарного секторів, установи первинної медичної допомоги, а також проведено консультації з представниками органів державної влади, надавачів послуг, організацій громадянського суспільства та міжнародних партнерів.



Візит міжнародних представників європейського офісу ВООЗ та команди ЦГЗ до Житомирщини



Візит міжнародних представників європейського офісу ВООЗ та команди ЦГЗ до Чернігівщини

ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОЦІНКИ СФОРМОВАНО НИЗКУ КЛЮЧОВИХ ВИСНОВКІВ:



ЗАГАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА СТІЙКІСТЬ ЗАХОДІВ ІЗ ПРОТИДІЇ ТБ: збережено безперервність і якість протитуберкульозної допомоги в усіх регіонах, включно з прифронтовими та територіями з високою мобільністю населення і обмеженими ресурсами. Ключову роль у підтримці системи відіграли ефективне державне управління та взаємодія з неурядовими організаціями й міжнародними партнерами. Національні стандарти у сфері протидії ТБ відповідають рекомендаціям ВООЗ, а програма демонструє спроможність оперативно впроваджувати та масштабувати сучасні підходи на всіх етапах надання допомоги;



ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТБ: зберігається розрив між офіційними даними та оціночними показниками ВООЗ, що потребує обережного трактування з урахуванням міграційних і демографічних факторів. Підходи до скринінгу за участі мобільних бригад, НУО та громадських ініціатив сприяють підвищенню виявлення у групах підвищеного ризику, хоча ефективність охоплення залишається нерівномірною. Система лабораторної діагностики є багаторівневою та демонструє зростання охоплення швидкими тестами й тестуванням на медикаментозну чутливість, з поступовим розширенням мобільних технологій скринінгу. Водночас зберігаються виклики щодо технічного обслуговування обладнання, забезпечення витратними матеріалами та кадрового потенціалу, що визначає потребу у подальшому зміцненні ресурсної спроможності системи;



ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТБ: Україна посилила нормативну та програмну основу профілактичного лікування ТБ (ПЛ ТБ), зокрема шляхом розширення застосування скорочених схем лікування. Охоплення ПЛ ТБ серед контактних осіб та людей, які живуть з ВІЛ, демонструє позитивну динаміку, однак зберігаються окремі прогалини, насамперед у частині моніторингу лікування та забезпечення завершення лікування в умовах міграційних процесів і безпекових викликів. Зниження показників завершення ПЛ ТБ у попередні роки, ймовірно, пов'язане з впливом воєнних дій та перебоями у наданні послуг, що підкреслює важливість подальшого посилення системи супроводу та підтримки пацієнтів;



ЛІКУВАННЯ ТБ ТА ЛС-ТБ: Україна досягла значних успіхів у результатах лікування, особливо це стосується випадків

РифТБ/МЛС-ТБ та пре-ШЛС-ТБ. У період між 2017 та 2022 роками показник успішності лікування зріс: 10 для Риф-ТБ/МЛС-ТБ – з 51% до 67%, а для пре-ШЛС-ТБ – з 34% до 68%. Україна першою в Європейському регіоні ВООЗ затвердила повністю оновлені національні стандарти у сфері протидії ТБ, які відповідають рекомендаціям ВООЗ.

Закріплено орієнтований на потреби людини підхід, який реалізується через децентралізоване амбулаторне лікування, цифрові інструменти контролю прихильності та посилений клінічний моніторинг. Завдяки національним стандартним операційним процедурам, розробленим у 2025 році, вдалося оперативно впровадити рекомендації ВООЗ від квітня 2025 року, зокрема, нові 6- та 9-місячні режими лікування ЛС-ТБ

Показники охоплення короткими повністю пероральними схемами є високими: 4-місячний режим лікування ЧТБ отримують близько 40% пацієнтів – це один із найвищих показників у світі.

Водночас смертність від ТБ залишається ключовою причиною несприятливих наслідків лікування, особливо серед пацієнтів із несвоєчасною діагностикою та людей, які живуть з ВІЛ, а спостереження за людьми з ТБ після завершення коротких курсів лікування потребує подальшого зміцнення та послідовного впровадження в масштабах усієї країни;



ТБ у ПРІОРИТЕТНИХ ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ: протитуберкульозна допомога дітям загалом відповідає міжнародним стандартам. Охоплення обстеженням контактних осіб є високим, і близько 90% дітей, які потребують профілактики, розпочинають ПЛ ТБ, причому у 2025 році очікується швидке поширення схем лікування на основі рифапентину.

Дітей рідко госпіталізують, застосовується відео-контрольоване лікування, а результати лікування як ЧТБ, так і ЛС-ТБ у дітей є переважно сприятливими. Відзначено політику, що сприяє ранньому поверненню до навчання та поєднанню медичної допомоги із соціальною підтримкою. Водночас відносно висока частка захворювань на ТБ серед контактних осіб свідчить про наявні ризики подальшої передачі ТБ, що вимагає постійної уваги до профілактики та раннього виявлення;

ТБ/ВІЛ та інші супутні захворювання: спостерігається високий рівень охоплення тестуванням на ВІЛ серед людей із ТБ та зростання охоплення АРТ. Розширилося застосування ПЛ ТБ серед ЛЖВ, хоча залишаються проблеми з охопленням та завершенням повного курсу лікування. Смертність переважно спостерігається серед пацієнтів, які помирають невдовзі після встановлення діагнозу, що підкреслює потребу в більш ранньому виявленні захворювання та швидкому направленні на лікування. Ведення інших супутніх захворювань, зокрема, вірусних

гепатитів та цукрового діабету, все активніше інтегрується у протитуберкульозну допомогу;

ув'язнені та мігранти. У межах пенітенціарної системи скринінг під час прибуття, заходи з профілактики та інфекційного контролю, а також режими лікування значною мірою відповідають рекомендаціям ВООЗ. Співпраця з громадянським суспільством забезпечує безперервність надання допомоги після звільнення. Водночас нормативні перешкоди, що затримують початок лікування в деяких установах виконання покарань, створюють ризики, яких можна уникнути, та потребують відповідних коригувальних дій.

Для мігрантів існують налагоджені механізми скринінгу та лікування, що діють за підтримки ОГС, однак обмежене фінансування не дозволяє забезпечити повне охоплення;



ОРІЄНТОВАНА НА ЛЮДИНУ ПІДТРИМКА ТА ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ: організації громадянського суспільства відіграють ключову роль у скринінгу на ТБ, підтримці прихильності до лікування, наданні психосоціальної допомоги та здійсненні моніторингу під керівництвом та силами спільнот, особливо на територіях, що постраждали від війни, та у важкодоступних регіонах. Підтримка лікування за допомогою цифрових технологій, мобільні амбулаторії та мультидисциплінарні команди підвищили доступність і безперервність надання послуг під час війни. Проте багато заходів з орієнтованої на людину підтримки все ще значною мірою залежать від донорського фінансування, що викликає занепокоєння щодо їхньої сталості на тлі скорочення зовнішньої допомоги;



ВРЯДУВАННЯ, УОПОЗ ТА ФІНАНСУВАННЯ: в Україні сформовано систему врядування та координації у сфері подолання ТБ, що ґрунтується на законодавчій базі, оновлених стратегічних документах і інтеграції з реформою системи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України у співпраці з ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України" забезпечують державне управління і технічну координацію, тоді як регіональний рівень відповідає за впровадження заходів і безперервність надання послуг, у тому числі в умовах воєнного стану.

Водночас зберігаються виклики, пов'язані з кадровим та інституційним потенціалом, а також частковою залежністю окремих функцій від зовнішнього фінансування. Послуги з протидії ТБ інтегровані до Програми медичних гарантій та фінансуються через НСЗУ, однак окремі компоненти, зокрема супровід програмних заходів, мобільні сервіси та частина забезпечення діагностики, потребують підтримки з різних джерел;



УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ ТА МЕДИЧНИМИ ВИРОБАМИ: в Україні функціонує централізована система закупівлі та розподілу протитуберкульозних препаратів і основних медичних виробів, що забезпечує доступ до якісного лікування, включно з препаратами для рекомендованих ВООЗ коротких режимів. Завдяки механізмам перерозподілу та співпраці з міжнародними закупівельними платформами забезпечено безперервність постачання в умовах війни.

Водночас зберігаються виклики, пов'язані з плануванням потреб, управлінням запасами на місцях та координацією між закупівлями, логістикою і наданням послуг, особливо на постраждалих територіях. Потребує подальшого посилення система логістичного управління та стабільність внутрішнього фінансування;



ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ: системи епідеміологічного нагляду за ТБ функціонують та поступово інтегруються в загальні інформаційні платформи системи охорони здоров'я. Водночас якість даних, їх інтероперабельність та аналітичні можливості потребують подальшого посилення.

В Україні сформовано Національний план досліджень у сфері протидії ТБ та розширено наукову активність, однак обмежене фінансування й інституційна координація стримують вплив досліджень на політику та практику.



Представники Європейського офісу ВООЗ та експерти ЦГЗ у м. Києві під час Комплексної оцінки національної програми з протидії туберкульозу

РОЗДІЛ V. МІЖНАРОДНА СПІВПРАЦЯ ТА ПАРТНЕРСЬКА ПІДТРИМКА У СФЕРІ ПОДОЛАННЯ ТБ

В умовах повномасштабної війни в Україна значна частина населення була змушена залишити країну, шукаючи безпеки за кордоном. Такі вимушені переміщення суттєво вплинули на систему охорони здоров'я, однак водночас підкреслили її здатність адаптуватися до нових реалій, зокрема у сфері подолання туберкульозу.

Попри складні обставини, забезпечення безперервності лікування туберкульозу залишається гарантованим завдяки функціонуванню національної протитуберкульозної програми. Наразі чітко вибудовані механізми міжкраїнової взаємодії, які дозволяють супроводжувати людей з ТБ незалежно від їхнього переміщення. У разі виїзду за кордон або повернення до України забезпечується за згоди людини координація між лікарями різних країн, що є ключовим для безперервного лікування та запобігання перериванню терапії.

Важливу роль у цьому процесі відіграє Польща як одна з найближчих сусідніх держав та країна, яка прийняла значну кількість громадян України. Її система охорони здоров'я активно залучена до надання медичної допомоги українським людям з ТБ, зокрема тим, хто потребує тривалого лікування та спостереження.

Значним кроком у зміцненні цієї співпраці стало підписання у грудні 2025 року Угоди про співробітництво у сфері громадського здоров'я Міністерством охорони здоров'я України та Головною санітарною інспекцією Республіки Польща, яка визначає напрями подальшого розвитку партнерства між країнами. Документ передбачає посилення взаємодії у впровадженні Міжнародних медико-санітарних правил, підготовці та навчанні медичних фахівців, обміні даними щодо інфекційних захворювань та систем епідеміологічного нагляду, а також розвиток електронних інструментів моніторингу інфекційних хвороб і зміцнення співпраці між прикордонними регіонами України та Польщі.

Окрему увагу приділено підтримці євроінтеграційного курсу системи охорони здоров'я України та узгодженню підходів із положеннями Угоди про співробітництво у сфері безпеки між Республікою Польщею та Україною. Співпраця охоплює посилення спроможностей у сфері громадського здоров'я, зміцнення систем епідемічної безпеки та реагування на біологічні загрози, а також розвиток практичної взаємодії щодо готовності систем охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій.

У межах партнерства визначено пріоритети поглиблення співробітництва у сферах лабораторної діагностики, імунопрофілактики, протидії антимікробній резистентності та розвитку професійних компетентностей фахівців.

“Польща володіє цінним досвідом адаптації системи епідагляду та медсистеми до європейських стандартів — важливий для України в контексті євроінтеграції та гармонізації законодавства з ЄС. Наші країни мають також досвід спільної оцінки ризиків під час пандемії та внаслідок повномасштабного вторгнення. Тепер ця співпраця буде розширена. Спільні підходи до біобезпеки, реагування на епідемічні загрози, надзвичайні ситуації та розвиток профілактичної медицини — це не лише питання двосторонньої співпраці, а й складова загальноєвропейської безпеки.” - Ігор Кузін



Ігор Кузін та Павел Гжесьовські під час підписання Угоди

Головний державний санітарний лікар України Ігор Кузін та головний санітарний інспектор Республіки Польща Павел Гжесьовські у 2025 році провели першу робочу зустріч у межах підписаної угоди про співробітництво між Україною та Польщею у сфері громадського здоров'я.

Під час зустрічі сторони зосередилися на практичних аспектах імплементації положень Угоди, зокрема на удосконаленні механізмів обміну епідеміологічними даними та розвитку спільних підходів до епідеміологічного нагляду. Окремо розглянуто можливості організації спільних навчань і тренувань на транскордонних територіях з метою посилення готовності до реагування на надзвичайні ситуації та інші загрози у сфері громадського здоров'я. Додаткову увагу приділено обміну досвідом щодо сучасних підходів до виявлення та лікування туберкульозу, зокрема моделі пацієнтоорієнтованої допомоги та ефективному амбулаторному лікуванню, що впроваджуються в Україні.

Польські фахівці та урядовці у межах робочого візиту ознайомилися з системою епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами з акцентом на туберкульоз в Україні, відвідуючи Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України. Учасники польської делегації ознайомились з організацією зберігання та транспортування вакцин на рівні області із дотриманням вимог холодового ланцюга та лабораторними методами діагностики туберкульозу, що застосовуються у ЦКПХ. Крім того, під час візиту делегати відвідали один із центрів первинної медико-санітарної допомоги та КНП Львівської обласної ради «Львівський

регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр».

Фокус перемовин було зосереджено на функціонуванні систем реагування на загрози у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні, зокрема координації дій у разі надзвичайних ситуацій, розвитку епідеміологічного нагляду та посиленні міжвідомчої взаємодії. За результатами обговорень визначено стратегічні напрями подальшого розвитку українсько-польського партнерства, зокрема у сфері транскордонної безпеки, обміну експертними підходами та реалізації спільних ініціатив у сфері громадського здоров'я.



Польська делегація знайомиться з досвідом Львівщини з протидії туберкульозу



«Чим краща ситуація з контролю інфекційних хвороб в Україні, тим безпечніше і в Польщі. Ми приїхали не лише допомагати, а й вчитися. Україна має цінний досвід, зокрема у боротьбі з

туберкульозом, який для нас є надзвичайно важливим», — зазначив Павел Гжесьовський.



«Львівщина поєднує в собі кілька важливих компонентів: ефективний центр легеневого здоров'я, сильний обласний центр контролю та профілактики хвороб, якісну взаємодію з громадами та високий рівень цифровізації. Це той приклад,

*який варто масштабувати», —головний державний
санітарний лікар України.*

РОЗДІЛ VI.

ДОСЯГНЕННЯ КЛЮЧОВИХ ІНДИКАТОРІВ У 2025 РОЦІ: ПРОФІЛАКТИКА, ВИЯВЛЕННЯ, ДІАГНОСТИКА, СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Профілактика ТБ

Вакцина БЦЖ залишається одним із важливих інструментів профілактики ТБ у світі. Її застосування дозволяє суттєво знизити ризик розвитку тяжких форм захворювання у дітей, зокрема туберкульозного менінгіту та міліарного ТБ, які характеризуються високою летальністю та складним перебігом.

За даними останнього Глобального звіту про ТБ охоплення вакцинацією БЦЖ в світі серед дітей у 2024 році становило близько 88%, що відповідає рівню попередніх років (87% у 2023 році та 88% у 2022 році).

В Україні вакцинація БЦЖ також залишається обов'язковим елементом Національного календаря профілактичних щеплень.

З 1 січня 2026 року в Україні діє оновлений Календар профілактичних щеплень в Україні. Одна зі змін торкнулась і найпершого щеплення - проти туберкульозу - БЦЖ за оновленою схемою проводитиметься через 24 години після народження, а не на 3–5 добу.

За даними обласних центрів контролю та профілактики хвороб, у 2025 році охоплення щепленням БЦЖ дітей до 1-го року становило близько 92%, що наближається до рекомендованого ВООЗ рівня у 95%.

Попри складні умови функціонування системи охорони здоров'я, зокрема вплив повномасштабної війни та пов'язані з нею міграційні процеси, Україна загалом зберігає відносно високий рівень охоплення щепленням.

За 2025 рік по Україні ПЛ ТБ отримали 93% від тих, хто потребував таке лікування, однак у більшості регіонів частка осіб, які фактично пройшли обстеження на туберкульозну інфекцію. Водночас ПЛ ТБ отримали лише 85% дітей і дорослих, які мали близький або осередковий контакт з людиною, яка хворіє на туберкульоз з бактеріовиділенням.

Загалом заходи профілактики ТБ відіграють ключову роль у стримуванні поширення інфекції та зниженні її тягаря для населення та є невід'ємною складовою системи громадського здоров'я як в Україні, так і у світі.

ПРОФІЛАКТИКА ТБ

Профілактика – наш найсильніший інструмент у боротьбі з туберкульозом. Від вакцинації до профілактичного лікування – кожен крок має значення.



БЦЖ

залишається ключовим інструментом захисту дітей від тяжких форм ТБ



Високий рівень охоплення щепленням зберігається попри виклики війни та міграційні процеси



92%

охоплення щепленням БЦЖ дітей до 1 року у 2025 році

наближаємося до рекомендованого ВООЗ рівня (95%)



93%

від тих, хто потребував профілактичного лікування ТБ, отримали його у 2025 році



24 347

проведено тестувань на ТБ-інфекцію у 24-х регіонах серед осіб з груп ризику у 2025 році



32%

виявлено ТБ-інфекцію



91%

дітей і дорослих, які мали контакт з людиною, яка хворіє на туберкульоз, отримали ПЛ ТБ



ПРОФІЛАКТИКА ТБ – перехід від реагування до попередження

Вакцинація. Виявлення. Лікування інфекції.
Захищаємо здоров'я – рятуємо життя.



 Дані за 2025 рік



КАРТА 5.1. Охоплення вакцинацією БЦЖ дітей до 1-го року у 2025 році, %

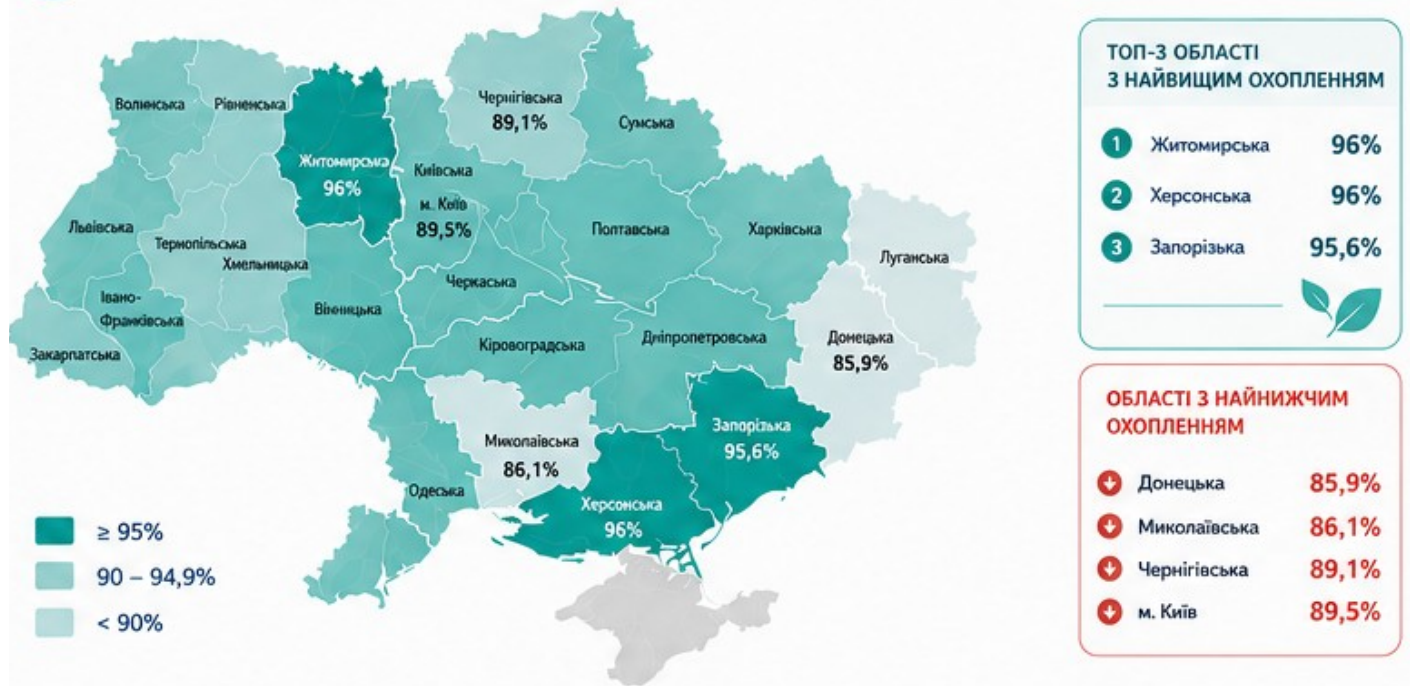
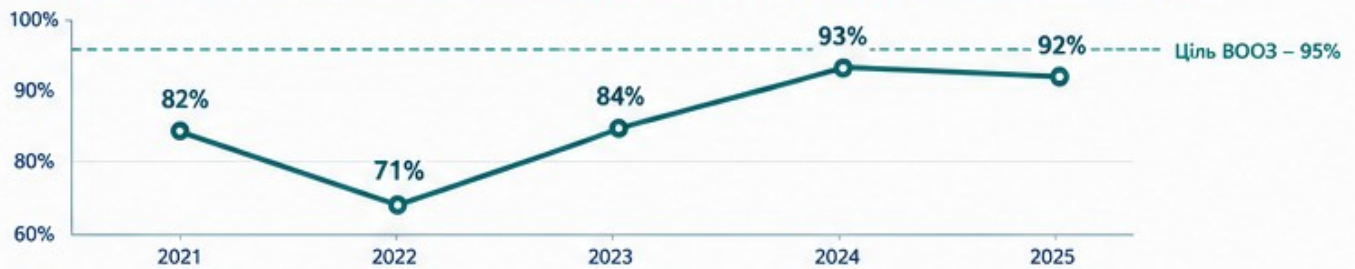


РИСУНОК 5.1. Рівень охоплення щепленням БЦЖ дітей до 1-го року в динаміці за останні 5 років



КАСКАД ПРОФІЛАКТИКИ ТБ У 2025 РОЦІ



ОХОПЛЕННЯ ПЛ ТБ СЕРЕД КОНТАКТНИХ У 2025 РОЦІ



* Дані потребують подальшої верифікації та уточнення.



Фокус на профілактику ТБ – це стратегія, яка рятує життя.

Наш пріоритет – посилити скринінг на ТБ-інфекцію та розширити охоплення профілактичним лікуванням у всіх регіонах.

Виявлення ТБ

анне виявлення ТБ залишається одним із ключових елементів ефективної відповіді на ТБ в Україні. Саме систематичний скринінг серед груп підвищеного ризику дозволяє виявляти захворювання на ранніх етапах, своєчасно розпочинати лікування та запобігати подальшій передачі інфекції.

У 2025 році Україна продовжила посилювати підходи до активного виявлення ТБ, зосереджуючи увагу на найбільш вразливих категоріях населення. Охоплення скринінгом серед усіх груп підвищеного ризику захворюваності на туберкульоз в Україні за 2025 рік, відповідно до наданої регіонами інформації, становить 87%, в той час як цільове значення становить 90%. Попри складні умови воєнного часу, у більшості регіонів забезпечено високі показники охоплення скринінгом та подальшим діагностичним обстеженням.

Додатково у 2025 році за фінансової підтримки ГФ для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією та за координації Центру громадського здоров'я МОЗ України було забезпечено реалізацію активностей мобільного скринінгу у 16 регіонах України.

Робота мобільних команд стала важливим інструментом забезпечення доступу до послуг з виявлення ТБ для населення у віддалених, важкодоступних та наближених до зон бойових дій територіях, де доступ до медичної інфраструктури є ускладненим. До складу мобільних команд входили лікар-рентгенолог, рентгенолаборант та водій, які здійснювали виїзди до громад для проведення скринінгу серед груп підвищеного ризику розвитку ТБ. Упродовж 2025 року мобільними командами було здійснено 1604 виїзди та обстежено 86 290 осіб.

Туберкульоз – це виліковна хвороба, але лише за умови раннього виявлення», – генеральний директор Центру легеневого здоров'я у Львівській області Любомир Рак.



Виїзд мобільної команди для проведення рентгенологічного скринінгу в Закарпатській та Львівській області

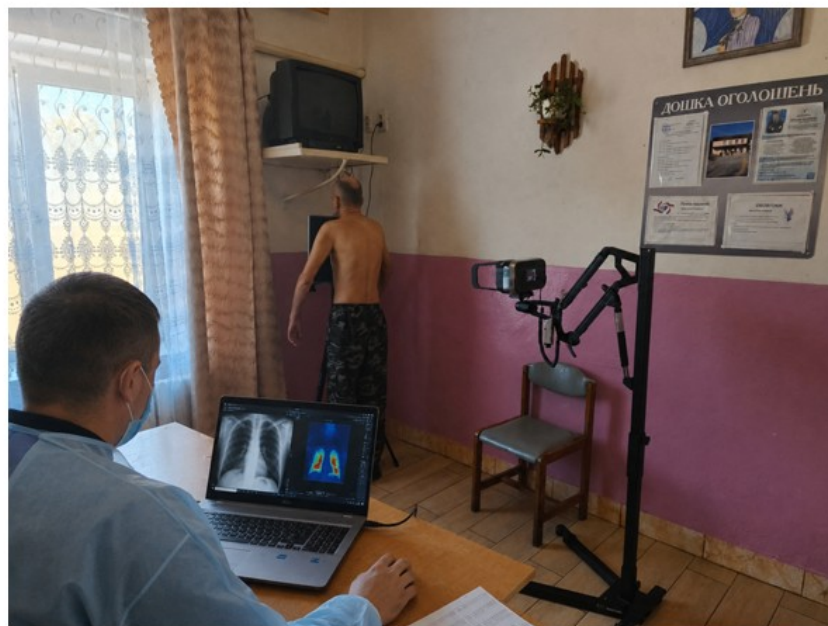
Активність мобільного скринінгу мала комплексний вплив на систему

громадського здоров'я, оскільки дозволяє не лише виявляти зміни в легенях, що можуть свідчити про ТБ, але й виявляти інші патології органів грудної клітки та забезпечувати подальше скерування пацієнтів на дообстеження і лікування. За результатами проведених обстежень зміни, що потребували додаткового обстеження на ТБ, були виявлені у 2072 осіб, серед яких у 227 осіб діагноз ТБ був підтверджений та розпочато лікування. Крім того, у 4722 осіб було виявлено інші патологічні зміни, що потребували медичного супроводу.

Масштабне впровадження систем штучного інтелекту в Україні стало можливим завдяки закупівлі 34 портативних рентгенологічних апаратів за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Із них 27 оснащені системами штучного інтелекту для автоматизованого аналізу рентгенологічних зображень.

Упродовж 2025 року за допомогою цих систем було проаналізовано 26 214 рентгенологічних досліджень та виявлено 576 нових випадків туберкульозу, що становить близько 6% від усіх нових випадків і рецидивів ТБ в Україні. Крім того, під час аналізу рентгенологічних зображень було виявлено 2 597 інших патологій, не пов'язаних зі змінами, характерними для туберкульозу, що сприяло своєчасному направленню пацієнтів для подальшої діагностики та лікування.

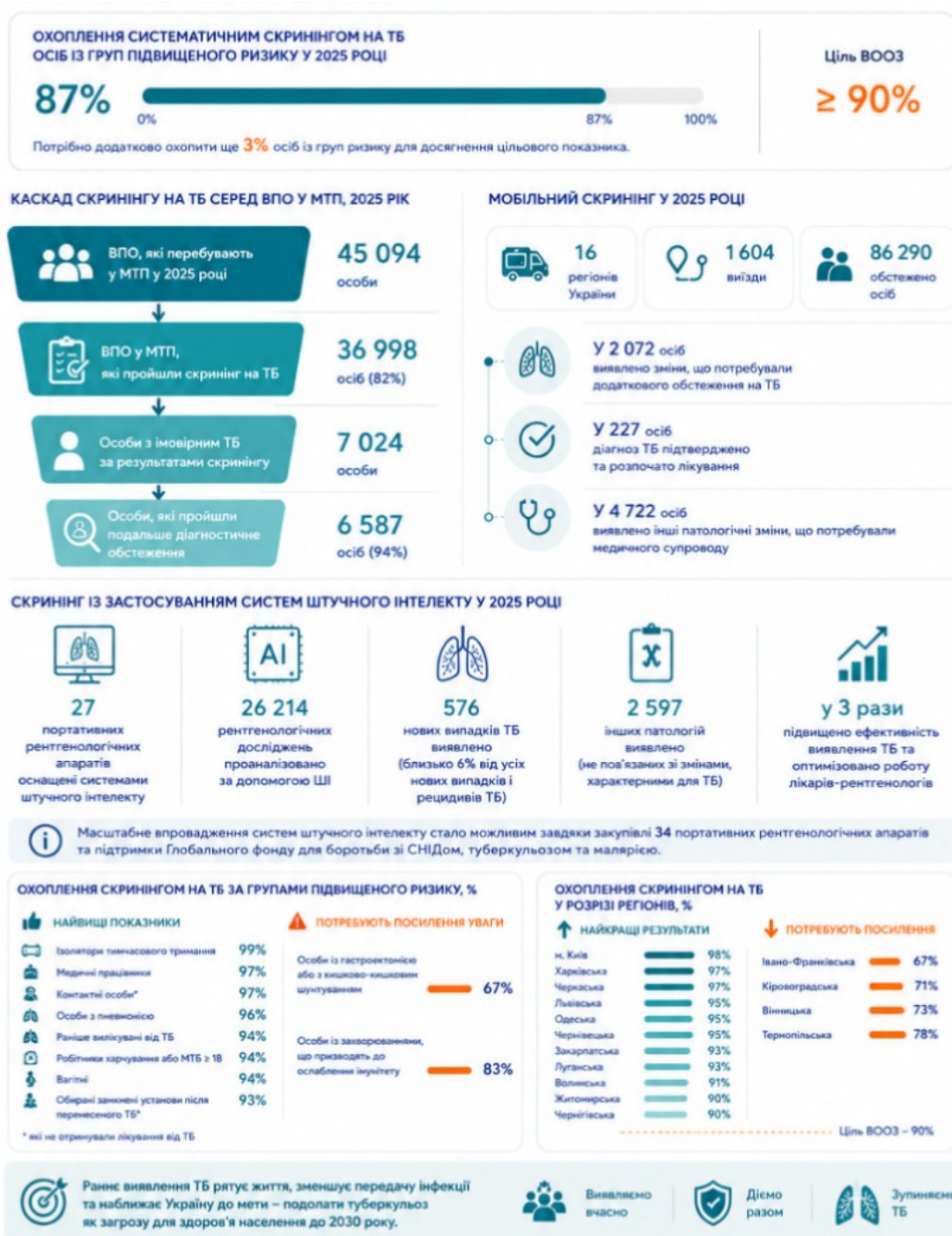
За результатами впровадження встановлено, що використання систем ШІ суттєво підвищило ефективність виявлення туберкульозу, забезпечило більш своєчасну діагностику та дало змогу оптимізувати роботу лікарів-рентгенологів у 3 рази, що є особливо важливим в умовах обмежених кадрових ресурсів.



Виїзд мобільної команди для рентгенологічного скринінгу із застосуванням систем штучного інтелекту у Львівській області.

У межах розвитку цифрових рішень у сфері охорони здоров'я та посилення спроможності системи протидії туберкульозу Центр також розширює доступ до сучасних інструментів діагностики шляхом масштабного впровадження систем штучного інтелекту для інтерпретації рентгенологічних досліджень у закладах охорони здоров'я України. З цією метою у 2026 буде здійснено закупівля 35 систем ШІ для закладів охорони здоров'я, що спрямована на підвищення доступності, якості та своєчасності виявлення ТБ.

Сьогодні раннє виявлення ТБ - це про можливість діяти вчасно, зберігати здоров'я громад та наближати Україну до цілі подолання туберкульозу як загрози для громадського здоров'я.



Діагностика ТБ

Сучасна діагностика туберкульозу — це основа своєчасного початку лікування, збереження здоров'я людей та попередження подальшого поширення інфекції. Використання швидких молекулярно-генетичних методів тестування дозволяє виявляти туберкульоз та лікарську стійкість у найкоротші терміни, забезпечуючи людям доступ до ефективного лікування без втрати часу.

У 2025 році Україна продовжила посилювати доступ до якісної та сучасної діагностики ТБ. У більшості регіонів досягнуто високого рівня охоплення тестуванням із використанням швидких методів діагностики, а також тестуванням на стійкість до протитуберкульозних препаратів. По Україні відсоток нових випадків і рекурентних випадків ТБ, які пройшли тестування з використанням рекомендованих ВООЗ швидких тестів (GeneXpert) за даними ІС СЗХ за 2025 рік становить 96% (ціль – 99%).

Загальний показник по країні бактеріологічного підтвердження випадків легеневого ТБ (нові випадки та рекурентні випадки) становить 81%, що не досягає цільового показника у 90%.

З урахуванням високої чутливості методу GeneXpert Ultra, така ситуація може свідчити про недостатню роботу щодо підтвердження встановленого діагнозу ТБ, а також про ризик потенційної гіпердіагностики. Зазначені дані зумовлюють необхідність детального аналізу та розбору всіх випадків ТБ, у яких діагноз встановлено без бактеріологічного підтвердження.

З метою забезпечення своєчасного початку та призначення ефективного лікування випадків ТБ зі стійкістю до рифампіцину обов'язковим є визначення чутливості мікобактерії ТБ до всіх протитуберкульозних препаратів, зокрема препаратів другого ряду, включно з фторхінолонами. В цілому по Україні частка випадків МЛС-ТБ, перевірених на стійкість до препаратів другого ряду, становить 90%, що відповідає встановленому цільовому показнику (90%).

Водночас результати підкреслюють важливість подальшого посилення бактеріологічного підтвердження випадків ТБ та забезпечення однаково високої якості діагностики в усіх регіонах країни.

Кожен своєчасно підтверджений випадок ТБ — це можливість швидше розпочати ефективне лікування, підтримати людину на шляху до одужання та зменшити ризик передачі туберкульозу в громадах.



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ДІАГНОСТИКА ТБ

Точна діагностика – основа ефективного лікування та запорука зупинення поширення туберкульозу. Використання сучасних швидких тестів дозволяє виявляти ТБ швидше, точніше та рятувати життя.

ГОЛОВНИЙ ПОКАЗНИК 2025 РОКУ

96%

випадків ТБ протестовано
методом GeneXpert

Ціль ВООЗ – 99%



КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ ДІАГНОСТИКИ ТБ У 2025 РОЦІ



ТЕСТУВАННЯ МГ (GENEXPERT)
нових і рецидивних
випадків ТБ



ціль
99%



БАКТЕРІОЛОГІЧНЕ
ПІДТВЕРДЖЕННЯ
випадків легеневого ТБ
(нові та рецидивні випадки)



ціль
90%



ТЕСТУВАННЯ НА СТІЙКІСТЬ
ДО ПРЕПАРАТІВ ДРУГОГО РЯДУ
(включно з фторхінолонами)
серед МЛС-ТБ



ціль
90%

ОХОПЛЕННЯ ТЕСТУВАННЯМ МГ (GENEXPERT) НОВИХ І РЕЦИДИВНИХ ВИПАДКІВ ТБ У 2025 РОЦІ



НАЙКРАЩІ РЕЗУЛЬТАТИ

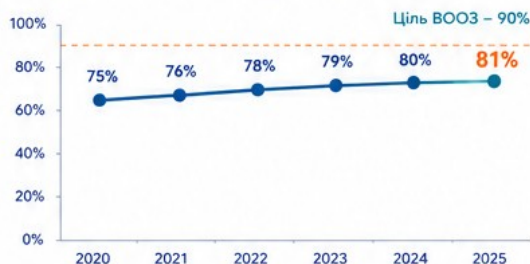
Львівська область	99%
Одеська область	99%
Черкаська область	99%
Донецька область	100%
Рівненська область	100%



НАЙНИЖЧІ ПОКАЗНИКИ (ПОТРЕБУЮТЬ АНАЛІЗУ)

Київська область	93%
Сумська область	93%
Харківська область	93%

ОХОПЛЕННЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНИМ ПІДТВЕРДЖЕННЯМ ВИПАДКІВ ЛЕГЕНЕВОГО ТБ У ДИНАМІЦІ, 2020–2025



📈 +6 відсоткових пунктів за 5 років

ОХОПЛЕННЯ ТЕСТУВАННЯМ ДО ФТОРХІНОЛОНІВ (ФХ) СЕРЕД МЛС-ТБ У 2025 РОЦІ



ціль – 90%

НАЙКРАЩІ РЕЗУЛЬТАТИ

Донецька область	100%
Івано-Франківська область	99%
Рівненська область	97%
Запорізька область	95%
Чернівецька область	95%

НАЙНИЖЧІ ПОКАЗНИКИ (ПОТРЕБУЮТЬ АНАЛІЗУ)

Київська область	83%
Закарпатська область	85%
Сумська область	85%
Волинська область	89%
Миколаївська область	89%



96%

нових і рецидивних
випадків ТБ протестовано
GeneXpert,
ціль – 99%



81%

випадків легеневого ТБ
мають бактеріологічне
підтвердження,
ціль – 90%



90%

МЛС-ТБ протестовано
на стійкість до препаратів
другого ряду, включно
з фторхінолонами,
ціль – 90%



Кожен підтверджений
випадок – це шанс
зупинити передачу інфекції
та рятувати життя.



Сучасна діагностика ТБ – це швидкість, точність та можливість вчасно розпочати ефективне лікування. Продовжуємо рух до цілі ВООЗ – 99% тестування GeneXpert і 90% бактеріологічного підтвердження.

Лікування туберкульозу в Україні: сучасні підходи та системні рішення



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ • 2025

КЛЮЧОВІ ДОСЯГНЕННЯ У ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Ми розширюємо доступ до сучасного лікування ТБ, впроваджуємо інноваційні підходи та робимо допомогу ближчою, безпечнішою і зручнішою для кожної людини.



70%

**АМБУЛАТОРНЕ
ЛІКУВАННЯ З ПЕРШОГО ДНЯ**

Більшість пацієнтів отримують лікування без госпіталізації – ближче до дому та родини.



78%

**КОРОТКІ РЕЖИМИ
ЛІКУВАННЯ ЛС ТБ**

Більшість пацієнтів з лікарсько-чутливим туберкульозом лікуються короткими повністю пероральними режимами.



51%

**ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ
ПІДТРИМКИ ЛІКУВАННЯ**

aDSM та інші цифрові рішення допомагають підтримувати прихильність пацієнтів та контроль лікування.

СУЧАСНІ ЛІКИ – БІЛЬШЕ МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ ОДУЖАННЯ



Розширюємо доступ до найсучасніших препаратів нового покоління для лікування лікарсько-стійкого ТБ.



ПРЕТОМАНІД, РИФАПЕНТИН

Включені до режимів лікування та рекомендовані ВООЗ.



БЕДАКВІЛІН, ДЕЛАМАНІД

Широко застосовуються у складних випадках лікарсько-стійкого ТБ.



ЛЮДИНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД

Ми враховуємо потреби кожної людини: підтримка, психосоціальна допомога та повага до вибору.



ІНТЕГРАЦІЯ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

ТБ-послуги інтегровані в роботу сімейних лікарів та амбулаторій – швидше, зручніше, доступніше.



ПОСИЛЕНИЙ МОНІТОРИНГ ТА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Регулярний моніторинг безпеки ліків, аналіз даних та підтримка регіонів для досягнення кращих результатів.



Сучасне лікування ТБ в Україні стає коротшим, безпечнішим та ближчим до людини.



РАЗОМ МИ ДОСЯГАЄМО БІЛЬШОГО. РАЗОМ МИ РЯТУЄМО ЖИТТЯ.

Система лікування туберкульозу в Україні продовжує трансформуватися відповідно до сучасних міжнародних підходів — лікування стає коротшим, ефективнішим та ближчим до потреб людини.

Впровадження сучасних повністю пероральних режимів лікування, нових протитуберкульозних препаратів, цифрових технологій підтримки та амбулаторних моделей допомоги дозволяє не лише покращувати результати лікування, а й підвищувати якість життя людей, які проходять терапію.

У 2025 році, попри виклики повномасштабної війни, Україна продовжувала масштабування коротких рекомендованих ВООЗ режимів лікування Риф-ТБ/МЛС-ТБ — 78% людей отримували сучасні короткі схеми лікування.

Важливим досягненням залишалось забезпечення безперервного доступу до сучасних протитуберкульозних препаратів. У 2025 році пацієнтам були доступні препарати, рекомендовані ВООЗ, зокрема претоманід, рифапентин, бедаквілін та деламанід, а також дитячі форми ліків. Попри складні умови війни вдалось забезпечити безперебійне постачання препаратів, ефективний перерозподіл між регіонами та формування необхідного запасу лікарських засобів для безперервного лікування людей з ТБ.

Сучасне лікування ТБ сьогодні — це не лише про препарати. Це про підтримку, довіру, доступність допомоги та можливість для кожної людини пройти шлях до одужання з гідністю, безперервною підтримкою та шансом повернутися до повноцінного життя.

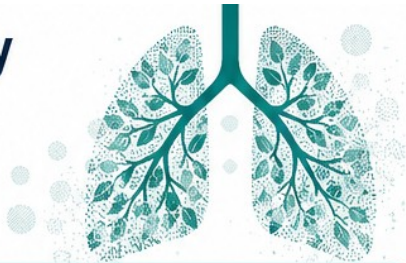
Продовжується розширення надання амбулаторної допомоги людям, які хворіють на ТБ, у межах первинної медичної допомоги.

У 2025 році частка пацієнтів, які отримали такі послуги в амбулаторних умовах, становила 38% при цільовому значенні не менше 40%, що обумовлено тривалою діяльністю з метою включення послуги з ведення ТБ як обов'язкової на первинному рівні медичної допомоги в гарантований пакет медичних послуг.

Важливим кроком у посиленні людиноорієнтованих підходів до надання медичних послуг людям, які хворіють на ТБ, є запровадження обов'язкового ведення та супроводу таких людей на рівні первинної медичної допомоги з 01.09.2026, що гарантовано постановою Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2025 р. № 1808 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році».

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Сучасні підходи до лікування та розширення людино-орієнтованих моделей допомоги забезпечують поступове покращення результатів.



КЛЮЧОВІ ДОСЯГНЕННЯ



87,7%

ДІТИ (0–14 РОКІВ)
ефективність лікування



8 областей досягли 100% успішного лікування дітей



82,2%

КОРОТКІ РЕЖИМИ
РИФ-ТБ/МЛС-ТБ
ефективність лікування



Найвищі результати серед людей, які отримували короткі режими



76,1%

ЛІКАРСЬКО-ЧУТЛИВИЙ ТБ
(нові та рекурентні випадки)
ефективність лікування

СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ У КОГОРТАХ

когорта 2024 р. (для Риф/МЛС-ТБ – когорта 2023 р.)

Ефективне лікування

Померли

Невдале лікування

Втрачені для подальшого спостереження

Не оцінено



ЛЧ-ТБ

(нові та рекурентні випадки)



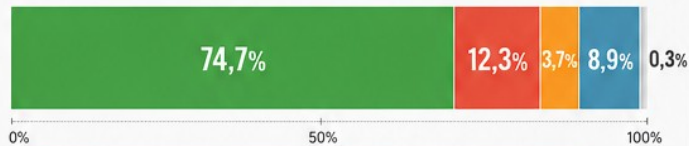
ГОЛОВНИЙ ВИКЛИК:

Смертність та невдале лікування разом формують майже 1/5 усіх результатів лікування.



РИФ/МЛС-ТБ

(нові та рекурентні випадки)



★ 82,2% ефективність серед людей, які отримували короткі режими лікування



ГОЛОВНІ ВИКЛИКИ:

Смертність та втрата для подальшого спостереження є ключовими факторами несприятливих результатів.



ДІТИ

(0–14 РОКІВ)



КРАЩІ РЕЗУЛЬТАТИ:

Найвищий рівень ефективності лікування та найнижчі показники смертності і втрати для подальшого спостереження.



ТБ/ВІЛ

(нові випадки)



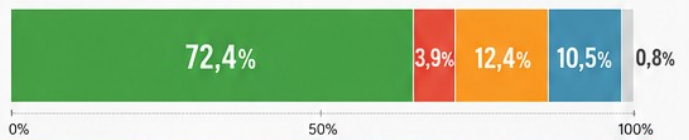
ГОЛОВНИЙ ВИКЛИК:

Висока смертність (17,6%) – майже вдвічі вища, ніж серед усіх нових випадків ТБ (9,4%).



ДКВС

(нові випадки)



★ Ефективність лікування ТБ/ВІЛ у ДКВС – 76,1%, що вище за загальнонаціональний показник (66,1%)



ГОЛОВНИЙ ВИКЛИК:

Не смертність, а невдале лікування та втрата для спостереження. Потрібні заходи для забезпечення безперервності лікування після переведення або звільнення.

ЩО ВПЛИВАЄ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ?



Пізнє виявлення захворювання



Ко-інфекція ТБ/ВІЛ



Соціальна вразливість



Низька прихильність і переривання лікування



Наслідки війни та вимушене переміщення населення



Джерело: Дані медичної звітності (форма № 33-тб)

Сучасні підходи до лікування, впровадження коротких повністю пероральних режимів та розширення людино-орієнтованих моделей допомоги продовжують покращувати результати лікування туберкульозу в Україні.

У 2025 році найвищу ефективність лікування традиційно продемонстрували діти, а результати лікування лікарсько-стійкого ТБ вперше наблизилися до показників лікарсько-чутливого туберкульозу.

У когорті 2024 року ефективність лікування нових та рекурентних випадків лікарсько-чутливого ТБ становила 76,1% та залишається стабільною протягом останніх років.

Найкращі результати продемонстрували Хмельницька (84,5%), Івано-Франківська (84,3%), Тернопільська (83,4%) області та м. Київ (83,0%).

Водночас окремі регіони потребують додаткової уваги через високі показники смертності, невдалого лікування та втрати для подальшого спостереження.

Позитивна динаміка спостерігається і серед людей з лікарсько-стійким туберкульозом.

Ефективність лікування Риф-ТБ/МЛС-ТБ у когорті 2023 року досягла 74,7%, що є одним із найкращих показників за останні роки.

Особливо високі результати відзначаються серед пацієнтів, які отримували короткі режими лікування, де ефективність становила 82,2%.

Найкращі результати лікування традиційно демонструють діти.

У когорті 2024 року ефективність лікування дітей віком до 14 років становила 87,7%, а у восьми областях України досягнуто 100% успішного лікування.

Разом із тим результати лікування серед людей з ТБ/ВІЛ залишаються нижчими порівняно із загальною популяцією та становлять 66,1%.

Основним викликом залишається висока смертність, що підкреслює необхідність подальшого розвитку інтегрованих послуг з лікування ТБ та ВІЛ.

У пенітенціарному секторі ефективність лікування нових епізодів ТБ становила 72,4%.

Попри складні умови функціонування системи виконання покарань в умовах війни, зберігається позитивна тенденція до покращення організації лікування та моніторингу пацієнтів.

Водночас подальших зусиль потребують забезпечення безперервності лікування та підтримка людей після звільнення.

Загалом результати лікування свідчать про поступове наближення України до міжнародних цілей у сфері подолання туберкульозу та підтверджують ефективність впровадження сучасних підходів до лікування і супроводу людей з ТБ.

Координація операційних досліджень та впровадження сучасних режимів лікування

ДОСЛІДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ РЕЖИМІВ ЛІКУВАННЯ

Докази ефективності сучасних коротких схем лікування Риф-ТБ



1 ОПЕРАЦІЙНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МКРЛ

Модифіковані короткі режими лікування Риф-ТБ



★ Найбільша країнова когорта пацієнтів із Риф-ТБ серед операційних досліджень коротких режимів лікування.

2 ДОСЛІДЖЕННЯ ВРaL

Лікування Риф-ТБ сучасним 6-місячним режимом ВРaL



ВРaL СЕРЕД ЛЮДЕЙ З ТБ/ВІЛ



ВІД РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ ДО ПРАКТИКИ ТА МАСШТАБУВАННЯ ІННОВАЦІЙ

3 ВІД РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ ДО ПРАКТИКИ



4 МАСШТАБУВАННЯ ІННОВАЦІЙ



Операційні дослідження в Україні доводять високу ефективність сучасних коротких режимів лікування та прискорюють їх впровадження для всіх, хто цього потребує.



Україна продовжує залишатися одним із лідерів Європейського регіону у впровадженні інноваційних підходів до лікування туберкульозу.

Попри виклики повномасштабної війни, країна не лише забезпечує доступ до сучасних схем лікування, а й формує доказову базу щодо їх ефективності та безпеки через реалізацію масштабних багатоцентрових операційних досліджень.

Одним із найбільших таких проєктів стало операційне дослідження «Оцінка ефективності та безпеки модифікованих коротких схем лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу в Україні» (МКРЛ), до якого станом на початок 2026 року було включено понад 2200 пацієнтів з усіх регіонів країни. Попередні результати підтверджують високу

ефективність коротких схем лікування та стійкість досягнутих результатів після завершення терапії.

Водночас протягом 2025 року продовжувалась робота щодо очищення бази, аналізу даних операційного дослідження «Оцінка ефективності та безпеки лікування рифампіцин-стійкого туберкульозу режимом BPaL в Україні» (далі – ОД BPaL), одного з найсучасніших у світі режимів лікування Риф-ТБ — BPaL. До відповідного операційного дослідження було залучено 358 пацієнтів із 22 регіонів країни. Отримані результати продемонстрували високу ефективність лікування (89,8%), швидку мікробіологічну відповідь та прийнятний профіль безпеки навіть серед пацієнтів із тяжкими формами захворювання, супутніми станами та ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

Результати досліджень підтверджують, що сучасні короткі повністю пероральні режими можуть ефективно застосовуватися в програмних умовах та забезпечувати високі результати лікування навіть у складних умовах функціонування системи охорони здоров'я.

Після оновлення рекомендацій ВООЗ щодо лікування туберкульозу у травні 2025 року Україна однією з перших у регіоні розпочала їх адаптацію до національних стандартів медичної допомоги.

Уже в липні було створено робочу групу з оновлення нормативної бази, а з вересня розпочато практичне впровадження нових коротких схем лікування лікарсько-стійкого ТБ із деламанідом для дітей віком до 14 років та вагітних жінок.

Це дозволило значно швидше забезпечити доступ найбільш вразливих категорій пацієнтів до більш безпечного, коротшого та людино-орієнтованого лікування.

Паралельно тривало масштабування інноваційного чотиримісячного режиму з рифапентином для лікування лікарсько-чутливого туберкульозу.

У 2025 році його отримували 35% серед всіх пацієнтів із лікарсько-чутливим ТБ, що є одним із найвищих показників впровадження в Європейському регіоні ВООЗ.

Важливим результатом останніх років стало не лише отримання нових наукових даних, а й формування в Україні потужної мережі регіональних дослідницьких центрів.

Регіональні фтизіопульмонологічні центри продемонстрували спроможність забезпечувати якісний набір пацієнтів, клінічний моніторинг та управління даними відповідно до міжнародних стандартів навіть в умовах війни.

Фактично сьогодні кожен регіональний фтизіопульмонологічний центр може розглядатися як потенційна база для проведення операційних досліджень. Це створює міцне підґрунтя для подальшого розвитку дослідницької інфраструктури, розширення міжнародної співпраці та залучення України до нової ери клінічних досліджень у сфері туберкульозу.

Досвід останніх років переконливо демонструє: навіть в умовах війни Україна здатна не лише впроваджувати інновації, а й формувати докази, які

впливають на розвиток сучасних підходів до лікування туберкульозу у світі.

Супровід лікування туберкульозу в Україні за 2025 рік

Важливу роль у забезпеченні успішного лікування туберкульозу відіграє медико-психосоціальний супровід (далі – МПСС), який є одним із ключових компонентів людиноорієнтованої відповіді на захворювання. Його значення є особливо актуальним в умовах повномасштабної війни, що суттєво вплинула на епідеміологічну ситуацію та доступ населення до медичної і соціальної підтримки. Війна призвела до вимушеного переміщення населення, втрати роботи та джерел доходу, погіршення житлових умов, зростання психологічного навантаження, а також пошкодження та руйнування медичної інфраструктури в окремих регіонах.

Такі обставини створюють додаткові ризики переривання лікування та знижують можливості пацієнтів своєчасно отримувати необхідну допомогу. Практика свідчить, що результати лікування залежать не лише від доступності медичних послуг, а й від здатності системи охорони здоров'я та соціального захисту своєчасно реагувати на соціальні, психологічні й економічні бар'єри, які впливають на прихильність до лікування.

Усвідомлюючи ці виклики, держава впроваджує комплексний підхід до подолання туберкульозу. Незважаючи на скрутну економічну ситуацію у країні, державою було виділено та сумарно використано близько 4 млн. грн. на часткове покриття послуг МПСС для пацієнтів, хворих на туберкульоз. Так, завдяки державному бюджету та за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (далі – Глобальний фонд) соціальним супроводом було забезпечено 100% пацієнтів, хворих на ТБ, які його потребували, на всій підконтрольній Уряду України території.

У 2025 році послугами МПСС сумарно було охоплено **10 030** людей з ТБ, з яких **6 771** людей з чутливим ТБ та **3 259** людей з лікарсько-стійким ТБ. За рахунок коштів державного бюджету було охоплено 11%, або **1 139** людей з чутливим ТБ у 4 регіонах України: Запорізькій, Львівській, Полтавській та Рівненській областях. У решті регіонів надання послуг МПСС було забезпечено недержавними субреципієнтами програми Глобального фонду через механізми субгрантування національних, регіональних і місцевих громадських організацій, які забезпечують підтримку пацієнтів безпосередньо на рівні громад.

МПСС супровід включає консультування, заходи з формування прихильності до лікування, психосоціальну підтримку, допомогу у навігації системою послуг, сприяння доступу до соціальної допомоги, послуги юриста, мотиваційний пакет, компенсацію транспортних витрат та витрат на мобільний зв'язок, організацію доставки протитуберкульозних препаратів за потреби. Такий підхід дозволяє своєчасно виявляти ризики

переривання лікування та забезпечувати підтримку відповідно до індивідуальних потреб людини.

Безпосередня робота з клієнтами базується на засадах людиноорієнтованого підходу, визначеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), а саме:

- індивідуалізація лікування та супроводу;
- забезпечення безперервної підтримки під час лікування;
- врахування бар'єрів доступу до послуг;
- залучення пацієнтів до прийняття рішень щодо власного здоров'я.

Надання послуг МПСС в Україні регулюється наказами Міністерства охорони здоров'я України:

- №692 від 13.04.2023 “Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом”;
- №1444 від 11.08.2023 “Про затвердження Граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом”;
- №632 від 04.04.2023 “Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом”.

Разом з тим, пріоритетним напрямом державних органів у сфері охорони здоров'я є удосконалення системи та підвищення якості надання послуг в контексті супроводу лікування туберкульозу. Так, впродовж 2025 року було:

- створено робочу групу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» з питань забезпечення сталості надання послуг із догляду, підтримки та соціального захисту людей, які хворіють на туберкульоз, їх близького оточення;
- розроблено стандарт надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та лікарсько-стійким туберкульозом;
- проведено дослідження «Оцінка ефективності елементів медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом» (детальна інформація доступна за посиланням, наведеним у QR-коді).





Засідання робочої групи з питань забезпечення сталості надання послуг із догляду, підтримки та соціального захисту людей, які хворіють на туберкульоз, їх близького оточення

Проте, незважаючи на значний прогрес, який був досягнутий державними та недержавними стейкхолдерами у сфері надання послуг МПСС для пацієнтів з ТБ, проблемними моментами залишаються:

- збереження соціально-економічних бар'єрів, які негативно впливають на прихильність до лікування;
- високий рівень втрати пацієнтів для подальшого спостереження під час лікування (за оперативними даними в окремих регіонах України частка пацієнтів з ТБ, які розпочали лікування у 2025 році та були втрачені для подальшого спостереження, досягала 15% при рекомендованому ВООЗ рівні $\leq 3\%$);
- відсутність дієвих механізмів координації та маршрутизації пацієнтів між системами охорони здоров'я, соціального захисту та іншими суб'єктами надання послуг;
- обмежений доступ до послуг МПСС у сільській місцевості та віддалених громадах.

Враховуючи вищенаведене, пріоритетними напрямками роботи на 2026 рік є: удосконалення існуючої моделі надання послуг МПСС та її подальша інтеграція із державними системами підтримки; актуалізація нормативно-правової бази відповідно до фактичних потреб людей, які хворіють на ТБ; підвищення рівня доступності послуг МПСС для всіх категорій пацієнтів з ТБ; забезпечення належного рівня професійної компетенції надавачів послуг МПСС шляхом розробки і впровадження стандартизованого навчального курсу.

Також особливу увагу буде приділено:

- розробленню та впровадженню ефективних механізмів взаємодії між закладами охорони здоров'я, центрами соціальних служб і неурядовими організаціями під час надання послуг МПСС;
- підвищенню ефективності роботи мультидисциплінарних команд під час супроводу пацієнтів із ТБ;
- удосконаленню підходів до супроводу пацієнтів, втрачених для подальшого медичного спостереження;
- розробленню та впровадженню алгоритмів супроводу для окремих груп ризику, зокрема військовослужбовців, осіб, які повернулися з місць позбавлення волі, та інших вразливих категорій населення.

ПІДТРИМКА ЛЮДЕЙ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ

ЛЮДИНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД – КЛЮЧ ДО УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ТБ

Якісний медико-психосоціальний супровід допомагає людям подолати бар'єри, залишатися на лікуванні та повністю одужати.



ПОВАГА
до прав і гідності
людини



ПІДТРИМКА
на кожному етапі
лікування



ДОВІРА
та партнерство



РІВНИЙ ДОСТУП
до якісних послуг

ПРОГРАМИ ПІДТРИМКИ ЛІКУВАННЯ

Організовані відповідно до Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним ТБ (наказ МОЗ України №692 від 13.04.2023).



Медична
підтримка



Психологічна
підтримка



Соціальний
супровід



Забезпечення
прихильності
до лікування

ХТО МОЖЕ ОТРИМАТИ ПІДТРИМКУ?

Послуги супроводу надаються пацієнтам із підвищеним ризиком втрати для подальшого спостереження



Низька прихильність
до лікування



Складні життєві обставини,
зловживання алкоголем



Вживання наркотичних /
психотропних речовин



Звільнення з місць
позбавлення волі



Обмежена доступність
до медичних послуг



Бар'єри прав людини,
гендеру, стигми,
дискримінації



Економічні
перешкоди



Карантинні
обмеження



Перебування в зоні
воєнних дій / збройних
конфліктів

ХТО ПРАЦЮЄ З ЛЮДИНОЮ?

Мультидисциплінарна команда



Лікар



Медична
сестра



Психолог



Соціальний
працівник



Кейс-менеджер /
консультант з ТБ



ЯК МИ ПІДТРИМУЄМО?



Індивідуальна оцінка потреб і ризиків



Розробка індивідуального плану підтримки



Регулярний контакт і моніторинг



Допомога у вирішенні соціальних,
правових та побутових питань



Підтримка прихильності до лікування

ЧОМУ ЦЕ ВАЖЛИВО?



Підвищує прихильність
до лікування



Зменшує ризик втрати
для подальшого
спостереження



Покращує результати
лікування та якість
життя пацієнтів

Підтримка – це не лише про лікування,
а й про турботу, розуміння та повагу.



ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМ СУПРОВОДУ

Зниження частки пацієнтів,
втрачених для подальшого
спостереження

≤ 3%

рекомендований рівень ВООЗ

Високе охоплення послугами
супроводу серед пацієнтів
із ризиком втрати



Якісна первинна оцінка ризиків та своєчасна підтримка –
основа успішного лікування та подолання туберкульозу.



Медико-психосоціальний супровід є невід'ємною частиною
людино-орієнтованої моделі допомоги при ТБ.
Разом – ми допомагаємо людям одужати та повернутися до повноцінного життя.



РОЗДІЛ VII. ОЦІНКА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМНИХ ЗАХОДІВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

З метою надання технічної та організаційно-методичної підтримки регіонам, оцінки стану реалізації заходів з подолання туберкульозу фахівці Центру громадського здоров'я МОЗ України здійснюють планові моніторингові візити до регіональних фтизіопульмонологічних центрів, ЦКПХ, центрів первинної медико-санітарної допомоги, інших закладів охорони здоров'я, центрів контролю та профілактики хвороб, а також структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

За результатами кожного візиту закладам охорони здоров'я та керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я надаються рекомендації щодо удосконалення організації протитуберкульозної допомоги, розвитку міжсекторальної взаємодії, усунення виявлених прогалин і підвищення ефективності реалізації програмних заходів. На їх основі розробляються та впроваджуються регіональні плани подальших дій.

Окрім вищезазначених питань такі візити сприяють налагодженню міжсекторальної співпраці на регіональному рівні, визначенню основних прогалин в координації заходів з подолання ТБ, розробці та наданню пропозицій з удосконалення діяльності.

У 2025 році здійснено 32 моніторингові візити, якими охоплено всі 25 регіонів України, включаючи області, наближені до районів ведення бойових дій. Три візити до Львівської, Київської та Харківської областей проведено за участю представників Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції. З огляду на безпекову ситуацію два візити до Луганської та Донецької областей відбулися в дистанційному форматі.

Протягом 2025 року в більшості регіонів України забезпечено безперервність надання протитуберкульозних послуг та функціонування основних компонентів системи подолання туберкульозу. Незважаючи на триваючі бойові дії, безпекові ризики та значне навантаження на систему охорони здоров'я, забезпечено стабільне функціонування основних компонентів системи подолання туберкульозу та реалізацію ключових програмних заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях, зокрема:

1. Забезпечено моніторинг ефективності програмних заходів із подолання ТБ на регіональному та місцевому рівні шляхом аналізу показників діяльності, організації робочих нарад, зустрічей, розгляд питань на засіданнях координаційних рад з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції, на оперативних нарадах при ДОЗ ОДА, а також проведення візитів технічної підтримки з регіонального на місцевий рівень - у 2025 році забезпечено

охоплено 815 закладів охорони здоров'я у 21 регіоні України.

2.Реалізовано заходи із подолання стигматизації туберкульозу, зокрема затвердження відповідних програм на рівні закладів охорони здоров'я, розробку політик та проведення інформаційних і навчальних заходів, у всіх регіонах;

3.Забезпечено доступ до амбулаторних моделей лікування, в тому числі з застосуванням цифрових технологій, в усіх регіонах України;

4.Забезпечено надання мобільних діагностичних послуг, інтегрованих із систематичним скринінгом на туберкульоз, для ключових груп населення та груп підвищеного ризику. У 2025 році здійснено 3 532 виїзди мобільних бригад, у ході яких проведено обстеження (радіологічне та скринінгове анкетування) 165 352 осіб із груп ризику. За результатами заходів діагностовано 323 випадки туберкульозу. Мобільні послуги впроваджувалися в усіх регіонах України регіональними фтизіопульмонологічними центрами та центрами контролю та профілактики хвороб у межах реалізації гранту ГФ та у співпраці з НУО;

5. В усіх регіонах забезпечено скринінг та поєднане лікування супутніх інфекцій і захворювань при туберкульозі, зокрема ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, психічних розладів, дефіциту харчування;

6.Призначення схем лікування ТБ за людино-орієнтованими підходами, зокрема застосування коротких схем лікування ТБ;

7.У всіх закладах забезпечено навчання фахівців з питань формування заявок на закупівлю протитуберкульозних препаратів на 2025–2026 роки за кошти ГФ. Регіонами сформовано та подано дані у форматі Quan TB, що містять прогнозовану потребу в протитуберкульозних препаратах та інформацію про наявні залишки відповідно до актуальних рекомендацій ВООЗ.

Водночас результати візитів засвідчили наявність окремих викликів і проблемних питань, усунення яких потребує подальшого посилення координації та підтримки на регіональному рівні.

Проблемними аспектами залишались протягом 2025 року:

1.Низька обізнаність серед фахівців первинної ланки медичної допомоги в темі профілактики туберкульозу, зокрема обстеження на ТБ-інфекцію певних груп ризику, які того потребують, та подальшого призначення профілактичного лікування, - в результаті не всі люди, які мали б отримати профілактику ТБ, отримують її;

2.Недостатня робота на первинному рівні щодо проведення систематичного скринінгу серед певних груп підвищеного ризику розвитку на ТБ, затверджених Стандартами медичної допомоги при ТБ, зокрема серед курців, осіб, які перебувають за межею бідності, осіб, які зловживають алкоголем чи наркотиками, осіб з гастректомією або шлунково-кишковим шунтуванням, осіб із захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету, осіб, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію;

3.Недосягнення показника бактеріологічного підтвердження легеневого ТБ;

4.Нерівномірне навантаження на системи Gene Xpert в межах регіону, що потребує аналізу маршрутів доставки матеріалу біологічного матеріалу;

5.Недосягнення в повній мірі показників ефективності лікування ЧТБ/ЛС-ТБ, зокрема через високий відсоток осіб, втрачених для подальшого спостереження та смертності та відсутність аналізу працівниками проміжних результатів лікування для вжиття відповідних заходів щодо забезпечення високої ефективності лікування ТБ;

6.Неналежна якість організації та надання послуг медико-психосоціального супроводу та необхідності посилення контролю за якістю послуг, що надаються НУО;

7. Неналежна якість менеджменту та управління бажаними явищами при лікуванні ТБ.



Візит до Запорізького ОЦКПХ

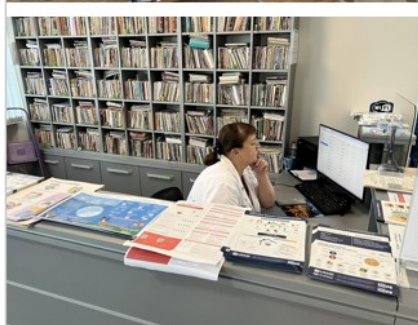




Візит до Чернігівщини



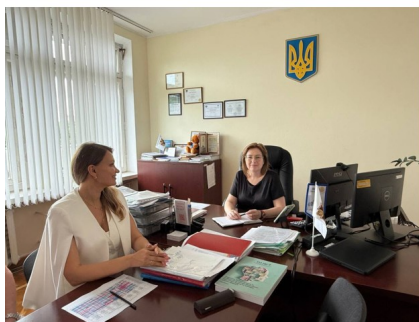
Візит до Київщини



Візит до Одещини, Березівська громада



Візит до Черкащини



Візит до Вінниччини





Візит до Харківщини



Візит до Львівщини, Рівненщини та Одещини



Візит до Дніпропетровщини



Візит до Рівненщини



Візит до Чернівецької області

РОЗДІЛ VIII. СПРОМОЖНІСТЬ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Мережа закладів

Навіть в умовах війни протитуберкульозна система продовжує вдосконалюватися.

Відповідно до Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні», у 2025 році на підконтрольній території України у кожній області України функціонують фтизіопульмонологічні центри, які координують надання спеціалізованої допомоги з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу. Це сучасні надкластерні заклади охорони здоров'я, які постійно розвиваються. Вони мають високотехнологічне обладнання з елементами штучного інтелекту та надають якісні інтегровані послуги, впроваджуючи сучасні методи діагностики та лікування туберкульозу короткотривалими схемами із застосуванням інноваційних препаратів.

Протитуберкульозна служба України за останні роки зазнала суттєвої оптимізації, у межах якої більшість спеціалізованих закладів були інтегровані до складу багатoproфільних медичних установ. Така трансформація відповідає сучасним підходам до організації медичної допомоги та сприяє підвищенню доступності, безперервності та якості інтегрованих послуг у сфері ТБ.

У низці регіонів збережено формат самостійних регіональних фтизіопульмонологічних центрів, зокрема у Вінницькій, Житомирській, Тернопільській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській областях та місті Києві.

Водночас частина областей перейшла до моделі об'єднаних фтизіопульмонологічних центрів із включенням центрів ВІЛ/СНІД, що реалізовано у Донецькій, Львівській, Херсонській та Чернівецькій областях.

Найбільш поширеною моделлю є інтегровані об'єднані центри, у яких протитуберкульозна допомога поєднана з іншими напрямками спеціалізованої медичної допомоги - лікуванням ВІЛ-інфекції/СНІДу, інфекційних захворювань, вірусних гепатитів, дерматовенерологічних і психоневрологічних захворювань або функціонує у складі багатoproфільних лікарень. Така модель впроваджена у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Миколаївській, Полтавській, Запорізькій, Рівненській, Сумській, Чернігівській, Кіровоградській, Луганській, Дніпропетровській та Одеській областях.

Лабораторна мережа

Діяльність лабораторної мережі з діагностики ТБ регулюється Законом України від 14.07.2023 № 3269-IX «Про подолання туберкульозу в

Україні» «Про ліквідацію туберкульозу в Україні» та наказом МОЗ України від 12.03.2024 № 422 «Деякі питання утворення трирівневої лабораторної мережі з діагностики ТБ у системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню»

Мережа організована за територіальним принципом і складається з 216 мікробіологічних лабораторій з діагностики ТБ.

Лабораторна структура включає:

- периферійні лабораторії, що виконують молекулярно-генетичні дослідження з виявлення ТБ, використовуючи тести Ultra як первинний діагностичний тест;

- регіональні лабораторії здійснюють дослідження для підтвердження діагнозу «Туберкульоз» та контролю за лікуванням і використовують усі методи (посів на рідкі поживні середовище, генотипове та фенотипове тестування медикаментозної чутливості мікобактерії ТБ до ПТП (далі – ТМЧ).

- референс лабораторія з діагностики ТБ здійснює методичне керівництво діяльності мікробіологічних лабораторій з діагностики ТБ другого та першого рівнів, визначає стратегії та тактики діагностики ТБ в Україні; координує системи управління якістю у лабораторіях, здійснює моніторинг спектра лікарської стійкості мікобактерій ТБ.



- 1 Лабораторії I рівня (186 лабораторій)**
 - Функціонують у загальних закладах охорони здоров'я
 - Здійснюють перший етап виявлення ТБ
 - Метод молекулярно-генетичний
- 2 Лабораторії II рівня (29 лабораторій)**
 - Функціонують у структурі регіональних фтизіопульмонологічних центрів
 - Здійснюють повний комплекс діагностичних досліджень
- 3 Лабораторія III рівня**
 - Функціонує у структурі Центру
 - Координація діяльності лабораторій I та II рівнів
 - Моніторинг за спектром лікарської стійкості МБТ

Схема лабораторної мережі з діагностики ТБ

У 2025 році фахівці референс-лабораторії (НРЛ) підтвердили високий рівень професійної компетентності під час міжнародної зовнішньої оцінки якості (ЗОЯ) з діагностики ТБ, організованої Супранаціональною лабораторією ВООЗ (м. Гаутінг, Німеччина)

Організовано зовнішню оцінку якості для лабораторної мережі з діагностики ТБ та охоплено:

29 мікробіологічних лабораторій з діагностики ТБ 2 рівня (МОЗ, ДКВСУ), усі з яких успішно пройшли ЗОЯ, підтвердивши належний рівень якості досліджень;

195 лабораторій I рівня МОЗ, ДКВСУ з яких 193 лабораторії успішно пройшли зовнішню оцінку якості (99%).

Порівняно з 2024 роком, у якому ЗОЯ було охоплено 164 лабораторії, а 140 із них підтвердили належний рівень виконання досліджень за результатами ЗОЯ (85%), у звітному періоді зафіксовано суттєве розширення охоплення та покращення показників результативності.

Уперше до ЗОЯ було залучено лабораторії Міністерства оборони України та Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит».

У 2025 році три лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ мають сертифікати щодо відповідності вимогам міжнародного стандарту ISO 15189, що регламентує якість та компетентність медичних лабораторій. Відповідні сертифікати отримали:

- референс-лабораторія з діагностики ТБ ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України;
- мікробіологічна лабораторія з діагностики ТБ 2 рівня КНП "Обласний протитуберкульозний диспансер" Житомирської обласної ради;
- мікробіологічна лабораторія з діагностики ТБ 2 рівня КНП «Київський фтизіопульмонологічний центр» виконавчого органу Київської міської ради.
- мікробіологічна лабораторія з діагностики ТБ 2 рівня КП «Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб» ДОР

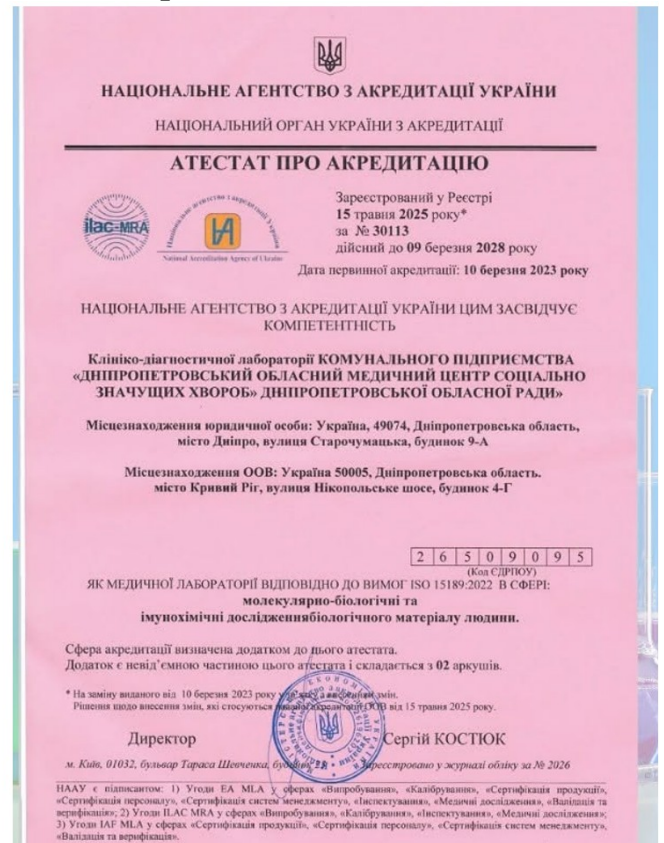
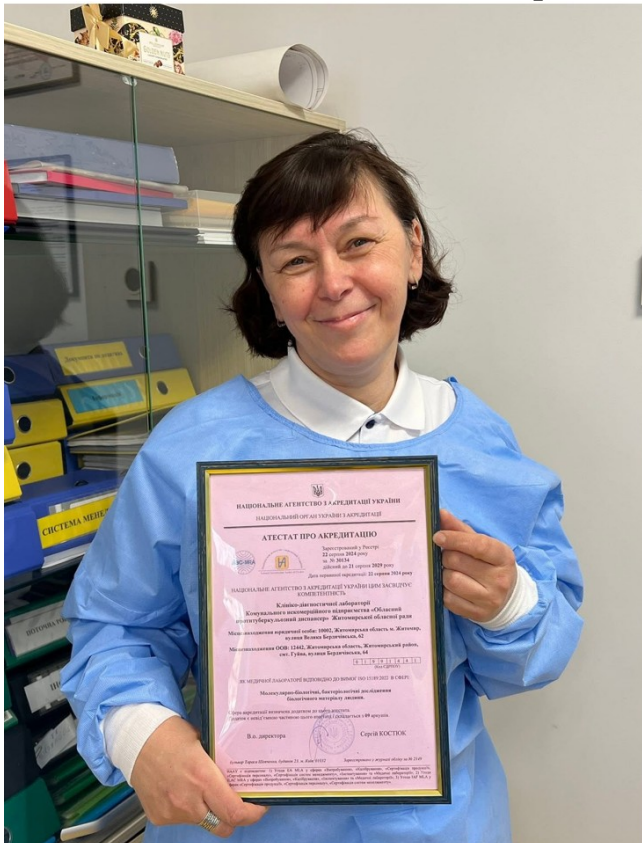
Мікробіологічні лабораторії з діагностики ТБ 2 здійснюють повний спектр ТМЧ *Mycobacterium tuberculosis* до протитуберкульозних препаратів відповідно до рекомендацій ВОЗ із застосуванням фенотипових та молекулярно-генетичних методів дослідження. Зокрема, проводиться визначення чутливості до ізоніазиду, рифампіцину та моксифлоксацину (0,25 мкг/мл), а також до препаратів, що використовуються для формування схем лікування лікарсько-стійкого ТБ: левофлоксацину, моксифлоксацину (1,0 мкг/мл), бедаквіліну, лінезоліду, клофазаміну, деламаніду, амікацину та претоманіду.



**Лабораторія КНП "Обласний протитуберкульозний диспансер"
Житомирської обласної ради**



Лабораторія КНП "Обласний протитуберкульозний диспансер" Житомирської обласної ради



Отримані атестати про акредитацію, Житомирська та Дніпропетровська області

Плани та пріоритети на 2026 рік і подальші роки:

1. Забезпечення можливості швидкого виявлення ТБ та лікарської стійкості в лабораторній мережі з діагностики ТБ.
2. Впровадження нових технологій визначення лікарської стійкості Розширення застосування молекулярних методів та секвенування нового покоління (tNGS) для швидкого виявлення резистентності *Mycobacterium tuberculosis* до протитуберкульозних препаратів.
3. Посилення системи управління якістю Удосконалення програм зовнішньої оцінки якості, підтримка впровадження вимог ISO 15189 та забезпечення постійного моніторингу якості лабораторних досліджень.
4. Розвиток цифрових рішень та лабораторних інформаційних систем

Покращення збору, аналізу та використання лабораторних даних шляхом розвитку інформаційних систем.

5. Підтримка безперервної роботи лабораторій, технічного обслуговування обладнання, біобезпеки та резервного електроживлення.

РОЗДІЛ IX. КАДРОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ ТА РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНОЇ СПРОМОЖНОСТІ

Кадрові ресурси залишаються одним із ключових компонентів функціонування системи протитуберкульозної допомоги та визначальним чинником ефективності впровадження пацієнтоорієнтованої моделі лікування ТБ в Україні. Упродовж останніх років НТП демонструє прогрес у зміцненні управління кадровими ресурсами, що сприяє розширенню доступу до послуг та підвищенню стійкості системи.

Станом на 01.01.2026 року у закладах протитуберкульозної служби працювало 5 928 медичних працівників, з яких 4 808 (81%) - жінки. Загальна чисельність лікарів-спеціалістів становила 1 197 осіб, серед яких 385 лікарів-фтизіатрів. Гендерна структура персоналу характеризується переважанням жінок, особливо серед середнього та молодшого медичного персоналу, де їхня частка становить від 96% до 100%, тоді як серед адміністративного персоналу частка чоловіків сягає близько 43%.

Суттєвий вплив на кадровий потенціал системи має повномасштабна війна, яка супроводжується відтоком медичних працівників, релокацією населення та обмеженими можливостями для оперативного заміщення вакантних посад. Особливо вразливими залишаються південні та східні області, охоплені активними бойовими діями, зокрема Донецька, Луганська, Херсонська та Запорізька, де кадровий дефіцит посилюється руйнуванням інфраструктури, логістичними труднощами та ускладненим доступом пацієнтів до медичних послуг.

«Водночас сьогодні ми стикаємося з низкою системних викликів. Один із ключових — це висока плинність кадрів серед осіб, залучених до формування політики. Попри значні зусилля, спрямовані на підвищення обізнаності та розвиток компетенцій, часті кадрові зміни призводять до втрати інституційної пам'яті. Як наслідок, виникає потреба щоразу заново формувати розуміння проблематики, що уповільнює процес ухвалення якісних управлінських рішень.», — головний державний санітарний лікар України.

Додаткове навантаження спостерігається в регіонах, що прийняли значну кількість ВПО, де збільшення потреби в медичних послугах не супроводжувалося пропорційним посиленням кадрового та матеріального забезпечення. В окремих областях центральної України, зокрема Дніпропетровській та Кіровоградській, зростання кількості зареєстрованих

випадків ТБ може опосередковано свідчити про прихований дефіцит кадрових ресурсів. Окремим викликом залишається сільська місцевість, де значна частина функцій із виявлення та супроводу випадків ТБ покладається на лікарів первинної медичної допомоги, які не завжди мають достатній рівень спеціалізованої підготовки.

Важливим аспектом кадрового забезпечення є професійне виснаження медичних працівників. За даними НТП, рівень професійного вигорання серед персоналу є високим і зумовлений поєднанням воєнного навантаження, розширенням професійних обов'язків, психологічним стресом та недостатнім рівнем матеріальної мотивації. У таких умовах зростає ризик плинності кадрів та подальшого скорочення кадрового потенціалу.

Загалом кадрова ситуація у протитуберкульозній службі характеризується поєднанням позитивних змін у розвитку кадрового менеджменту та стійких системних викликів. Подальше зміцнення кадрового потенціалу потребує посилення професійного навчання, розвитку компетентностей працівників первинної ланки, удосконалення системи мотивації та забезпечення більш рівномірного розподілу медичних кадрів між регіонами. В умовах інтеграції послуг з лікування ТБ у загальну систему охорони здоров'я саме кадрова спроможність залишатиметься одним із визначальних чинників ефективності та стійкості протитуберкульозної допомоги в Україні.

Розвиток кадрового потенціалу та підтримка мотивація представників туберкульозної служби є одним із ключових пріоритетів в системі з координації заходів щодо подолання туберкульозу на національному рівні. З метою мотивації медичних працівників Центром було ініційовано звернення до структурних підрозділів з охорони здоров'я обласних державних (військових) адміністрацій України щодо можливості відзначити працівників фтизіатричної служби з нагоди Всесвітнього дня боротьби з туберкульозом, а також інших визначних днів та подій, відзнаками, нагородами обласних військових адміністрацій та поданнями для присвоєння почесних звань – «Заслужений лікар України». 24 березня в.о медичного директора КНП "Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер" (м. Краматорськ) Наталія Клименко отримала це почесне звання. Загалом в Україні лише 19 представників регіональних фтизіопульмонологічних центрів мають таке звання.



**Присвоєння почесного звання “Заслужений лікар України” від
Президента України -Володимира Зеленського.**

В рамках відзначення Міжнародного дня медичних братів/сестер було зібрано їх життєві історії та досвід роботи в умовах повномасштабної війни проти України. Найкращі історії оприлюднені на сайті Центру.



Медичні сестри/ брати регіональних фтизіопульмонологічних центрів

Мотивація, заохочення медичних працівників дозволить і надалі утримувати та посилювати національну відповідь на туберкульоз та виконувати міжнародні зобов'язання України у цій сфері.

Відповідно до рішення Комітету з програмних питань Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІД Центр забезпечує координацію навчальних заходів з питань туберкульозу. Проведення цих заходів відбувається відповідно до сформованого та узгодженого з партнерами плану національних заходів подолання ТБ у різноманітному форматі для різних цільових груп, для можливості більшого охоплення із трансляцією на You Tube каналі, залучення представників ВООЗ та міжнародних експертів.

У 2025 році було проведено **42** таких заходів із загальним охопленням більше **60 000** медичних працівників серед яких:

2 робочі стратегічні наради керівників регіональних фтизіатричних центрів з метою оцінки поточної ситуації та оперативного планування;

2 робочі наради медичних лідерів з фокусом уваги на якості медичної допомоги при туберкульозі;

тренінг за участю експертів Євро-ВООЗ щодо вдосконалення підходів до профілактики та виявлення туберкульозу;

тренінг з використання інструменту Quan TB для оцінки потреби, оцінки залишків, управління ризиками забезпеченості протитуберкульозними препаратами;

серія вебінарів з питань позалегенового туберкульозу для представників Міністерства оборони України;

2 вебінари, присвячені особливостям лікування туберкульозу у дітей;

серія тренінгів з основ психосоціальної підтримки людей, які хворіють на ТБ, для лікарів-фтизіатрів, лікарів первинної медичної допомоги та медичних сестер;

серія вебінарів для лікарів-фтизіатрів/пульмонологів щодо управління небажаними явищами при лікуванні ТБ;

вебінар для медичних братів/сестер з формування прихильності до лікування ТБ - **29 000** переглядів на You Tube каналі Центру.

Оновлення онлайн навчальної платформи ЦГЗ за напрямком ТБ: курс з управління небажаними явищами під час лікування ТБ, на етапі розробки курс з профілактики ТБ, особливостей ведення ЛС-ТБ, удосконалення підходів до надання послуг медико психосоціального супроводу людей, які хворіють на ТБ. З метою готовності лікарів первинної медичної допомоги в умовах масштабування амбулаторної моделі лікування ТБ на первинному рівні розробляється оновлений онлайн курс "Надання медичної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз на первинному рівні"

На дистанційній платформі ЦГЗ розміщений онлайн курс з ведення ТБ на первинному етапі - **15 761** лікарів ПМД отримали сертифікати про успішне проходження курсу

За 2025 рік Центром було організовано та проведено 6 заходів БПР за темою ведення ТБ на первинному рівні – загальне охоплення **31 000**

лікарів ПМД

За підтримки РАТН тренінгами «Активне виявлення, супровід та лікування туберкульозу на первинній ланці» охоплено **1 500** лікарів ПМД.



Робоча нарада «Майбутнє без туберкульозу — синергія зусиль та рішучих дій», м. Київ



Керівники Хмельницького, Львівського та Чернівецького регіональних фтизіопульмонологічних закладів



Робоча нарада щодо забезпечення доступу до медичної та соціальної допомоги при туберкульозі, а також подолання бар'єрів, пов'язаних із повномасштабною війною проти України, у наданні якісних протитуберкульозних медичних послуг, м. Львів



Представники регіональних фтизіопульмонологічних центрів

Харківської, Миколаївської, Херсонської та Запорізької областей





**Підсумкова нарада керівного складу регіональних
фтизіопульмонологічних центрів, м. Луцьк**

РОЗДІЛ Х. РОЛЬ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД У ПОДОЛАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Усвідомлюючи важливість залучення громад до реалізації заходів з профілактики і контролю над туберкульозом, що підвищує результативність національних стратегій та сприяє досягненню стратегічної мети — подолання туберкульозу як загрози громадському здоров'ю, до Операційного плану заходів з реалізації виконання Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 02 серпня 2024 р. № 726-р (далі - Стратегія) включено захід щодо впровадження ініціативи «Територіальна громада вільна від туберкульозу» (далі - Ініціатива). Урядом підтримано питання впровадження Ініціативи, як усвідомлення важливості питання подолання туберкульозу та досягнення мети до якої ми всі рухаємося попри війну та важкі випробування - Україна без туберкульозу.

Тож Стратегією розв'язується одна з ключових проблем, а саме: залучення територіальних громад до вирішення питань подолання туберкульозу на місцевому рівні.

Внесок територіальних громад в систему подолання туберкульозу є вагомим, оскільки саме на місцевому рівні забезпечується ефективна взаємодія між закладами охорони здоров'я, органами виконавчої влади та населенням на шляху до досягнення цілей Стратегії щодо:

доступності та безперервності надання якісної медичної допомоги в територіальних громадах, досягнення економічної ефективності, поліпшення якості та підвищення рівня задоволеності пацієнтів та лікарів;

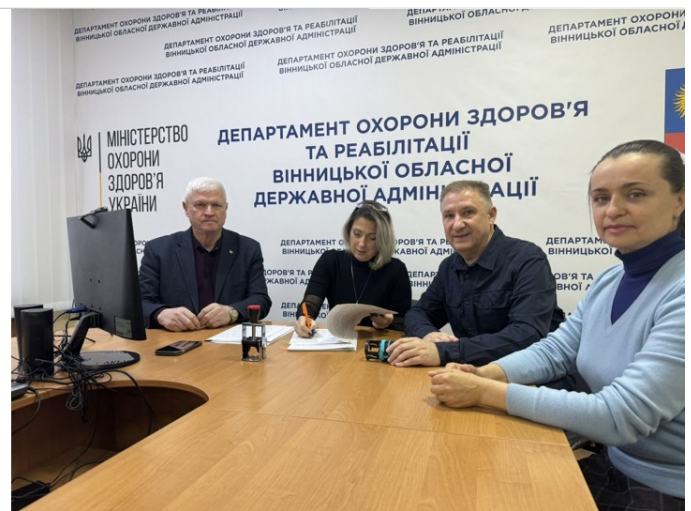
забезпечення багатогалузевого та багатосекторального підходу до подолання туберкульозу з наданням переваги участі територіальних громад у подоланні туберкульозу та прийняттям рішення за результатами моніторингу та оцінки здійснення заходів з протидії поширенню туберкульозу на національному, регіональному та місцевому рівні.

Одним із кількісних показників досягнень цілей Стратегії є кількість територіальних громад, що приєдналися до громадських ініціатив щодо подолання туберкульозу, з наступними значеннями показників: 15 - у 2024 році, 70 – у 2025 році, 100 – у 2026 році. У 2024 році показник не був виконаний, однак у 2025 році робота значно активізувалася і показник виконано з перевищенням кількісного цільового показника. У 2025 році 165 громад приєдналися до зазначеної ініціативи.

Найбільш активні у зазначеному напрямку з найбільшою кількістю громад, що приєдналися до Ініціативи є Рівненська, Хмельницька, Луганська, Львівська, Кіровоградська, Черкаська, Волинська, Чернігівська, Миколаївська області.



Реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» у Херсонській та Донецькій областях



Реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» у Вінницькій області



Реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» у Закарпатській та Тернопільській областях



Реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» у Полтавській та Львівській областях



Реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» у Черкаській та Рівненській областях



Реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» у Сумській та Житомирській областях



Реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» у Донецькій області

«Подолання туберкульозу — це не лише питання медицини. Це питання відповідальності кожного з нас — від державної політики до особистого ставлення до власного здоров'я. Україна вже демонструє лідерство у впровадженні сучасних підходів, але рушійною силою залишаються громади», — завідувачка відділу управління і подолання туберкульозу Центру громадського здоров'я Яна Терлеєва.

РОЗДІЛ XI. РОЛЬ НАУКИ У ПОДОЛАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Наукові дослідження є важливою складовою системи протидії туберкульозу, оскільки забезпечують наукове підґрунтя для вдосконалення профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів. Діяльність науково-дослідних установ спрямована на вивчення епідеміологічних особливостей туберкульозу, аналіз ефективності існуючих підходів до лікування та визначення пріоритетних напрямів подальшого розвитку фтизіатричної служби.

Важливу роль у цьому процесі відіграє ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», діяльність якого включає проведення наукових досліджень, розробку методичних рекомендацій та участь у впровадженні результатів у практику охорони здоров'я. Отримані результати використовуються для удосконалення організації протитуберкульозної допомоги.

Бачити більше, ніж туберкульоз: як комплексна оцінка супутніх захворювань і станів допомагає покращувати результати лікування в умовах війни

Організація-виконавець: ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України».

Джерело фінансування: науково-дослідна робота НАМН України (А.25.02 - "Удосконалити підходи диференціальної діагностики та лікування туберкульозу (ТБ) легень поєднаного із супутніми захворюваннями в умовах воєнного стану", термін виконання: 01.2025-12.2027

Повномасштабна війна створила додаткові виклики для системи протидії туберкульозу в Україні. Порушення доступу до медичних послуг, вимушене переміщення населення, підвищене психоемоційне навантаження та погіршення соціально-економічних умов негативно вплинули на своєчасність виявлення туберкульозу та результати його лікування. Водночас впровадження сучасних короткострокових режимів лікування лікарсько-стійкого туберкульозу дозволило суттєво підвищити показники успішності лікування та відкрило новий напрям для вдосконалення допомоги - раннє виявлення супутніх захворювань і станів, які можуть визначати результат лікування не менше, ніж сам туберкульоз.

З метою відповіді на ці виклики ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» реалізував комплексне дослідження, спрямоване на розробку диференційованих підходів до діагностики та лікування туберкульозу легень, поєднаного із супутніми захворюваннями та порушеннями ментального здоров'я в умовах воєнного стану.

Попри покращення результатів лікування ТБ, у практичній роботі все частіше виявлялися фактори, що залишалися поза фокусом традиційних підходів до ведення пацієнтів. До них належали супутні захворювання легень, ВІЛ-інфекція, цукровий діабет, наслідки перенесеного туберкульозу, психоемоційні розлади та залежності.

Саме ці стани часто призводили до пізньої діагностики, затримки початку лікування, виникнення небажаних явищ під час терапії та зниження її ефективності. Особливої уваги потребували військовослужбовці, для яких характерним є вищий рівень психологічного навантаження та специфічні фактори ризику.

Відсутність стандартизованих алгоритмів раннього виявлення таких супутніх станів обмежувала можливості медичних працівників своєчасно реагувати на ризики та забезпечувати пацієнтам комплексну допомогу.

Для вирішення зазначених проблем у 2025 році (1-й рік виконання НДР) було проведено серію ретроспективних когортних та проспективних операційних досліджень.

Аналіз охопив 496 пацієнтів з активним туберкульозом або посттуберкульозними змінами легень, які перебували під наглядом фахівців ННЦ ФПА НАМНУ протягом 2024-2025 років.

Окремим напрямом стало дослідження психоемоційного стану 208 людей із туберкульозом легень. Для оцінки рівня тривоги та депресії використовували міжнародно визнані інструменти PHQ-9 та GAD-7, а також оцінювали рівень знань людей щодо захворювання.

На основі отриманих результатів планується сформувати практичні рекомендації та розроблені диференційовані алгоритми:

- раннього виявлення супутніх захворювань і станів у пацієнтів із туберкульозом;
- оцінки ризику невдач лікування лікарсько-стійкого туберкульозу;
- комплексного ведення пацієнтів із поєднаною патологією;
- скринінгу та підтримки ментального здоров'я серед цивільних і військовослужбовців;
- покращення моніторингу небажаних явищ під час застосування сучасних режимів лікування.

Практика поєднала клінічний, психосоціальний та пацієнт-орієнтований підходи, що дозволило розглядати туберкульоз не ізольовано, а в контексті загального стану здоров'я людини.

Поглиблений аналіз 336 осіб з туберкульозом продемонстрував, що відсутність супутніх захворювань або ускладнень є скоріше винятком, ніж правилом. Лише у 31,3 % осіб не було зареєстровано супутньої патології або ускладнень захворювання.



Рис 1. Поширеність супутніх станів та порушень серед пацієнтів з ТБ

Водночас:

- супутні захворювання легень були виявлені у 27,1 % пацієнтів;
- супутні захворювання інших органів і систем або порушення психічного здоров'я — у 40,4 %;
- ускладнення туберкульозу або небажані явища лікування — у 37,5 % випадків;

- 39 % пацієнтів мали два або більше супутніх захворювання або стани одночасно.

Найчастіше реєструвалися:

- ХОЗЛ, бронхіальна астма та хронічний бронхіт — у 15,5 % пацієнтів;
- ВІЛ-інфекція — у 8,3 %;
- серцево-судинні захворювання — у 8,3 %;
- бронхоектатична хвороба, емфізема та легеневий фіброз — у 6,9 %;
- вірусні гепатити — у 6,0 % випадків.

Аналіз факторів ризику показав, що найбільший негативний вплив на своєчасність встановлення діагнозу та результати лікування мали:

- лікарсько-стійкий туберкульоз ($p=0,012$);
- супутні захворювання легень із незворотними структурними змінами (бронхоектатична хвороба, пневмофіброз, емфізема, аспергільоз) ($p=0,048$).

Натомість такі захворювання, як ВІЛ-інфекція, цукровий діабет, вірусні гепатити, серцево-судинна патологія, психічні розлади та травми не продемонстрували статистично значущого впливу на своєчасність діагностики та ефективність лікування у досліджуваній вибірці.

Отримані результати дозволили визначити групи пацієнтів, які потребують особливої уваги під час скринінгу та клінічного супроводу, а також стали основою для розробки диференційованих алгоритмів ведення людей з туберкульозом і супутніми захворюваннями в умовах війни.

Дослідження також дозволило визначити групи підвищеного ризику невдач лікування лікарсько-стійкого туберкульозу. До них належали: безробітні особи, люди з інвалідністю, пенсіонери, особи без постійного місця проживання, люди із залежностями та пацієнти з вираженими небажаними явищами лікування.

Особливу увагу привернули результати оцінки ментального здоров'я. Ознаки тривожності були виявлені у 61,5 % військовослужбовців проти 55,7 % серед цивільних пацієнтів. Ознаки депресії визначалися у 93,6 % військових та 67,6 % цивільних пацієнтів.

Крім того, встановлено, що небажані явища під час лікування сучасними короткостроковими режимами лікарсько-стійкого туберкульозу реєструвалися у 14,9–55,4 % пацієнтів, що підтверджує необхідність покращення системного моніторингу безпеки лікування.

Практика створила доказову основу для переходу від універсального до диференційованого підходу в наданні допомоги людям з туберкульозом в Україні.

Отримані результати дозволили визначити конкретні групи ризику, які потребують посиленого клінічного нагляду, раннього скринінгу супутніх захворювань та додаткової психосоціальної підтримки. Запропоновані алгоритми можуть бути інтегровані в рутинну практику протитуберкульозної служби та використовуватися як серед цивільного

населення, так і серед військовослужбовців.

Важливим результатом стало підтвердження необхідності включення оцінки ментального здоров'я до стандартного маршруту пацієнта з туберкульозом. Це відкриває можливості для більш комплексного підходу до лікування та підвищення прихильності до терапії.

Практика демонструє, що сучасна боротьба з туберкульозом потребує не лише ефективних ліків, а й своєчасного виявлення супутніх захворювань, адресної підтримки вразливих груп населення та уваги до психічного здоров'я. Саме такий підхід дозволяє підвищувати ефективність лікування, покращувати якість життя пацієнтів та зміцнювати стійкість системи охорони здоров'я в умовах війни.

Лікувати не лише туберкульоз: інтеграція підтримки ментального здоров'я у допомогу людям з ТБ під час війни

Організація-виконавець: Державна установа «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (ННЦ ФПА НАМНУ).

Джерело фінансування: науково-дослідна робота НАМНУ (А.25.02 - "Удосконалити підходи диференціальної діагностики та лікування туберкульозу (ТБ) легень поєднаного зі супутніми захворюваннями в умовах воєнного стану", термін виконання: 01.2025-12.2027)

Повномасштабна війна суттєво посилила психологічне навантаження на населення України. Для людей, які проходять лікування туберкульозу, це навантаження стало подвійним: боротьба із серйозним інфекційним захворюванням поєдналася з постійним стресом війни, вимушеним переміщенням, втратою близьких, невизначеністю майбутнього та порушенням соціальних зв'язків.

Особливо вразливою групою стали військовослужбовці, серед яких значна частина має бойовий досвід, наслідки перебування в полоні, посттравматичні стресові розлади та інші психоемоційні порушення.

У цих умовах питання ментального здоров'я стало не лише психологічною, а й клінічною проблемою, оскільки психоемоційний стан безпосередньо впливає на прихильність до лікування, взаємодію з медичним персоналом та кінцеві результати терапії туберкульозу.

Лікування туберкульозу є тривалим процесом, який вимагає від пацієнта високої прихильності та активної участі в лікуванні. Водночас тривожні та депресивні розлади можуть суттєво ускладнювати цей процес.

Проведені в ННЦ ФПА НАМНУ спостереження показали, що значна частина пацієнтів із туберкульозом має ознаки підвищеної тривожності ще до початку лікування. Особливо це стосувалося військовослужбовців, які частіше демонстрували середній та помірний рівень тривоги, пов'язаний із бойовим досвідом, тривалим стресом та зміною звичного способу життя.

До початку впровадження практики психосоціальної підтримки пацієнтів переважно обмежувалася індивідуальними консультаціями. Водночас частина пацієнтів, особливо військові, неохоче долучалися до

класичних форматів психологічної допомоги, що вимагало пошуку нових підходів до роботи з емоційним станом людей під час лікування.

У межах науково-дослідної роботи ННЦ ФПА НАМНУ було впроваджено комплексний підхід до оцінки та підтримки ментального здоров'я людей, які проходять лікування туберкульозу.

На першому етапі здійснювався скринінг рівня тривожності за міжнародно визнаною шкалою GAD-7. У дослідженні взяли участь 97 пацієнтів, серед яких 41 військовослужбовець та 56 представників цивільного населення. Отримані результати використовувалися для формування індивідуалізованих підходів до психосоціальної підтримки.

Другим компонентом практики стало впровадження групових арт-терапевтичних та психосоціальних інтервенцій, спрямованих на зниження тривожності, покращення комунікації та формування внутрішніх ресурсів для подолання стресу.

Для пацієнтів були організовані чотири формати занять:

- творчі заняття з використанням техніки квілінгу;
- інтуїтивне малювання з подальшою рефлексією;
- мандалоплетіння як інструмент емоційної саморегуляції;
- метафорична психологічна трансформаційна гра «Колесо життя».

Скринінг психоемоційного стану продемонстрував значну поширеність тривожних розладів серед людей з туберкульозом.



Розподіл рівнів тривожності серед пацієнтів з туберкульозом за шкалою GAD-7 залежно від статусу пацієнта

Отримані результати підтвердили необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки саме для військовослужбовців як однієї з найбільш уразливих груп пацієнтів з туберкульозом.



Техніка інтуїтивного малювання гуашевими фарбами та рефлексією



Техніка квілінгу



Техніка мандалоплетіння



Техніки метафоричної психологічної трансформаційної гри «Колесо життя»

Найкращі клінічні практики групового заняття щодо покращення стану ментального здоров'я

До групових занять було залучено 63 пацієнти:

- квілінг — 15 учасників;
- інтуїтивне малювання — 30 учасників;
- мандалоплетіння — 12 учасників;
- психологічна трансформаційна гра — 6 учасників.

Більшість учасників становили чоловіки-військовослужбовці, зокрема особи, звільнені з полону.

За спостереженнями мультидисциплінарної команди, вже після перших занять у пацієнтів відзначалися:

- зниження рівня тривожності;
- покращення настрою;
- покращення комунікативних навичок;
- емоційне розвантаження;
- підвищення довіри до медичного персоналу.

Серед військовослужбовців арт-терапевтичні методики виявилися особливо ефективними, оскільки дозволяли працювати зі складними переживаннями без ризику повторної психологічної травматизації та без необхідності прямого обговорення травматичних подій.

Пілотне впровадження групових арт-терапевтичних та психосоціальних інтервенцій продемонструвало високу прийнятність серед пацієнтів та позитивний зворотний зв'язок від учасників і медичного персоналу. Пацієнти повідомляли про покращення настрою, емоційне розвантаження та підвищення відчуття підтримки під час лікування. Водночас кількісна оцінка впливу втручань на рівень тривожності та прихильність до лікування триває в межах поточного дослідження, а остаточні результати будуть представлені після завершення спостереження.

Практика продемонструвала, що підтримка ментального здоров'я може бути органічно інтегрована у процес лікування туберкульозу навіть в умовах війни. Запровадження регулярного скринінгу тривожності та групових психосоціальних інтервенцій дозволило перейти від реагування на психологічні проблеми до їх раннього виявлення та профілактики.

Особливу цінність практика має для роботи з військовослужбовцями та людьми, які пережили полон або бойові дії. Отриманий досвід підтвердив, що творчі та арт-терапевтичні підходи можуть стати ефективним інструментом підтримки пацієнтів, які не готові до традиційних форматів психологічного консультування.

Інтеграція компонентів ментального здоров'я до маршруту пацієнта з туберкульозом сприяє покращенню прихильності до лікування, зміцненню взаємодії між пацієнтом та медичною командою, а також підвищенню якості життя людей під час тривалого лікування.

Наукове дослідження перебуває на етапі подальшої оцінки ефективності. Наразі проводиться моніторинг змін психоемоційного стану пацієнтів та вивчається потенційний вплив психосоціальних втручань на прихильність до лікування туберкульозу. Попередні результати свідчать про високу прийнятність підходу серед пацієнтів та його перспективність для інтеграції в рутинну клінічну практику. Отримані дані можуть бути включені в національні рекомендації щодо психосоціального супроводу людей, які проходять лікування від туберкульозу в умовах війни.

National TB Hub: як Україна зберегла та розвинула експертний потенціал у сфері туберкульозу під час пандемії та війни

Організація-виконавець: ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» (ННЦ ФПА НАМНУ), створення на базі відділу туберкульозу легень - Національного тренінгового центру професійного розвитку медичних працівників (НТЦ, National TB Hub)

Партнери: Центр громадського здоров'я МОЗ України, Міністерство охорони здоров'я України, проекти PATH, OATH та інші міжнародні партнери.

Джерела підтримки: Проект «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» (STBCEU) міжнародної організації PATH, фінансування за кошти USAID та Держдепартаменту США - створення та оснащення НТЦ, надання субгрантів для проведення безперебійного навчання медичних працівників.

Починаючи з 2020 року, система охорони здоров'я України зіткнулася з безпрецедентними викликами. Спочатку пандемія COVID-19 суттєво обмежила можливості для проведення очних навчань і професійного розвитку медичних працівників. Згодом повномасштабна війна призвела до руйнування інфраструктури, переміщення фахівців та додаткового навантаження на систему протидії туберкульозу.

Водночас впровадження нових підходів до лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, оновлення нормативної бази та поява сучасних клінічних рекомендацій вимагали постійного підвищення кваліфікації медичних працівників. В умовах швидких змін країна потребувала сучасного освітнього простору, здатного забезпечити безперервне

навчання фахівців незалежно від їх місця перебування.

Саме такою відповіддю на виклики став Національний тренінговий центр (National TB Hub), створений на базі ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», створений та оснащений за кошти USAID та Держдепартаменту США, в рамках Проекту «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» (STBCEU) міжнародної організації PATH

До створення Національного тренінгового центру освітні заходи для фахівців у сфері туберкульозу проводилися переважно у форматі окремих тренінгів або короткострокових проектів. Водночас швидке оновлення підходів до лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, необхідність ведення складних клінічних випадків, впровадження нових діагностичних технологій та посилення уваги до ментального здоров'я вимагали створення сталої системи професійного розвитку.

Пандемія COVID-19 та подальша війна значно ускладнили доступ до навчання. Частина спеціалістів була вимушено переміщена, деякі медичні заклади припинили роботу або працювали в обмеженому режимі. Зростала потреба у дистанційних формах навчання, здатних забезпечити однаковий доступ до сучасних знань для фахівців з усіх регіонів України.

У 2019 році за підтримки проекту STBCEU на базі ННЦ ФПА НАМН України було створено та оснащено Національний тренінговий центр (National TB Hub).

Його діяльність стала логічним продовженням освітньої роботи, яку ННЦ ФПА НАМНУ здійснював з 2016 року спільно з Центром громадського здоров'я МОЗ України та міжнародними партнерами.

Після початку пандемії COVID-19 та в умовах воєнного стану Національний тренінговий центр (National TB Hub) швидко адаптував свою роботу до нових умов і поєднав очні та дистанційні форми навчання.

Освітня діяльність охоплює широкий спектр напрямів:

- сучасне лікування лікарсько-стійкого туберкульозу;
- ведення небажаних явищ та серйозних небажаних явищ;
- ко-інфекція ТБ/ВІЛ;
- дитячий туберкульоз;
- диференціальну діагностику туберкульозу та інших захворювань легень;
- ведення пацієнтів із супутньою патологією;
- сучасна мікробіологічна діагностика;
- питання психічного здоров'я та психосоціальної підтримки людей з туберкульозом.

Для забезпечення сучасних та креативних форматів навчання, було створено сучасну онлайн-платформу National TB Hub (має особисті кабінети учасників та тренерів, розширену професійну адмін панель для автоматизації та структурування навчального процесу), яка дозволила проводити вебінари, майстер-класи, тематичні школи та конференції для фахівців з усіх регіонів України, як очні так і онлайн.

До навчального процесу залучалися провідні українські та міжнародні експерти, а сам НТЦ (National TB Hub) став майданчиком для обміну досвідом між клініцистами, науковцями, організаторами охорони здоров'я та представниками міжнародних організацій.

У 2022 році ННЦ ФПА НАМН України був офіційно зареєстрований як провайдер безперервного професійного розвитку, що забезпечило інституційну сталість освітньої діяльності.



Навчальні заходи НТЦ: креатив та сучасність в навчанні, від онлайн до очного формату, від вебінарів до конференцій з міжнародною участю

Попри виклики пандемії та війни, Національний тренінговий центр забезпечив безперервність професійного розвитку фахівців у сфері туберкульозу на національному рівні.

За період роботи НТЦ (National TB Hub) за 2020-2025 роки:

проведено понад 30 очних навчальних заходів;
організовано понад 70 онлайн-заходів;
проведено серію національних конференцій та симпозіумів з міжнародною участю;
видано понад 15 000 сертифікатів безперервного професійного розвитку;
до навчання залучено спеціалістів з усіх регіонів України.

Міжнародний компонент став однією з ключових переваг національних освітніх заходів НТЦ (конференції, симпозіуми). До проведення таких заходів долучалися експерти зі США, Великої Британії, Данії, Бельгії, Латвії та інших країн.

Національна конференція 2025 року об'єднала представників 22 країн світу та до 2 000 учасників під час заходу, що дозволило українським фахівцям залишатися інтегрованими у світову професійну спільноту навіть в умовах війни.

Особливістю роботи НТЦ у 2025 року було те, що більшість навчальних заходів була проведена без донорської підтримки, що говорить про можливість сталості і безперебійності освітньої діяльності.

Створення Національного тренінгового центру (НТЦ, National TB Hub) стало важливим кроком у формуванні сучасної системи професійного розвитку кадрів у сфері подолання туберкульозу, дозволяє в тому числі - зберегти та розвивати кадровий та експертний потенціал країни під час війни.

Завдяки діяльності НТЦ медичні працівники з усіх регіонів країни отримали доступ до актуальних міжнародних рекомендацій, сучасних клінічних підходів та практичного досвіду провідних експертів.

Практика продемонструвала, що навіть в умовах масштабних криз можливо забезпечити безперервність навчання та швидке поширення інноваційних підходів у сфері охорони здоров'я.

National TB Hub став платформою для об'єднання клінічної практики, науки та міжнародного досвіду, сприяючи підвищенню якості медичної допомоги людям з туберкульозом по всій країні.

Бачити ризик раніше: як Україна допомагає захистити дітей від лікарсько-стійкого туберкульозу під час війни

Організація-виконавець: ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України».

Джерело фінансування: науково-дослідна робота (НДР) НАМН України, яка спрямована на вдосконалення підходів до діагностики туберкульозної інфекції та лікування лікарсько-стійкого туберкульозу у дітей в умовах війни та повоєнного відновлення України, термін виконання: 01.2024-12.2026

Війна створила додаткові виклики для контролю туберкульозу в Україні. Переривання лікування, внутрішнє переміщення населення,

обмежений доступ до медичної допомоги та наслідки пандемії COVID-19 призвели до зростання кількості невиявлених випадків туберкульозу та підвищення ризику передачі інфекції в родині і громадах. Особливу небезпеку ця ситуація становить для дітей, які є найбільш вразливими до інфікування та швидкого розвитку активних форм захворювання.

У перші роки повномасштабної війни в Україні було зафіксовано зростання захворюваності на туберкульоз серед дітей та підлітків, а також збільшення частки тяжких, поширених та лікарсько-стійких форм захворювання. Особливе занепокоєння викликало зростання кількості випадків серед дітей, які перебували в контакті з хворими на туберкульоз дорослими. Більшість випадків дитячого туберкульозу продовжували виявлятися після появи симптомів, а не на етапі раннього скринінгу.

У цих умовах виникла потреба не лише покращити діагностику, а й навчитися прогнозувати ризик розвитку лікарсько-стійкого туберкульозу ще до появи тяжких клінічних проявів.

У відділенні дитячої фтизіатрії ННЦ ФПА НАМН України з 2024 року реалізується науково-дослідна робота, спрямована на вдосконалення підходів до діагностики туберкульозної інфекції та лікування лікарсько-стійкого ТБ у дітей в умовах війни та повоєнного відновлення України.

На основі клінічних, епідеміологічних, лабораторних та рентгенологічних даних було розроблено інноваційну технологію прогнозування ризику розвитку лікарсько-стійкого туберкульозу у дітей.

Алгоритм базується на системі діагностичних коефіцієнтів, які враховують:

- анамнез дитини;
- результати клінічного обстеження;
- лабораторні показники;
- дані комп'ютерної томографії;
- результати специфічних імунологічних тестів.

Для дітей із високим ризиком передбачено поглиблене обстеження та індивідуалізоване профілактичне лікування, що дозволяє попередити розвиток активних форм захворювання та своєчасно виявити лікарську стійкість.

Дослідження дозволило отримати важливі дані про вплив війни на епідеміологію дитячого туберкульозу в Україні.



Вплив війни на епідеміологію дитячого ТБ в Україні, інноваційне рішення

За період повномасштабної війни:
захворюваність на туберкульоз серед дітей зросла у 1,4 раза та досягла 10,3 випадку на 100 тис. дитячого населення;
захворюваність серед підлітків зросла у 1,6 раза;
захворюваність серед дітей та підлітків, які перебували у контакті з хворими на туберкульоз, збільшилася майже удвічі.

Серед дітей, які проходили обстеження та лікування в ННЦ ФПА НАМН України:

- 30,7 % випадків становив лікарсько-стійкий туберкульоз;
- 69,3 % — лікарсько-чутливий туберкульоз;
- у 80,8 % випадків діагноз був підтверджений за допомогою комп'ютерної томографії;
- найчастіше локальний туберкульоз виявлявся у віці 10–14 років (32,6 %).

Ключовим результатом стало створення технології прогнозування ризику розвитку лікарсько-стійкого туберкульозу, застосування якої дозволило:

- підвищити точність прогнозування на 21,1 %;
- своєчасно визначати дітей, які потребують поглибленого обстеження;
- покращити відбір кандидатів для профілактичного лікування;
- зменшити ризик розвитку локальних та занедбаних форм ЛС-ТБ.

Загальний вплив на систему охорони здоров'я та дітей

Практика демонструє перехід від реагування на вже встановлений діагноз до проактивного управління ризиками розвитку лікарсько-стійкого туберкульозу серед дітей.

Розроблена технологія допомагає лікарям виявляти дітей із найбільшим ризиком захворювання ще до розвитку тяжких клінічних форм

та приймати обґрунтовані рішення щодо додаткового обстеження і профілактичного лікування.

В умовах війни це дозволяє ефективніше використовувати ресурси системи охорони здоров'я, підвищувати якість медичної допомоги та запобігати розвитку тяжких форм туберкульозу серед дітей — однієї з найбільш уразливих груп населення.

Практика у сфері подолання туберкульозу: хірургічне лікування дітей з туберкульозом легень і плеври в умовах сучасних викликів

Організація-виконавець: ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського НАМН України».

Джерело фінансування: науково-дослідна робота (НДР) НАМН України (НДР А 25.09. Розробити алгоритм хірургічного лікування дітей, хворих на туберкульоз легень і плеври, термін виконання: 01.2025-12.2027

Контроль над ТБ у дитячій популяції сьогодні є критичним вектором національної безпеки охорони здоров'я. Ми стикаємося з «тихою епідемією» (Silent Epidemic), яка маскується за статистичною інерцією. Поточна ситуація характеризується небезпечним «ефектом ножиць»: при збереженні захворюваності дітей на стабільному рівні, охоплення скринінговими обстеженнями стрімко знижується. Протягом останніх 12 років кількість виявлених випадків латентної туберкульозної інфекції (ЛТІ) в Україні скоротилася в 1,8 раза — зі 138 049 до 78 452 осіб. Це створює «епідеміологічну ілюзію» благополуччя, тоді як насправді мова йде про системне недовиявлення інфікованих дітей. Війна, руйнування інфраструктури та масова міграція дестабілізували роботу з групами ризику, зокрема з «Групою 5.2» (контактні особи). Особливу загрозу становить зростання частки контактів у вогнищах з бактеріовиділенням (МБТ+): на 10,6% серед дітей та на 10,8% серед підлітків. Недовіра до кількісного охоплення та руйнація нагляду вимагають негайної зміни парадигми: від масового туберкулінового скринінгу до впровадження високоспецифічної імунодіагностики, здатної ідентифікувати реальну загрозу в умовах обмежених ресурсів.

Хірургічне лікування у сучасній педіатричній фтизіатрії трансформувалося з допоміжного методу в критичний компонент державної стратегії подолання туберкульозу (ТБ).

Слід зазначити, що після другої світової війни наша країна зіткнулася з масштабною епідемією туберкульозу, спричиненою руйнуванням системи охорони здоров'я, масовими переміщеннями населення, недоїданням та виснаженням медичних ресурсів. Вітчизняна фтизіохірургія відіграла вирішальну роль у боротьбі з цією загрозою, застосовуючи комплексний підхід, що поєднував хірургічні, терапевтичні та організаційні методи.

Важливо, що лікарі не відмовилися від хірургії, а інтегрували її з новою хіміотерапією: препарати використовували для підготовки до операції та профілактики рецидивів у післяопераційному періоді. До кінця 1950-х років завдяки поєднанню хірургічних методів, хіміотерапії та організованої системи допомоги вдалося:

Знизити смертність від туберкульозу у кілька разів;

Перевести значну частину хворих зі стану активного бактерiovиділення у ремісію;

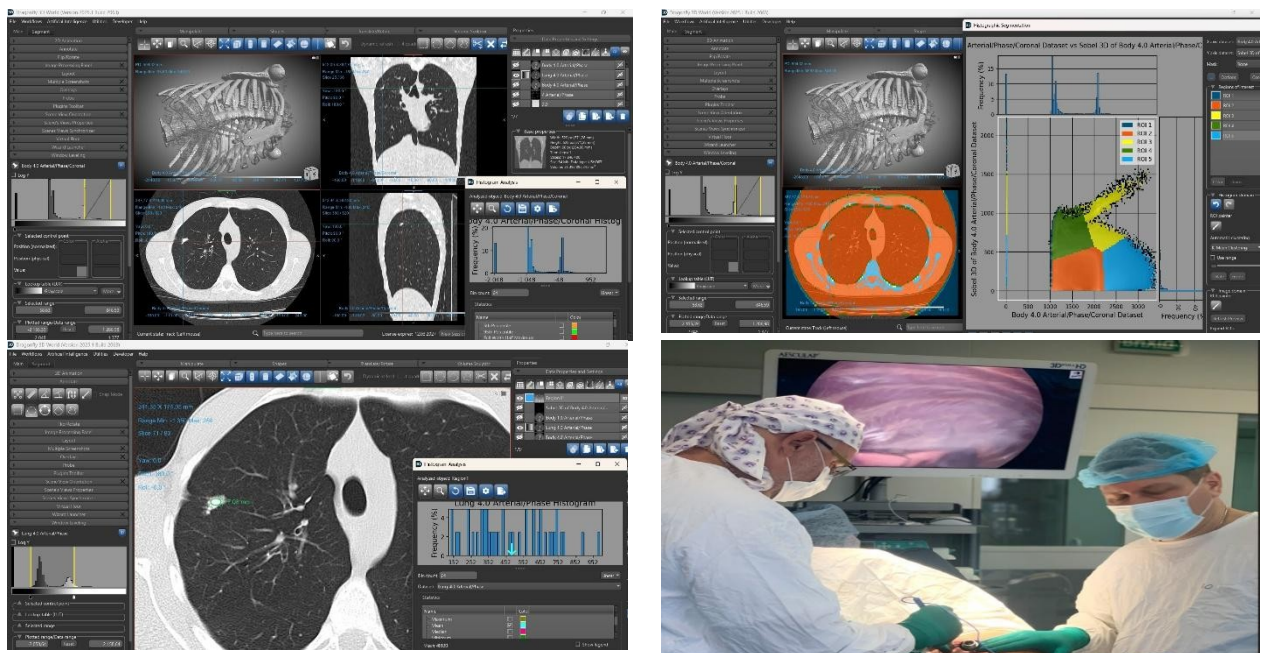
Створити наукову базу для подальшого розвитку торакальної хірургії.

Як зазначають сучасні дослідники, «радянська система протитуберкульозної допомоги, незважаючи на певні недоліки, дозволила взяти під контроль епідемію в умовах післявоєнної відбудови»

Досвід колапсхірургії того періоду залишається актуальним сьогодні, особливо для лікування хіміорезистентних форм туберкульозу.

В умовах воєнного стану це питання виходить за межі клінічного протоколу, стаючи елементом національної безпеки та збереження людського капіталу. Відповідно до Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні» та Стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ», ми завершили перехід від пасивної «протидії» до активного «подолання» хвороби.

У випадках, коли війна спричинила пізнє виявлення хвороби, хірургія стає безальтернативною через формування фіброзних змін та деструкції паренхіми. За результатами науково-дослідної роботи ми порівняли ефективність відкритих класичних втручань та мініінвазивних операцій, активно впроваджуючи різні види оперативних втручань в залежності від



розроблених об'єктивних критеріїв.

Вивчення результатів відкритих операцій вказує на те, що загальна ефективність лікування складає 94 (90,4 ± 2,9 %) випадки. Показаннями для проведення як відкритих, так і мініінвазивних втручань є наявність

морфологічних незворотних змін, які призводять до інвалідизації та пролонгації хвороби. Установлено, що при плануванні діагностичних ВТС втручань при виявленні низької щільності плеврального вмісту (до 10 НУ) та неускладненій конфігурації плевральної порожнини доцільно обмежуватись адекватним дрениванням плевральної порожнини, в інших випадках доцільно проведення ВТС-втручання. Доведено, що при ускладненій конфігурації залишкової плевральної порожнини доцільно проведення відеоторакоскопії, під час якої виконується руйнування внутрішньо плевральних осумкувань, видалення випоту, фібринозних нашарувань та гнійних мас, розділення плевральних злук з подальшим забором проб гіпертрофованої плеври для гістологічного та мікробіологічного дослідження, санація порожнини розчином антисептика та визначення місць оптимального дренивання з подальшою постановкою дренажів. При відкритих втручаннях рівень післяопераційних ускладнень сягав 23,1%, включаючи такі критичні стани, як неспроможність кукси бронха (1,9%), тривале недорозправлення легені (7,7%) та післяопераційний ексудативний плеврит (5,8%). VATS продемонстрував зниження частоти ускладнень на 5,5%, проте його застосування обмежене при «складній конфігурації залишкової порожнини» або щільності паренхіми $\geq 780,0$ НУ. Залучення критеріїв «ефективного лікування» та «неефективного лікування» дозволяють сформувати план оперативного втручання і лікування персоніфіковано на основі об'єктивних характеристик патологічного процесу, знижуючи ризик виникнення рецидиву захворювання на 4 %. Впровадження мініінвазивних оперативних втручань дозволяє досягти скорочення стаціонарного етапу в середньому на 3,5 доби, що прямо корелює з економічною ефективністю в межах бюджету ПМГ.

В умовах війни та запізнілої діагностики хірургія є безальтернативною для запобігання інвалідизації дітей із незворотними змінами легень.

Аналіз та урахування денситометричних даних внутрішньогрудних структур має стати стандартом передопераційного планування для зниження ризику інтраопераційних ускладнень та конверсії в торакотомію (яка наразі становить 12,0% при VATS). Скорочення терміну перебування в стаціонарі на 3,5 доби завдяки мініінвазивним методам створює додатковий ресурс всередині тарифу НСЗУ для реінвестування у витратні матеріали. Необхідна консолідація зусиль для інтеграції хірургічного компонента у нові короткі режими хіміотерапії. Лише поєднання інноваційної хірургії та сучасної фармакотерапії дозволить знизити загальний тягар ЛС-ТБ на державу та досягти цілей Стратегії "Покласти край ТБ" до 2035 року.

РОЗДІЛ XII. РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА У ПОДОЛАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Подолання туберкульозу потребує комплексного підходу, який поєднує ефективну систему охорони здоров'я, міжсекторальну взаємодію та активне залучення громадянського суспільства і спільнот. Відповідно до Стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я End TB Strategy, участь громадянського суспільства та людей, яких торкнувся туберкульоз, є важливою передумовою для забезпечення людиноорієнтованої, доступної та ефективної відповіді на захворювання.

В Україні організації громадянського суспільства відіграють важливу роль у реалізації заходів із профілактики, раннього виявлення, лікування та підтримки людей, які хворіють на туберкульоз. Їхня участь є складовою державної політики у сфері громадського здоров'я та передбачена низкою стратегічних і програмних документів, спрямованих на подолання туберкульозу та розвиток людиноорієнтованих послуг. Організації громадянського суспільства сприяють забезпеченню доступу до послуг для груп населення, які мають підвищений ризик захворювання на туберкульоз, надають психосоціальну підтримку, допомагають долати соціальні та економічні бар'єри до лікування, здійснюють правозахисну діяльність, представляють інтереси спільнот та беруть участь у формуванні й реалізації політики у сфері протидії туберкульозу.

Особливого значення роль організацій громадянського суспільства набула в умовах повномасштабної війни. Руйнування інфраструктури, переміщення населення, обмеження доступу до медичних і соціальних послуг, а також зростання соціальної вразливості населення створили додаткові виклики для системи протидії туберкульозу. У цих умовах громадські організації забезпечують безперервність надання послуг, підтримують людей, які проходять лікування, сприяють збереженню доступу до медичної допомоги та впроваджують нові моделі підтримки відповідно до потреб людей і громад.

Важливою складовою сучасної відповіді на туберкульоз є посилення участі людей, яких торкнулося захворювання, у процесах планування, моніторингу та вдосконалення послуг. Розвиток підходів Community-Led Monitoring, діяльність спільнот людей, які мають досвід подолання туберкульозу, а також функціонування платформ взаємодії, зокрема Партнерства «Зупинимо туберкульоз. Україна», сприяють підвищенню людиноорієнтованості послуг, врахуванню потреб спільнот та зміцненню підзвітності системи охорони здоров'я.



Всесвітній день подолання туберкульозу, ВБО "Конвіктус-Україна", 2025

Виявлення та профілактика туберкульозу

Важливим компонентом системи раннього виявлення туберкульозу в Україні є залучення організацій громадянського суспільства до роботи з групами підвищеного ризику та населенням, яке стикається з бар'єрами у доступі до медичних послуг. Завдяки поєднанню державних механізмів, міжнародної підтримки та діяльності громадських організацій забезпечується реалізація програм скринінгу, профілактики та активного виявлення туберкульозу на рівні громад.

Значну роль у розвитку таких підходів відіграють програми, що реалізуються за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Зокрема, МБФ «Альянс громадянського здоров'я» забезпечує координацію та підтримку мережі регіональних і місцевих організацій громадянського суспільства, які впроваджують заходи з профілактики, скринінгу та активного виявлення туберкульозу серед груп підвищеного ризику. Така модель дозволяє поєднувати інноваційні підходи до виявлення захворювання з безпосередньою роботою на рівні громад та забезпечує охоплення груп населення, які можуть залишатися поза межами традиційних медичних послуг.

Організації громадянського суспільства здійснюють інформаційну

роботу щодо профілактики туберкульозу, проводять скринінг на симптоми захворювання, сприяють проходженню обстежень, забезпечують маршрутизацію до закладів охорони здоров'я та підтримують людей на етапі встановлення діагнозу. Особливу увагу приділено роботі з людьми, які живуть з ВІЛ, людьми, які вживають наркотики, людьми без визначеного місця проживання, внутрішньо переміщеними особами, людьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, та іншими групами населення, які мають підвищений ризик захворювання на туберкульоз або стикаються з труднощами у доступі до послуг.

Особливістю української моделі є інтеграція заходів з протидії туберкульозу до програм профілактики ВІЛ серед ключових груп населення. У рамках реалізації договорів між ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України" та організаціями громадянського суспільства, які надають послуги з профілактики ВІЛ, впроваджується також скринінг на туберкульоз серед представників ключових груп населення. Такий підхід дозволяє використовувати вже існуючі механізми роботи зі спільнотами для раннього виявлення симптомів туберкульозу, своєчасного направлення людей на обстеження та забезпечення доступу до подальшої діагностики і лікування.

Практичний досвід місцевих організацій демонструє ефективність такого підходу. Організації громадянського суспільства забезпечують активне виявлення туберкульозу безпосередньо в місцях перебування представників груп підвищеного ризику, сприяють своєчасному зверненню за медичною допомогою та забезпечують супровід людей на шляху до діагностики та лікування. Прикладами такої роботи є діяльність ВБО «Конвіктус Україна» (Київ, Київська обл), БО «Шлях до дому» (Одеська обл), БФ «Мангуст» (Херсонська обл), БО «Світло Надії» (м. Полтава), регіональні представництва Червоного хреста та інших регіональних організацій, які наближають доступ до послуг для людей, що мають підвищений ризик захворювання на туберкульоз.



Робота БФ «Мангуст», Херсонська обл., 2025

Підтримка людей після звільнення з місць позбавлення волі

Особливої уваги потребують люди, які звільняються з місць позбавлення волі та продовжують лікування туберкульозу після повернення до громади. Для цієї категорії характерними є підвищені ризики переривання лікування, втрати контакту із системою охорони здоров'я, відсутність житла, роботи, соціальної підтримки та інших ресурсів, необхідних для успішного завершення лікування.

Важливу роль у забезпеченні безперервності лікування після звільнення відіграють організації громадянського суспільства, які здійснюють супровід таких людей на етапі повернення до громади, сприяють відновленню зв'язку із медичними закладами, допомагають у вирішенні соціально-побутових питань та забезпечують підтримку під час лікування.

Зокрема, БО «FREE ZONE» впроваджує програми підтримки людей, які звільняються з місць позбавлення волі, спрямовані на збереження безперервності лікування, соціальну адаптацію та попередження втрати людей для подальшого спостереження.

Підтримка дітей та сімей

Одним із напрямів розвитку людиноорієнтованих сервісів є впровадження програм підтримки дітей та підлітків, які хворіють на туберкульоз або проживають у сім'ях, яких торкнулося це захворювання. Такі програми враховують вікові особливості дітей та спрямовані на зменшення психологічного навантаження, підтримку емоційного благополуччя та збереження соціальних зв'язків під час лікування.

Практика впровадження ресурсних кімнат та інших безпечних просторів для дітей і сімей демонструє важливість створення дружнього та підтримуючого середовища як складової комплексної допомоги. Такі простори дозволяють поєднувати психологічну підтримку, навчальні активності, розвиток соціальних навичок та роботу із сім'ями.

Важливий внесок у розвиток таких підходів здійснює БО "TBPeopleUkraine" — організація, створена людьми, які мають власний досвід подолання туберкульозу. Діяльність організації спрямована на розвиток сервісів підтримки для людей, яких торкнувся туберкульоз, включаючи психосоціальну допомогу, підтримку дітей та сімей, розвиток ресурсних просторів та впровадження підходів, заснованих на принципі «рівний-рівному».

Захист прав людини та подолання стигми

Відповідь на туберкульоз ґрунтується на принципах поваги до прав людини, недискримінації, рівного доступу до послуг та залучення людей до прийняття рішень щодо власного здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я та глобальна стратегія End TB Strategy наголошують, що подолання правових, соціальних та структурних бар'єрів є необхідною умовою для досягнення цілей боротьби з туберкульозом. Питання захисту прав людини, подолання стигми та дискримінації також відображені у національних політиках та стратегічних документах у сфері протидії туберкульозу, які передбачають забезпечення рівного доступу до послуг і залучення громадянського суспільства до реалізації відповідних заходів.

Попри значний прогрес у розвитку системи протидії туберкульозу, люди, які хворіють на туберкульоз можуть стикатися зі стигмою, дискримінацією, порушенням конфіденційності, труднощами у доступі до медичних та соціальних послуг, а також з іншими бар'єрами, які негативно впливають на своєчасне звернення за допомогою та прихильність до лікування.

Організації громадянського суспільства відіграють важливу роль у захисті прав людей, яких торкнувся туберкульоз, сприяючи забезпеченню рівного доступу до послуг, підвищенню обізнаності щодо прав людини, розвитку механізмів правової допомоги та формуванню недискримінаційного середовища.

Важливий внесок у розвиток правозахисного компоненту відповіді на туберкульоз здійснюють громадські організації, які працюють у сфері громадського здоров'я та захисту прав людини, зокрема БО «100 відсотків

життя» та ТВ People Ukraine. Їхня діяльність спрямована на адвокацію доступу до лікування, захист прав людей, які живуть з ВІЛ та мають ко-інфекцію ВІЛ/ТБ, а також на усунення бар'єрів, які можуть обмежувати доступ до послуг охорони здоров'я.

Важливим компонентом захисту прав людини є розвиток цифрових рішень, які дозволяють людям повідомляти про бар'єри у доступі до послуг, випадки стигми та дискримінації, а також отримувати інформацію про свої права. Одним із таких інструментів є мобільний застосунок OneImpact Ukraine, який сприяє посиленню участі спільнот, збору інформації про потреби людей та вдосконаленню якості послуг.

У 2025 році через механізми зворотного зв'язку та цифрові інструменти було отримано 3384 повідомлення, які використовувалися для виявлення системних бар'єрів та формування рекомендацій щодо покращення послуг.

Важливу роль у подоланні стигми відіграє також розвиток інноваційних комунікаційних підходів для дітей та підлітків. Організації громадянського суспільства впроваджують освітні та просвітницькі ініціативи, спрямовані на формування достовірних знань про туберкульоз, підтримку дітей, яких торкнулося захворювання, та розвиток толерантного ставлення до людей, які проходять лікування.

Прикладами таких підходів є створення дитячих книг, коміксів, інтерактивних освітніх матеріалів та інших інструментів, що дозволяють говорити про туберкульоз зрозумілою та доступною для дітей мовою. Зокрема, Партнерством «Зупинимо туберкульоз. Україна» за участі організацій громадянського суспільства було розроблено дитячий комікс «Сила дружби: як Злата подолала туберкульоз», спрямований на подолання стигми та дискримінації щодо дітей, які хворіють на туберкульоз, підвищення обізнаності про сучасні підходи до лікування та формування підтримуючого середовища для дітей і підлітків.

Такі підходи сприяють формуванню культури підтримки, підвищенню рівня обізнаності та розвитку більш людиноорієнтованої комунікації щодо туберкульозу серед дітей, батьків та освітнього середовища.

Досвід України демонструє, що поєднання правозахисних підходів, цифрових інновацій, комунікаційних кампаній та активної участі спільнот сприяє зменшенню стигми, підвищенню обізнаності населення та формуванню більш людиноорієнтованої системи протидії туберкульозу.

Community-Led Monitoring та участь спільнот у відповіді на туберкульоз

Одним із ключових принципів сучасної відповіді на туберкульоз є змістовне залучення людей, яких торкнулося захворювання, до планування, реалізації та оцінки програм і послуг. В Україні роль спільнот людей, яких торкнувся туберкульоз, поступово посилюється як на національному, так і на регіональному рівнях. Представники спільнот

беруть участь у роботі консультативно-дорадчих органів, робочих груп, громадських платформ та інших механізмів взаємодії, спрямованих на вдосконалення системи протидії туберкульозу.

Розвиток механізмів Community-Led Monitoring відповідає сучасним підходам до підвищення підзвітності системи охорони здоров'я та посилення участі спільнот у прийнятті рішень, які поступово інтегруються у національні механізми управління програмами протидії туберкульозу.

На відміну від традиційних механізмів моніторингу, Community-Led Monitoring (CLM) є одним із найбільш сучасних механізмів залучення спільнот до розвитку системи протидії туберкульозу та дозволяє отримувати інформацію про реальний досвід людей під час проходження маршруту від діагностики до завершення лікування, виявляти бар'єри у доступі до послуг, випадки стигми та дискримінації, проблеми із соціальною підтримкою та інші чинники, які можуть впливати на результати лікування. Важливий внесок у розвиток CLM в Україні здійснює TB People Ukraine.

У 2025 році представники спільнот людей, яких торкнувся туберкульоз, брали участь у роботі національних та регіональних консультативно-дорадчих органів, робочих груп та платформ взаємодії. Упродовж 2025 року заходами Community-Led Monitoring було охоплено всі регіони України.

Підходи meaningful engagement та CLM сприяють підвищенню підзвітності системи, зміцненню довіри між людьми та закладами охорони здоров'я, а також забезпечують більш повне врахування потреб спільнот у процесах планування та реалізації програм.

Досвід України демонструє, що активне залучення спільнот є важливою складовою стійкої та людиноорієнтованої відповіді на туберкульоз. Розвиток механізмів Community-Led Monitoring та участі спільнот створює передумови для підвищення якості послуг, покращення результатів лікування та посилення партнерства між державою, громадянським суспільством і людьми, яких торкнувся туберкульоз.

Участь громадянського суспільства у формуванні та реалізації політики у сфері протидії туберкульозу

Ефективна відповідь на туберкульоз потребує не лише якісних медичних та соціальних послуг, але й дієвих механізмів міжсекторальної взаємодії та залучення всіх зацікавлених сторін до процесів формування і реалізації політики. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я та принципів Multisectoral Accountability Framework for TB, ефективне планування, реалізація та моніторинг заходів у сфері протидії туберкульозу мають здійснюватися за участю державних органів, організацій громадянського суспільства, наукової спільноти, міжнародних партнерів і спільнот людей, яких торкнувся туберкульоз. В Україні для забезпечення такої взаємодії функціонують координаційні, консультативно-дорадчі та експертні механізми, що сприяють узгодженню

політики, міжвідомчій координації та залученню зацікавлених сторін до процесів ухвалення рішень у сфері протидії туберкульозу.

Організації громадянського суспільства в Україні беруть активну участь у формуванні та реалізації політики у сфері протидії туберкульозу, забезпечуючи представництво інтересів спільнот, адвокацію людиноорієнтованих підходів, експертну підтримку процесів ухвалення рішень та моніторинг доступності послуг.

Важливою платформою для взаємодії та консолідації зусиль різних зацікавлених сторін є Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна», створене в межах глобальної мережі Stop TB Partnership. Станом на кінець 2025 року Партнерство об'єднувало 76 організацій-партнерів, які представляють громадянське суспільство, державний сектор, міжнародні організації, професійні спільноти, наукові установи та людей, яких торкнувся туберкульоз, і здійснюють діяльність у 22 областях України та місті Києві. Партнерство сприяє обміну досвідом між учасниками, формуванню спільних адвокаційних позицій, розвитку міжсекторальної співпраці та залученню громадянського суспільства до обговорення актуальних питань протидії туберкульозу.

Одним із ключових напрямів участі громадянського суспільства є долучення до роботи консультативно-дорадчих, координаційних та експертних механізмів у сфері протидії туберкульозу. Зокрема, у 2025 році за координації ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» створена міжвідомча робоча група з питань забезпечення сталості послуг із догляду, підтримки та соціального захисту людей, які хворіють на туберкульоз. До складу групи входили представники органів державної влади, міжнародних партнерів, а також неурядових і пацієнтських організацій, зокрема МБФ «Альянс громадського здоров'я», БО «100 відсотків життя», БО «TBPeopleUkraine» та ВБО «Конвіктус Україна». Представники громадянського суспільства брали активну участь у розробці та обговоренні рішень, спрямованих на розвиток системи медико-психосоціального супроводу та підвищення доступності послуг для людей, яких торкнувся туберкульоз.

Окремим важливим напрямом діяльності організацій громадянського суспільства є міжнародна адвокація та представництво інтересів України на глобальному рівні. Представники українських організацій та спільнот беруть участь у роботі міжнародних платформ, консультативних органів, професійних мереж та глобальних партнерств у сфері протидії туберкульозу, сприяючи приверненню уваги міжнародної спільноти до впливу війни на епідемію туберкульозу, забезпечення безперервності послуг та потреб людей, яких торкнулося захворювання, а також обміну досвідом і мобілізації міжнародної підтримки.

Зокрема, представники українського громадянського суспільства та спільнот беруть активну участь у роботі Global Stop TB Partnership, регіональних і глобальних заходах Всесвітньої організації охорони здоров'я, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та

малярією, а також міжнародних професійних мереж і мереж людей, яких торкнувся туберкульоз. Така участь сприяє врахуванню українського досвіду у міжнародних дискусіях, розвитку партнерств та залученню додаткових ресурсів для підтримки національної відповіді на туберкульоз.

Досвід України демонструє, що громадянське суспільство є важливим партнером держави у реалізації політики у сфері протидії туберкульозу. Його внесок охоплює представництво інтересів спільнот, розвиток інноваційних підходів, захист прав людини, моніторинг доступності послуг, міжнародну адвокацію та участь у процесах ухвалення рішень.

Подальше досягнення цілей Стратегії End TB та виконання зобов'язань України щодо подолання туберкульозу потребуватиме збереження та посилення партнерства між державою, громадянським суспільством, спільнотами та міжнародними партнерами. Саме така модель співпраці створює передумови для побудови ефективної, людиноорієнтованої та стійкої системи протидії туберкульозу в Україні.

Інтегрована модель підтримки ментального здоров'я людей, які лікують туберкульоз: цифрові рішення, психологічний супровід та ресурсні простори для дітей

В умовах повномасштабної війни в Україні люди, які лікують туберкульоз, стикаються не лише з медичними, а й з численними психологічними та соціальними викликами. Вимушене переміщення, втрата роботи, розрив соціальних зв'язків, невизначеність майбутнього та тривале лікування суттєво впливають на психоемоційний стан пацієнтів. Одночасно туберкульоз залишається захворюванням, яке супроводжується стигмою та страхом розголошення діагнозу. Для дітей та підлітків ці виклики посилюються ізоляцією від однолітків, перериванням навчання та обмеженням можливостей для розвитку. За таких умов підтримка ментального здоров'я стала важливою складовою пацієнт-орієнтованого підходу до подолання туберкульозу.

У 2025 році було верифіковано 3384 звернення від людей, яких торкнулася проблема туберкульозу. Аналіз звернень показав, що 619 звернень (18,3%) були безпосередньо пов'язані з психологічними труднощами: стигмою, самостигматизацією, тривожністю, страхом розголошення діагнозу, емоційним виснаженням та соціальною ізоляцією. Такі фактори негативно впливають на мотивацію до лікування, взаємодію з медичними працівниками та дотримання терапії. Водночас доступ до якісної психологічної допомоги залишався нерівномірним, особливо для людей із віддалених громад, внутрішньо переміщених осіб та пацієнтів, які проходять тривале лікування. Для дітей та підлітків додатковими бар'єрами були обмежений доступ до освітніх послуг, потреба в постійній психологічній підтримці та ризик соціальної ізоляції.

3. Опис реалізованої практики, спрямованої на вирішення проблеми

БО «TVPeopleUkraine» сформувала комплексну систему підтримки ментального здоров'я, яка поєднала три взаємодоповнюючі компоненти. Першим компонентом став розвиток цифрового модуля «Ментальне здоров'я» у системі OneImpactUkraine. Модуль забезпечує доступ до перевіреної інформації про психоемоційний стан під час лікування, інструментів самодопомоги, тестування психоемоційного стану, контактів служб підтримки та можливості звернення до психолога. Це дозволило зробити психологічну допомогу доступною незалежно від місця проживання людини.

Другим компонентом стало впровадження стандартизованого алгоритму психологічного консультування. Після верифікації звернення проводиться оцінка потреб людини, визначаються ризики та формується індивідуальний план підтримки. Консультування спрямоване на подолання стигми, розвиток навичок саморегуляції, адаптацію до лікування та відновлення соціальних зв'язків.

Третім компонентом стала діяльність багатопрофільних ресурсних кімнат для дітей та підлітків у п'яти регіонах України. У межах цієї моделі мультидисциплінарні команди забезпечують психологічний, соціальний та освітній супровід дітей і їхніх родин. Ресурсні кімнати стали безпечним середовищем для розвитку, навчання, спілкування та підтримки під час лікування.



Упродовж 2025 року до системи підтримки було залучено 2328 нових



користувачів. Загалом верифіковано 3384 звернення та проведено 360 індивідуальних психологічних консультацій. У ресурсних кімнатах психологічний супровід отримала 331 дитина та підліток, яким надано понад 2600 психологічних і підтримуючих послуг. Консультування з питань туберкульозу отримали 323 дитини та підлітки, а психологічну допомогу – 219 батьків і законних представників. Успішно завершили лікування 383 дитини та підлітки. Найбільш показовим результатом стало те, що за весь період функціонування ресурсних кімнат не було зафіксовано жодного випадку відриву від лікування серед дітей, які отримували комплексну підтримку.

Практика продемонструвала ефективність інтеграції послуг

ментального здоров'я у систему протитуберкульозної допомоги. Завдяки поєднанню цифрових сервісів, професійного психологічного супроводу та ресурсних просторів для дітей вдалося забезпечити безперервну підтримку людей на різних етапах лікування. Практика сприяла зниженню впливу стигми та самостигми, покращенню психоемоційного стану пацієнтів, підвищенню прихильності до лікування та зміцненню довіри до системи охорони здоров'я. Для дітей і підлітків модель створила умови для безпечного проходження лікування без втрати можливостей для розвитку та соціалізації.

Отримані результати підтверджують доцільність масштабування цієї моделі як одного з ефективних інструментів пацієнт-орієнтованої відповіді на туберкульоз в Україні.

Партнерські організації: БО «TBPeopleUkraine», PATH, заклади охорони здоров'я Одеської, Кіровоградської, Волинської, Запорізької та Рівненської областей.



Модель активного виявлення туберкульозу ВБО «Конвіктус Україна» серед соціально вразливих груп населення у Київській області

Цільова група:

- люди, які не мають постійного місця проживання;*
- внутрішньо переміщені особи;*
- люди, звільнені з місць позбавлення волі протягом останніх двох років.*

Послуги:

- консультування щодо туберкульозу;*
- проведення скринінгового опитування щодо симптомів ТБ;*
- мотивація до проходження діагностики;*
- супровід до діагностики;*
- соціальний супровід людей із підтвердженим діагнозом ТБ;*
- підтримка прихильності до лікування;*
- навігація та маршрутизація клієнтів до медичних послуг.*

Регіони роботи: Обухівська ОТГ, Васильківська ОТГ, Вишневська ОТГ, Боярська ОТГ Київської області.

Туберкульоз продовжує залишатися значним викликом для системи громадського здоров'я України, зокрема в умовах повномасштабної війни.

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», у 2025 році кількість уперше зареєстрованих в Україні захворювань на туберкульоз (ТБ), включно з його рецидивами, становила

15 564 випадки, або 38,0 на 100 000 населення, що на 14% менше аналогічного показника 2024 року (18 140 випадків, або 44,2 на 100 000 населення).

Показник захворюваності на ТБ серед дітей віком 0–14 років склав 6,0 на 100 000 дитячого населення (368 випадків, або 2,4% від загальної кількості зареєстрованих випадків ТБ у 2025 році), що на 20,7% менше порівняно з 2024 роком (7,6 на 100 000 дитячого населення).

Показник захворюваності на ТБ серед підлітків віком 15–17 років зменшився на 8,4% — із 14,4 до 13,2 на 100 000 осіб відповідної вікової групи (162 випадки у 2025 році проти 178 випадків у 2024 році).

Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я України у 2025 році також зменшилась та становила 136 випадків (у 2024 році — 149 випадків).

Попри тенденцію до зниження офіційно зареєстрованих показників захворюваності на туберкульоз, в умовах повномасштабної війни такі зміни не можуть однозначно свідчити про покращення епідеміологічної ситуації. Відповідно до підходів Всесвітньої організації охорони здоров'я, в умовах гуманітарних криз та обмеженого доступу до медичних послуг зниження офіційних показників може бути також пов'язане з ризиками недовиявлення випадків ТБ, порушенням доступу до діагностики, міграцією населення та перериванням безперервності медичної допомоги.

У цих умовах туберкульоз продовжує залишатися значним викликом для системи громадського здоров'я та потребує посилення заходів раннього виявлення ТБ, особливо серед груп із високим ризиком недовиявлення захворювання.

Повномасштабна війна суттєво вплинула на соціально-економічні умови життя населення та доступ до медичних послуг. Вимушене переміщення населення, втрата житла та доходів, погіршення умов проживання, тривалий психоемоційний стрес та порушення безперервності медичної допомоги підвищують ризики несвоєчасного виявлення та лікування туберкульозу.

Київська область є одним із регіонів, які прийняли значну кількість внутрішньо переміщених осіб. Водночас у громадах області проживають люди, які перебувають у складних життєвих обставинах, зокрема люди без постійного місця проживання, люди, звільнені з місць позбавлення волі, а також інші соціально вразливі групи населення, які мають обмежений доступ до медичних та соціальних послуг.

Захворюваність на туберкульоз, включно з рецидивами, за даними медичного нагляду у Київській області станом на 01.01.2026 становила 42,3 випадки на 100 000 населення, порівняно із загальнодержавним показником — 38,0 на 100 000 населення.

Загальна кількість зареєстрованих випадків туберкульозу у Київській області за III квартал 2025 року становила 125 випадків, із яких 101 — нові випадки захворювання.

Для зазначених груп характерними є додаткові бар'єри у доступі до

діагностики та лікування ТБ, включаючи відсутність документів, нестабільні умови проживання, обмежений доступ до транспорту та засобів зв'язку, низьку доступність спеціалізованої допомоги у віддалених населених пунктах та ризик втрати контакту із системою охорони здоров'я. У цих умовах особливої актуальності набувають людиноорієнтовані підходи до активного виявлення туберкульозу та соціального супроводу людей із груп підвищеного ризику.

Київська область є одним із регіонів України, що прийняв значну кількість внутрішньо переміщених осіб, що додатково посилило навантаження на систему охорони здоров'я та соціальні служби громад.

Однією з ключових проблем у сфері протидії туберкульозу залишається обмежений доступ до послуг раннього виявлення, діагностики та лікування ТБ серед соціально вразливих груп населення. До таких груп належать люди, які вживають ін'єкційні наркотики, люди без постійного місця проживання, люди, звільнені з місць позбавлення волі, внутрішньо переміщені особи та люди, які проживають у віддалених населених пунктах.

Для зазначених груп характерними є додаткові бар'єри у доступі до медичних послуг, зокрема відсутність документів, нестабільні умови проживання, обмежений доступ до засобів зв'язку, фінансові труднощі та низька доступність спеціалізованої медичної допомоги.

Значним викликом залишається забезпечення безперервності лікування та ефективної комунікації з людьми, які проходять лікування від туберкульозу в амбулаторних умовах. Відсутність постійного місця проживання або засобів зв'язку ускладнює підтримку регулярного контакту з людиною, контроль за лікуванням та своєчасне реагування у випадках переривання терапії.

Окремою проблемою є обмежений доступ до фтизіатричної допомоги у сільській місцевості та віддалених громадах. Навіть у випадках, коли сімейний лікар має підозру на туберкульоз, люди часто стикаються з труднощами щодо доїзду до спеціалізованих закладів охорони здоров'я через фінансові, логістичні або соціальні бар'єри.

У результаті люди з груп підвищеного ризику можуть пізно звертатися за медичною допомогою, переривати лікування або залишатися поза межами системи охорони здоров'я. Це створює додаткові ризики несвоєчасного виявлення туберкульозу та погіршення результатів лікування.

У зазначених умовах виникла потреба у впровадженні людиноорієнтованої моделі активного виявлення ТБ та соціального супроводу, спрямованої на наближення послуг до людей із груп підвищеного ризику.

Практика базується на людиноорієнтованому підході до активного виявлення туберкульозу та поєднанні медичних і соціальних послуг для людей із груп підвищеного ризику.

Одним із ключових компонентів практики є проведення аутріч-маршрутів соціальними працівниками/ницями з метою наближення послуг

до людей, які мають обмежений доступ до системи охорони здоров'я. Маршрути формуються з урахуванням місць перебування представників/ниць цільових груп, зокрема у місцях видачі гуманітарної допомоги, гуртожитках, пунктах харчування, місцях прийому вторинної сировини, реабілітаційних центрах, а також у локаціях роботи з внутрішньо переміщеними особами та людьми, звільненими з місць позбавлення волі.

У межах роботи соціальні працівники/ниці проводять консультування щодо туберкульозу, скринінгове опитування щодо симптомів ТБ, формують мотивацію до проходження обстеження та здійснюють супровід людей із підозрою на туберкульоз до діагностики.

У випадках підтвердження діагнозу забезпечується соціальний супровід людини на етапі початку та проходження лікування. Особлива увага приділяється підтримці прихильності до лікування та забезпеченню безперервності медичної допомоги.

Практика враховує бар'єри, з якими стикаються люди із груп підвищеного ризику, зокрема відсутність документів або фінансових можливостей для проходження діагностики. У таких випадках проєкт забезпечує підтримку в організації обстеження та супровід у процесі відновлення документів.

Важливим компонентом практики є міжсекторальна взаємодія між неурядовими організаціями, фтизіатричною службою, закладами первинної медичної допомоги, соціальними службами, релігійними та благодійними організаціями.

У випадках, коли людина потребує амбулаторного лікування, команда сприяє організації тимчасового прихистку, налагодженню комунікації з медичними працівниками та забезпеченню умов для безперервного прийому препаратів і контролю лікування.

Реалізація практики продемонструвала, що поєднання медичних і соціальних послуг є важливим компонентом ефективного виявлення туберкульозу та підтримки лікування серед соціально вразливих груп населення.

Завдяки впровадженню людиноорієнтованої моделі активного виявлення ТБ, координації роботи мультидисциплінарної команди проєкту та розвитку міжсекторальної взаємодії у громадах Київської області вдалося забезпечити наближення послуг до людей із груп підвищеного ризику та покращити доступ до діагностики і лікування туберкульозу.

Результати реалізації практики за 2025 рік:

1201 людина із груп підвищеного ризику пройшла скринінгове опитування щодо симптомів туберкульозу;

у **547** людей було виявлено підозру на ТБ;

540 людей пройшли подальшу діагностику;

14 людей із підтвердженим діагнозом туберкульозу були залучені до лікування та отримали соціальний супровід.

Окрім кількісних результатів, реалізація практики сприяла підвищенню рівня обізнаності представників цільових груп щодо

симптомів туберкульозу, важливості раннього звернення по медичну допомогу, профілактики ТБ та можливостей отримання медичних і соціальних послуг.

Важливим результатом реалізації практики стало формування та посилення міжсекторальної взаємодії між неурядовими організаціями, фтизіатричною службою, закладами первинної медичної допомоги, соціальними службами, релігійними та благодійними організаціями у громадах Київської області.

Налагоджена координація дозволила покращити маршрутизацію людей із груп підвищеного ризику до послуг із діагностики та лікування ТБ, забезпечити соціальний супровід та підтримку безперервності лікування у складних життєвих обставинах.

Реалізація моделі сприяла покращенню доступу до послуг із раннього виявлення, діагностики та лікування туберкульозу для людей із груп підвищеного ризику у громадах Київської області.

Практика дозволила посилити взаємодію між неурядовими організаціями, фтизіатричною службою, закладами первинної медичної допомоги, соціальними службами, релігійними та благодійними організаціями, що сприяло формуванню ефективних механізмів міжсекторальної координації та маршрутизації людей до послуг із діагностики та лікування ТБ.

Завдяки наближенню послуг до представників соціально вразливих груп населення вдалося покращити рівень довіри до медичних та соціальних працівників серед людей, які раніше мали обмежений контакт із системою охорони здоров'я.

Реалізація практики також сприяла підвищенню рівня обізнаності мешканців громад щодо симптомів туберкульозу, можливостей проходження обстеження та доступних послуг підтримки.

Практика продемонструвала ефективність поєднання медичних і соціальних послуг для забезпечення раннього виявлення ТБ, підтримки прихильності до лікування та зменшення ризиків втрати контакту людей із системою охорони здоров'я.

Досвід реалізації цієї діяльності підтвердив важливу роль неурядових організацій у забезпеченні доступу до послуг для людей, які через соціальні, економічні або поведінкові бар'єри залишаються поза межами традиційної системи охорони здоров'я.

Реалізація Моделі активного виявлення туберкульозу ВБО «Конвіктус Україна» серед соціально вразливих груп населення у Київській області, стала можлива завдяки підтримці МБФ «Альянсу громадського здоров'я» та фінансування Глобального фонду для боротьби із ВІЛ-інфекцією, СНІДом та малярією.





Посилення ролі територіальних громад та міжсекторальної взаємодії у реалізації заходів для подолання туберкульозу в Київській області

Найкращі практики у сфері подолання ТБ за 2025 рік

Проект «ASCENT DR-TB: Глобальна координація та підтримка країн для прискореного впровадження оновлених рекомендацій ВООЗ щодо лікування ЛС-ТБ», що фінансується Unitaaid та впроваджується PATH у координації з Центром громадського здоров'я МОЗ України

Україна залишається однією з країн із високим тягарем туберкульозу (ТБ). Триваюча війна додатково порушила надання послуг з профілактики та лікування ТБ, особливо в найбільш постраждалих регіонах, таких як Київська область. Україна досягла прогресу у впровадженні Багатосекторальної рамки підзвітності ВООЗ для подолання ТБ (MAF-TB), однак практична реалізація міжсекторальної координації на регіональному та місцевому рівнях залишається складною через обмежені механізми

координації, нестачу ресурсів та недостатню залученість органів місцевого самоврядування.

Попри наявність нормативної бази, зокрема положень Закону України «Про систему громадського здоров'я», Закону України «Про подолання захворювання на туберкульоз», Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню, а також рекомендацій ВООЗ щодо впровадження Багатосекторальної рамки підзвітності для подолання ТБ (MAF-TB), на рівні територіальних громад Київської області у 2025 році залишались прогалини у реалізації заходів з подолання ТБ.

Серед важливих викликів були недостатня інтеграція питань ТБ у місцеві програми охорони здоров'я, низька залученість органів місцевого самоврядування до планування та фінансування протитуберкульозних заходів. У багатьох громадах питання ТБ залишалося відповідальністю виключно медичної системи без належного залучення місцевих управлінських та фінансових механізмів.

У Київській області коаліція партнерів: проєкт ASCENT DR-TB, що впроваджується PATH та фінансується Unitaid, Національна протитуберкульозна програма (Центр громадського здоров'я МОЗ України), Київська обласна державна адміністрація та Київський обласний спеціалізований медичний центр реалізує ініціативу, спрямовану на посилення міжсекторальної координації у сфері профілактики, діагностики та лікування ТБ і ЛС-ТБ.

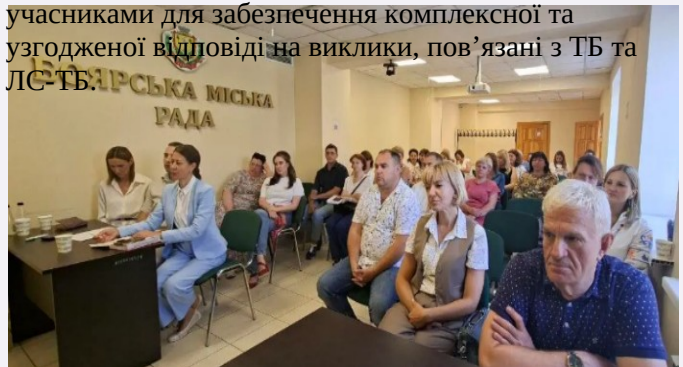
У 2025 році з метою впровадження ініціативи «Територіальна громада, вільна від ТБ» та посилення ролі органів місцевого самоврядування у подоланні ТБ, команда провела комплекс заходів адвокації на рівні сільських і міських рад територіальних громад:

Затвердження місцевої програми протидії туберкульозу в Боярській громаді

За результатами реалізації проєкту у грудні 2025 року Боярська міська територіальна громада затвердила місцеву цільову програму протидії туберкульозу з передбаченим фінансуванням на підтримку таких заходів:

- закупівля туберкуліну та тестів QuantiFERON;
- забезпечення логістики транспортування мокротиння;
- дотримання стандартів інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я;
- інтеграція питань профілактики та обізнаності щодо туберкульозу до освітніх програм для дітей та підлітків;
- проведення інформаційно-просвітницьких заходів з питань ТБ та ЛС-ТБ через місцеві засоби масової інформації.

Окрім заходів, що потребують фінансування, програма виконує важливу координаційну функцію шляхом визначення чітких ролей і відповідальності широкого кола сторін, включаючи представників немедичного сектору, зокрема виконавчий комітет Боярської міської ради, а також структурні підрозділи з питань освіти, культури та соціального захисту населення. Програма також сприяє налагодженню ефективної взаємодії між усіма учасниками для забезпечення комплексної та узгодженої відповіді на виклики, пов'язані з ТБ та ЛС-ТБ.



Міжсекторальна нарада з адміністрацією Боярської міської територіальної громади. За результатами проведеної

міжсекторальні візити, наради, консультації з органами місцевого самоврядування, обласною протитуберкульозною службою, закладами первинної медичної допомоги та організаціями громадянського суспільства.

У 2025 році було проведено міжсекторальні візити та наради у 3 адміністративних районах області (Броварський, Вишгородський, Фастівський). Заходами охоплено 24 територіальні громади. Міжсекторальні наради стали платформою для обговорення ролі громад у подоланні ТБ, обміну перспективними практиками та зміцнення міжсекторального діалогу й узгодженості дій для посилення реагування на ТБ та ЛС-ТБ на рівні громад. Місцеві адміністрації почали запровадження механізмів координації заходів з подолання ТБ; 4 адміністрації затвердили цільові місцеві програми з протидії ТБ; з місцевих бюджетів заплановано близько 2,5 млн. гривень на 2025–2030 роки для: 1) проведення скринінгу на ТБ у сільській місцевості з використанням мобільного рентген-обладнання; 2) закупівлі туберкуліну та тестів QuantiFERON; 3) забезпечення логістики транспортування мокротиння; 4) посилення заходів інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я; 5) інтеграції інформації про ТБ у шкільну освіту та місцеві медіакампанії. Ініціатива сприяла розподілу ролей і відповідальності між медичним та немедичним сектором, включаючи структурні підрозділи органів місцевого самоврядування у сферах освіти та соціального захисту.

Посилення ролі органів місцевого самоврядування сприяє зміцненню міжсекторальної взаємодії та децентралізації процесів прийняття рішень у сфері протидії ТБ в умовах війни та обмежених ресурсів. Практика дозволила інтегрувати питання профілактики, раннього виявлення та супроводу людей з ТБ і ЛС-ТБ до порядку денного територіальних громад, підвищивши рівень відповідальності місцевої влади за реалізацію відповідних заходів. Важливим результатом стало залучення місцевих ресурсів до фінансування заходів з подолання туберкульозу, що сприяє підвищенню їхньої стійкості. Практика також створила передумови для більш тісної взаємодії між закладами первинної медичної допомоги, спеціалізованою протитуберкульозною службою, соціальними службами, освітнім сектором та органами місцевого самоврядування. Для людей з ТБ та груп ризику це означає покращення доступу до послуг з діагностики та профілактики, удосконалення маршрутів пацієнтів, а також створення



додаткових механізмів підтримки на рівні громади. Підхід відповідає принципам людино-орієнтованої допомоги та сприяє формуванню сприятливого середовища для своєчасного виявлення й лікування туберкульозу.

Впровадження практики здійснено за участі та підтримки:

Фінансування: *Unitaid* через *KNCV*

Проект «*ASCENT DR-TB: Глобальна координація та підтримка країн для прискореного впровадження оновлених рекомендацій ВООЗ щодо лікування ЛС-ТБ*», що впроваджується *PATH*

Центр громадського здоров'я МОЗ України

Київська обласна державна (військова) адміністрація

Київський обласний спеціалізований медичний центр

Зустріч партнерів з адміністрацією Фастівської територіальної громади Київської області.

Реалізація проекту «За кожне життя – разом! Стоп ТБ», 2025

В Одеській області проект «За кожне життя – разом! Стоп ТБ» впроваджує ГО «Клуб взаємодопомоги «Життя плюс» за всебічної підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках всеукраїнського проєку «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні», за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

За підсумками 2025 року Генеральний директор КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» високо оцінив роботу фахівців ГО «Клуб взаємодопомоги «Життя плюс», виконавців проекту «За кожне життя – разом! Стоп ТБ» та нагородив особистими грамотами за сумлінну працю в особливий період, високий професіоналізм, патріотизм, терпіння і стійкість духу в умовах воєнного стану в Україні, активну громадську позицію, щодо підвищення прихильності пацієнтів з лікарсько чутливим та лікарсько стійким туберкульозом до лікування шляхом забезпечення медико-психосоціального супроводу в Одеській області, керівника проекту та міжрегіональних координаторів.

З КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради ГО «Клуб взаємодопомоги «Життя плюс» пов'язують багато років тісної співпраці та спільної боротьби за життя та здоров'я людей, які хворіють на туберкульоз та проходять лікування, незалежно чи то в стаціонарних відділеннях чи то у віддалених селах області і лікуються амбулаторно. Багато років ми працюємо пліч-о-пліч, надаємо всебічну підтримку нашим пацієнтам серед всіх прошарків населення і мотивуємо їх до належного лікування туберкульозу. Зроблено за 2025 рік чимало, але командну роботу та беззаперечну комунікабельність фахівців проєкту наведемо в сухих цифрах, які в цей не легкий для регіону час демонструють той обсяг робіт в області по охоплення клієнтів та їх належному забезпеченню медико-психосоціальним супроводом на лікарсько чутливий та лікарсько стійкий туберкульоз шляхом надання якісних людиноорієнтованих послуг, в тому числі дітям, людям з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ, які проходять лікування в стаціонарних або амбулаторних умовах на базі КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради та його

мережі міжрайонних протитуберкульозних кабінетів.

Загально в рамках проекту «За кожне життя – разом! Стоп ТБ» протягом 2025 року перебувало на медико-психосоціальному супроводі:

2010 осіб, які хворіють на різні форми туберкульозу, з них на ЛЧ ТБ – 1363 осіб, на ЛС ТБ – 647 осіб.

Вілікувано/успішно завершили лікування – 1341 осіб, з них на ЛЧ ТБ – 997 осіб, на ЛС ТБ – 344 осіб!

Протягом року було виявлено 104 випадки туберкульозу серед осіб, які мали контакт з хворими на ЛЧ ТБ_ЛС ТБ шляхом розширення доступу до їх обстеження:

Залучено та повністю пройшли обстеження 1626 осіб, серед них виявлено 75 осіб, які захворіли на ЛЧ ТБ та 29 осіб, які захворіли на ЛС ТБ, та з яких всі 100% розпочали лікування туберкульозу!

Видано мотиваційну складову продуктовими сертифікатами 1251 особі, які мали близький контакт з хворими на ЛЧ ТБ/ЛС ТБ та пройшли належне обстеження на туберкульоз.

Мотиваційна складова, яка надавалась клієнтам проєкту протягом року задля успішного лікування туберкульозу:

- Психологічний супровід отримали – 1246 осіб;
- Юридичний супровід отримали - 643 особи;
- Відновлено паспорт громадянина України – 71 особі;
- Видано мотиваційних продуктових сертифікатів клієнтам – 4141 шт;
- Поповнено рахунки грошової мотивації клієнтам – 1692 рази;
- Видано мотиваційних продуктових наборів клієнтам – 910 шт;
- Відшкодовано кошти клієнтам за транспортування до 303 – 46 раз;
- ДОТ на дому отримали – 467 клієнтів проєкту.
- Забезпечено індивідуальні потреби - 59 осіб, а саме:
- Видано клієнтам крісло коляска – 8 шт.
- Видано підгузок – 84 уп.
- Видано коляска дитяча – 2 шт.
- Видано дитяча молочна суміш – 24 кг.
- Видано дітям планшети для навчання – 6 шт.
- Видано систему протипролежневу в комплекті – 1 шт.
- Видано протипролежневий матрац ніздрюватий з функцією статики – 1 шт.
- Видано ходунки колісні – 5 шт.
- Видано ортез на поперековий відділ хребта – 1 шт.
- Видано корсет лікувально-профілактичний еластичний – 1 шт.
- Видано милиці – 1 пара.
- Видано тростина увалропод – 1 шт.
- Видано (ковдра, подушка, постільна білизна) – 4 комплекта.

Діяльність Товариства Червоного Хреста України з подолання

туберкульозу, 2025

Профілактика є одним із ключових складників зниження захворюваності на туберкульоз. З цією метою Український Червоний Хрест у межах напрямку «Зміцнення здоров'я та профілактика захворювань» здійснює інформаційно-просвітницьку діяльність щодо профілактики інфекційних захворювань, зокрема туберкульозу.

У зв'язку з обмеженим доступом до медичних послуг всіх рівнів, населення прифронтових громад залишається сам на сам зі своїми проблемами. Напрямок «Зміцнення здоров'я та профілактика захворювань» проводить інформаційні сесії для всіх верств населення де висвітлюються симптоми захворювання, профілактичні заходи та проводиться роз'яснювальна робота щодо профілактичних оглядів. Таким чином у Дніпропетровській області були випадки виявлення хворих на ТБ, які завдяки вчасному інформуванню були направлені до сімейних лікарів.

Також для більшої поінформованості населення за підтримки Італійського Червоного Хреста були відзняті відеоролики на тему: «Туберкульоз», «Вірусні гепатити».

У прифронтових громадах Херсонської та Запорізької областей проєктна діяльність запроваджується за підтримки Міжнародного Комітету Червоного Хреста. У Дніпропетровській області- за підтримки Норвезького Червоного Хреста.

По інших областях України регулярно проводяться масові заходи серед населення щодо інформування про туберкульоз та важливість профілактичних оглядів. На наших заходах виявляємо незадеклароване населення та перенаправляємо до сімейних лікарів для укладення декларації.

Загалом за 2025 рік було проведено інформаційних сесій на тему «Туберкульоз» - 1731 та охоплено 12328 осіб; на тему «Туберкульоз: стигма та дискримінація» - 269 сесій та охоплено 2580 осіб.



Відео про туберкульоз, створене за підтримки ТЧХУ

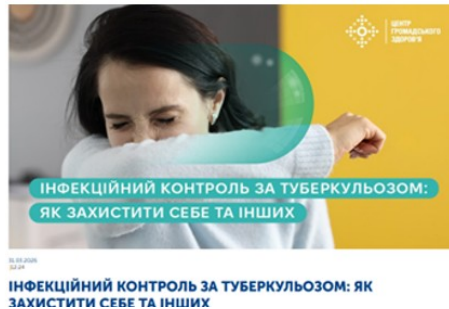


Інформаційна сесія та інформаційні матеріали від ТЧХУ до

Всесвітнього дня боротьби з ТБ

РОЗДІЛ XIII. КОМУНІКАЦІЙНИЙ КОМПОНЕНТ НАЦІОНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ НА ТБ

Каналами комунікації ЦГЗ постійно відбувається поширення доказової інформації з питань профілактики, діагностики, лікування ТБ та супутніх захворювань. Представники ЦГЗ беруть участь у теле та радіоефірах.



Інформаційно-роз'яснювальна кампанії в рамках місяця подолання ТБ та до Всесвітнього дня боротьби з ТБ традиційно організовується та координується на національному та регіональному рівнях із залученням усіх партнерів на основі розробленої єдиної комунікаційної рамки, де визначено завдання комунікації, канали комунікації, доступні матеріали, таймлайн. З боку ЦГЗ за підтримки МОЗ забезпечувалася загальна координація інформаційної кампанії та комунікація на національному рівні. Інформаційна кампанія до місяця подолання туберкульозу, що тривала в Україні онлайн та офлайн упродовж березня 2025 р., охоплювала мільйони людей.

Центром громадського здоров'я підготовлено і розміщено на офіційному веб-сайті 12 публікацій; у соцмережах опубліковано 18 матеріалів, проведено квіз на тему обізнаності про ТБ. Загальний показник Facebook-охоплення: 504 721.

За координації Центру громадського здоров'я у співпраці обласних ЦКПХ та регіональних фтизіопульмонологічних центрів організовано та проведено:

54 прес-брифінги

71 телетрансляцій

134 радіотрансляцій

опубліковано:

410 статей у ЗМІ

4413 публікацій на офіційних сторінках

2160 дописів у соцмережах

інформаційні заходи:

- лекції, інформаційні години, диктанти - **484**
- круглі столи, бесіди (в т.ч. індивідуальні) - **2000**
- **137** акцій таких як “Територія здоров’я”, “Містечко здоров’я”
- **194** виїзди мобільних амбулаторій з тестування на ВІЛ, туберкульоз, вірусні гепатити та інфекції, що передаються статевим шляхом.
- **230** заходів у територіальних громадах.



Інтерв'ю завідувачкою відділу управління та протидії ТБ ЦГЗ, Яною Терлеєвою, з нагоди Всесвітнього дня боротьби з ТБ в ефірі проекту «Сніданок з 1+1»



**Круглий стіл з партнерами з нагоди Всесвітнього дня боротьби з ТБ у
Центрі громадського здоров'я**



РОЗДІЛ XIV. СТІЙКІСТЬ СИСТЕМИ ПРОТИДІЇ ТБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Повномасштабна збройна агресія російської федерації проти України стала безпрецедентним викликом для системи охорони здоров'я та, зокрема, для системи подолання ТБ. Жахиття, які несе ця жорстока війна (руйнування житла, важливих об'єктів інфраструктури населених пунктів, закладів охорони здоров'я, вимушене переміщення населення та перебування в багатонаселених приміщеннях, страх, сльози, стрес, порушення логістичних ланцюгів, кадровий дефіцит та обмежений доступ до медичних послуг створили додаткові ризики для поширення ТБ (несвоєчасність діагностики, переривання лікування та подальше поширення ТБ).

Водночас система протидії ТБ продемонструвала високий рівень стійкості та адаптивності. Завдяки скоординованим діям державних органів, закладів охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, громадянського суспільства та міжнародних партнерів було забезпечено безперервність надання послуг з профілактики, виявлення, діагностики, лікування та супроводу людей, які хворіють на ТБ.



«У перші дні повномасштабного вторгнення йшла пішки через тунелі метро і залишалась у лікарні по кілька діб. Іншого варіанту не було»

Ірина Петрусенко, медична сестра
КНП ХОР «Обласний фтизіопуль-
монологічний центр», Харків

Одним із ключових факторів забезпечення стійкості стало впровадження людиноцентричних моделей надання послуг, розширення ролі первинної медичної допомоги, розвиток амбулаторних форм лікування, застосування цифрових рішень для підтримки лікування та управління даними, а також активне впровадження медико-психосоціального супроводу людей, які хворіють на ТБ, як за кошти Глобального фонду, так і за кошти державного бюджету.

Важливу роль відіграло збереження функціонування систем епідеміологічного нагляду, моніторингу та оцінки, що дозволило своєчасно виявляти ризики, адаптувати управлінські рішення до нових умов та забезпечувати раціональне використання наявних ресурсів.

Досвід функціонування системи подолання туберкульозу в умовах воєнного стану підтвердив необхідність подальшого розвитку інтегрованих, гнучких та орієнтованих на потреби людини моделей надання послуг, здатних забезпечувати безперервність медичної допомоги навіть в умовах надзвичайних ситуацій. Напрацьовані під час війни механізми координації, управління та взаємодії між державними інституціями, громадами та партнерами формують міцне підґрунтя для післявоєнного відновлення та подальшого зміцнення системи подолання ТБ в Україні.



«Бути медичною сестрою – це про готовність бути поруч з пацієнтами навіть під обстрілами»

Оксана Гамалій, медична сестра
КНП «Чернігівський обласний центр
соціально значущих та небезпечних
хвороб»

Попри війну, Україна не лише зберегла доступність послуг з

профілактики, виявлення, діагностики та лікування туберкульозу, але й продовжила впровадження нових схем лікування із застосуванням найсучасніших протитуберкульозних препаратів, впровадження реформ, спрямованих на децентралізацію послуг, розширення ролі первинної медичної допомоги, захист прав людей, які хворіють на туберкульоз, та подолання стигми й дискримінації. Це свідчить про зрілість та стійкість системи громадського здоров'я та її спроможність забезпечувати виконання своїх функцій навіть в умовах найскладніших суспільних викликів.



Круглий стіл в рамках місяця боротьби з туберкульозом з представниками Херсонської ОВА, ЦГЗ, ДОЗ ХОДА, регіонального фтизіатричного центру, керівниками ЗОЗ Херсонської області та міжнародними партнерами



Херсонщина



Сумщина



Харківщина



Чернігівщина



Донецчина

РОЗДІЛ VII. НАЙКРАЩІ ПРАКТИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ЦЕНТРИ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ

Вінницька область

Системи громадського здоров'я, фтизіопульмонологічної служби та первинної медичної допомоги

Епідемічна ситуація з туберкульозом (ТБ) в Україні все ще залишається серйозним викликом для системи охорони здоров'я, що додатково ускладнюється гуманітарними та соціально-економічними наслідками війни. Міграція населення, стресові фактори, обмежений доступ до своєчасної діагностики в окремих регіонах та ризик поширення мультирезистентних форм ТБ вимагають кардинальної перебудови підходів до виявлення та супроводу пацієнтів.

Сучасна стратегія ВООЗ щодо ліквідації туберкульозу наголошує на важливості інтеграції послуг, раннього виявлення латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ) та безперервності медичної допомоги. У цьому контексті ключову роль відіграє регіональний рівень, де переформатування взаємодії між структурами громадського здоров'я, спеціалізованою фтизіатричною службою та первинною ланкою медицини дозволяє створити безбар'єрний простір для пацієнта та забезпечити ефективне епідеміологічне розслідування у вогнищах інфекції.

Незважаючи на те, що у 2024 році у Вінницькій області спостерігалось незначне зниження загальної захворюваності на туберкульоз порівняно з 2023 роком (635 випадків - 42,9 на 100 тис. населення проти 663 випадків - 43,4 на 100 тис. населення відповідно), епідемічна ситуація в регіоні залишалась напруженою.

Головним дестабілізуючим фактором стало тривожне зростання захворюваності серед дитячого населення. У 2024 році випадки туберкульозу були зареєстровані абсолютно в усіх вікових категоріях дітей: 15–17 років та 5–9 років — по 6 випадків, 1–4 роки — 4 випадки, 10–14 років — 3 випадки та до 1 року — 2 випадки. Такі показники безпосередньо свідчили про активну циркуляцію інфекції в оточенні дітей та підлітків. Подібне загострення ситуації було зумовлено тим, що до моменту впровадження описуваної практики на регіональному рівні існував комплекс взаємопов'язаних проблем, які знижували ефективність протитуберкульозних заходів:

- **Фрагментованість комунікації:** Відсутність чітко закріпленого, покрокового механізму обміну інформацією між Департаментом охорони

здоров'я та реабілітації Вінницької обласної військової адміністрації (далі ДООЗ ВОВА), КНП «Вінницький обласний клінічний фтизіопульмонологічний центр (далі - КНП «ВОКФПЦ ВОР») та ДУ Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України (далі – ДУ «ВОЦКПХ МОЗ»). Це призводило до затримок в обміні даними та втрати оперативності.

- **Прогалини в роботі з контактними особами:** На рівні Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) не завжди системно проводився якісний моніторинг, виявлення та повне обстеження осіб, які перебували в контакті з хворими на ТБ.

- **Інформаційний вакуум та застарілі інструменти:** Облік контактних осіб та статус їхнього обстеження (на ТБ чи ЛТБІ) вівся переважно у паперовому або локальному форматі, що унеможливлювало швидкий багатосторонній аналіз та контроль у реальному часі.

- **Територіальні бар'єри:** Жителі віддалених населених пунктів, маломобільні групи населення та вразливі категорії мали обмежений доступ до якісного флюорографічного обстеження та діагностики супутніх інфекцій.

Для подолання вищезазначених бар'єрів було розроблено та впроваджено комплексну модель міжсекторальної взаємодії, яка базувалася на трьох принципах: **нормативне врегулювання, цифровізація та наближення послуг до населення.**

Першим і ключовим кроком стало юридичне закріплення зон відповідальності. Було розроблено та укладено трьохсторонній **Регламент взаємодії** між ДООЗ ВОВА, КНП «ВОКФПЦ ВОР» та ДУ «ВОЦКПХ МОЗ». Основною метою Регламенту є консолідація зусиль для досягнення цілі сталого розвитку №3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці» до 2035 року, втілення державної політики у сфері громадського здоров'я, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя у частині подолання епідемії туберкульозу. Це дасть змогу консолідувати та координувати дії всіх причетних закладів охорони здоров'я області в досягненні кінцевого результату Стратегії ВООЗ-подолання туберкульозу до 2035 року. Також документом чітко визначено алгоритм дій кожного фахівця: від моменту фіксації підозри чи встановлення діагнозу до епідеміологічного розслідування, визначення кола контактних та координації їхнього подальшого обстеження і лікування.



В межах реалізації практики щорічно формуються регіональні плани інформаційних кампаній щодо профілактики, раннього виявлення, лікування та супроводу пацієнтів із туберкульозом у Вінницькій області. З метою раннього виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ) серед контактних упродовж 2025 року в області було впроваджено та реалізовано комплекс діагностичних заходів із використанням сучасних лабораторних методів, а саме:

- виконано 125 досліджень методом GeneXpert, з яких 13 — позитивні;
- 456 осіб обстежено за допомогою проби Манту, позитивний результат отримано у 132 осіб;
- 163 особи пройшли квантифероновий тест, з них 24 — з позитивним результатом.

З метою підвищення ефективності епідеміологічного нагляду, оперативності обстеження контактних осіб та оптимізації пошуку джерела інфекції було розроблено та впроваджено єдину спільну Google-таблицю обліку контактних осіб із диференційованими рівнями доступу для всіх залучених сторін (ДУ «ВОЦКПХ МОЗ», КНП «ВОКФПЦ ВОР», координатори на рівні ЦПМСД).

Зазначений інструмент забезпечив цілодобовий доступ до актуальної інформації щодо:

- **Переліку контактних осіб у кожному осередку:** Впродовж 2025 року в області зареєстровано та взято на облік 2 461 контактну особу з новими та рецидивними випадками туберкульозу.
- **Етапів та результатів їх обстеження:** (діагностика активного туберкульозу та тестування на ЛТБІ) Скринінг на туберкульоз пройшли 2 293 особи, що становить 93,2%. Серед контактних осіб виявлено 22 випадки туберкульозу, що свідчить про ефективність активного епідеміологічного нагляду та цільового скринінгу.
- **Призначення та виконання заходів профілактичного лікування:** У межах медичного супроводу та профілактичних заходів забезпечено:
 - консультацію лікаря-фтизіатра отримали 691 особа;
 - 336 особам надано рекомендації щодо профілактичного лікування;

- 220 осіб розпочали профілактичне лікування.

Одним із напрямків спільної роботи є проведення моніторингових візитів до закладів ЦПМСД області. Спільно з фахівцями КНП «ВОКФПЦ ВОР» Центром було організовано та здійснено серію планових моніторингових візитів до 33 центрів первинної медико-санітарної допомоги регіону. Метою цих візитів було не просто адміністрування, а надання безпосередньої практично-консультативної допомоги сімейним лікарям та медсестрам. Особлива увага приділялася методикам якісного збору анамнезу, виявлення «прихованих» контактів та алгоритмам організації обстеження на місцях.



Для наближення медичних послуг до населення було розгорнуто роботу мобільних бригад, які здійснили 73 виїзди з надання діагностичних послуг, зокрема скринінгу на туберкульоз серед груп ризику. Під час виїздів проведено 828 скринінгових анкетувань та здійснено 2 забори біоматеріалу для молекулярно-генетичного тестування на ТБ.

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОБОТИ ЦЕНТРУ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Забезпечення систематичного скринінгу на активне виявлення випадків ТБ та осіб, які перебувають у контакті з особами, хворими на ТБ, зокрема, серед ключових груп населення та груп підвищеного ризику щодо захворювання на ТБ, включно із залученням громадських організацій



Надання методичної та організаційної допомоги ЦПМСД області з епіднагляду за туберкульозом шляхом проведення моніторингових візитів (здійснено 33 моніторингових візидів до закладів первинної медико-санітарної допомоги)



Організація виїздів для надання мобільних діагностичних послуг (проведено 828 скринінгових анкет на ТБ та 2 забори біоматеріалу для МГ-тесту)



Інформаційна та освітня робота у територіальних громадах із використанням вакцинобуса, фахівців фтизіатрії та пересувного флюорографа для флюорографічного обстеження населення (650 особам зроблено флюорографічне обстеження у 18 населених пунктах)

Важливим напрямом протидії туберкульозу залишалась інформаційно-освітня робота серед населення, спрямована на підвищення обізнаності щодо профілактики захворювання, важливості вакцинації та своєчасного проходження флюорографічного обстеження. У межах цієї роботи із залученням пересувного цифрового флюорографа КНП «ВОКФПЦ ВОР» було виконано 650 флюорографічних обстежень у 18 населених пунктах області. Мешканців, у яких під час обстеження було виявлено патологічні зміни, скеровано до КНП «ВОКФПЦ ВОР» для проведення додаткового обстеження, уточнення діагнозу та подальшого медичного супроводу.

Поряд із заходами, спрямованими на населення, значна увага приділялась підвищенню професійної компетентності медичних працівників. З метою покращення якості протитуберкульозної допомоги та посилення взаємодії між різними рівнями медичної допомоги проведено низку навчальних вебінарів за участю фахівців ДУ «ВОЦКПХ МОЗ», закладів первинної медичної допомоги та КНП «ВОКФПЦ ВОР». Під час заходів розглянуто актуальні питання раннього виявлення туберкульозу, організації роботи з контактними особами, діагностики та лікування латентної туберкульозної інфекції, маршрутизації пацієнтів та ведення медичної документації. Проведені навчання сприяли впровадженню єдиних підходів до організації протитуберкульозних заходів та посиленню міжвідомчої взаємодії в області.

Серед кращих практик – щорічна організація профілактичного флюорографічного обстеження працівників ДУ «ВОЦКПХ МОЗ» за допомогою пересувного флюорографа КНП «ВОКФПЦ ВОР», що забезпечує доступність обстеження та своєчасне виявлення захворювань органів дихання.

Водночас упродовж 2025 року в області продовжувалась реалізація

ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу», спрямованої на консолідацію зусиль органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я у сфері протидії туберкульозу.

У межах реалізації проєкту укладено меморандуми про співпрацю між 5-ма територіальними громадами, ДОЗ ВОВА, ДУ «ВОЦКПХ МОЗ» та КНП «ВОКФПЦ ВОР».

Співпраця спрямована на посилення заходів з виявлення, профілактики, діагностики, лікування та моніторингу туберкульозу, розвиток міжсекторальної взаємодії на рівні громад і підвищення ефективності протитуберкульозних заходів. Реалізація ініціативи здійснюється в межах Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги на 2024–2026 роки та сприяє створенню умов для досягнення статусу «Громада, вільна від туберкульозу».

Реалізація цієї практики дозволила досягти вагомих якісних та кількісних показників:

- **Оптимізація часу реагування:** Завдяки Регламенту та цифровій таблиці час від моменту виявлення індексного пацієнта до початку обстеження його контактних осіб скоротився у кілька разів.

- **Підвищення охоплення моніторингом:** Спільна таблиця усунула проблему «втрачених контактів». Усі зацікавлені сторони отримали інструмент взаємоконтролю, що підвищило відсоток охоплення контактних осіб тестуванням на ТБ та ЛТБІ.

- **Раннє виявлення та профілактика:** Активізація роботи з контактними особами дозволила виявляти ТБ на ранніх стадіях (до розвитку важких форм), а також вчасно призначати превентивне лікування ЛТБІ, що розриває ланцюг передачі інфекції.

- **Доступність для віддалених громад:** Завдяки виїздам «Вакцинобуса» та мобільної лабораторії сотні жителів віддалених сільських територій отримали доступ до високотехнологічної діагностики ТБ та гепатитів без необхідності виїзду до обласного центру.

Описана практика продемонструвала довгостроковий позитивний вплив на регіональну систему охорони здоров'я за кількома напрямками:

1. **Руйнування бар'єрів до співпраці:** Вдалося трансформувати ізольовану роботу окремих медичних інституцій у єдину, злагоджену екосистему. ДУ «ВОЦКПХ МОЗ» (епідеміологічний нагляд), КНП «ВОКФПЦ ВОР» (спеціалізоване лікування) та ЦПМСД (первинний контакт) почали працювати як один механізм.

2. **Людиноорієнтований підхід:** Замість того, щоб змушувати пацієнта чи контактну особу шукати шляхи діагностики, система сама прийшла до них (через мобільні виїзди та координацію сімейних лікарів).

3. **Економічна ефективність:** Раннє виявлення туберкульозу та профілактика ЛТБІ знижують фінансове навантаження на медичну систему, оскільки лікування запущених, а тим паче мультирезистентних форм ТБ потребує значно більших ресурсів, ніж превентивні заходи.

4. **Універсальність моделі:** Розроблений алгоритм взаємодії, що поєднує нормативну базу, оперативний цифровий облік та виїзні форми роботи, є універсальним. Він може бути успішно масштабований та впроваджений в інших регіонах України для оптимізації контролю не лише за туберкульозом, а й за іншими соціально небезпечними інфекційними хворобами.

Налагодження взаємодії для роботи з контактними особами як інструмент раннього виявлення та профілактики туберкульозу у Вінницькій області

Однією з кращих практик у сфері протидії туберкульозу у Вінницькій області стало створення єдиної системи взаємодії для роботи з контактними особами.

З цією метою між Департаментом охорони здоров'я та реабілітації Вінницької ОВА, КНП «ВОКФПЦ ВОР» та ДУ «ВОЦКПХ МОЗ» було укладено Регламент взаємодії, який чітко визначив алгоритм дій усіх залучених фахівців — від виявлення випадку туберкульозу до встановлення кола контактних осіб, їх обстеження, профілактичного лікування та подальшого супроводу.

Для оперативного обміну інформацією впроваджено єдину електронну систему обліку контактних осіб на базі Google-таблиці з диференційованим доступом для фтизіатричної служби, епідеміологів та закладів первинної медичної допомоги. Це дозволило забезпечити постійний моніторинг проходження кожною контактною особою всіх необхідних етапів обстеження та профілактики.

У 2025 році на облік було взято 2 461 контактну особу. Скринінг на туберкульоз пройшли 2 293 особи (93,2%), серед яких виявлено 22 випадки активного туберкульозу. Консультацію лікаря-фтизіатра отримала 691 особа, 336 особам рекомендовано профілактичне лікування, з яких 220 його розпочали.

Додатковим елементом системи стали спільні моніторингові візити до закладів первинної медичної допомоги, під час яких особлива увага приділялася якості збору епідеміологічного анамнезу, виявленню контактних осіб та організації їх обстеження.

Запроваджена модель дозволила скоротити час від виявлення індексного випадку до початку обстеження контактних осіб, мінімізувати ризик втрати контактів під час спостереження та підвищити охоплення скринінгом і профілактичним лікуванням. Практика продемонструвала ефективність такої взаємодії та може бути рекомендована для впровадження в інших регіонах України.

Волинська область

Міжсекторальна взаємодія та сучасні підходи для подолання туберкульозу у Волинській області у 2025 році.

Епідемічна ситуація з туберкульозу у Волинській області у 2025 році залишалася актуальною та вимагала впровадження комплексних міжсекторальних підходів до подолання захворювання. На функціонування системи протидії туберкульозу продовжували впливати наслідки повномасштабної війни, внутрішня міграція населення, зростання соціальної вразливості окремих груп, кадрові навантаження на систему охорони здоров'я та потреба у забезпеченні безперервності епідеміологічного нагляду.

З метою забезпечення координації заходів у сфері подолання туберкульозу у Волинській області впроваджено багатогалузевий та багатосекторальний підхід із залученням закладів охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, громадських організацій та партнерських структур.

Основними викликами у сфері подолання туберкульозу в області залишалися:

- недостатнє охоплення груп ризику профілактичними обстеженнями;
- пізнє виявлення випадків захворювання;
- низька прихильність окремих груп населення до обстеження та лікування;
- необхідність посилення роботи з контактними особами;
- потреба у забезпеченні доступності послуг для населення віддалених територій;

У 2025 році ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ» продовжувала реалізацію інформаційної стратегії щодо туберкульозу, основною метою якої стало поширення якісної та достовірної інформації про туберкульоз серед населення та фахівців, посилення профілактичної роботи і формування прихильності до обстеження та лікування.

Важливим елементом стало впровадження ефективної міжсекторальної взаємодії між ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ», КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» та закладами первинної медичної допомоги.

Зокрема, у рамках посилення епідеміологічного нагляду продовжено реалізацію спільного наказу №342-од/378-од від 11.10.2024 «Про затвердження порядку епідеміологічного нагляду за туберкульозом у Волинській області» із посиленням ролі надавачів первинної медичної допомоги.

ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ» брала участь у роботі Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, де забезпечувалось міжвідомче вирішення проблемних питань.

У рамках реалізації Дорожньої карти Інформаційної стратегії щодо туберкульозу у Волинській області на 2023–2025 роки проводились виїзди

мобільних бригад, тематичні заходи, комунікаційні кампанії та скринінгові обстеження населення з метою покращення раннього виявлення туберкульозу та підвищення доступності профілактичних послуг.

Протягом 2025 року організовано виїзди вакцинального автобуса з «Територією здоров'я» у 63 локаціях області. Населенню громад надано понад 10 тисяч профілактичних послуг, проведено скринінгове анкетування на туберкульоз близько 10400 осіб та флюорографічне обстеження 85 осіб.

Мобільною амбулаторією здійснено 88 виїздів, проведено 3049 анкетувань на туберкульоз, одночасно забезпечувалась діагностика ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів В і С. Відібрано 13 зразків мокротиння на дослідження, у 11 випадках отримано позитивний результат та підтверджено діагноз туберкульозу.

У рамках місячника боротьби з туберкульозом спільно з партнерами — ГО «ТВреopleUkraine», БО «100% життя Рівне», Товариством Червоного Хреста України та фтизіопульмонологічною службою — проведено 135 інформаційно-роз'яснювальних заходів із охопленням понад 2,2 тисячі осіб.

Проводилась активна комунікаційна кампанія: підготовлено 3 відеоролики, забезпечено виступи на радіо, надано інтерв'ю для регіональних медіа, поширювались інформаційні матеріали через офіційні ресурси та соціальні мережі. Для медичних працівників проведено 23 комунікаційні заходи у форматі круглих столів, нарад та навчань.

Важливим інноваційним компонентом стало впровадження квантиферонового тестування. Лабораторією ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ» обстежено 304 особи із груп ризику. Латентну туберкульозну інфекцію виявлено у 49 осіб, що становило 16,2% обстежених. Профілактичне лікування ЛТБІ отримали 30 осіб (61,2%).

Також у 2025 році проведено міжсекторальну робочу зустріч щодо покращення взаємодії між усіма учасниками процесу надання допомоги людям, які зіткнулися з проблемою туберкульозу.

Підписано меморандуми з трьома територіальними громадами в рамках ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу».

Про дієвість реалізованих заходів свідчать цифри: у Волинській області у 2025 році зареєстровано 398 індексних випадків туберкульозу. Кількість контактів становить 1516 осіб. Індикатор 3,81 (при значенні 2,58). Досягнуто зниження захворюваності на туберкульоз органів дихання на 18,4% серед дорослих. Захворювання у 10-х дітей виявлено на дуже ранніх стадіях при обстеженні їх як контактних за індексним випадком. Серед дорослих активний туберкульоз виявлено у 26 контактних осіб.

Водночас серед дітей та підлітків спостерігалось зростання захворюваності у 2,4 рази, що підтверджує необхідність подальшого посилення роботи з контактними особами та раннього виявлення випадків.

Завдяки інформаційній роботі покращилась прихильність населення до проходження обстежень, профілактичного лікування, взаємодії із медичними працівниками.

Проведена робота сприяла посиленню епідеміологічного нагляду за туберкульозом у Волинській області та покращенню взаємодії між усіма рівнями системи охорони здоров'я.

Впроваджені підходи дозволили:

- покращити доступ населення до профілактичних та діагностичних послуг;
- посилити роль первинної медичної допомоги у виявленні туберкульозу;
- підвищити ефективність роботи з контактними особами;
- розширити охоплення груп ризику скринінгом;
- покращити міжвідомчу координацію;
- підвищити рівень обізнаності населення щодо туберкульозу;
- зменшити стигму та страх перед захворюванням.

Заходи реалізовувались за участю ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ», фтизіопульмонологічної служби, закладів ПМСД, органів місцевого самоврядування, громадських організацій «TVreopleUkraine», «100% життя Рівне», Товариства Червоного Хреста України та інших партнерів.

Дніпропетровська область

Продовження реалізації інноваційних методів виявлення ТБ-інфекції на базі лабораторії особливо-небезпечних інфекцій ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» у 2025 році

Дніпропетровщина одна з найбільших за площею та населенням регіонів в Україні. Межує з такими областями як Харківська, Донецька, Запорізька, Херсонська, Миколаївська. В тяжкі для країни часи прихистила понад 400 тисяч внутрішньо переміщених осіб, у тому числі 90 тисяч дітей. Під час техногенних катастроф значна частина відселення мешканців проводиться до Дніпропетровської області. У зв'язку з чим в області зростають ризики поширення особливо небезпечних інфекцій, в т.ч. туберкульозу.

За 2025р. у Дніпропетровській області зареєстровано 1126 випадків туберкульозу органів дихання (інт.пок.33,93) проти 1438 випадків (інт.пок. 43,33) за аналогічний період 2024 року. Зниження захворюваності в цілому по області становить на 21,90%. Проте показники захворюваності на туберкульоз у Дніпропетровській області перевищують показники по Україні та займають восьме рангове місце серед областей після Одеської, Миколаївської, Житомирської, Закарпатської, Київської та Черкаської областей. По окремим територіям області відмічається зростання захворюваності у порівнянні з аналогічним періодом 2024 року: мм. Тернівка(+9 випадків), Покров (+7 вип.), Павлоград (+3 вип.), Шахтарське(+3 вип.), а також у Магдалинівському (+10 вип.), Нікопольському (+4 вип) районах.

Туберкульоз залишається однією з головних загроз для здоров'я

населення області, і його своєчасне виявлення — основа для ефективного лікування та профілактики.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» чітко визначив основні завдання та оперативні функції системи громадського здоров'я. Розширилися межі оперативних функцій громадського здоров'я регіональних ЦКПХ у сфері протидії туберкульозу, зокрема напрям реалізації інноваційних методів виявлення ТБ-інфекції. Одним із таких методів є рекомендовані ВООЗ тести на вивільнення гамма-інтерферону.

У 2023 році з метою розширення доступу до сучасних, швидких та інформативних методів діагностики туберкульозної інфекції, ЦГЗ за сприяння МОЗ України закупив ТВГІ та витратні матеріали за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Починаючи з вересня 2023 року на базі регіональних ЦКПХ у перших восьми пілотних областях, зокрема й у Дніпропетровській, із використанням цих тестів було обстежено 306 пацієнтів, у 68 з яких підтверджено ЛТБІ. Це дозволило своєчасно призначити профілактичне лікування тим пацієнтам, які мали найбільшу в ньому потребу. У 2024 та 2025 роках ці тести закуповувались для всієї України, в т.ч. і для Дніпропетровської області, щоб наблизити послугу до кожної людини, яка потребує такого обстеження.

Загальна кількість досліджень виконаних на базі лабораторії особливо небезпечних інфекцій ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» у 2023-2025рр складає 866, позитивних результатів зареєстровано – 134, (15,5%), в т.ч. обстежено 425 контактних осіб з індексними випадками туберкульозу, 140 людей, які живуть з ВІЛ, 16 людей з силікозом, 124 людини, яким планується трансплантація органів або кісткового мозку, лікування ФНП, діаліз. Особи з позитивними результатами скеровані до лікарів-фтизіатрів для проведення дообстеження та призначення профілактичного лікування.

24,4% досліджень із застосуванням ТВГІ виконано у 2025 році, 211 досліджень, позитивних результатів зареєстровано – 18, що складає 8,5% проти 349 обстежених осіб у 2024 році, позитивних результатів – 48, що складає 13,8%, в т.ч. обстежено 136 контактних осіб з індексними випадками туберкульозу. Впровадження тестів на вивільнення гамма-інтерферону для діагностики латентної туберкульозної інфекції в Україні координується на державному рівні.

Партнерськими організаціями, залученими до реалізації даного досягнення по впровадженню інноваційних методів дослідження у Дніпропетровській області для нашого ОЦКПХ МОЗ є ДООЗ ДОВА, КП «ДОМЦСЗХ» ДОР, об'єднані територіальні громади, місцеві структурні підрозділи та заклади охорони здоров'я шляхом участі у спільних нарадах, засіданнях обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Під час проведення організаційних заходів визначені напрямки щодо посилення роботи з питань обстеження та лікування ТБ- інфекції шляхом

активного пошуку контактних, раціонального їх обстеження та проведення серед них профілактичного лікування. Для забезпечення координації та здійснення епідеміологічного нагляду за туберкульозом відповідно до наказу МОЗ України від 09.03.2021 року №406 «Про затвердження Порядку епідеміологічного нагляду за туберкульозом та Зміни до критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації» ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ», спільно з ДООЗ ДОВА та КП «ДОМЦСЗХ» ДОР розроблено й затверджено спільний наказ між Департаментом охорони здоров'я і ЦКПХ щодо розподілу функцій при відстеженні контактних з хворими на туберкульоз.

Впровадження розширення доступу до сучасних, швидких та інформативних методів діагностики ТБ-інфекції у Дніпропетровській



області дозволило суттєво покращити виявлення ТБ-інфекції та оптимізувати лікування. Значна частина від усіх безоплатних досліджень у рамках пілотного проекту МОЗ було виконано у лабораторії особливо небезпечних інфекцій ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ», що допомогло пришвидшити діагностику серед груп ризику.

Засідання Дніпропетровської обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

24 вересня 2025 рокуна сумісній нараді ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» та КП «ДОМЦСЗХ» ДОР укладений та погоджений Меморандум про взаєморозуміння та співпрацю з метою консолідації зусиль Сторін, спрямованих на посилення взаємодії та координації в напрямку подолання туберкульозу серед населення області, розбудову системи громадського здоров'я, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя на території



області, формування та реалізації ефективних заходів для збереження та зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, імунопрофілактики, заохочення до здорового способу життя, попередження ризиків у сфері громадського здоров'я.

Впровадження сучасної системи комунікації та громадського здоров'я у відокремлених структурних підрозділах (філіях) ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ».

Донеччина - регіон, який з початку повномасштабного вторгнення найбільш страждає від воєнних дій, що приводить до погіршення умов життєзабезпечення населення, вимушеної міграції та евакуації мешканців області в більш безпечні регіони країни, релокації медичних закладів, а разом з ними і кваліфікованих кадрів, що значно ускладнює надання медичної допомоги населенню, яке ще залишається на території області. Всі ці чинники строюють певні труднощі для повноцінного проведення заходів епідеміологічного нагляду в регіоні.

У 2025 році у ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ» здійснені структурні зміни, спрямовані на посилення інформаційно-комунікаційного напрямку громадського здоров'я. У Краматорській районній та Слов'янській філіях були створені відділи комунікації та інформаційно-роз'яснювальної роботи, а в інших філіях введені посади фахівців з громадського здоров'я. Практика сприяла підвищенню ефективності інформаційної роботи з населенням, розвитку профілактичних програм та комунікації ризиків в умовах воєнного стану.

В рамках міжсекторальної взаємодії у сфері протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу впродовж 2025 року було посилено координацію між органами виконавчої влади адміністративних територій, департаментом охорони здоров'я, КНП «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер», ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ», закладами охорони здоров'я, соціальними службами та громадськими організаціями у сфері протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу.

Практика міжвідомчої співпраці дозволила забезпечити комплексний підхід щодо подолання туберкульозу в умовах воєнного стану в територіальних громадах області та створити передумови для підписання Меморандумів в рамках всеукраїнського проекту «Громада, вільна від туберкульозу».

Попри всі складнощі та труднощі вже у лютому - березні 2026 року були підписані Меморандуми про співпрацю органів місцевої влади, медичних установ та громадських організацій у 19 громадах Донецької області, якими передбачається подальше об'єднання спільних зусиль в боротьбі та подоланні туберкульозу. В умовах наближених бойових дій, збільшення кількості вразливих груп населення, обмежених можливостей системи охорони здоров'я, тільки тісна взаємодія всіх зацікавлених сторін може забезпечити контрольованість ситуації щодо захворюваності на туберкульоз, безперервність та якість надання медичної допомоги на всіх рівнях.

Донецький ОЦКПХ в рамках виконання Меморандуму:

- проводить облік захворювання на туберкульоз, дослідження розповсюдження хвороби в межах території громад;
- проводить спостереження та оцінку детермінантів здоров'я, які впливають на рівень захворювання на туберкульоз, та розробляє і надає територіальним громадам план відповідних заходів;
- забезпечує проведення епідеміологічних розслідувань випадків та спалахів туберкульозу, організує роботи з виявлення та обстеження контактних осіб;
- бере участь в організації спільних заходів з пропаганди здорового способу життя щодо захворювання на туберкульоз серед населення громади.

Координація зусиль та тісні взаємозв'язки ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ» та відокремлених структурних підрозділів (філій) з КНП «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер», закладами охорони здоров'я первинного рівня області щодо організації та здійснення епідеміологічного нагляду, превентивних заходів, інформаційно-роз'яснювальної роботи серед контактних в осередках туберкульозу дозволили протягом 3-х останніх років не допустити випадків захворювання на туберкульоз серед них. У 2025 році регіональний індикатор з виявлення контактних осіб в області склав 3,25 при цільовому індикаторі 2,58.

Житомирська область

Найкращі практики подолання туберкульозу 2025 року в Житомирській області

Спільні моніторингові візити фахівців ДУ «Житомирський ОЦКПХ МОЗ» та КНП «ЖОПТД» до закладів первинної медичної допомоги з метою надання організаційно-методичної допомоги з питань протидії туберкульозу та покращення протитуберкульозної медичної допомоги та епідеміологічного нагляду в Житомирській області.

За 12 місяців 2025 року в Житомирській області було зареєстровано 685 випадів (58,1 на 100 тис. нас.) активного туберкульозу, що на 5,7 більше ніж минулого року. В т.ч. 167 випадків (24,4%) у поєднанні з ВІЛ інфекцією, що на 47,8% більше ніж минулого року та 153 випадки лікарськостійкого ТБ (22,3%), що на рівні минулого року. З них ТБ легень 606 випадків (51,4 на 100 тис. нас.), що на 4,7% більше ніж минулого року, коли реєструвалось 579 випадків, 80,0% МБТ + (тобто є небезпечними в епідвідношенні). Слід відмітити високі показники наявності ко-інфекції туберкульозу та ВІЛ що свідчить про недостатній нагляд за групами ризику. Також потрібно відзначити, що основною причиною смерті серед ВІЛ-інфікованих є туберкульоз (в 2025 році – 55%)

Відмічається позитивна динаміка в організації епіднагляду за контактними особами порівняно з минулим роком. В поточному році виявлено 1808 контактних осіб, що становить у середньому 3,6 особи на 1

індексний випадок і є задовільним показником для Житомирської області (індикаторний показник не менше 2,5). Це демонструє значне покращення у порівнянні з 2024 роком, коли було виявлено лише 1298 осіб (2,0 на 1 випадок ТБ), що вважалось недостатнім показником для Житомирської області.

Відмічається позитивна тенденція з обстеження осіб з груп ризику, протягом останнього року було обстежено 82,5% осіб з ключових груп та груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, що більше ніж в попередні роки. Але нижче за індикаторний показник, який становить не менше 95,0%. Найбільше охоплено активним скринінгом особи із захворюванням на пневмонію (99,1%), медичні працівники (97,8%), а також контактні особи (94,9%). Найменше охоплено скринінгом особи без постійного місця проживання та внутрішньо переміщені особи.

Вразливість населення та системи охорони здоров'я визначається постійною циркуляцією туберкульозної інфекції, наявністю латентного резервуару та потенційною прихованою захворюваністю, що характерно для інфекції з тривалим природним перебігом. Недостатній рівень охоплення обстеженнями осіб із груп підвищеного ризику створює умови для недовиявлення та пізнього виявлення випадків захворювання. Суттєвим чинником вразливості є поширення лікарсько-стійких форм туберкульозу та значна частка ко-інфекції ВІЛ/ТБ, що супроводжуються ускладненим клінічним перебігом, нижчою ефективністю лікування та підвищеним ризиком смертності.

Додатковими факторами підвищеної вразливості є недостатня доступність медичної допомоги у віддалених населених пунктах, обмежений розвиток мобільних форм медичної допомоги, а також транспортні та організаційні бар'єри, що ускладнюють своєчасну діагностику, початок лікування та медичний супровід пацієнтів. Низький рівень обізнаності населення щодо клінічних проявів туберкульозу, шляхів передавання та необхідності раннього звернення за медичною допомогою сприяє пізньому виявленню захворювання.

Особливої уваги потребують окремі категорії населення, які мають підвищений ризик захворювання та несприятливих наслідків, зокрема особи із супутніми імунодефіцитними станами, люди, що живуть з ВІЛ, соціально вразливі групи, особи з хронічними захворюваннями, пацієнти з низькою прихильністю до лікування, мешканці віддалених територій, а також особи, які перебувають у складних соціально-економічних умовах. Додаткову групу підвищеної вразливості формують особи, які мають обмежений доступ до медичних послуг або несвоєчасно звертаються за медичною допомогою.

Значущим чинником вразливості залишається недостатня участь територіальних громад у реалізації профілактичних, інформаційних та соціально підтримуючих заходів, що обмежує ефективність раннього виявлення та контролю лікування. Виражена територіальна нерівномірність показників захворюваності свідчить про наявність зон

підвищеного епідемічного ризику та нестабільність епідемічного процесу.

На виконання Закону України «Про подолання туберкульозу» прийнятим 14.07.2025р., Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024 – 2026 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 02.08.2024р. №726-р у 2024 році, наказів МОЗ України в галузі протидії туберкульозу (далі ТБ) та спільного наказу ДОЗ ОДА та ОЦКПХ та рекомендацій ДУ «ЦГЗ МОЗ», були організовані моніторингові візити до закладів первинної медичної допомоги.

Метою візитів було провести аналіз системи епідеміологічного нагляду за туберкульозом та системи протитуберкульозної медичної допомоги у ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу з визначенням рекомендацій для підвищення ефективності заходів, посилення та вдосконалення спроможностей направлених на зниження захворюваності та запобігання поширенню туберкульозу серед населення Житомирської області.

Завданням моніторингових візитів було визначитися з роллю ПМД в структурі епідеміологічного нагляду за ТБ, функціями ПМД в наданні протитуберкульозної медичної допомоги населенню, визначення інструментів епідеміологічного нагляду (процес збору даних та механізм обміну та обліку інформації, організація структури та людські ресурси). Також надати рекомендації для покращення функціонування системи епідеміологічного нагляду та якості надання медичної допомоги хворим на ТБ.

Для проведення аналізу був розроблений чек лист, який містив 9 розділів та 56 питань по основним напрямкам роботи. Моніторингові візити здійснювались фахівцями відділу епіднагляду за інфекційними хворобами ДУ «Житомирський ОЦКПХ МОЗ» сумісно з заступниками директора КНП «ОПТД» ЖОР.

Протягом листопада-грудня місяця було проведено 10 моніторингових візитів до закладів первинної медичної допомоги Житомирської області. Серед 10 закладів високий рівень надання протитуберкульозної медичної допомоги та організації епіднагляду мали лише 2 заклади. Найгірші показники діяльності відзначались по напрямку роботи «Профілактика туберкульозу», а саме організація нагляду за латентною туберкульозною інфекцією та організації лікування туберкульозу на рівні первинної медичної допомоги.

Кожному закладу були надані рекомендації щодо поліпшення організації роботи в напрямку протидії туберкульозу, посилення нагляду за особами з груп підвищеного ризику, організації діагностики та лікування, та епідеміологічного нагляду, а саме виявлення та нагляд за контактними, їх обстеження. Як наслідок було удосконалено реєстрацію, облік та звітування випадків туберкульозу, та його виявлення. Покращено співпрацю між центрами первинної медичної допомоги з центрами контролю та профілактики хвороб та протитуберкульозного диспансеру.

Моніторингові візити в заклади соціального захисту населення Житомирської області

В Україні, зокрема в Житомирській області залишається складною епідемічна ситуація з туберкульозу. За 2 місяці 2025 року вже зареєстровано 106 випадків захворювання на туберкульоз органів дихання, показник на 100 тисяч населення становить 9,0. В порівнянні з аналогічним періодом минулого року відбувся ріст захворюваності на 12%. Серед захворілих осіб 84 випадки з МБТ+, показник 7,1. Питома вага бактеріовиділювачів в структурі захворюваності висока та складає 84%, що сприяє подальшому поширенню інфекції.

При проведенні епіданалізу та протиепідемічної роботи у вогнищах інфекції відмічається негативна тенденція щодо реєстрації випадків в закладах закритого типу серед дорослих (з цілодобовим проживанням, стаціонарним доглядом, лікуванням тощо).

Так, станом на 02.04.2025р. зареєстровано 3 випадки захворювання туберкульозом органів дихання (МБТ+) серед підопічних в КУ «Любарський психоневрологічний інтернат», 1 випадок - в Житомирському геріатричному пансіонаті Житомирської обласної ради (с. Іванівка).

При здійсненні епідрозслідування випадків у вищезгаданих закладах виявлені системні недоліки та проблеми, головними з яких є недостатній контроль за станом здоров'я підопічних, неефективна організація санітарно-гігієнічних заходів і порушення профілактичного моніторингу за групами ризику.

В період з 25 квітня по 6 червня 2025 року моніторинговою групою у складі фахівців ДУ «Житомирський ОЦКПХ МОЗ», КНП «Обласний протитуберкульозний диспансер» Житомирської обласної ради та представниками Департаменту соціального захисту населення ОДА проведені моніторингові візити в психоневрологічні інтернати та геріатричні пансіонати з метою вивчення стану організації профілактики туберкульозу в цих закладах та надання організаційно-методичної роботи керівництву та медичними працівниками.

Аналіз даних свідчить, що лише 10 з 14 закладів проводять щорічні обстеження підопічних на туберкульоз практично з повним охопленням і лише 4 заклади мають низький рівень охоплення – Житомирський геріатричний пансіонат ЖОР (21,3%), Коростенський геріатричний пансіонат ЖОР (21,8), КУ «Любарський психоневрологічний інтернат» ЖОР (33,3%), КУ «Березівський психоневрологічний інтернат» ЖОР (55,9%)

Після проведення моніторингових візитів було організовано рентгенологічне обстеження всіх підопічних інтернатних закладів, зокрема і в установах з наявними випадками туберкульозу. В одному закладі серед контактних було виявлено два випадки активного туберкульозу, відповідні випадки були проліковані, п'яти контактним особам було призначене профілактичне лікування. Також з метою

недопущення в подальшому випадків туберкульозу серед підопічних були надані рекомендації в тому числі із заходів інфекційного контролю в закладах та пропозиції Департаменту соціального захисту населення ЖОДА та адміністрації психоневрологічних інтернатів та геріатричних пансіонатів.

Організація та надання послуг з виявлення туберкульозу та супроводу пацієнтів на первинному рівні медичної допомоги у Звягельській територіальній громаді. Завдяки проекту «Підтримка зусиль у протидії ТБ в Україні», що фінансується за кошти Уряду США.

На території Звягельської ТГ в 1 кварталі 2026 року зареєстровано 18 нових випадків захворюваності на туберкульоз, в т. ч. 1 дитина, 3 хворих з рецидивом захворювання. Показник захворюваності серед населення громади становить 34,4 на 100 тис. населення (обласний – 58,1), зареєстровано 3 випадки захворюваності на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, показник захворюваності становить 4,9 на 100 тис. населення (обласний – 12,6). Станом на 01.01.2026 року завершили лікування 10 пацієнтів. Продовжує лікування 10 хворих: 1 хворий у місті Києві у Інституті інфекційних захворювань, 1 хворий лікується у медичній клініці «Хілінг Мед», 8 хворих продовжують лікування у КНП «ЦПМСД» Звягельської міської ради, 1 пацієнт помер

Враховуючи особливості Звягельської територіальної громади, а саме наявність військового містечка, міграція населення та значна кількість внутрішньо переміщених осіб. Було посилено заходи щодо раннього виявлення туберкульозу та забезпечення доступності послуг для населення. У кожного сімейного лікаря сформовано групу ризику розвитку туберкульозу, відповідно до галузевого стандарту, забезпечено її щорічний перегляд.

Група ризику на кінець 2025 року нараховувала 33 224 особи. Забезпечено проведення систематичного обстеження на туберкульоз (активне виявлення) в групах ризику туберкульозу 1 раз на рік. Проводиться аналіз скринінгового анкетування та аналіз випадків захворюваності на туберкульоз. Скринінгом на туберкульоз охоплено 28 410 осіб, що становить 85,5 % від підлягаючих. Проведено скринінгове анкетування та обстеження 2 098 внутрішньо-переміщених осіб.

З профілактичною ціллю флюорографічне обстеження проведено 8 934 особам та 10 924 особам – рентгенологічне обстеження, що становить 60 % від підлягаючих.

Для виявлення латентної туберкульозної інфекції особам з групи ризику проводиться ТШП або ТВГІ (квантіфероновий тест). Обстежено 62 особи, з них 50 осіб – ТШП.

Зазначені раніше особливості Звягельської ТГ створюють додаткові виклики для системи протидії туберкульозу, зокрема підвищують ризик недовиявлення випадків захворювання, пізнього звернення за медичною

допомогою та пізньої діагностики туберкульозу. Значна мобільність населення ускладнює проведення систематичного скринінгу осіб із груп ризику, моніторинг стану їх здоров'я та забезпечення безперервності лікування у разі виявлення захворювання.

Окремим викликом є необхідність своєчасного виявлення туберкульозу серед внутрішньо переміщених осіб, які можуть мати обмежений доступ до медичних послуг або тривалий час не проходити профілактичні обстеження. Також актуальним залишається питання своєчасного виявлення латентної туберкульозної інфекції серед осіб із груп підвищеного ризику та проведення профілактичного лікування контактних осіб.

Враховуючи необхідність забезпечення якісного супроводу пацієнтів на амбулаторному етапі лікування, важливим завданням стало створення умов для підвищення прихильності до лікування та надання якісної допомоги та консультації саме на рівні первинної медичної допомоги, здійснення контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів та недопущення переривання лікування.

Завдяки проєкту «Підтримка зусиль у протидії ТБ в Україні», що фінансується за кошти Уряду США, лікарі та медичні сестри підприємства почергово проходять навчання в очних тренінгах: для лікарів ЗПСМ – «Активне виявлення, супровід та лікування туберкульозу на первинному рівні»; для медичних сестер – «Роль сестри медичної загальної практики – сімейної медицини у виявленні, лікуванні та профілактиці туберкульозу». В результаті чого можуть надавати якісний супровід на первинній ланці.

Для покращення надання послуги «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз на первинному рівні медичної допомоги» створено кабінет для проведення лікування хворих з туберкульозом, виділено окрему посаду медичної сестри для контролю лікування.

Згідно надання медичної послуги «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз на первинному рівні медичної допомоги» станом на 01.01.2026 року лікується 8 пацієнтів. Протитуберкульозними препаратами забезпечені, отримуємо згідно заявок в КНП «Обласний протитуберкульозний диспансер» Житомирської обласної ради.

В 2025 році взято на облік 47 контактних осіб, в т. ч. 18 дітей. 40 контактним особам, які мали близький контакт з хворими на туберкульоз з бактеріовиділенням, проведено скринінг на латентну туберкульозну інфекцію. Станом на 01.01.2026 року завершили профілактичне лікування 11 осіб, в т. ч. 8 дітей.

Реалізація заходів із раннього виявлення туберкульозу, систематичного скринінгу груп ризику, обстеження внутрішньо переміщених осіб, контактних осіб та пацієнтів із підозрою на захворювання сприяла покращенню доступу населення до послуг з діагностики та лікування туберкульозу.

Організація амбулаторного лікування на первинному рівні медичної допомоги, створення спеціалізованого кабінету для лікування хворих на

туберкульоз, виділення окремої посади медичної сестри для контролю лікування та підготовка медичних працівників дозволяють забезпечити безперервність надання послуг, належний супровід пацієнтів і проведення профілактичних заходів серед контактних осіб.

Запроваджені підходи сприяють забезпечують своєчасне виявлення випадків туберкульозу, контроль лікування та профілактику поширення захворювання в громаді.

Закарпатська область

Епідемічна ситуація з туберкульозу серед населення Закарпаття залишається такою, що вимагає постійної уваги фахівців медичної спільноти області, так як рівні захворюваності на туберкульоз серед жителів краю стабільно перевищують даний показник середній по Україні.

Упродовж 2025 року територіальними підрозділами ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ» отримано 538 екстрених повідомлень про захворювання на ВДТБ, фахівцями ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ» усі осередки обстежені згідно з вимогами, забезпечено організацію та проведення протиепідемічних та профілактичних заходів в кожному осередку інфекції.

Керуючись вимогами чинних законодавчих та нормативно – розпорядчих документів щодо подолання туберкульозу в Україні, в нашій області впродовж 2025 р. проведено ряд організаційних заходів щодо удосконалення співпраці між фахівцями відповідних установ, які задіяні в їх реалізації серед населення Закарпаття.

Генеральний директор ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ» є членом обласної ради з координації дій у відповідь на поширення туберкульозу та ВІЛ у Закарпатській області, систематично приймає участь у міжвідомчих нарадах, де розглядаються питання щодо особливостей епідеміології туберкульозу в регіоні та шляхів його подолання серед населення.

В області реалізується спільний наказ ДУ «ЗОЦКПХ МОЗ» та ДОО ОДА/ОВА від 15.11.2023 р. № 157-о/919-о «Про затвердження порядку епіднагляду за туберкульозом у Закарпатській області».

Відпрацьовано чіткі алгоритми дій у співпраці фахівців КНП «Центр легеневих хвороб» ЗОР, в т.ч. фтизіатричної служби та ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ» з територіальними філіями, відділами та відділеннями в питаннях:

- своєчасного подання Екстрених повідомлень про випадки туберкульозу (ф. № 058/о);
- підготовки державної статистичної звітності (ф. № 1) - реєстрації та обліку випадків захворювання на різні форми туберкульозу в розрізі територіальних громад області;
- відповідної реєстрації випадків захворювання та туберкульоз у електронній системі епідеміологічного нагляду (ЕСЕН);

- організації роботи з центрами ПМСД області щодо відстеження, обстеження та динамічного спостереження контактних осіб, організації та проведення систематичного скринінгу осіб з ключових груп та груп підвищеного ризику захворювання на ТБ/ЛТБІ ;

- забезпечено організацію та проведення спільних комунікаційних кампаній щодо профілактики захворювання на туберкульоз серед населення області, проведення нарад, брифінгів, розповсюдження інформаційних плакатів, ліфлетів, брошур тощо.

У межах ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» підписано Меморандум про співпрацю між Перечинською міською радою Закарпатської області, ДОЗ Закарпатської ОДА-ОВА, КНП «Центр легеневих хвороб» ЗОР, ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ» та Перечинським ЦПМСД.

Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України та за активного сприяння ДУ «Центру громадського здоров'я МОЗ України», впродовж 2025 р. фахівцями ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ», КНП «ЦЛХ» ЗОР та ЗОЗ області, на базі лабораторії особливо небезпечних інфекцій ДУ «Закарпатський ОЦКПХ МОЗ» організовано і забезпечується проведення квантиферонових тестів на виявлення ЛТБІ у підлягаючих осіб ключових груп та груп підвищеного ризику розвитку туберкульозу.

За 2025 рік з метою проведення тестів вивільнення гамма-інтерферону для діагностики ТБ-інфекції методом ІФА було проведено 270 досліджень. З них 165 досліджень – це контактні індексного випадку з бактеріовиділенням; 3 – люди, які живуть з ВІЛ; 27 – пацієнти з силікозом та ті, яким планується трансплантація органів чи кісткового мозку, пацієнти, які перебувають на діалізі, або отримують терапію інгібіторами фактору некрозу пухлин альфа; та 75 досліджень осіб, які підпадають в категорію «інші», відповідно до Стандартів надання медичної допомоги «Туберкульоз».

Отримано 69 позитивних та 8 сумнівних результатів, у тому числі 52 позитивних результати виявлено у контактних індексного випадку з бактеріовиділенням, 2 – у пацієнтів, який отримують терапію інгібіторами фактору некрозу пухлин альфа, 15 позитивних результатів виявлено у пацієнтів, які підпадають в категорію «інші».

Запорізька область

ТБ-Модель UA: використання математичного прогнозування для підтримки прийняття управлінських рішень щодо подолання туберкульозу в Запорізькій області

Запорізька область залишається одним із регіонів України, що найбільше постраждали внаслідок повномасштабної війни. Частина території області перебуває під тимчасовою окупацією, значна кількість населення була вимушена змінити місце проживання, а система охорони здоров'я функціонує в умовах постійного навантаження та необхідності

адаптації до нових викликів.

Епідемічний процес туберкульозу в умовах воєнного стану зазнає суттєвого впливу низки несприятливих факторів. Обмежений доступ до медичної допомоги на окремих територіях, внутрішня та зовнішня міграція населення, зміна демографічної структури громад, порушення безперервності медичного спостереження за пацієнтами, а також обмежені можливості отримання повної та своєчасної епідеміологічної інформації значно ускладнюють оцінку реальної ситуації щодо туберкульозу та планування ефективних протитуберкульозних заходів.

Додатковою особливістю є постійна зміна умов, у яких відбувається розвиток епідемічного процесу. Коливання чисельності населення, переміщення внутрішньо переміщених осіб, повернення мешканців до деокупованих територій, зміни доступності медичних послуг та соціально-економічних умов створюють динамічне середовище, що потребує регулярного перегляду оцінок ризику та прогнозів.

У таких умовах особливого значення набуває використання сучасних інструментів аналізу та прогнозування. Вони дозволяють не лише оцінювати поточні тенденції захворюваності, а й моделювати можливий розвиток епідемічної ситуації за різних сценаріїв, що є важливим підґрунтям для своєчасного прийняття управлінських рішень та планування заходів із протидії туберкульозу в регіоні.

Традиційні підходи до аналізу захворюваності на туберкульоз ґрунтуються переважно на ретроспективних статистичних даних та відображають уже зареєстровані випадки захворювання. Однак в умовах воєнного стану можливості використання таких підходів суттєво обмежуються.

Повнота та достовірність епідеміологічних даних можуть бути недостатніми внаслідок відсутності інформації з тимчасово окупованих територій, активних міграційних процесів, збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб, порушення безперервності медичного спостереження за окремими категоріями населення та ризиків несвоєчасного виявлення випадків туберкульозу. Крім того, епідемічна ситуація в регіоні характеризується високою динамічністю та потребує оперативного реагування на зміни факторів ризику.

За таких умов виникає потреба у використанні сучасних інструментів прогнозування, здатних не лише аналізувати наявні статистичні дані, а й враховувати вплив зовнішніх факторів, особливості воєнного періоду та можливі сценарії розвитку епідемічного процесу.

Саме тому було розроблено інструмент прогнозування захворюваності на туберкульоз, який дозволяє інтегрувати наявні епідеміологічні дані, демографічні показники та фактори впливу, формуючи обґрунтовані прогнози для підтримки прийняття управлінських рішень у сфері профілактики, раннього виявлення та контролю туберкульозу.

З метою підвищення ефективності епідеміологічного нагляду за

туберкульозом та підтримки управлінських рішень фахівцями ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ України» було розроблено та впроваджено програмний комплекс «ТБ-Модель UA».

Практика передбачає використання математичного прогнозування для оцінки подальшого розвитку епідемічної ситуації щодо туберкульозу на регіональному рівні. Програмний комплекс поєднує кілька взаємодоповнюючих підходів, зокрема сценарне прогнозування, пуассонівське моделювання та статистичну оцінку достовірності отриманих результатів.

Особливістю практики стало врахування факторів, які мають суттєвий вплив на епідемічний процес в умовах війни: демографічних змін, внутрішньої міграції населення, впливу воєнних дій, наявності внутрішньо переміщених осіб, доступності медичної допомоги, а також особливостей окремих територій області.

Програма дозволяє здійснювати прогнозування на рівні області, району або громади, формувати декілька сценаріїв розвитку епідемічної ситуації, автоматично створювати графічні матеріали, аналітичні таблиці та звіти для подальшого використання в роботі.

Важливою перевагою практики стало те, що розробка та впровадження програмного комплексу були здійснені власними силами фахівців установи без залучення додаткового фінансування, що забезпечило швидке впровадження інструменту у практичну діяльність.

Для створення та апробації моделі були використані дані щодо захворюваності на туберкульоз у Запорізькій області за 2014–2024 роки.

Практичну цінність моделі підтверджено результатами порівняння прогнозованих та фактичних показників захворюваності у 2025 році. За 8 місяців 2025 року в Запорізькій області зареєстровано 251 випадок туберкульозу. Отримані фактичні показники відповідали прогнозним значенням, сформованим програмою, що підтвердило її прогностичну точність та можливість використання в реальних умовах.

Завдяки впровадженню «ТБ-Модель UA» стало можливим завчасно оцінювати потребу у протитуберкульозних препаратах, діагностичних дослідженнях та кадрових ресурсах, а також моделювати можливі зміни епідемічної ситуації залежно від різних сценаріїв розвитку подій.

Впровадження програмного комплексу «ТБ-Модель UA» дозволило розширити можливості епідеміологічного нагляду за туберкульозом у Запорізькій області та перейти від виключно ретроспективного аналізу до прогнозно-орієнтованого підходу.

Практика сприяла підвищенню готовності системи охорони здоров'я до можливих змін епідемічної ситуації, покращила якість планування протитуберкульозних заходів та забезпечила додатковий інструмент для обґрунтування управлінських рішень на регіональному рівні.

Для населення області впровадження прогнозних підходів створює додаткові можливості для своєчасного планування заходів раннього виявлення туберкульозу, роботи з групами ризику та більш раціонального

розподілу ресурсів між територіями з різним рівнем ризику.

Практика продемонструвала ефективність в умовах воєнного стану та має потенціал для масштабування в інших регіонах України.

Інноваційність практики полягає у створенні та впровадженні регіонального цифрового інструменту прогнозування туберкульозу, адаптованого до умов воєнного стану. Програмний комплекс поєднує декілька методів математичного прогнозування, враховує демографічні зміни, внутрішню міграцію населення та інші зовнішні фактори впливу, що дозволяє отримувати більш обґрунтовані прогнози для підтримки управлінських рішень. Практика може бути використана як модель для впровадження прогнозно-аналітичних інструментів у сфері громадського здоров'я в інших регіонах України.

4. Захворюваність

Введіть історичні дані (на 100 тис.) Десятикові — через крапку. Для років <2026 період визначається автоматично, для років ≥2026 — оберіть вручну.

Легенда:

- до повномасштабного вторгнення — роки < 2020
- COVID-19 — 2020–2021
- початок війни — 2022
- повномасштабне вторгнення — 2023–2025
- інші роки — обираються вручну (роки ≥ 2026)

Рік
напр., 2019

Захворюваність (на 100 тис.)
напр., 38.5

Автовизначення: COVID-19

Додати рядок

Рядок додано

Рік	Захворюваність	Період
2017		58.8 до повномасштабного вторгнення
2018		61.4 до повномасштабного вторгнення
2019		54.5 до повномасштабного вторгнення
2020		41.0 COVID-19
2021		39.0 COVID-19

4. Категорія випадків

Оберіть категорію

Нові випадки

3. Період, що прогнозується

Оберіть період для прогнозу:

повномасштабне вторгнення

Рік початку прогнозу

2022

Підказки та параметри сценаріїв для обраного періоду

6. Населення

Довоєнне населення (осіб)

1637673

Поточне населення (осіб)

837293

Міграційні втрати (авто)

800 380

Міграція + Довоєнне - Поточне

8. Зовнішні фактори

Оберіть релевантні фактори. Для кожного наведено типовий вплив та рекомендований діапазон. У «профіль режимі» відсоток можна налаштувати вручну. «Інше» — фіксовано 5%.

Профіль-режим: налаштувати відсотки вручну (в межах діапазону)

Оберіть фактори:

Міграція насе...

Військові дії у р...

Введіть інший фактор (для «Інше», 5% застосовується автоматично):

Міграція населення — відсоток впливу

20,00

Військові дії у регіоні — відсоток впливу

20,00

Фактор	Вплив (%)	Діапазон (рек.)	Примітка
Міграція населення		20 5–25	Випад/повернення, розрив спостереження
Військові дії у регіоні		20 10–40	Безпека, доступ, переміщення

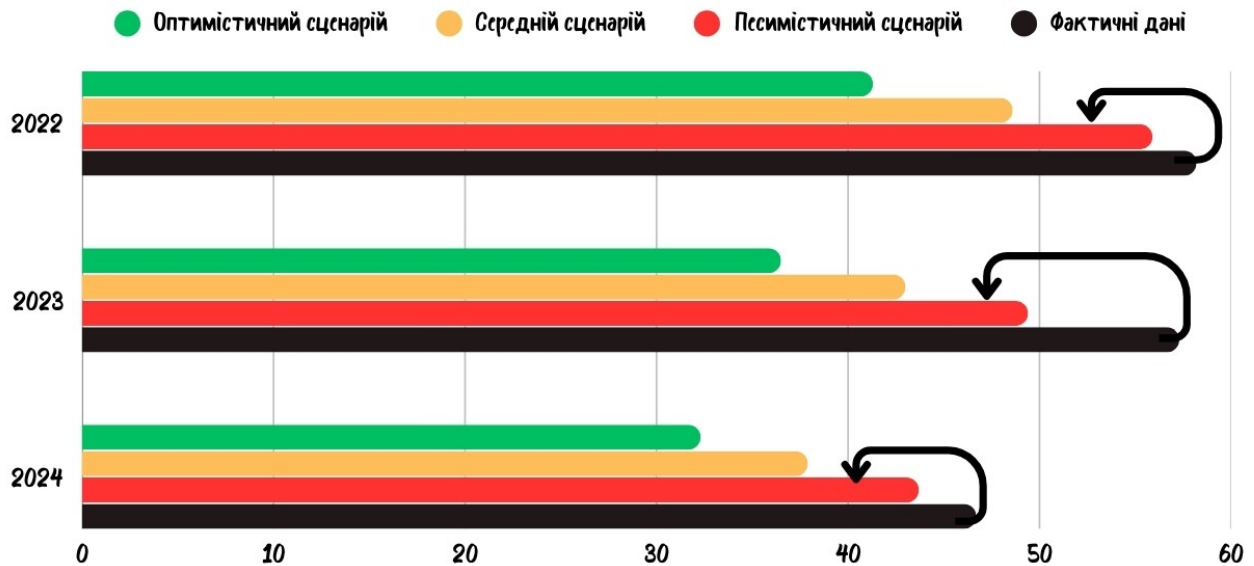
Сумарний номінальний вплив: 40%

7. Тривалість прогнозу

Оберіть кількість років для прогнозу:

3

Рік	Фактична захворюваність (нові випадки, на 100 тис.)	Фактична кількість нових випадків	Середній сценарій (на 100 тис.)	Абс. випадки (середній)
2022	58.2	414	48.6	407
2023	57.3	480	43.0	360
2024	46.7	391	37.9	317



Івано-Франківська область

Практика виїзної роботи мультидисциплінарної групи ДУ «Івано-Франківський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» у закладах охорони здоров'я з метою посилення епідеміологічного нагляду за туберкульозом в Івано-Франківській області

Туберкульоз залишається однією з найактуальніших інфекційних хвороб в Україні та становить суттєву загрозу для громадського здоров'я. В умовах повномасштабної війни система охорони здоров'я зіткнулася з додатковими викликами, пов'язаними з внутрішньою міграцією населення, зміною місця проживання пацієнтів, ускладненням доступу до медичних послуг та зростанням навантаження на медичних працівників.

В Івано-Франківській області протягом 2025 року зареєстровано 486 випадків захворювання на туберкульоз (нові випадки та рецидиви), що відповідає інтенсивному показнику 36,02 на 100 тисяч населення. Незважаючи на незначне зниження загальної захворюваності порівняно з 2024 роком (на 1%), епідемічна ситуація залишається напруженою. Особливе занепокоєння викликає той факт, що інтенсивний показник захворюваності на туберкульоз органів дихання в області перевищує середній показник по Україні на 15,9%.

Найвищі показники захворюваності зареєстровані в Івано-Франківському та Надвірнянському районах. Одночасно в окремих районах області спостерігається зростання захворюваності, зокрема у Косівському, Калуському та Івано-Франківському районах.

Серйозною проблемою залишається значна частка заразних форм туберкульозу. Із усіх випадків туберкульозу органів дихання 83,7% становлять форми з бактеріовиділенням, а понад половина випадків (54,1%) виявляються вже на стадії деструктивних змін у легенях. Такі показники свідчать про ризики пізньої діагностики та можливість тривалого поширення інфекції серед контактних осіб до моменту встановлення діагнозу.

Аналіз епідемічної ситуації та результатів епідеміологічного нагляду засвідчив наявність низки викликів, які потребували комплексного реагування.

Однією з основних проблем було недостатньо ефективне відстеження та обстеження контактних осіб у попередні роки. Саме контактні особи належать до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз та потребують своєчасного обстеження для виявлення активного або латентного туберкульозу.

Додатковими викликами стали:

високий рівень бактеріовиділення серед хворих на туберкульоз;

значна частка деструктивних форм захворювання, що свідчить про несвоєчасне виявлення випадків;

неоднорідність організації протитуберкульозних заходів у різних територіальних громадах;

потреба у підвищенні рівня знань медичних працівників щодо сучасних підходів до епідеміологічного нагляду за туберкульозом;

необхідність активізації співпраці між закладами первинної медичної допомоги, спеціалізованими фтизіатричними службами та фахівцями громадського здоров'я;

потреба у розширенні виявлення латентної туберкульозної інфекції серед осіб із високим ризиком її прогресування.

За результатами аналізу стало очевидним, що досягнення цільових показників епіднагляду потребує не лише дистанційного моніторингу, але й безпосередньої роботи фахівців на місцях із наданням практичної допомоги закладам охорони здоров'я.

Для вирішення зазначених проблем ДУ «Івано-Франківський ОЦКПХ МОЗ» було впроваджено практику системних виїздів мультидисциплінарної групи до закладів охорони здоров'я області.

До складу мультидисциплінарної групи входили фахівці з епідеміології, громадського здоров'я, лабораторної діагностики та організації медичної допомоги. Основною метою роботи групи стало підвищення ефективності епідеміологічного нагляду за туберкульозом шляхом безпосередньої підтримки медичних закладів на місцях.

Під час виїздів здійснювався комплекс заходів, який включав:

аналіз епідемічної ситуації з туберкульозу на території конкретної громади;

оцінку якості проведення епідеміологічних розслідувань випадків туберкульозу;

моніторинг повноти відстеження контактних осіб;

перевірку своєчасності обстеження контактних осіб;

оцінку організації раннього виявлення туберкульозу на рівні первинної медичної допомоги;

аналіз виконання нормативно-правових документів МОЗ України щодо епідеміологічного нагляду за туберкульозом;

надання консультативно-методичної допомоги та рекомендацій щодо усунення виявлених недоліків медичним працівникам.

Окремим напрямком роботи стало посилення заходів із виявлення латентної туберкульозної інфекції. Відповідно до наказу МОЗ України №302, ДУ «Івано-Франківський ОЦКПХ МОЗ» проводить діагностику латентної туберкульозної інфекції за допомогою тестів вивільнення гамма-інтерферону (квантиферонових тестів).

У рамках співпраці із закладами охорони здоров'я області здійснювалося формування списків осіб із високим ризиком прогресування латентної туберкульозної інфекції в активний туберкульоз, організація їхнього обстеження та подальшого медичного супроводу.

Протягом 2025 року мультидисциплінарною групою було здійснено 25 виїздів до закладів охорони здоров'я області, що дозволило охопити території з найбільшою епідемічною значущістю та забезпечити адресну підтримку медичних працівників.

Реалізація практики дозволила досягнути суттєвого покращення показників епідеміологічного нагляду за туберкульозом.

Протягом 2025 року проведено епідеміологічне розслідування всіх 486 зареєстрованих випадків туберкульозу.

За результатами розслідувань:

відстежено 1483 контактні особи;

обстежено 1296 контактних осіб;

виявлено 12 осіб із позитивними результатами обстежень, що дозволило своєчасно організувати подальшу діагностику та медичний супровід.

Одним із ключових досягнень стало збільшення середньої кількості відстежених контактних осіб на один випадок туберкульозу до 3,05, що перевищує рекомендований показник (2,99) та на 64,8% більше порівняно з 2024 роком, коли цей показник становив лише 1,85.

Суттєві результати отримано також у сфері виявлення латентної туберкульозної інфекції.

За період із вересня 2024 року по квітень 2026 року обстежено 307 осіб із високим ризиком прогресування латентної туберкульозної інфекції. Серед них позитивний результат отримали 46 осіб (15,0%).

Виявлення таких осіб створило передумови для проведення

профілактичних заходів та запобігання розвитку активного туберкульозу.

Запроваджена практика довела ефективність моделі активної виїзної підтримки закладів охорони здоров'я силами мультидисциплінарної групи ДУ «Івано-Франківський ОЦКПХ МОЗ».

Для системи охорони здоров'я це забезпечило:
покращення якості епідеміологічного нагляду за туберкульозом;
підвищення ефективності виявлення та обстеження контактних осіб;
активізацію співпраці між закладами первинної медичної допомоги, спеціалізованими закладами та службою громадського здоров'я;
уніфікацію підходів до проведення епідеміологічних розслідувань;
підвищення професійної спроможності медичних працівників на місцях.

Для населення та людей, які контактували з хворими на туберкульоз, практика сприяла покращенню доступу до діагностичних послуг, своєчасному виявленню активного туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції, а також зменшенню ризику подальшого поширення інфекції в громадах.

Досвід Івано-Франківської області демонструє, що поєднання якісного епідеміологічного нагляду, сучасної лабораторної діагностики та регулярних виїздів мультидисциплінарної групи є дієвим інструментом підвищення ефективності заходів із подолання туберкульозу. Практика може бути рекомендована для впровадження в інших регіонах України як ефективна модель посилення протитуберкульозних заходів на регіональному рівні.

Київська область

Покращення якості реєстрації та обліку випадків туберкульозу в Київській області за допомогою електронної системи епідеміологічного нагляду – ЕСЕН

Ініціатори та виконавці: Державна установа «Київський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України (далі – ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ») та Комунальне некомерційне підприємство Київської обласної ради «Київський обласний спеціалізований медичний центр» (далі – КНП КОР «КОСМЦ»).

За даними ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ» у 2024 році в Київській області зареєстровано 542 нових випадки туберкульозу легень, у тому числі 6 випадків (1,7) серед дітей. У порівнянні з 2023 роком захворюваність знизилась на 6,2% (2023 рік – 578 випадків, у тому числі – 15 серед дітей).

Проте за даними закладів охорони здоров'я протитуберкульозної служби за 2024 рік у Київській області зареєстровано 772 нових випадків туберкульозу легень, у тому числі 21 випадок - серед дітей. Показник співпадіння випадків туберкульозу легень між ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ» та КНП КОР «КОСМЦ» становила 74,8%.

Розбіжність у наведених даних свідчила про наявні проблеми з своєчасним та якісним обміном даних між КНП КОР «КОСМЦ» та ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ» Київської області.

Несвоєчасно отримана інформація або її відсутність про випадки туберкульозу ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ» призводило до неврахування суттєвої кількості випадків, пізній початок епідеміологічного розслідування та неефективності протиепідемічних заходів в осередках туберкульозу, у тому числі серед контактних осіб.

З 2024 року ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ», за методологічної та технічної підтримки ДУ «ЦГЗ МОЗ України», впроваджує експлуатацію електронної системи епідеміологічного нагляду (далі – ЕСЕН).

Перевагою впровадження ЕСЕН є використання електронного сховища даних про унікальні випадки інфекційних хвороб, у тому числі туберкульозу з можливість здійснювати оперативний аналіз з експортом та візуалізацію даних в розрізі населених пунктів, окремих територіальних громад та районів Київської області.

Вказані переваги ЕСЕН дозволили запровадити обмін даними про унікальні випадки туберкульозу легень між ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ» та КНП КОР «КОСМЦ», яке в свою чергу реєструє та обліковує випадки туберкульозу за допомогою інформаційної медичної системи «Соціально значущі хвороби» (далі – ІС СЗХ).

Для впровадження практики з покращення реєстрації та обліку випадків туберкульозу в Київській області протягом 2025 року були проведенні комунікативні заходи (оф-лайн робочі зустрічі, наради) між представниками ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ» та КНП КОР «КОСМЦ» із залученням представників закладів охорони здоров'я. Під час зустрічей обговорювалися питання щодо забезпечення обміну якісної інформації про випадки туберкульозу та контактних осіб, а також єдиного підходу до критеріїв визначення нового випадку туберкульозу та своєчасного внесення даних до електронних інформаційних систем сфери громадського здоров'я.

З II півріччя 2025 року в Київській області на рутинні основі запроваджена щоквартальна верифікація випадків туберкульозу між ЕСЕН та ІС СЗХ з подальшим активним пошуком випадків туберкульозу та контактних.

За підсумками 2025 року розбіжність у даних у Київській області щодо нових випадків туберкульозу легень між ДУ «Київський ОЦКПХ МОЗ» та КНП КОР «КОСМЦ») скоротилась у 4 рази. Показник співпадіння випадків туберкульозу легень по Київській області за 2025 рік становив 92,9%, а за I квартал 2026 року – 93,5%.

Використання та подальше впровадження ЕСЕН в системі громадського здоров'я дозволить не лише досягти цілі у 100% співпадіння даних, а й покращити ефективність протиепідемічної діяльності в осередках туберкульозу та серед контактних; у загальному підсумку – зниженню захворюваності та смертності від туберкульозу жителів

Київської області.

Миколаївська область

Впровадження інтегрованого підходу до виявлення та супроводу пацієнтів із туберкульозом органів дихання в Миколаївській області

Оптимізація системи раннього виявлення та бактеріологічного обстеження контактних осіб у вогнищах туберкульозної інфекції на регіональному рівні.

Протягом 2025 року епідеміологічна ситуація в регіоні характеризувалася високим рівнем міграції населення та додатковими навантаженнями на систему охорони здоров'я, зумовленими наслідками повномасштабної війни. Туберкульоз залишається одним із пріоритетних викликів серед соціально небезпечних інфекційних захворювань, що потребує чіткої координації між первинною ланкою медицини, протитуберкульозною службою та лабораторною мережею Миколаївщини.

Основними викликами в області були ризики недовиявлення випадків туберкульозу (ТБ) та недостатнє охоплення лабораторним обстеженням осіб, які перебували в близькому контакті з хворими. Необхідність впровадження практики була зумовлена високим розпорошенням вогнищ інфекції: значна частина пацієнтів формувала поодинокі осередки хвороби, проте реєструвалися також і множинні випадки в межах одного вогнища, що створювало загрозу локальних спалахів.

Для подолання проблеми було впроваджено комплексний підхід, який включав:

Роботу мобільних бригад та активний патронаж: організація виїздів до територіальних громад для забезпечення швидкого скринінгу осіб з груп ризику.

В осередках туберкульозної інфекції забезпечено встановлення кола контактних осіб індексного випадку для подальшого скеровування до клінічного спостереження.

Міжвідомчу взаємодію: посилення координації між ДУ «Миколаївський ОЦКПХ», Миколаївським обласним фтизіопульмонологічним медичним центром, ЦПМСД, неурядовими організаціями, органами місцевого самоврядування.

Ефективність практики підтверджується порівняльним аналізом динаміки показників двох звітних періодів:

Зростання реєстрації випадків: кількість зареєстрованих хворих та осіб із підозрою на ТБ органів дихання зросла з 533 до 576 осіб (+8%), що свідчить про покращення первинної діагностики.

Лабораторне підтвердження: рівень лабораторного підтвердження діагнозу зріс із 371 до 461 випадку (зростання на 24,2%), мінімізуючи встановлення «необґрунтованих» діагнозів.

Робота з контактними особами: кількість осіб, які підлягали обстеженню, збільшилась із 827 до 1097. Фактично було обстежено 1045 контактних осіб (охоплення склало 95,2 %), з яких у 20 випадках було вчасно виявлено та ізолювано виділювачів збудника.

Контроль осередків: було взято під нагляд 457 осередків інфекції. З них 453 – це поодинокі випадки, а 4 осередки – з двома пов'язаними випадками захворювання, де вдалося зупинити подальше поширення інфекції.

Впровадження практики дозволило кардинально покращити взаємодію між рівнями системи охорони здоров'я. Раннє виявлення ТБ серед контактних осіб зменшило тривалість перебування пацієнтів у стаціонарах (кількість госпіталізацій стабілізувалася на рівні 268–284 випадків), дозволивши перевести більшість пацієнтів на безпечне амбулаторне лікування під наглядом сімейних лікарів. Це знизило інфекційне навантаження на громади та покращило якість життя людей із ТБ.

Сумська область

Туберкульоз залишається однією з пріоритетних проблем громадського здоров'я як у світі, так і в Україні. В умовах воєнного стану, внутрішньої міграції населення, соціально-економічних труднощів та зростання навантаження на систему охорони здоров'я особливого значення набуває впровадження ефективних моделей профілактики, раннього виявлення та лікування туберкульозу.

Сумська область, як прикордонний регіон України, функціонує в умовах додаткових викликів, пов'язаних із безпековою ситуацією. Незважаючи на це, у регіоні впроваджуються сучасні практики протидії туберкульозу, які відповідають рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я та національним стандартам.

За даними оцінки епідемічної ситуації з туберкульозу у 2025 році в області зареєстровано 365 нових випадків туберкульозу, що практично відповідає показнику 2024 року (367 випадків). Водночас відзначається позитивна динаміка щодо окремих показників:

- захворюваність дітей знизилася на 45%;

- смертність від туберкульозу зменшилася майже на 21%;

- середньорічний темп зниження захворюваності за період 2014-2025 роки становить 3,4%, проте в останні 3 роки темп зниження захворюваності на туберкульоз дещо прискорився до 5,6% на рік;

- покращується охоплення профілактичними щепленнями БЦЖ: в 2024 році відсоток виконання щеплень у дітей 1 -го року життя становив 89,3%, в 2025 році він майже досяг рівня, рекомендованого ВОЗ — 94,4%.

Зазначені результати свідчать про ефективність комплексу профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів, які реалізуються в області.

Найкращі практики подолання туберкульозу в Сумській області Забезпечення доступності швидкої діагностики

Однією з ключових практик є створення системи доступної діагностики для населення всіх районів області.

У регіоні функціонують протитуберкульозні кабінети та мережа закладів, інтегрованих із регіональним фтизіопульмонологічним центром. Це дозволяє:

- скоротити час встановлення діагнозу;
- підвищити доступність обстежень;
- забезпечити раннє виявлення випадків захворювання;
- оперативно розпочинати лікування.

Рання діагностика є одним із найважливіших факторів зниження поширення туберкульозу.

Впровадження сучасних методів виявлення латентної туберкульозної інфекції

Сумська область активно впроваджує квантиферонові тести та нові імунологічні методи діагностики.

Перевагами цих підходів є:

- висока специфічність;
- відсутність впливу попередньої вакцинації БЦЖ на результат;
- можливість більш точного виявлення латентної інфекції;
- підвищення ефективності профілактичного лікування.

Застосування сучасних тестів дозволяє своєчасно виявляти осіб із високим ризиком розвитку активного туберкульозу.

З використанням квантиферонових тестів в ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» було обстежено 132 особи з груп підвищеного ризику (ВІЛ-інфіковані, особи, що мали трансплантацію органів, хворі на силікоз, хворі з ознаками імуносупресії, хворі, що знаходяться на діалізі, ФНП та контактні з хворими на туберкульоз), що мешкають у м. Суми. У 19 обстежених осіб (14%) результати тесту виявилися позитивними. За розрахунками, в умовах м. Суми реальна частка інфікованих серед подібних груп населення може досягати 20%. Люди, у яких виявлено позитивний результат квантиферонового тесту потребували поглибленого медичного обстеження для підтвердження або спростування латентної туберкульозної інфекції. Для таких пацієнтів було рекомендовано проведення медичного спостереження та/або профілактичного лікування з метою зменшення ризику переходу інфекції в активну форму.

Амбулаторна та пацієнт-орієнтована модель лікування

Одним із найбільш успішних напрямків є перехід від тривалого стаціонарного лікування до амбулаторної моделі.

Переваги амбулаторного лікування:
збереження соціальної активності пацієнта;
покращення прихильності до лікування;
зниження витрат системи охорони здоров'я;
зменшення ризику внутрішньолікарняного інфікування.

близько 70% пацієнтів можуть проходити лікування в амбулаторних умовах під медичним наглядом.

В основі цієї моделі лежать принципи пацієнт-орієнтованого підходу:
повага до потреб пацієнта;
відсутність стигматизації;
мультидисциплінарний супровід;
координація між різними рівнями медичної допомоги.

Інтеграція первинної медичної допомоги у систему протидії туберкульозу

Перспективним напрямком є залучення лікарів первинної ланки до супроводу пацієнтів із туберкульозом.

Основні переваги:
наближення медичної допомоги до місця проживання пацієнта;
підвищення доступності лікування;
раннє виявлення симптомів серед населення;
покращення контролю за виконанням лікувальних схем.

Світовий досвід демонструє, що саме інтеграція первинної допомоги є одним із ключових компонентів успішного контролю ТБ.

Роль мобільної амбулаторії у протидії туберкульозу та іншим соціально значущим хворобам

Мобільна амбулаторія — це ефективний інструмент раннього виявлення як туберкульозу, так і інших соціально небезпечних хвороб і попередження їх поширення. Мобільні амбулаторії дозволяють наблизити профілактичні та діагностичні послуги безпосередньо до жителів віддалених і маломобільних громад.

На початку 2025 року ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» за підтримки Глобального фонду та МОЗ України реалізувала проєкт із мобільною амбулаторією, де мультидисциплінарна команда (лікар-епідеміолог, медична сестра, соціальний працівник) проводять виїзди до сіл і селищ. Під час виїздів здійснюється експрес-тестування на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, а також скринінг на туберкульоз, збір біоматеріалу та консультування населення.

За 12 місяців 2025 року:
здійснено 92 виїзди до 76 населених пунктів;
скринінг на туберкульоз пройшли 4146 жителів області, з яких у 465 осіб (11%) виявлено підозру на туберкульоз та у 1-ї людини було

підтверджено туберкульозну інфекцію (її направлено для лікування).

Спостерігається також позитивна динаміка зростання кількості обстежених — від 500 осіб у першому кварталі до 1000 у другому кварталі, близько 1 200 у третьому та 1400 осіб у четвертому кварталі, що свідчить про зростання довіри населення до мобільної медицини.

Отже, мобільна амбулаторія — це можливість виявити хвороби рано і попередити їх поширення, тому підтримка цієї роботи місцевими органами влади та лідерами громад стане інвестицією у здоров'я і безпеку громади.

Розвиток співпраці з територіальними громадами щодо подолання туберкульозу

Важливим напрямом удосконалення системи протидії туберкульозу в Сумській області є розвиток партнерства між закладами охорони здоров'я, установами громадського здоров'я та органами місцевого самоврядування.

Відповідно до Закону України № 3269-IX від 14.07.2023 «Про подолання туберкульозу в Україні» органи місцевого самоврядування відіграють важливу роль у забезпеченні ефективної протидії туберкульозу. До їх повноважень належать затвердження та реалізація місцевих програм протидії туберкульозу, забезпечення їх належного фінансування, а також здійснення заходів соціального захисту осіб, хворих на туберкульоз.

З метою посилення міжсекторальної взаємодії в області проводиться робота з територіальними громадами щодо укладання меморандумів про співпрацю у сфері подолання туберкульозу. Такі меморандуми спрямовані на консолідацію зусиль органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, фахівців громадського здоров'я та громадських організацій для забезпечення раннього виявлення захворювання, підтримки прихильності до лікування та проведення профілактичних заходів серед населення.

Важливою складовою цієї роботи є реалізація ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу», передбаченої Стратегією розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024–2026 роки, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 № 726-р. Ініціатива спрямована на залучення організаційних та фінансових ресурсів громад до активної участі у заходах з профілактики, виявлення та лікування туберкульозу.

Укладання меморандумів із територіальними громадами створює підґрунтя для впровадження ефективних місцевих практик, зокрема проведення інформаційно-просвітницьких кампаній, організації скринінгових обстежень груп ризику, забезпечення соціального супроводу пацієнтів та підтримки осіб, які проходять лікування. Станом на травень 2026 року було укладено 4 меморандуми з ОТГ області та ще 10 готові до обговорення перспектив співпраці.

Таким чином, розвиток співпраці з територіальними громадами є одним із перспективних напрямів подолання туберкульозу в Сумській

області та сприяє формуванню системи, в якій відповідальність за збереження здоров'я населення розділяється між медичною спільнотою, громадським сектором та місцевою владою.



Підписання меморандумів про співпрацю

Комунікаційні кампанії та робота з громадами

В області регулярно проводяться інформаційно-просвітницькі заходи, в тому числі до Всесвітнього дня боротьби з туберкульозом. Особлива увага приділяється проведенню зустрічей у невеликих групах (10–15 осіб), що створює комфортну атмосферу для відкритого спілкування, обговорення актуальних питань та отримання відповідей на індивідуальні запитання учасників.

Заходи організовуються на базі бібліотек, закладів освіти, центрів культури, приміщень територіальних громад, центрів надання соціальних послуг та інших доступних громадських просторів. Невимушена обстановка читальної зали бібліотеки, шкільного класу або громадського простору сприяє формуванню довіри між учасниками та фахівцями.

Основні напрямки роботи:

- підвищення обізнаності населення;
- інформування про симптоми захворювання;
- подолання стигми щодо хворих на ТБ;
- формування прихильності до лікування;
- популяризація профілактичних обстежень;
- проведення скринінгових опитувань.

Залучення освітніх закладів та громад сприяє формуванню культури відповідального ставлення до власного здоров'я.



Проведення комунікаційних кампаній в громадах

Рівненська область

Впровадження регіонального підходу «Громада, вільна від туберкульозу» в Рівненській області. Практика реалізовується шляхом налагодження ефективної міжсекторальної взаємодії між органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, неурядовими організаціями, ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».

З листопада 2025 року в Рівненській області активно розпочалося впровадження ініціативи «Громада, вільна від туберкульозу». Першим важливим кроком стало підписання чотиристороннього меморандуму про співпрацю між керівниками територіальних громад, неурядовими організаціями, ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ» та Департаментом цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної військової адміністрації.

Наступним етапом було розроблення драфтів програми протидії туберкульозу на рівні усіх територіальних громад. До програм включено ключові напрями роботи: проведення скринінгу населення та груп ризику, раннє виявлення випадків туберкульозу, закупівля діагностичних методів для виявлення латентної туберкульозної інфекції серед груп ризику,

організація інформаційно-просвітницької роботи з населенням, а також посилення взаємодії між медичною, соціальною та громадською сферами.

Передумовами для впровадження практики стало виконання положень Національної стратегії у сфері протидії туберкульозу та операційного плану, які передбачають посилення ролі первинної ланки медичної допомоги у виявленні, маршрутизації та супроводі пацієнтів з туберкульозом.

Особливо актуальним є залучення сімейних лікарів до раннього виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції, проведення скринінгу серед груп ризику, направлення пацієнтів на обстеження та забезпечення подальшого медичного супроводу.

Основними проблемами, які зумовили необхідність впровадження практики, були ризики несвоєчасного виявлення туберкульозу, недостатнє охоплення груп ризику скринінгом, потреба у покращенні доступу до діагностики латентної туберкульозної інфекції, а також необхідність посилення комунікації між сімейними лікарями, фтизіатричною службою, епідеміологами, органами місцевого самоврядування та громадським сектором.

У 2025 році підписано 64 меморандуми про співпрацю з усіма територіальними громадами Рівненської області, а з грудня 2025 року по травень 2026 року усі громади прийняли на сесіях рішення про затвердження Програми протидії захворювання на туберкульоз та території своїх міських, селищних, сільських рад на 2026-2028 роки.

Окремо в роботі свою ключову роль зіграли відокремлені структурні підрозділи нашої установи, які сприяли в розробці та затвердженні цих документів окремо на рівні кожної територіальної громади. Це створило організаційну основу для планування спільних заходів, визначення відповідальних сторін, проведення інформаційної роботи, організації скринінгу та посилення міжсекторальної взаємодії.

З метою виявлення латентної туберкульозної інфекції серед осіб із груп ризику упродовж 2025-2026 років на регулярній основі проводились виїзди у територіальні громади. У поточному році відбулось 14 таких виїздів мультидисциплінарної команди. Під час виїздів проводилися зустрічі з керівниками громад, керівниками закладів охорони здоров'я, навчання для сімейних лікарів, організація скринінгу та забір біоматеріалу для дослідження на ЛТБІ.

Фахівцями надавалися практичні рекомендації щодо виявлення випадків туберкульозу, відстеження контактних осіб, формування груп ризику, організації обстежень, маршрутизації пацієнтів та передбачення коштів у місцевих програмах для закупівлі діагностичних методів, зокрема квантиферонових тестів.

Реалізація практики дала змогу сформувати сталі механізми співпраці з територіальними громадами та посилити роль громад у питаннях профілактики, раннього виявлення і підтримки людей з туберкульозом.

За час роботи проведено 381 квантифероновий тест. За результатами досліджень у 63 зразках біоматеріалу виявлено латентну туберкульозну інфекцію. Це дозволило своєчасно ідентифікувати осіб, які потребують подальшого медичного супроводу, консультації фахівців та вирішення питання щодо профілактичного лікування. Дана робота забезпечила належний рівень відстеження контактних осіб в осередках туберкульозу. За I квартал співвідношення між кількістю випадків туберкульозу та встановленими контактними особами становить 1:3,9.

Після організації виїзних сесій у територіальні громади в області значно покращилась міжсекторальна взаємодія у сфері протидії туберкульозу. Було налагоджено більш ефективну співпрацю між закладами охорони здоров'я, сімейними лікарями, міжрайонними фтизіатрами, лікарями-епідеміологами, органами місцевого самоврядування та неурядовими організаціями.

Практика сприяла покращенню роботи закладів охорони здоров'я з виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції, активнішому залученню сімейних лікарів до скринінгу груп ризику, формуванню маршрутів пацієнтів і підвищенню доступності діагностичних послуг на рівні громад.

Досвід Рівненської області демонструє, що підхід «Громада, вільна від туберкульозу» є ефективною моделлю регіональної взаємодії, яка посилює спроможність громад у подоланні туберкульозу та створює умови для системної профілактичної роботи на місцевому рівні.

м.Київ

Завдяки тісній співпраці у 2025 році між фахівцями Центру, Департаменту охорони здоров'я м. Києва, лікарями-фтизіатрами КНП «Київський фтизіопульмонологічний центр», сімейними лікарями Центрів первинної медико-санітарної допомоги м. Києва, рівень захворюваності по м. Києву на активні форми туберкульозу органів дихання зменшився на 30% порівняно з 2024 роком та був нижчим від загальнодержавного показника на 33%.

Для своєчасного виявлення латентної форми туберкульозної інфекції бактеріологічною лабораторією Центру проведено 286 квантиферонових тестів, у 35 обстежених осіб тест виявився позитивним (12,2%). Дані особи направлені до фтизіопульмонологів для подальшого дообстеження та лікування. За результатами дообстежень: 1 – хворий на туберкульоз, 10 – ЛТБІ, 3 – носійство туберкульозної інфекції, 1 – інша мікобактерія, 3 – спостереження при підозрі на туберкульоз, 1 – інша хронічна хвороба легень, 12 – здорові, 4 – направлені на дообстеження.

У 2025 році фахівці Центру активно співпрацювали із Департаментом охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) та КНП «Київський

фтизіопульмонологічний центр» з питань покращення епідеміологічного нагляду за туберкульозом, з цією метою було напрацьовано проект спільного наказу «Про організацію епідеміологічного нагляду за туберкульозом у м. Києві». Даний спільний наказ вступив у дію 18.03.2026 і активно використовується у роботі.

З метою покращення епідеміологічного нагляду за туберкульозом лікарями-епідеміологами Центру були здійснені візити до Центрів первинної медико-санітарної допомоги м. Києва.

Для налагодження співпраці лікарів-епідеміологів та лікарів-фтизіатрів, була проведена спільна нарада між керівниками Центру та КНП «Київський фтизіопульмонологічний центр». Також була проведена нарада між лікарями-епідеміологами структурних підрозділів Центру з питань епіднагляду за туберкульозом.



У 2025 році фахівцями Центру здійснювалися моніторингові візити до закладів охорони здоров'я м. Києва різної форми власності та підпорядкування щодо моніторингу впровадження заходів інфекційного контролю з питань подолання туберкульозу за напрямками:

1. Адміністративний:

- визначені зони високого ризику інфікування туберкульозом в закладах;
- розроблені плани-схеми приміщень, де зони високого ризику вказані червоним кольором, проведено маркування зон високого ризику;
- розділені потоки пацієнтів при відвідуванні закладу.

В закладах розроблено та затверджено:

- локальний маршрут пацієнта при зверненні з захворюваннями органів дихання з підозрою на туберкульоз легень;
- стандартні операційні процедури (далі – СОП);
- організований молекулярно – генетичний метод діагностики ТБ використанням системи Gene – Xpert;
- проведення скринінгу пацієнтів на аерогенні та крапельні інфекції;

- на рівні медичного персоналу (під час консультативного прийому та/або інструментальні дослідження): на підставі огляду, збору анамнезу та скарг пацієнта, визначається приналежність пацієнта до груп ризику розвитку туберкульозу; при проведенні рентгенодіагностичних, функціональних досліджень хворим з підозрою на туберкульоз, при яких генерується велика кількість аерозольних виділень, медперсонал в обов'язковому порядку одягає респіратор;
- визначені палати ізоляції пацієнтів.



2. Інженерні заходи:

Фахівцями Центру здійснювався моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом в 303, з оцінкою інженерного компоненту:

- оцінка ефективності механічної вентиляційної системи -14;
- 363 виміри інтенсивності, часу знезараження приміщень (відкритих УФБ-опромінювачів) та часу безпечного перебування мед.персоналу і пацієнтів (при роботі екранованих УФБ-опромінювачів) в закладах охорони здоров'я м. Києва.



3. Засоби індивідуального захисту:

Для працівників закладів, які потребують використання респіраторів проводились ФІТ – ТЕСТИ, для визначення щільності прилягання респіатора до обличчя. Проведено 270 Фіт-тестувань з врученням Протоколів про тестування.

Волинська область

У 2025 році продовжилась реалізація Інформаційної стратегії щодо туберкульозу у Волинській області на 2023 – 2025 роки з метою залучення до профілактики якомога більшої кількості людей серед жителів області. Волинська область є аграрною, де значною мірою переважна кількість – сільські громади з реальними бар'єрами доступу до медичних послуг. Це віддаленість населених пунктів від медичних закладів, обмежені транспортні можливості, низька мобільність – літні люди, особи з інвалідністю, відсутність звички до профілактичного скринінгу.

Спільно із фахівцями ДУ «Волинський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» в області проведено 135 інформаційно-роз'яснювальних заходів, якими охоплено більше 2,2 тис. осіб.

Проведились виїзди вакцинального автобуса з «Територією здоров'я» у 63-х локаціях. Населенню громад було надано більше 10000 послуг, в тому числі скринінгове анкетування на туберкульоз, проведено близько 10400 осіб.

За ініціативи КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» Волинської обласної ради у співпраці із закладами ПМД, за технічної та фінансової допомоги ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», в громадах області проводилась робота по скринінгу представників груп ризику з використанням флюоромобіля. Упродовж 2025 року здійснено виїзди до 23 ОТГ області, психоневрологічного та геріатричного пансіонатів, обстежено 6234 особи, з яких у 38,4% виявлено зміни. Найчастіше це серцево-судинні захворювання (19,8%) та плевропневмофіброз (11,7%), зміни у легенях схожі на туберкульоз виявлено у 35 осіб та запідозрено онкопатологію в 49 осіб.

Результатом спільної роботи стало те, що у 33 осіб підтверджено діагноз туберкульозу, призначено амбулаторне лікування у 32 випадка та в одному – стаціонарне.

За 2025 рік представниками фтизіопульмонологічного центру здійснено 43 моніторингових візитів у заклади ПМСД та вторинної мережі, під час яких було проведено навчання персоналу питанням діагностики, супроводу та підтримці пацієнтів на амбулаторному лікуванні.

Проведено серію лекцій з заступниками директорів з навчально-методичної роботи шкіл (11.03.2025) та медичними сестрами шкіл (12.03.2025) на тему «Міфи та реалії туберкульозу», що дало змогу розвіяти міфи про туберкульоз та донести вчителям та медичним працівникам новітню інформацію про профілактику та перебіг захворювання.

Проведено 4 виступи на телебаченні, 2 - на радіо

Проведено захід в 3 школах області на тему «Відомі постаті в літературі, музиці та мистецтві, що стикнулися з проблемою туберкульозу»,

що дало змогу подивитись на туберкульоз в призмі часу та відзначити прогрес у подоланні стигми дискримінації.

29.12.25 Проведено міжсекторальну робочу зустріч з питань налагодження взаємодії між всіма учасниками процесу надання допомоги людям, що стикнулися з проблемою туберкульозу. В робочій зустрічі взяли участь представники фтизіатричної служби, ПМСД, вторинної мережі, ЦКПХ, Червоного хреста та громад.

Горохівська ОТГ за технічної допомоги проєкту «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» отримала портативне рентгенологічне обладнання, за допомогою якого у 2025 році обстежила 2659 жителів громади і у 7 осіб запідозрили туберкульоз легень.

Впровадження комплексних виїзних скринінгових та інформаційних заходів у Волинській області у 2025 році продемонструвало високу ефективність у подоланні територіальних та соціальних бар'єрів доступу до медичної допомоги, що є критично важливим для сільського населення та вразливих груп. Завдяки активній роботі КП «Волинська обласна інфекційна лікарня» Волинської обласної ради та ДУ «Волинський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» у синергії з первинною ланкою та міжнародними партнерами, вдалося досягти суттєвих змін для мешканців громад:

діагностичні послуги стали більш доступними
не потрібно долати відстані для обстеження
більша прихильність проходити медичні огляди
зростання довіри до системи первинної допомоги



Дніпропетровська область

Адаптація кадрового потенціалу та оптимізація діагностичної структури КП «Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб» ДОР» в умовах воєнного стану задля забезпечення безперервності та прискорення верифікації туберкульозу у 2025 році.

Дніпропетровська область протягом 2025 року залишалася головним медичним та логістичним хабом Сходу України. Окрім надання допомоги жителям області, регіон прийняв безпрецедентну кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО), а також став ключовим етапом медичної евакуації поранених і цивільних із зони активних бойових дій. На тлі значного ускладнення епідемічної ситуації, погіршення умов проживання людей, стресового фактора та міграційних процесів, навантаження на обласну фтизіопульмонологічну службу зросло в рази. Робота закладу розгорталася в умовах постійного дефіциту часу та необхідності надання невідкладної, високоспеціалізованої медичної допомоги особам із важким соматичним і психоемоційним станом.

На початку 2025 року фтизіопульмонологічна служба області зіткнулася з двома критичними взаємопов'язаними викликами:

Кадрова криза через війну: Значна частина висококваліфікованих медичних спеціалістів (зокрема вузького профілю) з об'єктивних причин воєнного стану виїхала за межі регіону або країни. Виник гострий дефіцит лікарів, що створювало пряму загрозу зупинки окремих напрямків діагностики та лікування супутньої патології у хворих на туберкульоз.

Колосальні масштаби та потреба в диференційній діагностиці: Потік пацієнтів (як місцевого населення, так і евакуйованих) мав масовий характер. Більшість рутинних випадків успішно оброблялися на амбулаторному етапі або у плановому порядку. Проте стрімко зростає кількість вкрай важких, діагностично невизначених та запущених випадків серед військових та ВПО без медичної документації. Класичний шлях їх обстеження через розрізнені кабінети амбулаторної ланки призводив до втрати часу, загрози внутрішньолікарняного інфікування та затримки специфічного лікування. Потрібен був чіткий розподіл: масова амбулаторна сепарація та екстрена стаціонарна верифікація складних випадків.

Для системного вирішення кризових питань керівництвом КП «Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб» ДОР» у 2025 році було впроваджено комплексну стратегію, яка базувалася на двох інноваційних підходах: професійній крос-культурі (мультимодальності) кадрів та впровадженні госпітального сортування за принципом «Fast Track».

Оптимізація та розширення кваліфікації персоналу: замість пошуку нових кадрів, заклад зробив ставку на розвиток власних фахівців. Лікарі

Центру пройшли інтенсивну перепідготовку та отримали сертифікати за суміжними напрямками: пульмонологія, фтизіатрія, дитяча фтизіатрія, терапія, ультразвукова діагностика (УЗД), ендоскопія, інфекційні хвороби та невідкладна медична допомога (лікар екстреної медицини). Це дозволило забезпечити універсальність лікаря, здатного самостійно виконати весь спектр діагностичних маніпуляцій біля ліжка хворого.

Розподіл потоків та функціонування діагностичного стаціонару: Було чітко розмежовано рівні надання допомоги. Основний масив пацієнтів проходив амбулаторне обстеження з метою встановлення або виключення туберкульозу. Проте для найбільш важких діагностичних випадків, коли верифікувати діагноз в амбулаторних умовах було технічно або клінічно неможливо (через соматичний стан, потребу в інвазивних маніпуляціях чи екстреному диференційному діагнозі), на базі Центру було розгорнуто спеціалізоване діагностичне стаціонарне відділення. Робота тут базується на принципах «єдиного вікна» та «швидкого треку» (Fast Track), де пацієнт отримує повний комплекс обстежень (від GeneXpert до ФБС та УЗД універсальними лікарями) у стислі терміни.

Реалізація цієї інтегрованої практики протягом звітного періоду 2025 року дозволила продемонструвати високу потужність закладу та точність клінічного менеджменту:

Загальний масштаб медичної допомоги Центру: Напрацьована практика розгортається на тлі величезних обсягів роботи закладу — загалом протягом 2025 року КП «ДОМЦСЗХ» ДОР» надав високоспеціалізовану стаціонарну допомогу для 1388 пацієнтів, а також забезпечив масове амбулаторне обстеження та консультування 45354 громадян з метою встановлення або виключення діагнозу «туберкульоз».

Показники роботи діагностичного стаціонару: безпосередньо у спеціалізоване діагностичне відділення для вирішення найскладніших діагностичних завдань (коли амбулаторне обстеження було неможливим) у 2025 році було госпіталізовано 234 пацієнти.

Ефективність роботи відділення:

У 124 випадках за результатами екстреного стаціонарного обстеження було підтверджено активний туберкульоз та негайно розпочато лікування.

У 110 випадках діагноз туберкульозу було аргументовано виключено, а пацієнтів перенаправлено за профілем супутньої патології.

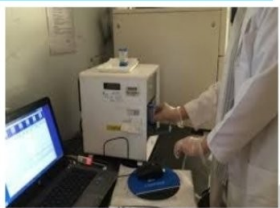
Серед госпіталізованих у діагностичний стаціонар пріоритетну групу складали особи, безпосередньо постраждалі від війни: 164 військовослужбовці та 62 пацієнти з числа внутрішньо переміщених осіб.

Ефективність Fast Track: Завдяки мультидисциплінарній підготовці лікарів, середній час від моменту обстеження до моменту встановлення остаточного діагнозу та старту лікування скоротився з 10 днів до 3 днів.

Для людей з ТБ (цивільних та військових): Реалізована практика мала величезне гуманітарне значення. Поранені військовослужбовці (164 особи) та виснажені евакуацією внутрішньо переміщені громадяни (62 особи)

отримали можливість проходити стрес-безпечну, швидку та точну діагностику в одному місці, не блукаючи між різними кабінетами та закладами. Лікар, який володіє багатьма спеціальностями, бачить пацієнта цілісно, що підвищило довіру до медичної системи, психологічний комфорт та прихильність до лікування з першого дня.

Для системи охорони здоров'я: Заклад продемонстрував унікальний приклад гнучкості та високої управлінської культури в умовах форс-мажору. Отримано значний економічний ефект: розширення компетенцій власних лікарів оптимізувало фонд оплати праці та підвищило продуктивність персоналу. Створення діагностичного відділення як «швидкого треку» для важких випадків дозволило раціонально розподілити пацієнтські потоки, утримати масову діагностику на амбулаторному рівні та вивільнити ресурси стаціонару Центру (який загалом за рік прийняв 1388 пацієнтів) для найбільш профільних хворих. Це мінімізувало ризики внутрішньолікарняного поширення інфекції, оптимізувало фінансові витрати на діагностичний пошук та довело, що фтизіатрична служба Дніпропетровщини здатна ефективно адаптуватися до найскладніших кадрових та соціальних викликів війни, зберігаючи лідерські позиції в країні.

Діагностичне обладнання/ <i>Diagnostic Equipment</i>				
				
Пересувні флюорографи/ Mobile fluorography machines	Томограф/ Tomograph	Аналізатор ІХ.ІА/ ICHLA Analyzer	GeneXpert та Xpert MTB/RIF/ GeneXpert and Xpert MTB/RIF	
				
АВВОТ Визначення вірусного навантаження BLI/ABBOT HIV Viral Load Determination	Проточний цитофлюориметр/ Flow cytometer	Апарат для фототерапії Waldman/ Waldman phototherapy device	Портативний рентген апарат/ Portable X-ray machine	BD BACTEC MGIT 960 11/34



Івано-Франківська область

Найкращі практики у сфері подолання туберкульозу в Івано-Франківській області у 2025 році КНП "Центр інфекційних

захворювань Івано-Франківської обласної ради

У 2025 році КНП “Центр інфекційних захворювань Івано-Франківської обласної ради” (далі - Центр) продовжив системну роботу з удосконалення регіональної моделі протитуберкульозної допомоги, зосередивши зусилля на ранньому виявленні туберкульозу, підвищенні доступності діагностичних послуг для населення віддалених громад, посиленні взаємодії з первинною ланкою медичної допомоги та впровадженні сучасних цифрових і діагностичних інструментів. Особливого значення ці напрями набули в умовах триваючих викликів, пов’язаних із воєнним станом, внутрішньою міграцією населення, нерівномірним доступом до медичних послуг у територіальних громадах, а також потребою своєчасного виявлення ТБ серед груп підвищеного ризику.

Івано-Франківська область має низку особливостей, які визначають потребу в активній, мобільній та міжсекторальній моделі протитуберкульозної роботи. Частина населення проживає у віддалених населених пунктах, де доступ до спеціалізованої діагностики є обмеженим. Водночас ТБ залишається захворюванням, ефективність контролю якого безпосередньо залежить від своєчасного виявлення, якісної маршрутизації пацієнта, безперервності лікування та тісної співпраці між спеціалізованою службою, первинною медичною допомогою, громадами й соціальними партнерами. Саме тому у 2025 році діяльність Центру була спрямована не лише на надання медичної допомоги пацієнтам із встановленим діагнозом, а й на активний пошук випадків, формування настороженості щодо ТБ серед медичних працівників та наближення діагностичних послуг до людей.

Однією з ключових практик стало посилення діагностичної спроможності закладу шляхом встановлення у березні 2025 року комп’ютерного томографа. Це дало можливість значно розширити доступ пацієнтів до сучасної візуалізаційної діагностики без необхідності скерування до інших закладів, скоротити час від підозри на патологію легень до уточнення діагнозу та покращити якість клінічних рішень. За період роботи комп’ютерного томографа проведено 1218 обстежень, серед яких у 121 випадку виявлено ознаки активного ТБ, що становить 9,9 % від усіх проведених КТ-обстежень. Ще у 229 випадках виявлено зміни, характерні для перенесеного ТБ, тобто 18,8 % від загальної кількості обстежень. Окремо важливо, що серед обстежених було 26 дітей, що свідчить про розширення діагностичних можливостей для різних вікових груп і підвищення доступності спеціалізованої допомоги. Встановлення комп’ютерного томографа стало не просто технічним оновленням, а важливою організаційною зміною в регіональній системі протитуберкульозної допомоги.

Другим важливим напрямом стало впровадження цифрових технологій підтримки діагностичного процесу. У вересні 2025 року в закладі інстальовано систему штучного інтелекту Nevi Akciger, яка

використовується для аналізу рентгенологічних обстежень органів грудної клітки. За поточний період із використанням цього інструменту опрацьовано 778 обстежень, за результатами яких виявлено 376 патологічних змін легень. Частка виявлених патологій становила 48,3 %, що демонструє високу практичну цінність технології як інструменту попереднього скринінгу, підвищення діагностичної настороженості та допомоги лікарю у швидкому відборі пацієнтів, які потребують подальшого дообстеження. Використання штучного інтелекту не замінює клінічного рішення лікаря, але посилює якість діагностичного маршруту. У практичній роботі це дозволяє швидше ідентифікувати підозрілі зміни, зменшити ризик пропуску патології, оптимізувати навантаження на фахівців та підвищити ефективність скринінгових програм.

Окремою найкращою практикою 2025 року стала активна робота з раннього виявлення ТБ серед груп підвищеного ризику шляхом виїздів мобільних діагностичних команд у віддалені регіони області. Протягом року проведено 114 виїздів із використанням пересувного цифрового флюорографа та портативного рентген-апарата. У межах цих виїздів виконано 6166 обстежень, що дало можливість наблизити медичну послугу до людей, які через територіальні, соціальні або організаційні бар'єри могли б не звернутися за обстеженням самостійно. Результативність мобільної діагностики підтверджується конкретними показниками. Серед 6166 обстежених виявлено 437 патологічних змін, що становить 7,1 % від усіх проведених обстежень. З них 228 випадків припадали на активний або неактивний ТБ, 120 випадків – пневмонії, 42 випадки – онкопатологія, ще 47 випадків – інша патологія легень. У структурі всіх виявлених нозологій частка активного та неактивного ТБ становила 52,2 %, пневмоній – 27,5 %, онкопатології – 9,6 %, іншої патології легень – 10,8 %. Таким чином, мобільні виїзди стали не лише інструментом протитуберкульозного скринінгу, а й важливим елементом раннього виявлення широкого спектра захворювань органів дихання.

Важливою складовою регіональної протитуберкульозної стратегії стало партнерство з територіальними громадами. У 2025 році підписано два меморандуми про співпрацю в межах ініціативи “Громада вільна від туберкульозу” з Городенківською та Снятинською територіальними громадами. Ці меморандуми стали основою для формування спільної відповідальності за подолання ТБ на місцевому рівні. Такий формат співпраці дозволяє перейти від епізодичних заходів до системної роботи в громадах: посилення інформування населення, організація скринінгових активностей, сприяння маршрутизації пацієнтів, підтримка прихильності до лікування та подолання стигми щодо людей, які хворіють або перехворіли на ТБ. Практика “Громада вільна від туберкульозу” є сильним кроком, оскільки контроль над ТБ неможливий лише силами спеціалізованого медичного закладу. Ефективна протитуберкульозна робота потребує участі органів місцевого самоврядування, первинної медичної допомоги, соціальних служб, громадських організацій та самої

громади.

Одним з основоположних напрямів стало підвищення компетентності медичних працівників первинної ланки. У жовтні 2025 року проведено тренінг “Раннє виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції” для представників первинної медико-санітарної допомоги області. Проведення такого навчання є принципово важливим, адже саме лікарі первинної ланки найчастіше першими контактують із пацієнтами, які мають симптоми, фактори ризику або неспецифічні прояви захворювання. Від рівня настороженості сімейного лікаря, правильності збору анамнезу, своєчасного скерування на обстеження та розуміння алгоритмів ведення латентної ТБ інфекції залежить ефективність усього діагностичного маршруту.

Загалом реалізовані у 2025 році практики свідчать про перехід від традиційної моделі очікування звернення пацієнта до активної, проактивної та технологічно посиленої моделі протитуберкульозної роботи. Встановлення комп’ютерного томографа, використання штучного інтелекту, мобільні діагностичні виїзди, партнерство з громадами та навчання первинної ланки формують єдиний безперервний маршрут: від раннього виявлення підозрілих змін до уточнення діагнозу, скерування, лікування, спостереження та підтримки пацієнта.

Реалізація цих практик має системний вплив на охорону здоров’я Івано-Франківської області:

Покращено доступність діагностики для жителів віддалених громад.

Посилено спроможність спеціалізованого закладу до швидкого та якісного виявлення патології органів дихання.

Зміцнено взаємодію між Центром, громадами та первинною ланкою медичної допомоги.

Сформовано умови для зменшення діагностичних затримок і підвищення ефективності подальшого ведення пацієнтів із ТБ.

Регіональна модель стала більш орієнтованою на людину, оскільки послуги наближаються до пацієнта, а не навпаки.

Кіровоградська область

Цифровізація рентген-діагностичного відділення: результати впровадження та рутинного застосування RIS та штучного інтелекту в КНП «Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр Кіровоградської обласної ради»

КНП «Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр Кіровоградської обласної ради» функціонує в умовах значного кадрового дефіциту лікарів-рентгенологів та рентген-лаборантів при одночасно високому навантаженні на рентген-діагностичну службу. Заклад забезпечує проведення рентгенографічного обстеження не лише на своїй

території, а також організовує рентгенологічний скринінг серед осіб із груп ризику розвитку туберкульозу для всієї області, зокрема шляхом виїздів у віддалені громади та сільські території Кіровоградської області.

Особливості регіону, значна територіальна протяжність області та нерівномірний доступ населення до спеціалізованої діагностики формують потребу у швидкому та ефективному проведенні великої кількості рентгенологічних досліджень у стислі терміни. Водночас зростання обсягів обстежень, необхідність своєчасного опису знімків та проведення масових скринінгових заходів створюють суттєве навантаження на наявний персонал.

Додатковим викликом стала повномасштабна війна, яка вплинула на кадрове забезпечення системи охорони здоров'я, посилила навантаження на медичних працівників та збільшила потребу у безперервному наданні діагностичних послуг населенню, у тому числі внутрішньо переміщеним особам.

У цих умовах впровадження рентгенологічної інформаційної системи (RIS) та технологій штучного інтелекту стало важливим етапом цифровізації рентген-діагностичного відділення. Використання сучасних цифрових рішень дозволило оптимізувати робочі процеси, прискорити обробку та аналіз рентгенологічних досліджень, підвищити ефективність використання кадрових ресурсів та забезпечити більш оперативне виявлення патологічних змін, зокрема під час проведення скринінгу туберкульозу у віддалених територіях області.

З метою оптимізації роботи рентген-діагностичного відділення та підвищення оперативності рентгенологічної діагностики у КНП «Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр Кіровоградської обласної ради» було впроваджено (RIS) та технології штучного інтелекту для аналізу рентгенологічних досліджень.

Реалізація практики стала можливою завдяки підтримці міжнародної організації РАТН та ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Впровадження цифрових рішень було здійснено у максимально короткі терміни без зупинки рутинної роботи відділення.

RIS забезпечила централізований електронний облік, архівування рентгенологічних досліджень, автоматизацію процесів реєстрації пацієнтів, формування описів та швидкий доступ до результатів обстежень. Важливим компонентом стало впровадження дистанційного доступу до рентгенологічних зображень, що дозволило лікарям оперативно переглядати та описувати дослідження незалежно від місця перебування, зокрема під час проведення виїзних скринінгових обстежень у віддалених громадах області.

Алгоритми штучного інтелекту використовуються як інструмент підтримки прийняття рішень лікарем-рентгенологом та дозволяють автоматично аналізувати рентгенологічні зображення, виявляти підозрілі зміни і пріоритетизувати дослідження для першочергового перегляду. Це дало можливість скоротити час на опис одного дослідження в середньому

на 30–50% та оптимізувати навантаження на персонал.

Додатково у протоколах опису впроваджено QR-коди, що спрощують доступ до цифрового архіву рентгенологічних зображень для пацієнтів та лікарів інших закладів охорони здоров'я.

Впровадження RIS та штучного інтелекту стало важливим етапом цифровізації рентген-діагностичного відділення, що дозволило підвищити ефективність роботи служби, покращити доступність рентгенологічної допомоги та забезпечити більш оперативне виявлення патологічних змін.

Впровадження рентгенологічної інформаційної системи (RIS) та технологій штучного інтелекту дозволило оптимізувати роботу рентген-діагностичного відділення та підвищити ефективність використання кадрових ресурсів в умовах дефіциту лікарів-рентгенологів і рентген-лаборантів. Завдяки автоматизації процесів та використанню алгоритмів штучного інтелекту час на опис одного рентгенологічного дослідження скоротився в середньому на 30–50%. Забезпечено централізоване електронне архівування та швидкий доступ до рентгенологічних зображень і протоколів досліджень. Впровадження дистанційного доступу дозволило лікарям оперативно переглядати та описувати дослідження, у тому числі під час виїзних скринінгових обстежень у віддалених громадах області. Використання QR-кодів у протоколах опису спростило доступ пацієнтів та лікарів інших закладів охорони здоров'я до цифрового архіву рентгенологічних досліджень. Застосування цифрових технологій сприяло покращенню взаємодії між структурними підрозділами закладу та підвищенню оперативності прийняття клінічних рішень.

Впровадження RIS та технологій штучного інтелекту сприяло переходу рентгенологічної служби закладу до більш сучасної, швидкої та скоординованої моделі роботи. Завдяки цифровізації забезпечено безперервність рентгенологічної діагностики навіть в умовах кадрового дефіциту та значного навантаження, пов'язаного з проведенням скринінгових виїздів у громади області. Практика підвищила доступність результатів обстежень для пацієнтів, зменшила залежність від плівкових носіїв та значно спростила обмін медичною інформацією між фахівцями різних рівнів системи охорони здоров'я.

Важливим результатом стало розширення кола користувачів рентгенологічної інформаційної системи: окрім лікарів-рентгенологів, до неї отримали доступ лікарі-фтизіатри, що забезпечило більш тісну міждисциплінарну взаємодію. Це дозволило суттєво пришвидшити прийняття клінічних рішень щодо тактики ведення пацієнтів із підозрою або підтвердженням туберкульозом, а також оперативніше визначати необхідність призначення чи корекції лікування.

Загалом реалізований підхід підвищив ефективність комунікації між спеціалістами, прискорив діагностично-лікувальний процес та посилив якість медичної допомоги пацієнтам фтизіопульмонологічного профілю.

*Від знань до змін: як навчання фахівців первинної медичної допомоги
посилило систему подолання туберкульозу у Київській області в
умовах війни*

Повномасштабна війна РФ проти України суттєво вплинула на систему охорони здоров'я України та створила нові виклики у сфері подолання ТБ. Вимушене переміщення населення, стрес, погіршення доступу до медичних послуг та зростання соціальної вразливості населення посилюють ризики поширення ТБ та ускладнюють своєчасне виявлення захворювання.

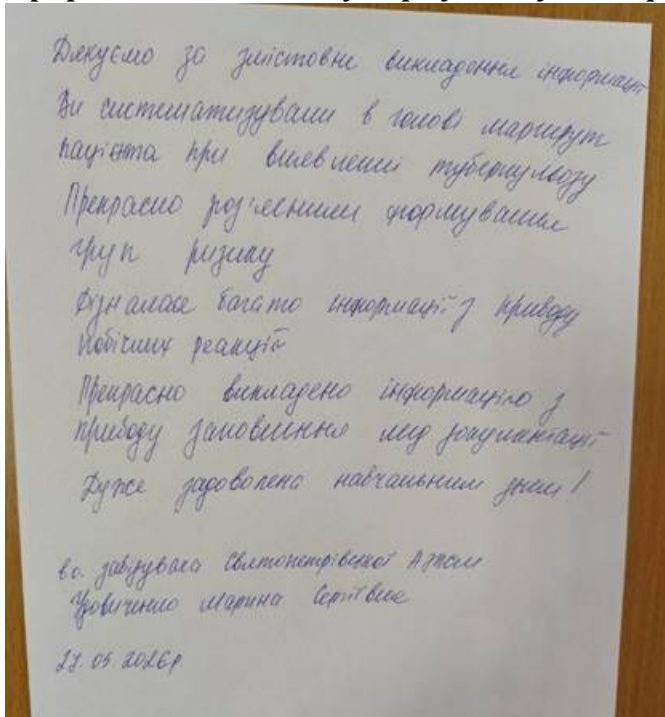
За таких умов особливого значення набуває роль ПМД, як первинної ланки контакту людини із системою охорони здоров'я. Саме тому в області було зроблено ставку на посилення спроможності фахівців первинної ланки у сфері профілактики, раннього виявлення, підтримки лікування ТБ та подолання стигми.

3 липня 2025 року на базі комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київський обласний спеціалізований медичний центр» (далі – КНП КОР «КОСМЦ») започатковано системне навчання фахівців ПМСД за напрямками профілактики, діагностики та лікування ТБ і латентної туберкульозної інфекції, організації амбулаторного ведення випадку, а також формування людино орієнтованого підходу до людей, які хворіють на ТБ.

Особливістю навчання стало поєднання теоретичної та практичної складової. Медичні працівники не лише отримували нові знання, а й знайомилися з роботою відділень КНП КОР «КОСМЦ», мали можливість практичного закріплення навичок та безпосереднього спілкування з фахівцями фтизіатричної служби. За період реалізації ініціативи на базі КНП КОР «КОСМЦ» пройшли навчання 104 фахівці ПМД.

Важливим компонентом підтримки фахівців ПМСД стали також моніторингові візити до закладів охорони здоров'я, які здійснювалися за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Під час таких візитів фахівці отримували практичну допомогу безпосередньо на робочому місці, розбирали клінічні випадки, удосконалювали підходи до скринінгу, діагностики та супроводу пацієнтів. Якщо у 2023 році було проведено 12 моніторингових візитів, то у 2024 році - вже 47, а у 2025 році - 40 візитів до 36 закладів охорони здоров'я області. Загалом навчанням було охоплено: у 2023 році - 115 осіб; у 2024 році - 705 осіб; у 2025 році - 897 осіб.

Результатом системної роботи стало не лише зростання рівня обізнаності медичних працівників, а й покращення ключових індикаторів у сфері подолання туберкульозу. Зокрема, значно збільшилася кількість



пацієнтів, які отримують лікування на ПМД. Якщо у 2024 році під наглядом фахівців ПМСД перебувало 192 пацієнти, то у 2025 році - вже 296, що у 1,5 рази більше. Покращилися також показники роботи з контактними особами. Індекс виявлених та обстежених контактів на один індексний випадок зріс із 1,2 у 2024 році до 3 у 2025 році.

Водночас відбуваються і якісні зміни. Змінюється ставлення працівників ПМД до людей, які хворіють на туберкульоз та інші соціально значущі захворювання.

Зменшується стигма, формується культура підтримки та партнерства з людиною, яка хворіє на ТБ.

Центри первинної медико-санітарної допомоги дедалі активніше залучаються до супроводу та лікування людей, дорослих і дітей, які хворіють на ТБ, а сам напрямок навчання залишається затребуваним серед медичних працівників області. КНП КОР «КОСМЦ» постійно отримує нові запити щодо проведення навчання, у



тому числі від приватних закладів охорони здоров'я.

Ця практика доводить: інвестиції у знання та підтримку фахівців ПМД - це інвестиції у стійкість системи охорони здоров'я, раннє виявлення ТБ та забезпечення безперервності надання медичної допомоги людям, які хворіють на ТБ, що особливо важливо в умовах війни.

Львівська область



**Кращі практики з
подолання туберкульозу за
2025 Львівська область**

Регіональним
фтизіопульмонологічним
центром, що координує
питання подолання ТБ та
ВІЛ/СНІД-у у Львівській
області є Комунальне
некомерційне підприємство
Львівської обласної ради
«Львівський регіональний
фтизіопульмонологічний

клінічний лікувально-діагностичний центр» (Центр легеневого здоров'я).

Варто зазначити, що заклад має два потужні сучасні хірургічні відділення, що забезпечують високоякісне планове та ургентне лікування з невідкладної торакальної хірургії, а також проводяться оперативні втручання при гострих абдомінальних та ЛОР-патологіях. Для пацієнтів з ТБ та ВІЛ/СНІД-ом створені одні з найкращих можливостей для хірургічної допомоги в країні.

У закладі створено та функціонує відділення реконструктивної ортопедії та відновної хірургії, де фахівці застосовують передові технології для лікування як вроджених, так і набутих патологій опорно-рухового апарату в першу чергу пацієнтам з наслідками кістково-суглобового туберкульозу.



**КОМПЛЕКСИ РЕНТГЕНІВСЬКІ ДІАГНОСТИЧНІ КРД 50 У МОДИФІКАЦІЇ
«INDILASCAN-01» (2ШТ.)**

Досягнуті результати

Рентгенмобілі відвідали десятки громад Львівщини, забезпечуючи

обстеження для сотень людей, які часто не мають доступу до якісної медичної допомоги.

За 2025 рік було проведено 12577 обстежень. 225 виїздів рентген автомобілів. Виявлено 35 випадків туберкульозу. 577 випадків іншої патології.

Також Центр легеневого здоров'я отримав надсучасне програмне забезпечення ШІ CAD4TB від Центру громадського здоров'я у співпраці з Міністерством охорони здоров'я та за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, що значно інтенсифікує роботу з діагностики туберкульозу та іншої патології.

Відділення медичного репроцесингу

ВМР є обов'язковим структурним підрозділом лікувально-профілактичних закладів, основним завданням якого є забезпечення стерильними інструментами, обладнанням та необхідними матеріалами роботи операційного блоку, перев'язувальних та маніпуляційних, робота жодного із структурних підрозділів Центру легеневого здоров'я не обходиться без стерильного інструментарію та матеріалу, що дало можливість звести до мінімуму внутрішньо-лікарняну інфекцію. Встановлено найсучасніше обладнання польського виробництва.



Медико-психосоціальний супровід

Послуги медико-психосоціального супроводу пацієнтів із туберкульозом у Львівській області протягом 2025 року надавалися за рахунок різних джерел фінансування: державного та місцевого бюджетів, а також грантової підтримки від Глобального фонду.

Було охоплено 447 пацієнтів з чутливим туберкульозом послугами медико-психосоціального супроводу в рамках державної закупівлі, що становить 100% від плану).

В рамках місцевого фінансування дані послуги отримували 100 пацієнтів з чутливим туберкульозом, що становить 100% від плану.

В рамках реалізації гранту Глобального фонду послуги медико-психосоціального супроводу отримували 263 пацієнти з ЛС-ТБ.

Діяльність Міжрегіонального тренінгового центру

10 грудня 2014 року у м. Львові була підписана “Угода про взаєморозуміння та співпрацю” між Центром легеневого здоров’я, департаментом охорони здоров’я Львівської ОДА, Львівським національним медичним університетом ім. Д.Галицького та проектами USAID.

Протягом 2020-2025рр. у Львівському міжрегіональному тренінговому центрі відбулись 206 навчальних заходів (тренінги, семінари, вебінари (під час пандемії COVID-19), тренінги для тренерів...);

4215 фахівців з усіх куточків України (лікарі, медичні сестри, статисти, голови громад, фахівці ОЦКПХ...) успішно завершили навчання та отримали сертифікати з балами БПР.



Оновлення відділення

20 березня 2026 року відбулося урочисте відкриття оновленого відділення екстреної та невідкладної медичної допомоги Центру легеневого здоров’я.



У Центрі легеневого здоров'я працюють СЕС потужністю 80 кВт, що забезпечує автономну роботу чотирьох – п'яти відділень лікарні.



Миколаївська область

***Від координації до результату:
як міжсекторальна взаємодія та людиноорієнтований підхід
допомогла зменшити втрати пацієнтів з туберкульозом під час
військової агресії РФ проти України в Миколаївській області***

Війна створила для системи протидії туберкульозу безпрецедентні виклики. Руйнування інфраструктури, вимушене переміщення населення, обмежений доступ до медичних послуг у прифронтових територіях суттєво ускладнили своєчасну діагностику та лікування захворювання.

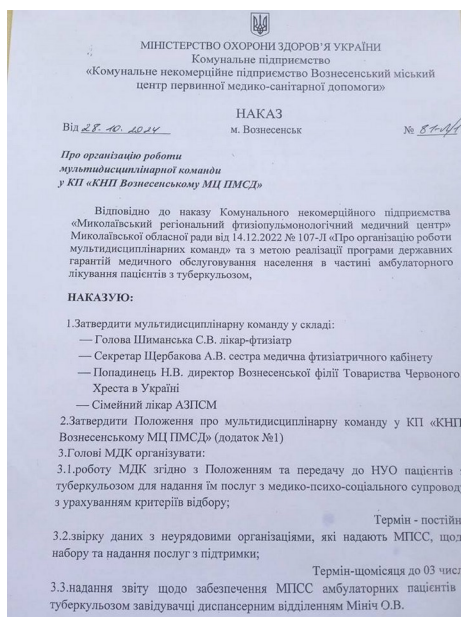
За таких умов особливо зростають ризики того, що людина з ознаками туберкульозу не пройде необхідне дообстеження, а пацієнт, який уже розпочав лікування, перерве його або буде втрачений для подальшого спостереження. У різні періоди війни частка таких випадків становила 5–6%.

Відповіддю на цей виклик стало об'єднання зусиль системи охорони здоров'я, територіальних громад та громадського сектору навколо спільної мети - забезпечити безперервність лікування кожної людини, яка хворіє на туберкульоз.

Ключовим майданчиком для такої взаємодії стала Обласна координаційна рада з питань протидії туберкульозу, наркоманії та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Саме завдяки її системній роботі вдалося налагодити ефективну співпрацю між регіональним протитуберкульозним закладом, центрами первинної медико-санітарної допомоги, установами соціального захисту та громадськими організаціями.



Наступним кроком стало впровадження мультидисциплінарного підходу до амбулаторного лікування туберкульозу на рівні первинної медичної допомоги.



У кожній громаді навколо людини, яка хворіє на ТБ, почала працювати мультидисциплінарна команда, до складу якої увійшли сімейний лікар, медична сестра, лікар-фтизіатр, соціальний працівник та психолог. Такий підхід дозволив перейти від моделі, коли людина з ТБ самотійно долає труднощі лікування, до моделі підтримки, де рішення приймаються разом із людиною з ТБ, враховуються його потреби, життєві обставини та можливості отримання допомоги.

Особливу роль відіграло залучення неурядових організацій, які забезпечували медико-психосоціальний супровід в області в рамках реалізації гранту Глобального фонду, допомагали формувати прихильність до лікування та підтримували пацієнтів у складних життєвих обставинах.

Результати підтвердили ефективність такого підходу. За підсумками 2025 року частка пацієнтів з чутливим туберкульозом, втрачених для подальшого спостереження, зменшилася до 3,0%, що відповідає цільовому індикатору. Серед пацієнтів із ЛС-ТБ цей показник становив лише 2,0% при цільовому значенні не більше 3%.

Ця практика довела: навіть в умовах війни досягнення стратегічних цілей у подоланні туберкульозу є можливим. Для цього потрібні не лише медичні технології чи фінансові ресурси. Потрібні багатогалузевий та багатосекторальний підхід до подолання туберкульозу, система партнерства, у якій держава, громади, медичні працівники та громадські організації працюють як єдина команда заради однієї людини.

Саме така взаємодія перетворює виклики на можливості, а окремі зусилля - на стійкі результати.

Рівненська область

Найкращі практики у сфері подолання туберкульозу протягом 2026 року в Рівненській області

Профілактика — понад усе, тож на Рівненщині ефективно впроваджують інформаційну стратегію щодо туберкульозу.

Мета: поширити якісну і достовірну інформацію про ТБ серед усіх верств населення, залучити якомога більше людей до профілактики, зруйнувати міфи серед фахівців медичної/соціальної сфери, педагогів, журналістів, керівників області та пересічних громадян.

Розпорядженням Рівненської обласної державної адміністрації від 17.02.2025 року №90 затверджено Операційний план заходів з реалізації у 2024-2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусним гепатитам на період до 2030 року з метою підвищення ефективності медичної допомоги при ВІЛ-інфекції, туберкульозі та вірусних гепатитах В та С, зниження смертності та інвалідності, підвищення якості життя пацієнтів та подолання епідемій вищезазначених інфекційних захворювань в регіоні. На основі цього кожна громада затвердила операційний план у своїй громаді.



Окрім цього підписано 64 меморандуми про співпрацю між головами територіальних громад, регіональним центром контролю та профілактики хвороб, Департаментом цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської ОДА, неурядовими організаціями.



Генеральним директором ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ» від 20.02.2026 року затверджений комплексний план інформаційних заходів щодо подолання туберкульозу в Рівненській області.



У рамках реалізації Стратегії 2025 року було організовано чимало вуличних акцій, дано інтерв'ю ЗМІ, випущено відеоролики, досліджено обізнаність населення з питань ТБ, жителям та гостям області запропоновано тестування і консультації щодо

захворювання на туберкульоз, а також діагностику ВІЛ, вірусних гепатитів В та С. Для цього було залучено ресурси ЦГЗ, КП «РОІЛ»РОР, НУО (БО «100 відсотків життя Рівне»), ОЦКПХ.



Метою цих заходів було навчити виявляти туберкульоз на ранній стадії захворювання, а також виробляти прихильність до лікування, з метою повноцінного завершення курсу лікування, недопущення відриву від лікування, втрати з під спостереження, покращення показників

ефективності лікування.



Також за кошти ГФ були організовані навчання для медичного персоналу ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу, а також ведуть пацієнта на амбулаторному етапі, який отримує лікування з приводу ТБ.



Завдяки роботі регіональної МДК вдалося покращити, а в деяких випадках — налагодити взаємодію між ЦПМСД, керівництвом громад і КП «РОІЛ»РОР. Робота саме в групах ризику вкотре нагадала представникам ЦПМСД про важливість формування поіменного списку осіб із груп ризику розвитку ТБ, активного їх ведення, динамічного спостереження, затвердження алгоритму щодо активного виявлення ТБ, тощо. Завдяки багатовекторності роботи МДК під час виїздів виявляли й інші соціально значущі хвороби та забезпечували швидкий початок і ефективне лікування.



Також, завдяки поставкам з ЦГЗ тестів для діагностики туберкульозної інфекції, а саме проведення ТВГІ в групах ризику дало можливість охопити скринінгом на туберкульозну інфекцію осіб з захворюваннями, які отримують препарати, що пригнічують імунну систему. Так, в 2025 р., проведено скринінг на ТБІ в даній групі ризику у 100% в порівнянні з аналогічним показником 2024 р.- 4,9%. Дало можливість своєчасно виявити туберкульозну інфекцію та розпочати курс профілактичного лікування у пріоритетних групах ризику (працювала мобільна амбулаторія ОЦКПХ) фактично за місцем проживання пацієнтів.



Для того, щоб був ресурс у медичних працівників, та з метою проведення профілактичних заходів, спрямованих на попередження

вигоряння працівників закладу активно функціонує ресурсна кімната, де проводяться групові заняття/індивідуальні заняття з психологом тощо.



Діти, які захворіли на туберкульоз, стикаються з різними викликами під час лікування: тривалою терапією, страхом, тривожністю, стигмою та нерозумінням з боку оточення. Важливу роль у підтримці таких дітей відіграє ресурсна кімната та психологічний супровід. Це допомагає дитині краще адаптуватися до лікування, зменшити емоційне напруження, підтримати мотивацію до терапії та подолати відчуття самотності. Активно працює психолог з дітьми, які отримують лікування з приводу ТБ. Так, в 2025 році, послугами ресурсної кімнати скористалися 64 дитини віком до 18 років та їхні батьки.

Тернопільська область

Краща регіональна практика у подоланні туберкульозу у 2025 році: Впровадження інтегрованої моделі міжсекторальної взаємодії для ефективного відстеження та обстеження контактних осіб у Тернопільській області

У 2025 році Тернопільська область, як і вся Україна, долала складні медико-соціальні наслідки повномасштабної війни, які безпосередньо впливали на епідемічну ситуацію із туберкульозом (ТБ). Серед ключових викликів періоду – інтенсивне внутрішнє переміщення населення, міграційні процеси, додаткове навантаження на систему охорони здоров'я та необхідність забезпечення безперервності медичних послуг.

Аналіз статистичних показників 2024 року демонстрував зростання захворюваності (в області фіксувалось зростання кількості хворих ТБ на 15,9%) та ризики недовиявлення інфекції серед населення, зокрема через недостатній рівень залучення закладів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) до систематичного скринінгу та обмежене використання високоточних молекулярно-генетичних систем діагностики. За даними моніторингових візитів фахівців ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ), регіон потребував негайного посилення профілактичного напрямку, розширення міжвідомчої співпраці та оптимізації роботи у вогнищах туберкульозу.

До моменту впровадження оновлених підходів у Тернопільській області існував розрив у координації дій між обласним центром контролю та профілактики хвороб (ОЦКПХ) та мережею лікувальних закладів різного рівня. Традиційна система контролю вогнищ ТБ часто обмежувалася формальним збором даних, а коло контактних осіб визначалося поверхнево (переважно лише близькі родичі, які проживають спільно).

Це призводило до низьких показників виявлення контактних осіб на один індексний випадок, високого ризику формування нових латентних та активних вогнищ, а також до несвоєчасного призначення профілактичного лікування. Особливо гостро стояла проблема маршрутизації пацієнтів та організації взаємодії між регіональним фтизіопульмонологічним медичним центром, регіональним ОЦКПХ і лікарями ЦПМСД.

Ключовим досягненням Тернопільської області у 2025 році став перехід від розрізнених заходів до побудови стійкої пацієнт орієнтованої моделі на основі чіткої міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії. Практика реалізована за повної координації та взаємодії між:

Департаментом охорони здоров'я при Тернопільській обласній військовій адміністрації (ДОЗ ТОВА);

ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ОЦКПХ);

КНП «Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр» Тернопільської обласної ради (РФПЦ);

Зкладами первинної медичної допомоги (ЦПМСД, амбулаторії, сімейні лікарі).

Нормативне врегулювання: Був затверджений спільний наказ ДОЗ ТОВА та ДУ «Тернопільський ОЦКПХ МОЗ» №861/285 «Про впорядкування роботи з відстеження контактних осіб з хворими на туберкульоз». Даним документом був введений в дію детальний «Клінічний маршрут контактних осіб із індексним випадком туберкульозу», який чітко розмежував зони відповідальності кожного фахівця — від сімейного лікаря до епідеміолога та фтизіатра.

Стратегічне планування: Було розроблено та схвалено на засіданні Обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу при Тернопільській ОВА довгостроковий «План взаємодії щодо заходів з питань протидії туберкульозу», який закріпив системний підхід до моніторингу

осередків ТБ, проведення спільних розслідувань та верифікації даних щодо кількості контактних осіб.

Розвиток кадрового потенціалу: За підтримки ЦГЗ та міжнародних партнерів (зокрема організації РАТН та проєкту US AID) в області проведено серію каскадних тренінгів, робочих зустрічей та семінарів-нарад для керівників та медичного персоналу ЦПМСД (включаючи Кременецьку, Вишнівецьку, Шумську, Лановецьку, Чортківську, Бережанську та інші громади). Лікарів первинної ланки навчили алгоритмам скринінгового анкетування, правилам відбору біоматеріалу та формування груп ризику.

Децентралізація епіднагляду та залучення усіх територіальних громад області: Ключовим елементом сталості практики став відхід від суто «кабінетної» роботи та запуск системного інструменту взаємодії з органами місцевого самоврядування. Проведення засідань (3 з 4-х) Обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу було переведено у виїзний формат із охопленням усіх трьох адміністративних районів області: Чортківського, Тернопільського та Кременецького. Кожне таке виїзне засідання відбувалося за обов'язкової участі голів територіальних громад та керівників місцевих ЦПМСД відповідного району. Такий підхід дозволив забезпечити 100% охоплення регіону, інтегрувати кожную громаду у процес раннього виявлення ТБ, скоординувати проведення інформаційних кампаній на місцях на всій території області.

Практичний старт та реалізація національної Ініціативи «Територіальна громада вільна від туберкульозу» на рівні двох громад області. Ініціатива впроваджена, щоб створити осередки ліквідації захворювання у громадах, де спроможні органи місцевого самоврядування, спільно з учасниками системи охорони здоров'я (надавачами первинної медичної допомоги, регіонального фтизіопульмонологічного центру, центру контролю та профілактики хвороб), органами державної влади та інститутами громадянського суспільства.

Для точної діагностики латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ) серед контактних осіб на базі ОЦКПХ організовано тестування за допомогою сучасних високоспецифічних IGRA-тестів (тести вивільнення гамма-інтерферону).

Впровадження інтегрованої моделі міжсекторальної взаємодії у 2025 році дозволило Тернопільській області досягти високих результатів та перевищити ключові національні та регіональні цільові індикатори:

Збільшення кількості виявлення контактів: Головним практичним результатом стало суттєве розширення кола обстежуваних осіб. Показник кількості контактних осіб на 1 індексний випадок туберкульозу досяг 3,10, що перевищило як плановий регіональний індикатор для Тернопільської області (2,91), так і середній показник по Україні (2,58).

Високе охоплення діагностикою: Із загальної кількості взятих під нагляд контактних осіб повний комплекс медичного обстеження пройшли 99% громадян (при нормативному цільовому показнику ЦГЗ — 95%).

Ефективна профілактика ТБ: Охоплення профілактичним лікуванням

осіб із латентною ТБ-інфекцією, які мали прямі покази до терапії, склало 98,0%. Це дозволило попередити виникнення десятків нових випадків активного туберкульозу в осередках.

Розвиток амбулаторної допомоги: Завдяки тісній взаємодії з ЦПМСД, частка пацієнтів, які розпочали лікування амбулаторно з першого дня, зросла до 65%, а охоплення дистанційним контролем прийому препаратів за допомогою сучасних технологій (відео-DOT) досягло 64%.

Реалізована практика довела свою високу життєздатність та ефективність в умовах воєнного стану. Для системи охорони здоров'я регіону це означало побудову прозорого, контрольованого та скоординованого процесу епіднагляду, мінімізацію ризиків штучного відтоку пацієнтів із системи моніторингу та раціональне використання ресурсів лабораторій і стаціонарів. Забезпечено повну відповідність та синхронізацію персоніфікованих даних між ОЦКПХ та ТРФМЦ.

Для мешканців Тернопільської області та внутрішньо переміщених осіб впровадження цієї практики гарантувало:

Максимально раннє виявлення захворювання або латентної інфекції на етапі, коли людина ще не має виражених симптомів;

Доступ до високоточної безкоштовної діагностики (GeneXpert, IGRA-тести) безпосередньо за місцем проживання чи перебування;

Можливість отримувати якісну профілактику та лікування ТБ у звичному соціальному середовищі, без тривалої госпіталізації та без відриву від сім'ї та праці.

Партнери та джерела підтримки:

Міністерство охорони здоров'я України;

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;

Департамент охорони здоров'я Тернопільської ОВА;

ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»;

КНП «Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр» ТОР;

Центри первинної медико-санітарної допомоги та органи місцевого самоврядування Тернопільської області;

Міжнародна організація РАТН (Проєкт «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» за фінансування USAID);

Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.



Херсонська область

Робота мобільних медичних кабінетів на Херсонщині

КНП «Фтизіопульмонологічний медичний центр» ХОР (КНП «ФМЦ» ХОР) впроваджує практику надання медичної допомоги населенню деокупованих територій Херсонської області шляхом роботи мобільних медичних кабінетів у надзвичайно складних умовах воєнного часу.

У 2025 році було виявлено 135 людей, хворих на туберкульоз. За розрахунками Міністерства охорони здоров'я України на довоєнну чисельність населення області, у 2025 році показник захворюваності на туберкульоз у Херсонській області становив 13,5 випадку на 100 тисяч населення.

Однак при розрахунку на фактичне населення деокупованих територій області показник захворюваності суттєво зростає і становить 101,8 випадку на 100 тисяч населення, що відображає реальне епідемічне навантаження в регіоні.

Показник смертності від туберкульозу у 2025 році знизився на 23,4%. Особливо важливо, що значно зменшився показник смертності від поєднаної патології — туберкульозу та ВІЛ-інфекції.

У соціальній структурі хворих на туберкульоз переважають особи працездатного віку, які не працюють — їх частка становить 65,9%. Ще 13,3% припадає на пенсіонерів. Саме цим категоріям населення, особливо за наявності факторів ризику, необхідно приділяти підвищену увагу при проведенні профілактичних оглядів та скринінгу.

Воєнні дії, тимчасова окупація Херсонської області, деокупація правобережжя, постійні обстріли, руйнування інфраструктури та значна міграція населення суттєво ускладнили доступ людей до медичної допомоги.

Стрес, погіршення умов проживання, втрата житла, доходів, неповноцінне харчування та вимушене переселення значно підвищили ризики інфікування туберкульозом, невчасного виявлення захворювання та переривання лікування.

У багатьох громадах мобільні медичні кабінети стали фактично єдиним доступним механізмом надання медичної допомоги населенню. Їх робота дозволила не лише виявляти туберкульоз на ранніх стадіях, а й запобігати подальшому поширенню хвороби та рятувати життя людей.

Упродовж 2025 року КНП «ФМЦ» ХОР проводило обстеження населення деокупованих територій Херсонщини за допомогою пересувної рентгенівської установки мобільних медичних кабінетів за підтримки міжнародних партнерів — Проєкту «PROJECT HOPE в Україні» та Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я».

Мобільні команди Центру здійснюють виїзди у громади, де доступ до медичних послуг є обмеженим або повністю відсутнім через наслідки бойових дій, зруйновану інфраструктуру, бездоріжжя та постійну загрозу обстрілів, обстеження проводилося і в укриттях. Попри небезпеку, медичні працівники щоденно долають десятки кілометрів складних маршрутів, щоб люди у віддалених селах і населених пунктах могли отримати необхідну медичну допомогу.

Основна мета роботи мобільних кабінетів — забезпечення доступності медичних послуг для населення деокупованих територій, раннє виявлення туберкульозу, ВІЛ-інфекції, хронічних захворювань, проведення скринінгових обстежень, консультацій та профілактичної роботи.

У межах виїздів жителі громад мають можливість:

- пройти флюорографічне обстеження;
- отримати консультацію лікаря;
- пройти швидке тестування;
- отримати направлення на подальше лікування та супровід;
- отримати інформаційну та психологічну підтримку.

Особливу цінність цієї практики становить не лише медична складова, а й гуманітарна місія. Для багатьох мешканців прифронтових та деокупованих територій приїзд мобільної команди — це знак турботи, підтримки та того, що про них не забули. Попри небезпеку, медичні працівники щоденно долали складні маршрути, щоб забезпечити людям доступ до медичної допомоги без необхідності виїжджати за межі громади.

Графіки виїздів формувалися спільно із закладами первинної медичної допомоги та керівниками територіальних громад. За потреби маршрути оперативно коригувалися. Якщо потрібно обстежити контактних осіб із людиною з туберкульозом, то направляли мобільні

медичні кабінети у населені пункти, де є люди, які лікуються від туберкульозу, для проведення клінічного огляду лікарем-фтизіатром, забір матеріалу для діагностики ТБ та моніторингу лікування

Протягом 2025 року мобільними медичними кабінетами:

здійснено 182 виїзди;

охоплено 79 населених пунктів;

обстежено 6505 осіб із груп підвищеного ризику розвитку туберкульозу;

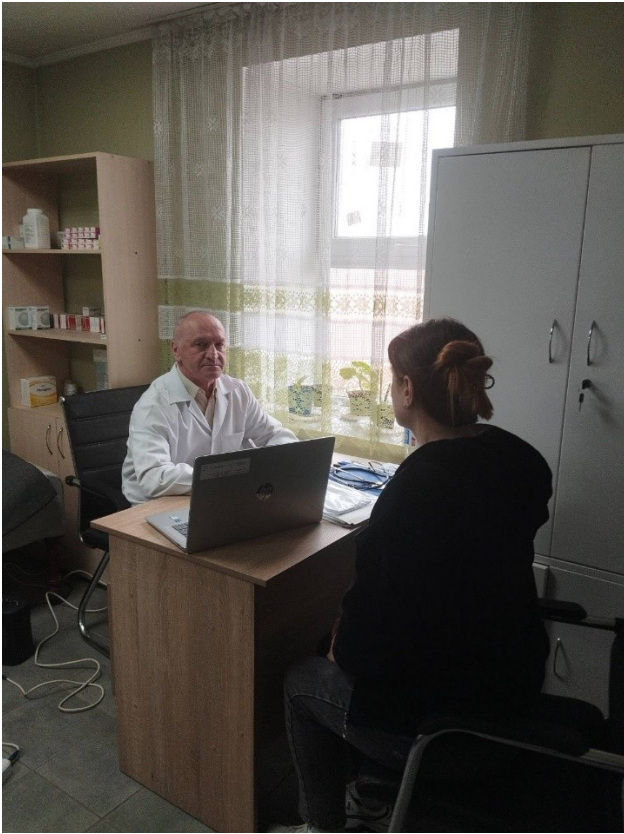
виявлено 127 осіб із підозрою на туберкульоз;

підтверджено 16 випадків туберкульозу.

Завдяки реалізації практики вдалося покращити доступ до медичних послуг для жителів віддалених та прифронтових громад; наблизити діагностику та медичний супровід до пацієнта; забезпечити раннє виявлення захворювання і як результат - зменшення рівня захворюваності на 16,7%, зменшення поширених деструктивних форм туберкульозу із 53,4% у 2024 році до 43,3% у 2025 році; покращити моніторинг лікування пацієнтів із туберкульозом; посилити взаємодію між фтизіатричною службою та первинною ланкою; покращення моніторингу лікування та взаємодії з первинною ланкою. Забезпечено раннє виявлення ТБ шляхом транспортування мокротиння на молекулярно – генетичне дослідження, діагностику та моніторинг лікування ТБ шляхом транспортування мокротиння на дослідження у мікробіологічну лабораторію 2 рівня на базі КНП «ФМЦ» ХОР.

Для багатьох жителів деокупованих територій приїзд мобільної медичної команди став не лише можливістю пройти обстеження, а й символом підтримки, уваги та турботи держави про людей, які живуть у надзвичайно складних умовах.

Команда КНП «ФМЦ» ХОР щодня доводить: справжня медицина — це не лише про лікування, а й про людяність, відданість професії та готовність бути поруч там, де допомога потрібна найбільше.





**Кращі практики у сфері подолання туберкульозу, реалізована КНП
«ХОФПМЦ» ХОР у 2025 році
Ініціатива «Громади вільні від туберкульозу»**

В умовах повномасштабної війни значно посилилися фактори ризику розвитку та поширення туберкульозу. Особливим викликом для регіону у 2025 році залишалося забезпечення рівного доступу до якісної та своєчасної діагностики туберкульозу для мешканців віддалених населених пунктів, внутрішньо- переміщених осіб, людей із соціально дезадаптованих груп, осіб, які тривалий час не зверталися за медичною допомогою та інших категорій населення, що мають підвищений ризик розвитку захворювання.

Впровадження у 2025 року в області ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу», яка реалізовується в межах виконання Операційного плану заходів, спрямованих на реалізацію Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024–2026 роки посилює роль органів місцевого самоврядування у реалізації заходів протидії туберкульозу та формування ефективної міжсекторальної взаємодії на рівні територіальних громад. Основою підходу є людино- та сімейно-орієнтована модель надання допомоги, що передбачає максимальне наближення послуг до населення, раннє виявлення захворювання, підтримку пацієнтів.

У межах реалізації ініціативи, очільники громад мають можливість ознайомлюватись з станом епідемічної ситуацією щодо туберкульозу на підпорядкованих територіях, порівнювати показники з іншими громадами області, оцінювати основні тенденції та визначити пріоритетні напрями для подальших інвестицій і управлінських рішень.

Всі громади області розробили та затвердили комплексні місцеві плани профілактики та боротьби з туберкульозом, якими передбачені конкретні заходи щодо раннього виявлення туберкульозу та його профілактики.

Важливим етапом реалізації ініціативи стало підписання 26 громадами області Меморандуму про співпрацю в межах ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу». Документ став основою системної командної роботи та комплексного підходу до протидії туберкульозу в регіоні.

Реалізація положень Меморандуму активізувала флюорографічні огляди серед груп ризику, посилює міжсекторальну взаємодію між медичними установами, органами місцевого самоврядування, соціальними службами, громадськими організаціями, сприяє ранньому виявленню ТБ, покращенню епідситуації. Місцева влада почала відігравати важливу координаційну роль у забезпеченні взаємодії між усіма зацікавленими

сторонами шляхом створення робочих груп, проведення регулярних координаційних нарад та забезпечення оперативного обміну інформацією.

На одній з координаційних рад, КНП «ХОФПМЦ» ХОР висунуто ініціативу придбання сучасного пересувного флюорографічного комплексу шляхом співфінансування всіх громад області. Отримавши підтримку місцевої влади, командою закладу проведена велика організаційна робота по закупівлі флюоромобіля. На реалізацію цього напряму громадами області було спрямовано 8 млн 295 тис. грн.

Використання пересувного флюорографічного комплексу стало важливим інструментом забезпечення доступності діагностики туберкульозу для населення, яке проживає у віддалених територіях та має обмежений доступ до стаціонарних медичних послуг.

Робота проводилася у тісній співпраці з територіальними громадами та закладами первинної медичної допомоги. З метою ефективного використання флюорографа визначено відповідальних осіб, які координують роботу на місцях. Виїзди здійснюються відповідно до затвердженого плану-графіка з урахуванням контингенту груп ризику, рівня захворюваності та обмеженого доступу населення до медичних послуг.

Такий підхід дозволив максимально наблизити послуги з раннього виявлення туберкульозу до людей, які найбільше потребують медичної допомоги, зокрема: внутрішньо переміщених осіб, людей похилого віку, мешканців віддалених територій, соціально незахищених верств населення та інших вразливих груп.

Важливою складовою роботи стала інформаційна кампанія, спрямована на подолання стигми щодо туберкульозу, підвищення обізнаності населення про симптоми захворювання та формування відповідального ставлення до власного здоров'я, шляхом проведення консультацій, розповсюдження інформаційних матеріалів.

Практика об'єднання ресурсів територіальних громад для подолання ТБ, продемонструвала ефективність наближення діагностичних послуг безпосередньо до місця проживання людей в умовах обмеженої транспортної доступності, а також посилити міжсекторальну взаємодію між медичними установами, органами місцевого самоврядування та соціальними партнерами.

Лікування тіла і душі

3 листопада 2025р. у Хмельницькому обласному фтизіопульмонологічному медичному центрі запроваджено офіційне капеланське служіння, в храмі Амфілохія Почаївського, який розташований на території закладу. Постать цього святого обрана не випадково, адже за земного життя він був ченцем-фельдшером, який зцілював тілесні й душевні рани.

Духовну та психоемоційну опіку над пацієнтами закладу взяв на себе

медичний капелан, отець Вадим Янович.

Тривала боротьба із важкими недугами органів дихання та туберкульозом вимагає від людини не лише фізичних сил, а й колосальної духовної стійкості. Пацієнти, які тривалий час перебувають у стаціонарі, часто сам на сам залишаються зі своїми страхами, тривогою та апатією. Поява у штаті медичного закладу професійного капелана — це крок до європейського, цілісного підходу до здоров'я людини, де лікують не лише хворобу, а й підтримують дух.

Сьогодні у цих стінах пацієнти можуть знайти розраду, посповідатися, причаститися чи просто щиро поговорити.

Служіння отця Вадима будується на принципах абсолютної добровільності та конфіденційності. Капелан відвідує палати, підтримує родичів хворих у складні моменти, а також допомагає медичному персоналу долати синдром професійного вигорання, який неминуче виникає при такій важкій роботі.

Спільні зусилля лікарів, які борються за кожний подих пацієнтів, та капелана, який повертає їм віру та надію, дають потужний результат. Двері лікарняного храму Амфілохія Почаївського та серце капелана завжди відкриті для кожного, хто потребує світла у найтемніші періоди життя.

Черкаська область

Найкраща практика Черкаської області: інтеграція фтизіатричної служби та первинної медичної допомоги для забезпечення раннього виявлення, маршрутизації та безперервності лікування ТБ на базі КНП «Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер» Черкаської обласної ради

У процесі реформування системи охорони здоров'я та переходу до пацієнт-орієнтованої моделі надання послуг з протидії ТБ особливого значення набуває інтеграція спеціалізованої фтизіатричної допомоги із закладами первинної медичної допомоги.

Для Черкаської області актуальність такого підходу визначалась необхідністю забезпечення раннього виявлення туберкульозу, підвищення доступності послуг у територіальних громадах, зменшення втрат пацієнтів між етапами діагностики та лікування, а також підтримання безперервності медичної допомоги в умовах тривалих системних викликів, пов'язаних із війною, внутрішньою міграцією населення та зміною маршрутів пацієнтів.

КНП «Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер» визначив одним із пріоритетних напрямів діяльності формування інтегрованої моделі взаємодії між спеціалізованою службою та мережею закладів ПМД області.

На етапі впровадження практики були визначені такі ключові виклики:

недостатнє охоплення населення активним виявленням

туберкульозу на рівні громад;

випадки пізнього звернення та пізньої діагностики;

ризики втрати пацієнтів між етапами виявлення, підтвердження діагнозу та початку лікування;

нерівномірна залученість закладів ПМД до виявлення осіб із симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз;

обмежена координація між первинною ланкою та спеціалізованою службою щодо маршрутизації пацієнтів;

необхідність посилення амбулаторної складової лікування та супроводу людей з ТБ.

Додатковим фактором залишалась потреба в оперативному обміні інформацією між рівнями медичної допомоги та забезпеченні єдиних підходів до ведення пацієнтів.

У Черкаській області на базі КНП «Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер Черкаської обласної ради» впроваджено модель інтегрованої взаємодії між фтизіатричною службою та закладами первинної медичної допомоги.

Практика включала декілька взаємопов'язаних компонентів:

Посилення ролі ПМД у ранньому виявленні туберкульозу

Організовано системну взаємодію із закладами ПМД області щодо своєчасного виявлення осіб із симптомами, характерними для туберкульозу, та осіб із груп ризику.

Запроваджено регулярну комунікацію між лікарями-фтизіатрами, сімейними лікарями та ДУ «Черкаський обласний ЦКПХ МОЗ України» щодо:

скринінгу пацієнтів;

формування маршрутів направлення;

відбору осіб для додаткового обстеження;

супроводу пацієнтів після встановлення діагнозу;

створення електронних баз даних (реєстрів) осіб, віднесених до груп ризику, їх ведення на рівні ПМСД;

створений та налагоджений алгоритм обміну інформацією по пацієнтам (підозра на ТБ та підтверджений діагноз) між фтизіатричною службою, ЦПМСД та ДУ «Черкаський обласний ЦКПХ МОЗ України»

За необхідності проводились консультативні заходи, методичний супровід та навчання фахівців ПМД.

Формування безперервного маршруту пацієнта

Одним із ключових напрямів стала побудова маршруту пацієнта за принципом «виявлення – підтвердження діагнозу – початок лікування – амбулаторний супровід».

Фтизіатрична служба області забезпечила координацію між закладами ПМД, спеціалізованими закладами та іншими рівнями медичної допомоги.

Особливу увагу приділено мінімізації втрат пацієнтів на етапах переходу між рівнями допомоги та скороченню часу від виявлення підозри

до початку лікування.

Розвиток амбулаторної моделі лікування

У рамках інтеграції з ПМД посилено амбулаторний компонент лікування та спостереження пацієнтів.

Заклади ПМД залучалися до:

контрольованого лікування;

моніторингу прихильності;

супроводу пацієнтів;

динамічного спостереження;

взаємодії із соціальними службами та партнерськими організаціями.

Такий підхід дозволив наблизити послуги до місця проживання пацієнтів та підвищити доступність лікування.

Організація моніторингу та управління

Для оцінки ефективності взаємодії запроваджено моніторинг ключових показників:

кількість осіб, направлених із ПМД для обстеження;

кількість виявлених випадків ТБ;

терміни встановлення діагнозу;

охоплення амбулаторним лікуванням;

результати лікування;

показники втрати для подальшого спостереження.

Отримані дані використовувалися для коригування організаційних підходів та планування роботи.

У результаті реалізації практики в Черкаській області досягнуто позитивних змін у взаємодії між фтизіатричною службою та первинною ланкою. Зокрема:

до взаємодії залучено 30 (71,4%) закладів ПМД області;

проведено наступні навчальні та координаційні заходи для працівників ПМД:

візити до закладів ПМСД – 17;

співбесіди з керівниками та відповідальними особами за напрямком ТБ в ЦПМСД (охоплено 100% закладів ЦПМСД Черкаської області);

стан організації протитуберкульозної роботи розглянуто на 2 колегіях УОЗ Черкаської ОДА та 2 апаратних нарадах у начальника УОЗ Черкаської ОДА;

координація діяльності та міжвідомча взаємодія розглядалась на 3 засіданнях ради Черкаської обласної державної адміністрації з питань координації дій у відповідь на поширення туберкульозу та ВІЛ

кількість осіб, направлених із ПМД на обстеження щодо ТБ, збільшилась на 10 %;

середній термін від звернення до початку лікування скоротився з 4,6 днів до 3 днів;

частка пацієнтів, охоплених амбулаторним лікуванням, збільшилась до 70 %;

Реалізація інтегрованої моделі дозволила посилити роль первинної

медичної допомоги у подоланні туберкульозу та забезпечити більш ефективну взаємодію між рівнями медичної допомоги. Практика сприяла:
покращенню доступності послуг із виявлення та лікування туберкульозу;

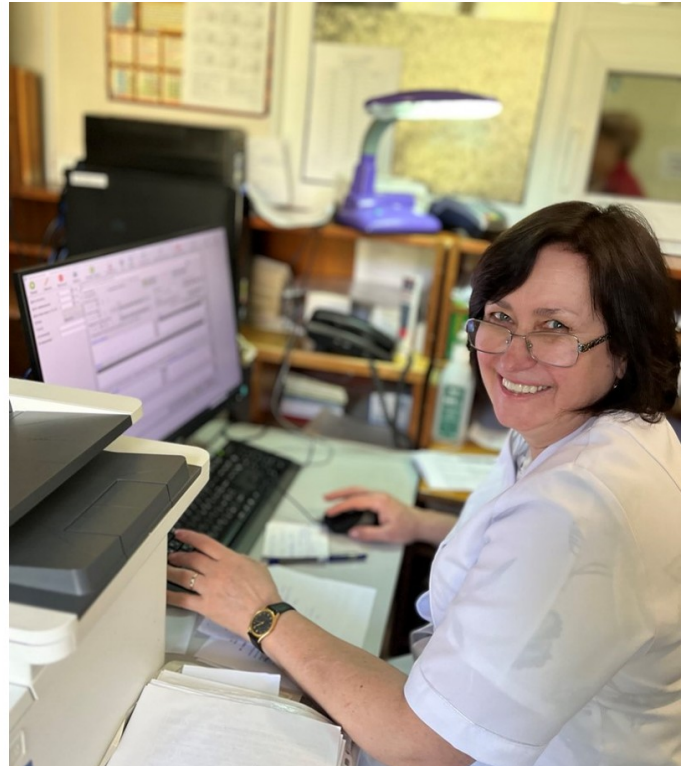
посиленню ролі ПМД у маршруті пацієнта;

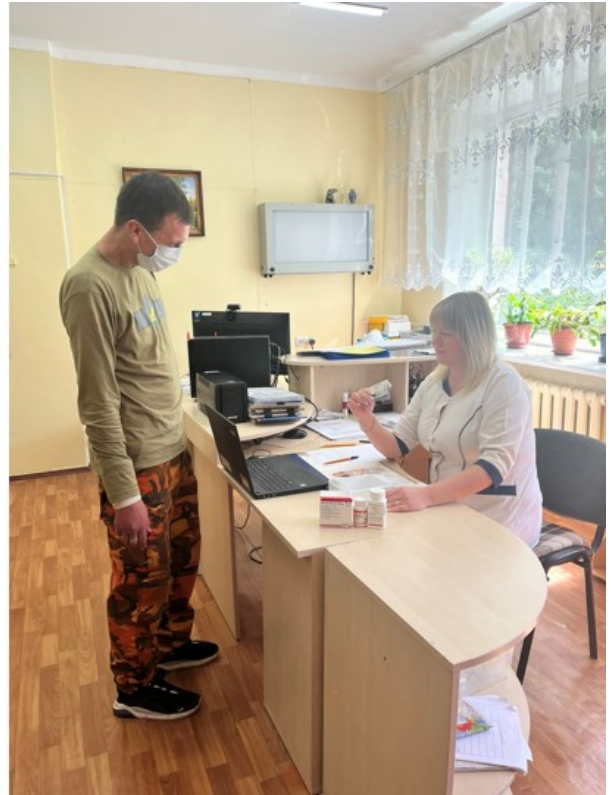
зменшенню ризиків втрати пацієнтів;

розширенню амбулаторних моделей лікування;

зміцненню міжрівневої координації та управління.

Сформована модель продемонструвала ефективність інтеграції фтизіатричної служби та ПМД і може розглядатися як перспективний підхід для подальшого розвитку пацієнт-орієнтованих послуг у сфері подолання ТБ.







Чернівецька область

У 2025 році мобільний скринінг туберкульозу серед груп підвищеного ризику залишався одним із ключових інструментів активного виявлення ТБ в Чернівецькій області та здійснювався за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Збереження мобільного скринінгу під час війни критично важливе для своєчасного виявлення туберкульозу, адже доступ до стаціонарних лікарень ускладнений. Мобільна бригада допомагає своєчасно діагностувати та виявляти туберкульоз.

Першочергово обстеження спрямовані на групи підвищеного ризику розвитку туберкульозу:

Внутрішньо переміщені особи: люди, що проживають у місцях компактного поселення.

Контактні особи: ті, хто мав контакт із людиною з ТБ.

Уразливі групи: люди, що проживають у відділених районах та закладах соціального захисту.

Цифрова флюорографія - це швидке сканування органів грудної

клітки на виїзному обладнанні. Послуги надаються на рівні громад, що важливо через зниження мобільності населення.

Організацією таких виїздів займається ОКНП «Чернівецький обласний медичний центр соціально значущих хвороб» у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Протягом 2025 року було здійснено виїзди до 103 населених пунктів сільських та селищних громад Вижицького, Сторожинецького, Новоселицького та Хотинського районів. 7 348 осіб було обстежено, 18 осіб було направлено на дообстеження, після дообстеження встановлено діагноз «туберкульоз», всі отримали амбулаторне лікування.

Також за результатами обстеження категорії осіб, віднесених до груп підвищеного ризику та ключових груп захворювання на туберкульоз/туберкульозну інфекцію було обстежено 742 особи, з яких 155 було направлено на додаткове дообстеження та виявлено 22 випадки ТБ, які розпочали своєчасно лікування. Підлягало за 2025 рік обстеженню на ТБІ 658 осіб, з яких виявлено 306 випадків туберкульозної інфекції. Розпочали профілактичне лікування 290 осіб.

Спільні зусилля громади та медичного центру суттєво покращують якість медичного обслуговування, сприяючи підвищенню доступності діагностики туберкульозу.

Завдяки спланованому графіку роботи та попередній інформаційній кампанії у громадах була ефективно організована робота.

Збільшено охоплення повним скринінгом ТБ представників груп підвищеного ризику, що сприяло ранній діагностиці та своєчасному залученню пацієнтів до лікування.

РОЗДІЛ XVI. ВИКЛИКИ ТА ПРІОРИТЕТИ

Сучасний стан системи протидії ТБ в Україні характеризується комплексом взаємопов'язаних викликів, що впливають на доступність, безперервність та якість медичних послуг серед яких:

- **Вплив повномасштабної війни на систему охорони здоров'я**

Війна зумовила масове переміщення населення, втрату частини медичних кадрів та нерівномірне навантаження на систему охорони здоров'я. У прифронтових і постраждалих регіонах обмежено доступ до медичних послуг, що негативно впливає на своєчасне виявлення ТБ та безперервність лікування

- **Інфраструктурні обмеження**

Перебої з електропостачанням, мобільним зв'язком та інтернетом унаслідок обстрілів порушують функціонування електронних систем охорони здоров'я, знижують повноту та своєчасність внесення медичних даних і ускладнюють моніторинг показників якості медичної допомоги

- **Недостатність цифрових даних та інструментів моніторингу**

Обмежена функціональність або відсутність електронних інструментів призводить до недостатньої верифікації даних щодо

скринінгу та профілактики ТБ серед груп ризику, що ускладнює планування та оцінку ефективності заходів

- **Лабораторна система**

Лише незначна кількість регіональних фтизіопульмонологічних центрів має акредитацію за стандартом ISO 15189:2022, що пов'язано з високою вартістю та складністю процедур, а також ресурсними обмеженнями закладів

- **Моніторинг ефективності та безпеки лікування**

В умовах війни ускладнюється контроль за результатами лікування, що створює ризики зниження якості медичної допомоги та впливає на ефективність лікування

- **Медико-психосоціальний супровід пацієнтів**

Спостерігаються недоліки у стандартизації відбору пацієнтів, верифікації наданих послуг та забезпеченні повноти супроводу

- **Кадрові ресурси**

Високий рівень професійного вигорання, емоційне виснаження та прояви посттравматичних стресових розладів серед медичних працівників негативно впливають на стійкість кадрового потенціалу системи

Пріоритети

Подальше подолання ТБ в Україні потребує концентрації зусиль на ключових системних пріоритетах, спрямованих на забезпечення стійкості протитуберкульозної служби, безперервності медичної допомоги та підвищення її якості в умовах тривалих безпекових і соціально-економічних викликів, які полягають у наступному:

забезпечення безперервного та рівного доступу до повного спектра послуг із профілактики, діагностики та лікування туберкульозу в межах єдиного медичного простору, з урахуванням необхідності підвищення стійкості системи в умовах кризових викликів;

подальший розвиток людиноорієнтованої моделі надання допомоги шляхом розширення використання телемедицини та вдосконалення існуючих підходів;

посилення міжсекторальної взаємодії між системою охорони здоров'я, соціальною сферою та органами місцевого самоврядування з ухваленням управлінських рішень на основі даних моніторингу та оцінки результативності програм;

удосконалення державної та регіональної політики у сфері профілактики та контролю ТБ з метою забезпечення раннього виявлення, своєчасного лікування та рівного доступу населення до медичних послуг незалежно від місця проживання;

зміцнення ролі регіональних фтизіопульмонологічних центрів як основних координаційних та експертних структур системи із розширенням їх управлінських повноважень та міжсекторальної взаємодії;

підвищення ефективності реалізації державних стратегій у сфері подолання ТБ через посилення систем управління, моніторингу, підзвітності та використання даних на всіх рівнях системи;

впровадження комплексної політики подолання стигми та дискримінації щодо осіб, які постраждали від туберкульозу, як ключового чинника підвищення доступності послуг, раннього звернення та ефективності лікування.

