



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

НАЦІОНАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ЩОДО АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

РОЗРОБЛЕНІ
ДУ «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
МОЗ УКРАЇНИ»



ЛЮДИНО-
ОРІЄНТОВАНИЙ
ПІДХІД



АМБУЛАТОРНЕ
ЛІКУВАННЯ
БЛИЖЧЕ ДО ЛЮДИНИ



ПАРТНЕРСТВО
ТА СПІВПРАЦЯ



ПІДТРИМКА
НА КОЖНОМУ
ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

ЗМІСТ

Вступ	3
Нормативно-правова база	4
1. Загальні принципи організації амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ	5
2. Амбулаторне лікування людей, які хворіють на ТБ	6
2.1. Визначення можливості амбулаторного лікування	6
2.2. Амбулаторне лікування туберкульозу та контагіозність	6
2.3. Моделі амбулаторного лікування	7
2.4. Вибір моделі амбулаторного лікування	8
3. Організація амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ	11
3.1. Індивідуальний план амбулаторного лікування	12
3.2. Організація забезпечення протитуберкульозними препаратами	12
3.3. Організація спостереження за прийомом лікарських засобів	13
3.4. Організація моніторингу лікування	16
3.5. Організація виявлення, реєстрації та ведення небажаних явищ	17
4. Прихильність до лікування та роль медико-психосоціального супроводу пацієнтів, які хворіють на туберкульоз	21
5. Обмін інформацією та документування	23
6. Завершення лікування та медичне спостереження після його завершення	27
6.1. Встановлення результату лікування	28
6.2. Медичне спостереження після успішного завершення лікування	28
7. Комунікація з пацієнтом під час лікування	30
Список використаних джерел та корисні посилання.....	34
Додаток 1 Орієнтовний розподіл функцій між учасниками амбулаторного лікування.....	35
Додаток 2. Алгоритм дій лікаря, який надає первинну медичну допомогу після передачі пацієнта на амбулаторне лікування.....	36
Додаток 3. Примірна стандартна операційна процедура «Організація дистанційної підтримки лікування осіб, які хворіють на туберкульоз, із застосуванням телемедичних технологій (за допомогою відеозв'язку).....	37

Додаток 4. Алгоритми взаємодії учасників МДК у типових ситуаціях під час лікування туберкульозу на рівні первинної медичної допомоги.....	44
Додаток 5. Маршрут роботи сімейного лікаря в ЕСОЗ щодо внесення інформації про пацієнта, який отримує лікування туберкульозу на первинному рівні медичної допомоги.....	48
Додаток 6. Орієнтовний перелік функцій медичних сестер/братів під час ведення людини з туберкульозом на первинному рівні медичної допомоги.....	49

Вступ

Амбулаторне лікування людей, які хворіють на туберкульоз, має ґрунтуватися на людино-орієнтованому підході, за якого організація медичної допомоги враховує потреби, життєві обставини, можливості та вибір людини, яка хворіє на ТБ. Такий підхід передбачає надання необхідної медичної допомоги у зручному та доступному для людини місці, зокрема за місцем проживання або перебування, із залученням первинної медичної допомоги та інших ресурсів громади. ВООЗ рекомендує перехід до моделей протитуберкульозної допомоги, орієнтованих на потреби людей, із розвитком амбулаторного лікування та посиленням ролі первинної медичної допомоги і місцевих громад.

З 1 вересня 2026 року Програмою медичних гарантій передбачено розширення участі лікарів, які надають первинну медичну допомогу, в амбулаторному веденні людей, які хворіють на ТБ. Це створює можливості для наближення медичної допомоги до місця проживання або перебування людини, зменшення бар'єрів до отримання медичних послуг та забезпечення безперервності лікування.

Водночас амбулаторне лікування ТБ потребує збереження належного рівня спеціалізованого клінічного супроводу, регулярної оцінки ефективності лікування, своєчасного виявлення та ведення небажаних явищ, інтерпретації результатів лабораторних та інструментальних досліджень, а також прийняття клінічних рішень щодо призначення, корекції або завершення лікування. Тому людино-орієнтована модель передбачає не передачу відповідальності за лікування від одного надавача до іншого, а узгоджену роботу різних рівнів медичної допомоги відповідно до їхніх функцій та компетенцій.

Ефективне амбулаторне лікування можливе за умови чіткої взаємодії між лікарем-фтизіатром/пульмонологом регіонального фтизіопульмонологічного центру (далі – РФПЦ) та лікарем, який надає первинну медичну допомогу, своєчасного обміну медичною інформацією, координації дій та залучення інших фахівців і ресурсів відповідно до індивідуальних потреб людини. При цьому організація лікування має спрямовуватися не лише на забезпечення прийому протитуберкульозних препаратів, а й на підтримку прихильності до лікування, своєчасне виявлення та вирішення медичних, психологічних і соціальних проблем, які можуть впливати на його перебіг та результат. Такий комплексний підхід відповідає принципам людино-орієнтованої моделі протитуберкульозної допомоги, яка передбачає поєднання клінічної допомоги, консультування, психологічної та соціальної підтримки.

Цей документ розроблено для практичної підтримки фахівців під час організації спільного ведення людей, які хворіють на ТБ, на амбулаторному етапі лікування. У ньому запропоновано підходи до визначення моделі ведення людини, розподілу функцій між залученими сторонами, організації взаємодії між надавачами медичної допомоги, обміну інформацією, клінічного спостереження, моніторингу лікування, забезпечення лікарськими засобами тощо.

Документ не встановлює нових нормативно-правових вимог і не замінює положення чинних нормативно-правових актів. Запропоновані підходи застосовуються з урахуванням клінічної ситуації, потреб та вибору людини, яка хворіє на ТБ, а також організаційних можливостей закладів охорони здоров'я.

Нормативно-правова база

- [Закон України від 14.07.2023 № 3269-IX «Про подолання туберкульозу в Україні»](#)
[Постанова Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2025 року № 1808 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році»](#)
[Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»](#)
- [Наказ МОЗ України від 19.01.2023 № 102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги „Туберкульоз“»](#)
[Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»](#)
- [Наказ МОЗ України від 16.11.2024 №1923 «Про затвердження Порядку надання послуг з амбулаторного лікування людей, які хворіють на туберкульоз, у закладах первинної медичної допомоги»](#)
- [Наказ МОЗ України від 7.04.2025 № 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"](#)
- [Наказ МОЗ України від 13.04.2023 №692 «Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом»](#)
- [Наказ МОЗ від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз»](#)
- Наказ ДУ «Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України» № 9 від 19.03.2026 р. ПРОФЕСІЙНИЙ СТАНДАРТ «СЕСТРА МЕДИЧНА (БРАТ МЕДИЧНИЙ) ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ» <https://register.nqa.gov.ua/uploads/c1c7699b-a4ae-4b3d-b0da-af650e3f081f.pdf>

1. Загальні принципи організації амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ

Організація амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ, ґрунтується на таких принципах:

Людиноорієнтований підхід. Медична допомога організовується з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта, його клінічного стану, соціальних обставин, місця проживання/перебування, побажань та можливостей отримувати медичну допомогу.

Безперервність медичної допомоги. Організація медичної допомоги має забезпечувати безперервне ведення пацієнта протягом усього періоду лікування незалежно від місця отримання медичної допомоги, залучених фахівців чи моделі ведення.

Спільне ведення пацієнта. До ведення пацієнта можуть залучатися лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ, лікар, який надає первинну медичну допомогу, та інші фахівці відповідно до їх компетенції, визначених функцій і потреб пацієнта.

Чіткий розподіл функцій. Функції між учасниками спільного ведення визначаються з урахуванням клінічної ситуації, компетенції фахівців та організаційних можливостей закладів охорони здоров'я. При цьому забезпечується узгодженість клінічних рішень та дій усіх учасників.

Безперервний обмін інформацією. Медичні працівники та інші залучені фахівці забезпечують своєчасний обмін інформацією, необхідною для організації лікування, моніторингу його ефективності, виявлення небажаних явищ та підтримки прихильності пацієнта до лікування.

Доступність медичної допомоги. За можливості окремі заходи, пов'язані з лікуванням та медичним спостереженням, організовуються максимально наближено до місця проживання/перебування пацієнта без зниження якості та безпеки медичної допомоги.

Гнучкість моделі ведення. Модель спільного ведення визначається індивідуально та може переглядатися на будь-якому етапі лікування залежно від клінічного стану пацієнта, перебігу лікування, виникнення небажаних явищ, потреб пацієнта або інших обставин, що можуть впливати на організацію медичної допомоги.

Мультидисциплінарний підхід. Ведення людей, які хворіють на ТБ, здійснюється із залученням фахівців відповідно до їх компетенції та функцій. Для забезпечення комплексної, людиноорієнтованої допомоги, залежно від потреб пацієнта, до ведення можуть залучатися члени мультидисциплінарної команди.

ПРИНЦИПИ СПІЛЬНОГО ВЕДЕННЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ТБ



2. Амбулаторне лікування людей, які хворіють на ТБ

2.1. Визначення можливості амбулаторного лікування

Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ оцінює наявність показань до госпіталізації відповідно до критеріїв, визначених Стандартом медичної допомоги «Туберкульоз». За відсутності показань до госпіталізації або після завершення стаціонарного етапу лікування пацієнт продовжує лікування в амбулаторних умовах.

2.2 Амбулаторне лікування туберкульозу та контагіозність

Амбулаторне лікування є безпечним та здійсненим підходом для більшості людей, які хворіють на туберкульоз, за умов належної організації медичної допомоги та дотримання заходів інфекційного контролю за туберкульозом (ІК ТБ) відповідно до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженого наказом МОЗ України №287 від 01.02.2019 (далі — Стандарт ІК ТБ).

Після початку ефективного лікування ТБ контагіозність людини швидко знижується. Дані міжнародних досліджень свідчать про суттєве зниження ризику передачі ТБ уже протягом перших тижнів лікування. Водночас наявність позитивного мазка або культури через 2–3 тижні лікування не означає автоматично, що людина залишається контагіозною, оскільки бактеріологічна конверсія не є прямим показником контагіозності. Результат дослідження мазка мокротиння використовується насамперед для оцінки ефективності лікування, ніж для визначення епідемічної небезпеки пацієнта.

У систематичному огляді та мета-аналізі досліджень конверсії мокротиння показано, що через 2 тижні лікування конверсія мазка відбувається лише у частини пацієнтів, а більшість пацієнтів можуть залишатися культурально позитивними. Зменшення кашлю та утворення

інфекційного аерозолі після початку лікування також знижують потенціал передачі ТБ. Це підтверджує, що саме бактеріологічний статус не може використовуватися як єдиний критерій контагіозності. Рішення про контагіозність пацієнта приймається лікарем-фтизіатром на підставі комплексної клінічної оцінки.

Клінічні дослідження також свідчать про швидке зниження ризику передачі інфекції після початку ефективного лікування. Так, в одному з досліджень пацієнтів виписували із стаціонару після двох тижнів лікування, незважаючи на те, що у 90% мазок мокротиння залишався позитивним. При цьому 97% контактних, які на початку не мали ТБ-інфекції, не мали конверсії тесту. Інші дослідження також не виявили суттєвої різниці в ризику інфікування контактних осіб залежно від того, чи залишався мазок пацієнта позитивним після початку лікування.

Після того, як людина перестає становити ризик передачі ТБ, подальше амбулаторне лікування та необхідні медичні візити можуть здійснюватися на загальних підставах, без застосування додаткових повітряних заходів захисту, відповідно до моделі амбулаторного лікування.

Якщо на початку лікування людина залишається контагіозною, але за клінічними критеріями може отримувати лікування амбулаторно, необхідно мінімізувати її відвідування закладу охорони здоров'я. В такому випадку отримання протитуберкульозних лікарських засобів та безпосереднє спостереження за їх прийомом (контрольоване лікування) організовуються за місцем проживання або перебування, у тому числі з використанням засобів телемедицини. За необхідності відвідування закладу охорони здоров'я організовується поза загальною чергою, з мінімізацією часу перебування в приміщенні та дотриманням заходів ІК ТБ відповідно до Стандарту №287.

2.3. Моделі амбулаторного лікування

Модель амбулаторного лікування — це спосіб організації медичної допомоги, який визначає, як саме надається допомога, хто з фахівців до неї залучений, як вони взаємодіють та розподіляють між собою функції.

Людиноорієнтований підхід передбачає, що необхідна допомога надається людині, яка хворіє на ТБ, у потрібний час, відповідними фахівцями та в доступному для неї місці, з урахуванням її потреб, побажань, життєвих обставин та можливостей отримувати медичну допомогу.

Таким чином модель амбулаторного лікування визначає розподіл функцій між лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ, лікарем, який надає первинну медичну допомогу, та іншими залученими фахівцями під час амбулаторного лікування людини, яка хворіє на ТБ.

Вона формується на початку амбулаторного лікування та за потреби може переглядатися протягом його проведення залежно від клінічної ситуації, потреб пацієнта або організаційних умов надання медичної допомоги.

Моделі амбулаторного лікування:

Модель 1. Ведення лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ.

Амбулаторне лікування організовується та здійснюється під безпосереднім веденням лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ, який забезпечує клінічний супровід, прийняття рішень щодо лікування та координацію необхідних заходів. Інші фахівці можуть залучатися відповідно до потреб людини, яка хворіє на ТБ.

Модель 2. Спільне ведення лікарем, який надає первинну медичну допомогу, та лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ.

Амбулаторне лікування здійснюється спільно лікарем, який надає первинну медичну допомогу, та лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ відповідно до визначеного розподілу функцій. Лікар, який надає первинну медичну допомогу, забезпечує визначені заходи з

амбулаторного ведення, наближені до місця проживання або перебування людини, тоді як лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ забезпечує клінічний супровід та прийняття рішень щодо лікування.

Надання послуг з амбулаторного лікування людей, які хворіють на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги здійснюється в межах пакета медичних послуг Програми медичних гарантій «Первинна медична допомога».

Для надання таких послуг заклад первинної медичної допомоги повинен:

- забезпечити проходження працівниками, які надають медичну допомогу людям, які хворіють на туберкульоз, відповідного навчання відповідно до вимог специфікації;
- працювати в медичній інформаційній системі (МІС), підключеній до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я (ЦБД ЕСОЗ);
- забезпечити взаємодію з регіональним фтизіопульмонологічним центром для координації лікування та забезпечення його безперервності.

До будь-якої з моделей, залежно від потреб пацієнта, можуть додатково залучатися:

- сам пацієнт;
- медичні сестри;
- соціальні працівники;
- психологи;
- інші члени мультидисциплінарної команди;
- члени сім'ї або інші особи, визначені пацієнтом;
- представники громади тощо.

2.4. Вибір моделі амбулаторного лікування

Вибір моделі амбулаторного лікування здійснюється лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ спільно з пацієнтом з урахуванням клінічної ситуації, потреб пацієнта, можливості забезпечення безпечного лікування та організаційних можливостей закладів охорони здоров'я. За необхідності до обговорення можуть залучатися лікар, який надає первинну медичну допомогу, та інші фахівці.

Під час визначення моделі амбулаторного лікування доцільно враховувати:

Потреби та побажання пацієнта:

- побажання пацієнта щодо залучення лікаря, який надає первинну медичну допомогу;
- прихильність до лікування;
- потребу в МПСС

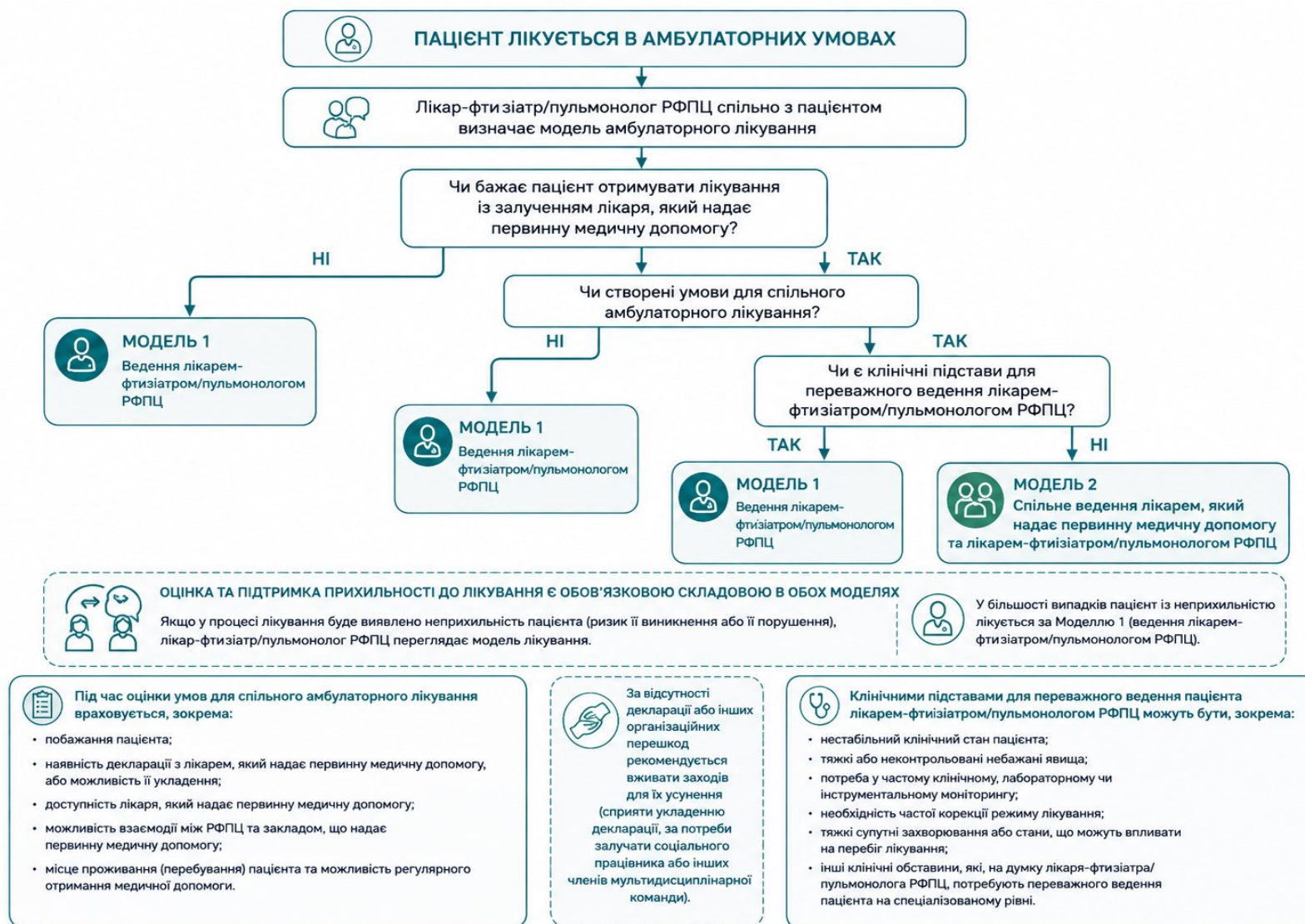
Організаційні чинники:

- наявність декларації з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, або можливість її укладення;
- місце проживання (перебування) пацієнта та можливість регулярного отримання медичної допомоги;
- можливість взаємодії між РФПЦ та закладом, що надає первинну медичну допомогу.

Клінічні чинники:

- стабільність клінічного стану пацієнта;
- режим лікування;
- наявність або ризик розвитку небажаних явищ;
- потребу в регулярному клінічному, лабораторному чи інструментальному моніторингу;
- необхідність корекції лікування;
- наявність супутніх захворювань або інших клінічних станів, що можуть впливати на організацію амбулаторного лікування. можливість забезпечення взаємодії між РФПЦ та лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

Алгоритм вибору моделі амбулаторного лікування

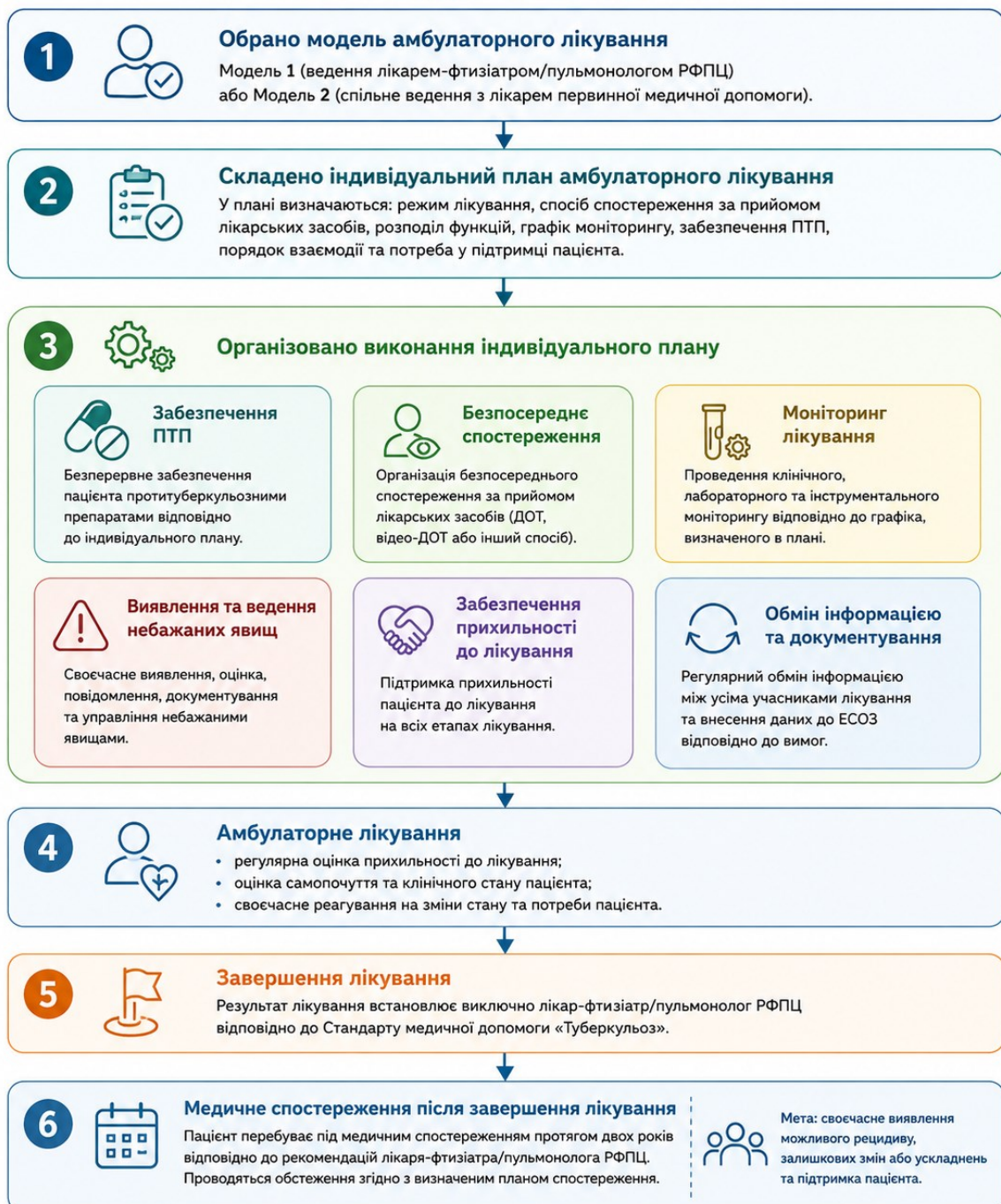


3. Організація амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ

Після визначення моделі амбулаторного лікування необхідно організувати подальше ведення пацієнта відповідно до обраної моделі. На цьому етапі визначаються спосіб спостереження за прийомом лікарських засобів, відповідальні особи, порядок забезпечення лікарськими засобами, обсяг моніторингу лікування, порядок взаємодії між учасниками лікування та обміну інформацією.

Організацію амбулаторного лікування рекомендується здійснювати за послідовністю, наведеною на рисунку

Організація амбулаторного лікування після вибору моделі ведення



3.1. Індивідуальний план амбулаторного лікування

Після визначення моделі амбулаторного лікування лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ формує індивідуальний план амбулаторного лікування, який визначає організацію подальшого ведення пацієнта та **розподіл функцій між усіма залученими учасниками.**

Індивідуальний план формується в ЕСОЗ (за наявності технічної можливості) та переглядається у разі зміни клінічного стану пацієнта, режиму лікування, моделі амбулаторного лікування або інших обставин, що можуть впливати на організацію медичної допомоги, але не рідше, ніж 1 раз в місяць.

За відсутності технічної можливості доступу лікаря, який надає первинну медичну допомогу, до індивідуального плану в ЕСОЗ лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ забезпечує передачу інформації у вигляді виписки або іншого медичного документа, що містить відомості, необхідні для організації амбулаторного лікування.

Інформація, що передається лікарю, який надає первинну медичну допомогу та необхідна для організації амбулаторного лікування пацієнта:

- клінічний діагноз;
- режим лікування (перелік протитуберкульозних препаратів, їх дози, кратність та тривалість застосування, орієнтовна дата завершення лікування);
- модель амбулаторного лікування;
- спосіб спостереження за прийомом лікарських засобів (визначається спільно з лікарем, який надає первинну медичну допомогу та пацієнтом));
- розподіл функцій між лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ, лікарем, який надає первинну медичну допомогу, та іншими залученими фахівцями;
- графік клінічного, лабораторного та інструментального моніторингу;
- організація забезпечення пацієнта лікарськими засобами;
- організація взаємодії між учасниками лікування та **контакти відповідального лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ;**
- потребу в МПСС та інших заходах підтримки пацієнта.

3.2. Організація забезпечення протитуберкульозними препаратами

Безперервне забезпечення людини, яка хворіє на ТБ, протитуберкульозними препаратами є обов'язковою умовою ефективного амбулаторного лікування. Організація забезпечення лікарськими засобами здійснюється відповідно до обраної моделі амбулаторного лікування.

При моделі 1 (ведення лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ):

- у РФПЦ визначається відповідальна особа, яка здійснює видачу протитуберкульозних препаратів пацієнту;
- визначаються місце, періодичність та обсяг видачі лікарських засобів відповідно до індивідуального плану амбулаторного лікування та способу спостереження за прийомом лікарських засобів.

При моделі 2 (спільне ведення лікарем, який надає первинну медичну допомогу, та лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ.):

- заклад, що надає первинну медичну допомогу, організовує забезпечення пацієнта протитуберкульозними препаратами шляхом їх отримання від РФПЦ відповідно до індивідуального плану амбулаторного лікування;
- до моменту отримання закладом, що надає первинну медичну допомогу, протитуберкульозних препаратів від РФПЦ лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ видає пацієнту лікарські засоби в кількості, достатній для забезпечення безперервного лікування;
- після отримання закладом, що надає первинну медичну допомогу, протитуберкульозних препаратів від РФПЦ їх подальша видача пацієнту здійснюється відповідно до індивідуального плану амбулаторного лікування.

Рекомендований запас лікарських засобів для пацієнта має становити кількість, **необхідну для одного місяця лікування**, якщо інше не визначено з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта.

У разі зміни режиму лікування, моделі амбулаторного лікування або інших обставин, що впливають на потребу в лікарських засобах, **забезпечення пацієнта протитуберкульозними препаратами переглядається без допущення перерв у лікуванні.**

3.3. Організація спостереження за прийомом лікарських засобів

Лікування людей, які хворіють на ТБ, повинно здійснюватися **під безпосереднім спостереженням** за прийомом протитуберкульозних препаратів. Безпосереднє спостереження є одним із ключових компонентів лікування, сприяє підтримці прихильності до лікування, своєчасному виявленню проблем, пов'язаних із прийомом лікарських засобів, та знижує ризик переривання лікування і розвитку лікарської стійкості, що підвищує ефективність лікування.

Спосіб організації безпосереднього спостереження визначається під час формування індивідуального плану амбулаторного лікування.

- **При моделі 1** спосіб безпосереднього спостереження визначає та організовує лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ.
- **При моделі 2** лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ визначає рекомендований спосіб безпосереднього спостереження, який включається до індивідуального плану амбулаторного лікування, а його організацію забезпечує лікар, який надає первинну медичну допомогу.

Під час вибору способу безпосереднього спостереження рекомендується враховувати:

- клінічний стан пацієнта;
- прихильність пацієнта до лікування;
- ризик переривання лікування;
- місце проживання (перебування) пацієнта;
- транспортну доступність закладу охорони здоров'я;
- наявність кадрових та технічних ресурсів;
- побажання пацієнта.

Способи безпосереднього спостереження за прийомом протитуберкульозних препаратів

Спосіб безпосереднього спостереження за прийомом протитуберкульозних препаратів визначається індивідуально для кожного пацієнта та може переглядатися протягом лікування

залежно від зміни клінічної ситуації, рівня прихильності до лікування, місця проживання (перебування) пацієнта або інших обставин.

Під час організації безпосереднього спостереження рекомендується застосовувати один із таких способів:

1. Підтримка лікування за допомогою відеозв'язку (відео-ДОТ)

За наявності технічної можливості рекомендується використовувати Відео-ДОТ як людиноорієнтований спосіб безпосереднього спостереження, що забезпечує прийому лікарських засобів без необхідності щоденного відвідування закладу охорони здоров'я.

Організація Відео-ДОТ здійснюється відповідно до стандартної операційної процедури (Додаток 1).

2. Безпосереднє спостереження в закладі охорони здоров'я

Пацієнт приймає протитуберкульозні препарати під безпосереднім спостереженням медичного працівника у визначеному закладі охорони здоров'я.

Такий спосіб доцільний, якщо пацієнт має можливість регулярно відвідувати заклад охорони здоров'я. При цьому рекомендується забезпечити можливість проведення безпосереднього спостереження **щоденно, включаючи вихідні та святкові дні**, відповідно до режиму лікування.

3. Безпосереднє спостереження за місцем проживання (перебування) пацієнта із залученням інших осіб або без їх залучення

Якщо пацієнт не має можливості регулярно відвідувати заклад охорони здоров'я, безпосереднє спостереження може здійснюватися за місцем його проживання (перебування) медичним працівником або соціальним працівником.

У разі неможливості організації безпосереднього спостереження зазначеними способами, за згодою пацієнта та після відповідного інструктажу можуть залучатися **члени сім'ї, інші близькі особи або представники громади**.

Такі особи здійснюють спостереження за прийомом лікарських засобів та своєчасно інформують медичного працівника про пропуски прийому препаратів, погіршення стану пацієнта або інші обставини, що можуть впливати на лікування.

Обраний спосіб безпосереднього спостереження повинен бути максимально зручним для пацієнта та водночас забезпечувати регулярний прийом протитуберкульозних препаратів протягом усього курсу лікування. Якщо обраний спосіб не забезпечує належної прихильності до лікування або його реалізація стає неможливою, спосіб безпосереднього спостереження переглядається без переривання лікування.



Під час кожного контакту з пацієнтом особи, яка здійснює безпосереднє спостереження за прийомом протитуберкульозних препаратів, рекомендовано:

- підтвердити прийом лікарських засобів;
- оцінити прихильність пацієнта до лікування;
- уточнити самопочуття пацієнта та наявність скарг;
- звернути увагу на можливі небажані явища;
- за потреби надати пацієнту необхідні рекомендації;
- у разі виявлення проблем невідкладно поінформувати відповідального лікаря відповідно до моделі амбулаторного лікування.

Документування безпосереднього спостереження за прийомом ліків

Кожний підтверджений прийом протитуберкульозних препаратів підлягає документуванню в інформаційній системі «Моніторинг соціально значущих хвороб» (ІС СЗХ) лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ.

У разі ведення паперової медичної документації факт прийому лікарських засобів фіксується у формі первинної облікової документації № ТБ 01 із зазначенням ініціалів особи, яка підтвердила прийом лікарських засобів.

У разі ведення форми № ТБ 01 у паперовій формі має бути забезпечено своєчасне надходження інформації лікарю-фтизіатру/пульмонологу РФПЦ відповідно до визначеного механізму взаємодії між учасниками амбулаторного лікування.

Частота передачі інформації має забезпечувати можливість своєчасного ведення медичної документації, внесення відповідних відомостей до ІС СЗХ та прийняття клінічних рішень, **але не рідше 1 раз на місяць.**

У разі пропуску прийому лікарських засобів подальші дії здійснюються відповідно до рекомендацій щодо організації взаємодії учасників мультидисциплінарної команди при наданні медико-психосоціального супроводу пацієнтам із туберкульозом на рівні первинної медичної допомоги.

3.4. Організація моніторингу лікування

Моніторинг ефективності та безпеки лікування здійснюється відповідно до Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз» та індивідуального плану амбулаторного лікування.

Під час спільного амбулаторного лікування лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ визначає обсяг, періодичність та строки проведення клінічного, лабораторного й інструментального моніторингу, інтерпретує отримані результати та за потреби приймає рішення щодо корекції лікування.

Лікар, який надає первинну медичну допомогу, забезпечує організацію проведення визначених індивідуальним планом лікування досліджень, контроль своєчасності їх виконання, інформування пацієнта про необхідність проходження обстежень та передачу результатів лікарю-фтизіатру/пульмонологу РФПЦ.

Забір біологічного матеріалу, зокрема мокротиння, для моніторингу ефективності лікування здійснюється із дотриманням вимог інфекційного контролю відповідно до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу людям, які хворіють на ТБ, затвердженого наказом МОЗ України від 01.02.2019 № 287.

За потреби окремі лабораторні або інструментальні дослідження можуть проводитися як у РФПЦ, так і в інших закладах охорони здоров'я відповідно до їх компетенції та організаційних можливостей.

У випадках, коли відповідно до Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз» окремі дослідження виконуються виключно в РФПЦ, лікар, який надає первинну медичну допомогу, забезпечує направлення пацієнта до РФПЦ або, за наявності організаційної можливості, організовує транспортування біологічного матеріалу відповідно до локально визначеного маршруту.

Результати проведеного моніторингу своєчасно передаються лікарю-фтизіатру/пульмонологу РФПЦ для оцінки ефективності лікування, виявлення небажаних явищ та прийняття подальших клінічних рішень.

Таблиця 1. Організація моніторингу під час спільного амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ

Вид моніторингу	Хто забезпечує проведення	Де може проводитися	Хто оцінює результати та приймає клінічні рішення
 Клінічне спостереження за станом пацієнта	Лікар, який здійснює амбулаторне спостереження відповідно до моделі лікування	РФПЦ або заклад, що надає первинну медичну допомогу	Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ
 Лабораторні дослідження крові та інших біологічних матеріалів (крім мікробіологічних)	Лікар, який надає первинну медичну допомогу, або лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ відповідно до індивідуального плану лікування	Заклад охорони здоров'я, що має відповідні можливості	Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ
 Інструментальні дослідження	Лікар, який надає первинну медичну допомогу, або лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ відповідно до індивідуального плану лікування	Заклад охорони здоров'я, що має відповідні можливості	Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ
 Мікробіологічні дослідження, передбачені Стандартом медичної допомоги «Туберкульоз»	Лікар, який надає первинну медичну допомогу, забезпечує направлення пацієнта або організацію транспортування біологічного матеріалу; РФПЦ забезпечує проведення дослідження	РФПЦ	Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ

Таблиця 2. Розподіл відповідальності щодо організації моніторингу лікування

Дія	Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ	Лікар, який надає первинну медичну допомогу
Визначає обсяг і періодичність моніторингу	✓	
Організовує проведення обстежень		✓
Контролює своєчасність виконання		✓
Отримує результати	✓	✓
Інтерпретує результати	✓	
Приймає рішення щодо корекції лікування	✓	
Інформує пацієнта про необхідність обстежень		✓

3.5. Організація виявлення, реєстрації та ведення небажаних явищ

Люди, які хворіють на ТБ, повинні перебувати під постійним наглядом щодо розвитку небажаних явищ, пов'язаних із застосуванням протитуберкульозних препаратів. Своєчасне виявлення, документування, повідомлення та належне ведення небажаних явищ є важливою складовою безпечного лікування та сприяє запобіганню його перериванню.

Під час амбулаторного лікування виявлення небажаних явищ здійснюється під час кожного контакту з пацієнтом, незалежно від способу безпосереднього спостереження за прийомом протитуберкульозних препаратів.

Лікар, який надає первинну медичну допомогу, а також інші особи, які здійснюють безпосереднє спостереження за прийомом лікарських засобів, звертають увагу на скарги пацієнта, зміни клінічного стану, результати лабораторного та інструментального моніторингу, а також інші ознаки, що можуть свідчити про розвиток небажаного явища.

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Проводиться при кожному візиті



Чи з'явилося щось нове або посилилося з моменту останнього візиту?

☐ **НІ** – перейдіть до наступного візиту

☐ **ТАК** – уточніть, що саме турбує

Чи турбує вас щось із перерахованого?		Так	Ні	Примітки
 1. САМОПОЧУТТЯ	Слабкість, втома, головний біль, запаморочення, температура, озноб, грипоподібні симптоми?	☐	☐	
 2. ШЛУНОК / КИШЕЧНИК	Нудота, блювання, біль або печіння у животі, діарея, закреп, здуття, зниження апетиту?	☐	☐	
 3. ШКІРА / АЛЕРГІЯ	Свербіж, висип, почервоніння, набряки (обличчя, губ, очей), пухирі або ураження слизових оболонок?	☐	☐	
 4. ЗІР	Погіршення зору або зміна сприйняття кольорів?	☐	☐	
 5. СЛУХ / РІВНОВАГА	Шум або дзвін у вухах, закладеність, погіршення слуху, запаморочення, порушення рівноваги?	☐	☐	
 6. НЕРВОВА СИСТЕМА	Оніміння, поколювання, печіння, зміна чутливості шкіри, слабкість у руках/ногах, порушення координації, судоми?	☐	☐	
 7. СЕРЦЕ	Серцебиття, перебої в роботі серця, потемніння в очах, непритомність?	☐	☐	
 8. ДИХАННЯ	Посилення кашлю, задишка, утруднене дихання, свистяче дихання?	☐	☐	
 9. М'ЯЗИ / СУГЛОБИ	Біль у м'язах, суглобах, набряк, почервоніння суглобів, біль у сухожиллях (особливо під час руху)?	☐	☐	
 10. НАСТРІЙ / СОН	Тривожність, пригнічений настрій, проблеми зі сном, незвичні думки чи зміни поведінки? (у т.ч. думки про самопошкодження або заподіяння шкоди іншим)	☐	☐	
 11. СЕЧОВИПУСКАННЯ	Чи змінилася кількість або колір сечі, чи з'явився біль або дискомфорт?	☐	☐	
 12. ІНШЕ	Чи є будь-які інші нові або незвичні симптоми?	☐	☐	

НЕГАЙНО ПОВІДОМИТИ МЕДПРАЦІВНИКА або ЗВЕРНУТИСЯ ПО НЕВІДКЛАДНУ ДОПОМОГУ, якщо з'явилися такі симптоми:



Повідомляйте про будь-які зміни свого самопочуття – це допоможе безпечно та ефективно завершити лікування.

У разі виявлення або підозри на небажане явище лікар, який надає первинну медичну допомогу:

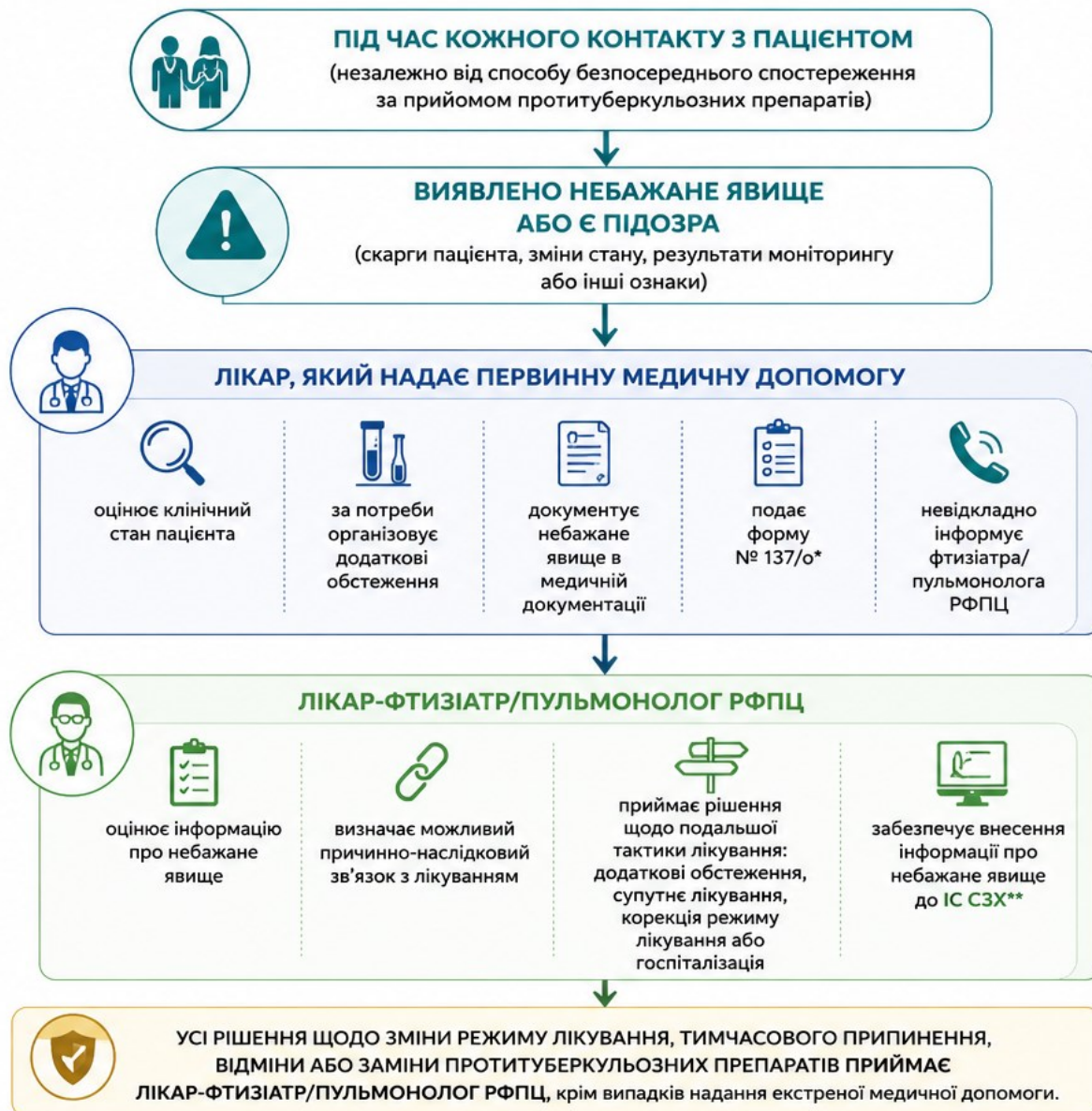
- оцінює клінічний стан пацієнта;
- за потреби організовує проведення додаткових обстежень;
- документує небажане явище в медичній документації;
- подає **форму № 137/о** відповідно до вимог законодавства щодо здійснення фармаконагляду;
- **невідкладно інформує лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ.**

Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ:

- оцінює отриману інформацію;
- визначає можливий причинно-наслідковий зв'язок небажаного явища із застосуванням протитуберкульозних препаратів;
- приймає рішення щодо необхідності додаткових обстежень, призначення супутнього лікування, корекції режиму лікування або госпіталізації пацієнта;
- забезпечує внесення інформації про небажане явище до **Інформаційної системи «Моніторинг соціальнозначущих хвороб»**, якщо інше не визначено розподілом функцій між учасниками лікування.
-

Усі рішення щодо зміни режиму лікування, тимчасового припинення, відміни або заміни протитуберкульозних препаратів приймає лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ, крім випадків надання екстреної медичної допомоги.

Схема алгоритму дій щодо побічних реакцій/небажаних явищ



* Подається лікарем, який виявив небажане явище, відповідно до вимог законодавства у сфері фармаконагляду.

** Інформація про небажане явище та прийняті клінічні рішення вноситься до ІС СЗХ лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ або іншою відповідальною особою відповідно до розподілу функцій між учасниками лікування.

4. Прихильність до лікування та роль медико-психосоціального супроводу пацієнтів, які хворіють на туберкульоз

Успішне лікування туберкульозу залежить не лише від правильно призначеної схеми лікування, а й від того, наскільки пацієнт здатний регулярно та безперервно її виконувати. Пропуски прийому препаратів, самовільне припинення лікування або втрата контакту з пацієнтом можуть призвести до неефективності лікування, погіршення стану здоров'я та інших негативних наслідків. Тому **підтримка прихильності до лікування має бути невід'ємною частиною ведення пацієнта з туберкульозом.**

Важливо розуміти, що порушення прихильності не завжди є свідомим рішенням пацієнта. На регулярність лікування можуть впливати соціальні, психологічні, побутові та інші обставини: нестабільне місце проживання, вживання психоактивних речовин, складнощі з доступом до медичної допомоги, недостатнє розуміння лікування або інші життєві проблеми. Саме тому пацієнту, який має такі труднощі, може бути необхідний **медико-психосоціальний супровід** (далі – МПСС) - комплексна підтримка, спрямована на подолання бар'єрів, що заважають безперервному лікуванню.

Послуги МПСС для пацієнтів, які хворіють на туберкульоз, в Україні надаються соціальними працівниками неурядових організацій за кошти державного бюджету та за донорські кошти.

Медико-психосоціальний супровід ґрунтується на **мультидисциплінарному підході**, оскільки причини, які можуть ускладнювати дотримання лікування, часто виходять за межі суто медичних проблем. До складу МДК входять лікарі з надання первинної медичної допомоги, медичні сестри / брати, лікарі-фтизіатри регіональних фтизіопульмонологічних центрів, соціальні працівники – надавачі послуг МПСС. МДК за потреби може передбачати включення лікарів інших спеціальностей, психолога, юриста.

Отримувачами послуг МПСС – є пацієнти з чутливим та стійким туберкульозом, які відносяться до **груп підвищеного ризику втрати для подальшого спостереження** через індивідуальні, системні або суспільні бар'єри у доступі до медичної допомоги.

До груп підвищеного ризику втрати для подальшого спостереження відносяться пацієнти, які:

- мають низьку прихильність до лікування;
- мають стани, що обумовлюють обмеження рухливості та особливі потреби;
- перебувають у складних життєвих обставинах;
- мають алкогольну залежність, залежність від психоактивних речовин;
- звільнені з місць позбавлення волі;
- мають економічні перешкоди;
- мають карантинні обмеження, перебувають в зоні воєнних дій / збройних конфліктів.

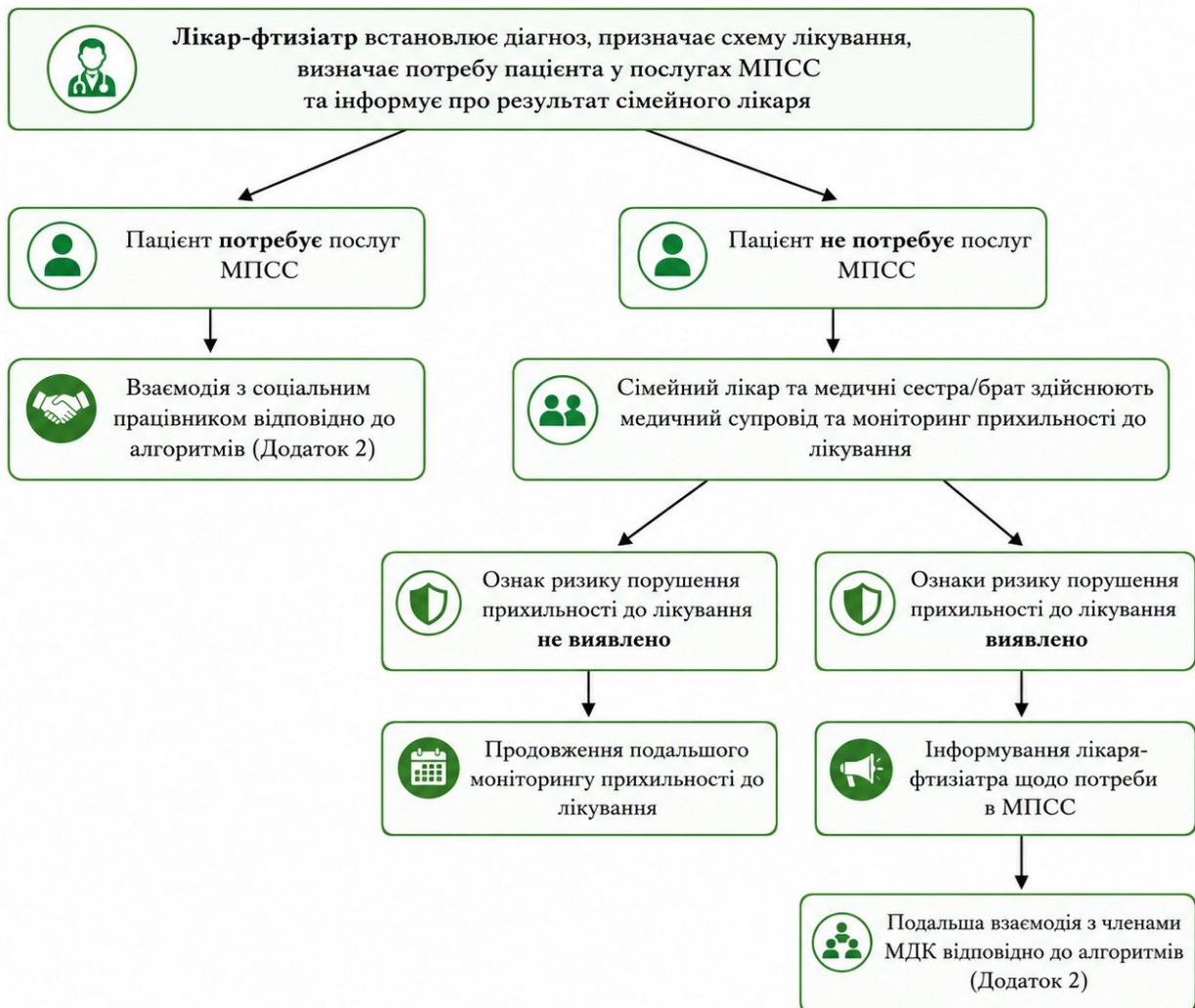
Медико-психосоціальний супровід має бути складовою комплексного ведення пацієнта з туберкульозом на всіх етапах лікування, у тому числі на рівні первинної медичної допомоги.

Ключовою роллю сімейного лікаря в цьому процесі є своєчасне виявлення перших ознак ризику порушення прихильності до лікування, з'ясування причин та своєчасне залучення додаткової підтримки. Раннє виявлення проблеми дає змогу втрутитися до того, як пацієнт втратить контакт із системою медичної допомоги та перерве лікування.

Взаємодія щодо забезпечення прихильності пацієнта до лікування

Після встановлення діагнозу туберкульозу та визначення тактики лікування лікар-фтизіатр направляє пацієнта під медичний нагляд сімейного лікаря. Одночасно лікар-фтизіатр оцінює потребу пацієнта у послугах МПСС. У разі залучення пацієнта до МПСС лікар-фтизіатр інформує сімейного лікаря про надання пацієнту послуг МПСС та надає контактні дані соціального працівника. Подальший порядок взаємодії учасників МДК залежить від того, чи отримує пацієнт послуги МПСС.

Якщо пацієнт не отримує послуги МПСС, сімейний лікар та медична сестра/медичний брат здійснюють **моніторинг прихильності до лікування**. У разі виявлення ознак, що можуть свідчити про ризик переривання лікування (Додаток 2), сімейний лікар інформує про це лікаря-фтизіатра для визначення потреби у наданні пацієнту послуг МПСС.



5. Документування та обмін інформацією

Документування медичної допомоги в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я (ЦБД ЕСОЗ) забезпечує безперервність лікування, координацію дій між учасниками лікування, обмін медичною інформацією та створює підстави для обліку й оплати наданих медичних послуг відповідно до вимог Програми медичних гарантій.

Під час амбулаторного лікування процес лікування супроводжується створенням регулярних електронних медичних записів у ЦБД ЕСОЗ. При цьому використовуються основні об'єкти даних електронної системи охорони здоров'я: епізод медичної допомоги, взаємодія, діагноз, інтервенції та електронне направлення.

Основні об'єкти даних в ЕСОЗ:

1. План лікування створюється лікарем-фтизіатром у межах епізоду лікування на підставі завершеної медичної взаємодії, під час якої визначено діагноз і тактику лікування пацієнта. Посилання на цю медичну взаємодію є обов'язковим для створення плану лікування в ЦБД ЕСОЗ.

План лікування є окремим об'єктом ЦБД ЕСОЗ, пов'язаним із відповідним епізодом медичної допомоги та медичною взаємодією, у межах якої його створено. План визначає основні параметри лікування та подальшого медичного спостереження пацієнта.

Для ведення пацієнта з туберкульозом у плані лікування має бути відображена інформація, необхідна для організації та моніторингу лікування, зокрема:

основний діагноз;

схема лікування;

перелік призначених протитуберкульозних препаратів;

дозування препаратів;

кратність прийому;

тривалість лікування;

строки проведення контрольних обстежень;

рекомендації щодо медичного супроводу пацієнта на рівні ПМД;

перелік показників та обстежень, які необхідно контролювати під час лікування;

строки проведення моніторингу;

рекомендації щодо дій у разі виникнення небажаних явищ або інших відхилень від запланованого перебігу лікування;

умови, за яких необхідно поінформувати або повторно залучити лікаря-фтизіатра.

У межах плану лікування можуть створюватися відповідні призначення, у яких деталізуються заплановані лікарські засоби, медичні послуги, медичні вироби та інтервенції, їх кількість, період та умови виконання.

При цьому детальна клінічна інформація, результати обстежень, рекомендації та інші відомості, необхідні для продовження лікування на рівні ПМД, можуть також передаватися у складі виписки з медичної документації **за формою № 027/о**. У матеріалах щодо організації передачі пацієнта на ПМД окремо передбачені план лікування в ЦБД ЕСОЗ, виписка №027/о та передача протитуберкульозних препаратів.

Під час подальшого лікування новий епізод медичної допомоги та новий план лікування при кожній наступній взаємодії не створюються. **Наступні взаємодії та відповідні медичні записи здійснюються в межах уже створеного епізоду лікування та чинного плану лікування.** За потреби план лікування може актуалізуватися відповідно до зміни тактики лікування.

2. Епізод медичної допомоги

Епізод медичної допомоги документує період від початку до завершення надання медичної допомоги людині, яка хворіє на туберкульоз, щодо конкретної проблеми зі здоров'ям.

При створенні епізоду заповнюються такі атрибути:

- тип епізоду;
- дата відкриття епізоду;
- статус;
- назва епізоду;
- лікуючий лікар.

При завершенні епізоду зазначаються:

- причина закриття.

3. Взаємодія

Взаємодія документує кожне окреме звернення людини, яка хворіє на туберкульоз, у межах епізоду медичної допомоги та включає такі атрибути:

- місце надання медичної допомоги — підрозділ закладу охорони здоров'я;
- медичний працівник — прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) медичного працівника, який створює взаємодію;
- дата взаємодії — дата проведення консультації;
- клас взаємодії — для лікаря, який надає первинну медичну допомогу, — **«Первинна медична допомога»**, для лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ — **«Амбулаторна медична допомога»**;
- **пріоритетність** — зазвичай **«Планове»**;
- тип взаємодії — **«Взаємодія в закладі охорони здоров'я»** або **«Консультація пацієнта засобами зв'язку»** (для первинної медичної допомоги);
- додаткова інформація — посилання на діагностичні звіти та спостереження;
- призначення — рекомендації лікаря для пацієнта;
- причина звернення — код за **ІСРС-2**;
- примітки — додаткові коментарі щодо огляду.

3.1. Діагностичний запис

Діагностичний запис містить дані про стан людини, яка хворіє на туберкульоз, та встановлений діагноз.

Для лікаря, який надає первинну медичну допомогу:

- роль діагнозу — **«Основний»**, **«Супутній»**, **«Ускладнення»**;
- код діагнозу — для основного діагнозу туберкульозу використовується код **A70** за **ІСРС-2**;
- клінічний статус — для основного діагнозу **«Активний»**;
- вид діагнозу — для основного діагнозу **«Заключний»**;
- дата встановлення — дата встановлення діагнозу лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ;
- первинне джерело — **«Ні»**;
- посилання на джерело — **«Запис у паперовій документації»**;
- ступінь тяжкості — **«Легкий»** або **«Середньої тяжкості»**;
- частина тіла — локалізація ураження;
- докази — додаткова інформація;
- примітки — уточнення щодо діагнозу.

Для лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ:

- код діагнозу — коди **A15–A19** за **НК 025:2021** «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»;
- клінічний статус — «Активний», «Рецидив», «Ремісія», «Вилікуваний»;
- первинне джерело — «Так»;
- ким визначено стан — лікар, який встановив діагноз;
- інші поля заповнюються відповідно до вимог електронної системи охорони здоров'я.

3.2. Інтервенції

Записи про проведені медичні втручання:

Для лікаря, який надає первинну медичну допомогу:

- проведені дії — коди за **ІСРС-2**;
- примітки — уточнення щодо проведених дій.

Для лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ:

- проведені дії — коди за **НК 026:2021** «Класифікатор медичних інтервенцій»;
- примітки — уточнення щодо проведених дій.

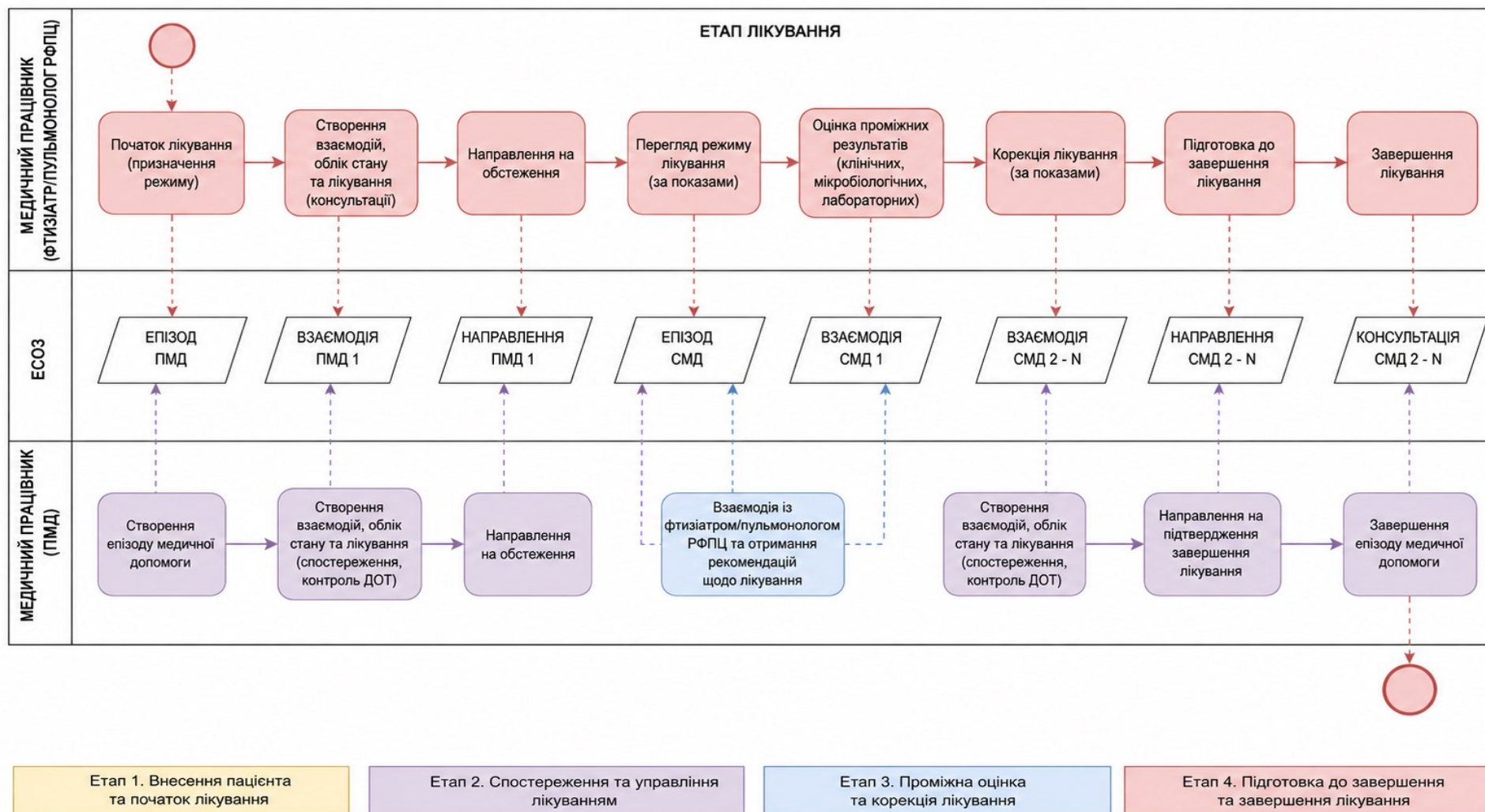
4. Електронне направлення

Електронне направлення створюється при потребі консультації лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ (як при первинній підозрі на туберкульоз, так і для підтвердження завершення лікування).

Включає такі атрибути:

- програма — «Програма державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення»;
- пріоритет — «Планово»;
- категорія — «Консультація»;
- код послуги — консультація лікаря-фтизіатра (дорослого або дитячого) відповідно до чинної Таблиці співставлення медичних послуг;
- рекомендований строк реалізації;
- підстави направлення;
- додаткова медична інформація;
- примітки;
- інструкція для пацієнта

Схема документування медичної допомоги в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я (ЦБД ЕСОЗ) під час амбулаторного лікування людей, які хворіють на туберкульоз



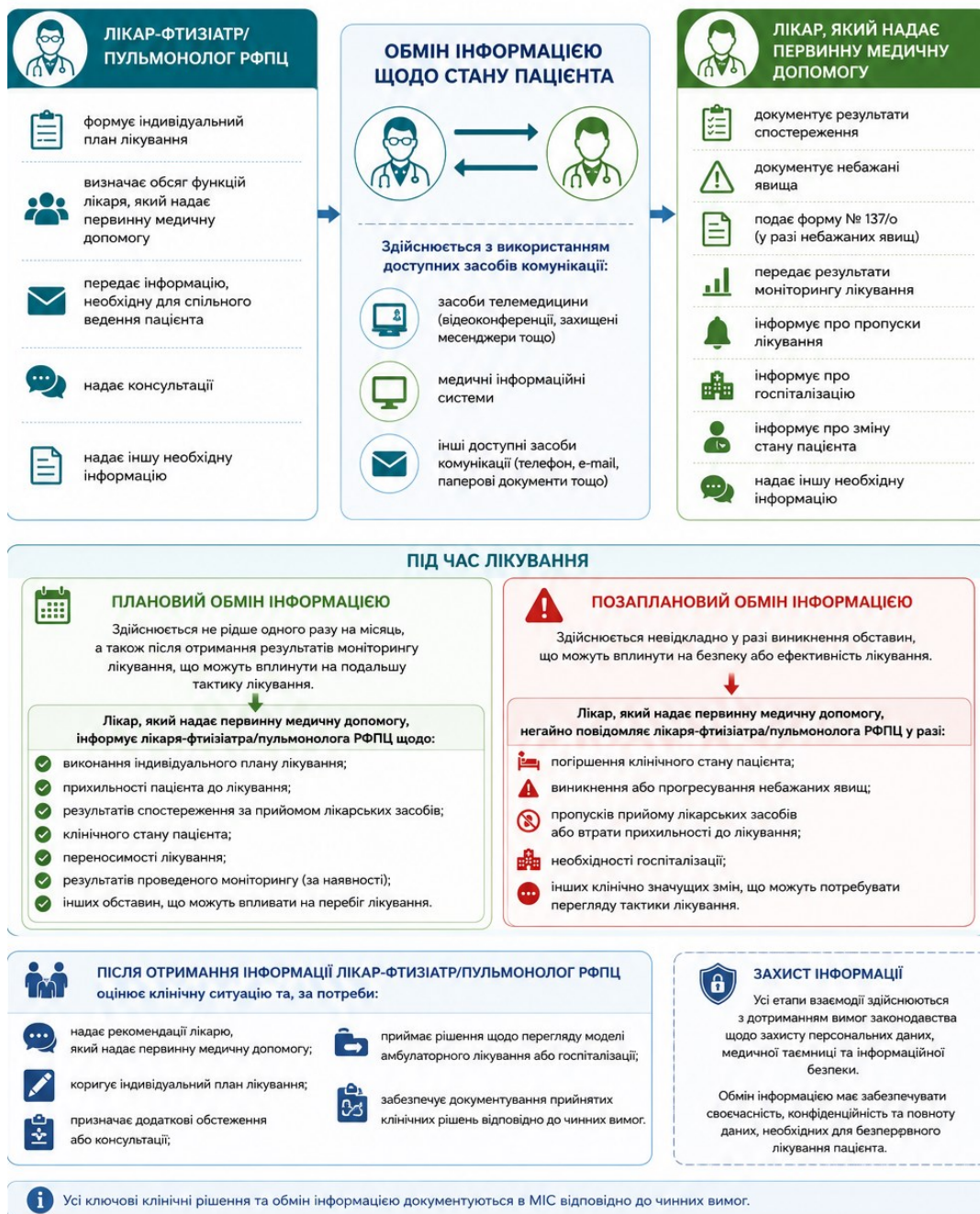
ПМД – первинна медична допомога

СМД – спеціалізована медична допомога

Взаємодія та обмін інформацією щодо стану пацієнта між лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ та лікарем, який надає первинну медичну допомогу, здійснюються з використанням засобів телемедицини, електронних інформаційних систем та інших доступних засобів комунікації відповідно до вимог законодавства щодо захисту персональних даних, медичної таємниці та інформаційної безпеки.

Обраний спосіб взаємодії має забезпечувати своєчасний обмін інформацією, необхідною для безперервності лікування пацієнта, координації дій між учасниками лікування та своєчасного прийняття клінічних рішень.

Алгоритм обміну інформацією



6. Завершення лікування та медичне спостереження після його завершення

6.1. Встановлення результату лікування

Після завершення курсу лікування лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ проводить комплексну оцінку результатів лікування відповідно до критеріїв, визначених Стандартом медичної допомоги «Туберкульоз».

Результат лікування встановлює виключно лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ.

Після встановлення результату лікування лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ:

- документує результат лікування відповідно до чинних вимог;
- вносить відповідну інформацію до інформаційних систем;
- інформує пацієнта про результат лікування;
- визначає подальшу тактику медичного спостереження після завершення лікування;
- за потреби передає лікарю, який надає первинну медичну допомогу, рекомендації щодо подальшого спостереження.

6.2. Медичне спостереження після успішного завершення лікування

Після успішного завершення лікування людина перебуває під медичним спостереженням протягом **двох років** відповідно до Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз».

Метою медичного спостереження є своєчасне виявлення можливого рецидиву захворювання, оцінка стану здоров'я пацієнта, своєчасне виявлення залишкових змін або ускладнень, а також підтримка пацієнта у разі виникнення нових симптомів.

Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ:

- визначає план медичного спостереження після завершення лікування;
- визначає обсяг та строки необхідних обстежень;
- надає відповідні рекомендації лікарю, який надає первинну медичну допомогу.

Лікар, який надає первинну медичну допомогу:

- забезпечує медичне спостереження за пацієнтом відповідно до рекомендацій лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ;
- організовує проведення визначених обстежень;
- оцінює клінічний стан пацієнта під час звернень;
- у разі появи симптомів, що можуть свідчити про рецидив захворювання, **невідкладно організовує направлення пацієнта на необхідні обстеження відповідно до Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз» та за потреби скеровує пацієнта на консультацію до лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ.**

Після успішного завершення лікування пацієнту необхідно роз'яснити мету медичного спостереження, строки його проведення, перелік запланованих обстежень, а також симптоми, при появі яких необхідно невідкладно звернутися до лікаря.



Після успішного завершення лікування

Людина, яка хворіла на ТБ, переведена на медичне спостереження протягом 2 років відповідно до Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз».



Мета медичного спостереження



Своєчасне виявлення
можливого рецидиву
захворювання



Оцінка стану
здоров'я пацієнта



Своєчасне виявлення
залишкових змін
або ускладнень



Підтримка пацієнта у разі
виникнення нових
симптомів

Лікар-фтизіатр/пульмонолог РФПЦ



Визначає план медичного
спостереження після завершення
лікування.



Визначає обсяг та строки
необхідних обстежень.



Надає відповідні рекомендації
лікаря, який надає первинну
медичну допомогу.



Лікар, який надає ПМД



Забезпечує медичне спостереження
за пацієнтом відповідно до рекомендацій
лікаря-фтизіатра/пульмонолога РФПЦ.



Організовує проведення визначених
обстежень.



Оцінює клінічний стан пацієнта
під час звернень.



У разі появи симптомів, що можуть свідчити
про рецидив захворювання, невідкладно
організовує направлення пацієнта на
необхідні обстеження відповідно до
Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз»
та за потреби скеровує пацієнта на
консультацію до лікаря-фтизіатра/
пульмонолога РФПЦ.



Обсяг та строки обстежень

Визначаються лікарем-фтизіатром/пульмонологом РФПЦ індивідуально для кожного пацієнта та залежать від клінічного стану, наявності залишкових змін або ускладнень.



Клінічний огляд



Рентгенологічне
обстеження органів
грудної клітки



Лабораторні
дослідження
(за потреби)



Інші обстеження
та консультації
(за потреби)



Рентгенологічне обстеження після завершення лікування

В ідеалі — кожні 6 місяців протягом 2 років.
Як мінімум — 1 раз на рік протягом 2 років.

Строки можуть бути змінені лікарем-фтизіатром/
пульмонологом РФПЦ з урахуванням клінічної
ситуації.



Конкретний план спостереження та перелік обстежень фіксуються в медичній документації та доводяться до відома пацієнта.

Пацієнт повинен звернутися до лікаря негайно у разі появи симптомів:



кашель більше
2 тижнів



підвищення
температури тіла



болю у грудній
клітці



небажаної
втрати ваги



нічної
пітливості



слабкості,
підвищеної
втомлюваності



кровохаркання



Медичне спостереження здійснюється відповідно до Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз» та з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

7. Комунікація з пацієнтом під час лікування

Ефективна комунікація між медичним працівником та пацієнтом є важливою складовою успішного лікування туберкульозу. Вона сприяє формуванню довіри, підтримці прихильності до лікування, своєчасному виявленню труднощів, що можуть впливати на перебіг лікування, та прийняттю спільних рішень щодо організації медичної допомоги.

Мета комунікації — не лише передати інформацію, а допомогти пацієнту зрозуміти лікування, висловити свої потреби та побоювання, визначити власну мотивацію і бути активним учасником лікування.

Основні навички ефективної комунікації

- **Усвідомлення власних комунікативних звичок** — аналіз власних сильних і слабких сторін для покращення комунікації.
- **Невербальна комунікація** — важлива складова формування довіри у спілкуванні.
- **Конструктивний зворотний зв'язок** — спочатку відзначення позитивних моментів, а потім пропозиції щодо покращення.
- **Відкриті запитання** — допомагають людині описати свої думки, дії, почуття та причини, що за ними стоять.
- **Активне слухання** — передбачає повну зосередженість на співрозмовнику та прояв зацікавленості вербальними й невербальними засобами.

Модель «5 хвилин»

Навіть за обмеженого часу базові комунікативні навички допомагають підтримувати добрі робочі стосунки між медичним працівником і пацієнтом.

Довіра → Розуміння → Пам'ять → Мотивація

Довіра — створити відчуття безпеки. Довіру не можна вимагати — її потрібно заслужити

Мотивація — з'ясувати, що мотивує конкретного пацієнта до одужання, та використовувати це для підтримки мотивації на всіх етапах лікування. .

Розуміння — переконатися, що пацієнт добре розуміє інформацію. Комунікація є двостороннім процесом, який передбачає зворотний зв'язок і спільне розуміння.

Пам'ять — допомогти пацієнту запам'ятати отриману інформацію через повторення та відтворення її своїми словами.

Ефективна комунікація є безперервним процесом протягом усього лікування. Використання простих і зрозумілих пояснень, відкритих запитань, активного слухання та конструктивного зворотного зв'язку допомагає сформувати довіру, краще зрозуміти потреби та труднощі пацієнта і підтримувати його мотивацію. Такий підхід створює умови для формування та підтримки прихильності до лікування, своєчасного виявлення проблем і спільного пошуку шляхів їх вирішення.



ЛЮДИНООРІЄНТОВАНА КОМУНІКАЦІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ТБ

Ефективна комунікація формує довіру, допомагає зрозуміти лікування, вчасно виявити труднощі, підтримує прихильність і прийняття спільних рішень. Це сприяє успішному лікуванню, зменшує стигматизацію, конфлікти та рівень стресу.

ПІД ЧАС КОЖНОГО КОНТАКТУ З ПАЦІЄНТОМ:



Спілкуйтеся
доброзичливо,
з повагою та
конфідентійністю



Пояснійте мету
лікування, обстежень,
очікувані результати
та можливі небажані
явища



Переконайтеся, що
пацієнт зрозумів
інформацію та дайте
можливість поставити
запитання



Оцінюйте самопочуття,
прихильність до лікування
та можливі труднощі



Заохочуйте повідомляти
про небажані явища,
пропуски прийому ліків
та інші зміни стану



Спільно визначайте
бар'єри та шукайте
рішення. Мотивуйте
до завершення
повного курсу



За потреби та за згодою
пацієнта залучайте сім'ю,
соціальних працівників,
психологів або інших
фахівців

МОДЕЛЬ «5 ХВИЛИН» КОМУНІКАЦІЇ

1. ДОВІРА



- Створіть безпечне та доброзичливе середовище
- Проявляйте повагу, увагу та емпатію
- Слухайте активно

Довіра не вимагається – її потрібно заслужити

2. РОЗУМІННЯ



- Пояснійте просто і зрозуміло
- Ставте відкриті запитання
- Перевіряйте розуміння: «Що ви зрозуміли?»

Комунікація – це двосторонній процес

3. ПАМ'ЯТЬ



- Повторюйте ключове і повертайтеся до домовленостей
- Просіть повторити своїми словами
- Використовуйте різні способи подачі інформації

Повторення допомагає запам'ятати

4. МОТИВАЦІЯ



- З'ясуйте, що важливо для пацієнта
- Підтримуйте внутрішню мотивацію
- Допоможіть знайти власні цілі та рішення

Справжня мотивація йде зсередини

НАВИЧКИ ЕФЕКТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ



Усвідомлення власних комунікативних звичок
Аналізуйте свої сильні та слабкі сторони, розвивайте навички.



Невербальна комунікація
Ваш погляд, поза, міміка, тон голосу важливі для довіри.



Відкриті запитання
Дайте можливість людині говорити про свої думки, почуття та труднощі.



Активне слухання
Слухайте уважно, не перебивайте, проявляйте зацікавленість.



Конструктивний зворотній зв'язок
Спочатку відзначаєте позитивне, потім – пропонуйте, що можна покращити.

ПІД ЧАС КОМУНІКАЦІЇ НЕ РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ



Використовувати стигматизуючі, осудливі або дискримінаційні висловлювання



Звинувачувати пацієнта у пропусках лікування чи застосовувати залякування



Ігнорувати повідомлення про небажані явища, труднощі або соціальні проблеми



Приймати рішення щодо лікування без обговорення з пацієнтом (якщо це дозволяє клінічна ситуація)

ЩО ДОПОМАГАЄ ПІДТРИМУВАТИ ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ



Поважайте гідність і досвід пацієнта



Пояснійте важливість лікування та очікувані результати



З'ясовуйте труднощі та шукайте рішення разом



Домовляйтесь про реалістичні кроки та нагадуйте про них



Підтримуйте навіть невеликі досягнення



Забезпечуйте безпеку, конфідентійність і відсутність осуду



Мета комунікації – допомогти людині зрозуміти лікування, знайти свою мотивацію та разом досягти успішного завершення лікування.

УСІ РАЗОМ – ЗАРАДИ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Спільна відповідальність людини, медичних працівників, соціальних працівників, родини, громади та системи охорони здоров'я



Ефективне лікування ТБ можливе, коли кожен виконує свою роль, а людина, яка хворіє на ТБ, отримує своєчасну, якісну та підтримуючу допомогу.



СПІЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ – КОЖЕН ВАЖЛИВИЙ



МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ

- ✓ Забезпечують якісну діагностику та лікування відповідно до стандартів
- ✓ Проводять моніторинг та ведення небажаних явищ
- ✓ Консультують, навчають та підтримують людину протягом лікування



СОЦІАЛЬНІ ПРАЦІВНИКИ

- ✓ Оцінюють соціальні потреби та бар'єри
- ✓ Допомога у доступі до соціальних послуг та пільг
- ✓ Підтримують прихильність, супроводжують та координують допомогу



СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- ✓ Забезпечує наявність ресурсів: ліків, діагностики, кадрового та фінансового забезпечення
- ✓ Організовує безперервність та якість допомоги
- ✓ Забезпечує навчання та підтримку медичних працівників



РОДИНА, ГРОМАДА ТА ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ

- ✓ Підтримують та мотивують людину під час лікування
- ✓ Сприяють подоланню стигми та дискримінації
- ✓ Допомогають створювати сприятливе середовище для одужання

ЩО СПРЯЄ УСПІШНОМУ ЛІКУВАННЮ



Якісні протитуберкульозні препарати та діагностика



Доступна та зручна медична допомога



Повага, довіра та підтримка



Мотивація та активна участь людини у лікуванні



Злагоджена робота всіх секторів



РАЗОМ МИ МОЖЕМО ПОДОЛАТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ!

Кожен крок має значення. Кожен контакт – це підтримка.

Кожна людина важлива.



Список використаних джерел та корисні посилання

1. Закон України «Про подолання туберкульозу в Україні»
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.01.2023 № 102 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги "Туберкульоз"».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2024 № 1923 «Про затвердження Порядку надання послуг з амбулаторного лікування людей, які хворіють на туберкульоз, у закладах первинної медичної допомоги».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.09.2022 № 1695 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини» (зі змінами).
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз».
6. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду» (зі змінами).
7. Національні рекомендації з людиноорієнтованої комунікації у сфері охорони здоров'я (ЦГЗ, 2025)
8. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment and care. World Health Organization, 2025.
9. WHO consolidated operational handbook on tuberculosis. Module 4: Treatment and care. World Health Organization, 2025.
10. A people-centred model of TB care. WHO Regional Office for Europe; 2017.
11. Ambulatory care and infectiousness in tuberculosis. WHO Regional Office for Europe; 2018

Навчальні курси на платформі Центру громадського здоров'я:

«Ведення пацієнтів з туберкульозом на амбулаторному етапі лікування для лікарів первинної медико-санітарної допомоги»

<https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+101+2025/about>

«Управління небажаними явищами під час лікування туберкульозу»

<https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+140+2025/about>

«Впровадження відео-контрольованого лікування людей, які хворіють на туберкульоз»

<https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+11+2025/about>

«Профілактика поширення туберкульозу: Профілактика інфекцій та інфекційний контроль»

https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+116_3+20252/about

Академія Національної служби здоров'я України

Формування толерантного ставлення до людей, які хворіють на ТБ, та представників груп найвищого ризику

<https://academy.nszu.gov.ua/enrol/index.php?id=173>

Додаток 1. . Орієнтовний розподіл функцій між учасниками амбулаторного лікування

ПРОЦЕС		ЛІКАР-ФТИЗИАТР/ ПУЛЬМОНОЛОГ РФПЦ	ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД
	Встановлення діагнозу	✓	
	Призначення лікування	✓	
	Визначення моделі амбулаторного лікування	✓	
	Складання індивідуального плану лікування	✓	
	Кратність клінічного, лабораторного та інструментального моніторингу	✓	
	Коригування схеми лікування	✓	
	Встановлення результату лікування	✓	
	Організація забезпечення пацієнта лікарськими засобами	✓	✓
	Організація взаємодії між учасниками лікування та контакти відповідального лікаря	✓	✓
	Потреба в МПСС та інших заходах підтримки пацієнта	✓	✓
	Спостереження за прийомом лікарських засобів		✓
	Клінічне спостереження та оцінка стану пацієнта		✓
	Проведення призначених обстежень за графіком моніторингу		✓
	Реєстрація побічних реакцій (ПР)		✓
	Призначення симптоматичної терапії	✓	✓
	Оцінка міжлікарських взаємодій	✓	✓
	Ведення супутніх станів	✓	✓
	Інформування пацієнта, надання консультацій та підтримки		✓

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПМД

після передачі пацієнта на амбулаторне лікування туберкульозу



Додаток 3.

Примірна стандартна операційна процедура «Організація дистанційної підтримки лікування осіб, які хворіють на туберкульоз, із застосуванням телемедичних технологій (за допомогою відеозв'язку)»

Назва організації	Затверджено: керівник ЗОЗ
Стандартна операційна процедура №	Дата створення :
Назва: Організація дистанційної підтримки лікування людей, які хворіють на туберкульоз, із застосуванням телемедичних технологій (за допомогою відеозв'язку)	Дата перегляду:

Мета	Стандартизувати процедури забезпечення безперервної підтримки лікування людей, які хворіють на туберкульоз, із застосуванням засобів та методів телемедицини, для надання їм якісної медичної допомоги на засадах людиноорієнтованого підходу задля успішного завершення лікування шляхом підвищення прихильності до лікування, своєчасного реагування на фактори ризику переривання лікування.
Завдання	1) забезпечення щоденного прийому ліків у відповідності до схеми лікування та рекомендацій лікаря; 2) вироблення прихильності до лікування; 3) своєчасне реагування на фактори ризику переривання лікування; 4) своєчасне відслідковування побічних реакцій на лікарські засоби; 5) забезпечення людиноорієнтованого підходу, своєчасності, зручності, доступності та максимальної наближеності якісної медичної допомоги для людей, які хворіють на ТБ; 6) забезпечення процесу соціалізації людини, яка хворіє на ТБ; 7) застосування методів та засобів телемедицини в комплексі з іншими заходами для надання медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, епідемій, запобігання поширенню інфекційних і масових неінфекційних хвороб, а також у період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях; 8) зменшення навантаження на ресурси ЗОЗ та ФОП, економія часу та витрат пацієнта завдяки можливості підтримки лікування без необхідності особистого відвідування пацієнтом ЗОЗ та ФОП; 9) забезпечення інтегрованої, якісної, безперервної медичної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз; 10) покращення якості життя хворих шляхом надання інших видів послуг (соціальні, психологічні та інше).
Принципи	1) орієнтованість на людину (людиноцентричність) – надання підтримки лікування осіб, які хворіють на туберкульоз у спосіб, який враховує індивідуальні потреби пацієнта; 2) застосування наукових підходів та доказової медицини; 3) якість, комплексність, доступність, своєчасність; 4) безпечність – пріоритет інтересів здоров'я пацієнта та мінімізація ризиків завдання шкоди;

	5) приватність, конфіденційність та захист персональних даних і медичної інформації пацієнта; 6) дотримання норм етики та деонтології при наданні підтримки лікування осіб, які хворіють на туберкульоз; 7) реалізація організаційних та технічних умов для надання підтримки лікування осіб, які хворіють на туберкульоз
Результати	Підвищення ефективності лікування, зміцнення системи амбулаторного надання послуг людям, які хворіють на туберкульоз, покращення прихильності до лікування і, як наслідок, покращення епідситуації з туберкульозу
Область застосування	Дана процедура застосовується у закладах охорони здоров'я всіх рівнів, які здійснюють лікуванням туберкульозу, а також інститути громадянського суспільства, соціальні працівники, координатори випадку
Визначення/ скорочення	ЗОЗ – заклад охорони здоров'я ФОП - підприємці, які зареєстровані та одержали у встановленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики ІКС - інформаційно-комунікаційні системи ТБ – туберкульоз РФПЦ – регіональний фтизіопульмонологічний центр ЦПМСД - центр первинної медико-санітарної допомоги ЦЛКК - центральна лікарська консультативна комісія з питань туберкульозу форма № 025/о - форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Визначення термінів	• телеконсультування (телевідеоконсультування) - комунікація (взаємодія) двох або більше учасників (медичних (фармацевтичних) працівників та/або фахівців з реабілітації та пацієнтів) з використанням інформаційнокомунікаційних технологій з метою надання пацієнтам медичної та/або реабілітаційної допомоги та профілактики. • телемедична платформа (система) – автоматизована інформаційно-аналітична (комунікаційна) система, що використовується для електронного обміну інформацією, медичними даними, діагностичними дослідженнями для проведення телемедичного, в тому числі телереабілітаційного консультування та взаємодії працівників сфери охорони здоров'я та/або фахівців з реабілітації і пацієнтів. • підтримка лікування - підхід, спрямований на підтримку пацієнтів, які приймають призначені дози АМБП, з метою формування у них прихильності до лікування й підвищення його ефективності. Підтримка лікування повинна надаватись в контексті людино-орієнтованої медичної допомоги (історично цю групу заходів визначали як DOT – directly observed treatment – лікування під безпосереднім наглядом); • прихильність до лікування - ступінь, у якому поведінка людини (наприклад, прийом ліків, дотримання певної дієти, зміна способу життя) відповідає лікарським призначенням та рекомендаціям

	• підтримка лікування за допомогою синхронного відеозв'язку (відеозв'язок в режимі реального часу) – це форма підтримки лікування, що дозволяє здійснювати безпосередній контроль за прийомом АМБП пацієнтом в режимі реального часу за допомогою технічного пристрою (смартфон, планшет, комп'ютер тощо), при цьому пацієнт та куратор бачать і чують один одного. Синхронний відеозв'язок вимагає підключення до мережі Інтернет в момент прийому АМБП пацієнтом; • підтримка лікування за допомогою асинхронного відеозв'язку (відеозв'язок в режимі запису) – це форма підтримки лікування під час якої пацієнт, за допомогою технічного пристрою (смартфон, планшет, комп'ютер тощо), фіксує прийом ліків в режимі запису, а потім пересилає відеофайл куратору. Куратор з підтримки лікування за допомогою відеозв'язку переглядає отримане відео щоб упевнитись та задокументувати, що АМБП приймаються. Подібно до синхронного відеозв'язку, асинхронний відеозв'язок вимагає підключення до мережі Інтернет для передачі відео, однак, не вимагає підключення до мережі безпосередньо в момент прийому АМБП пацієнтом; • прихильність до лікування за допомогою відеозв'язку означає, що пацієнт приймає всі дози АМБП згідно з лікарськими призначеннями та виконує процедури синхронного або асинхронного відеозв'язку відповідно до наданих рекомендацій; • коефіцієнт спостереження за прийомом АМБП означає кількість спостережуваних доз АМБП куратором з підтримки лікування за допомогою відеозв'язку, поділених на кількість очікуваних доз протягом періоду спостереження (рекомендоване значення $\geq 80\%$).
Алгоритм дій:	Підтримка лікування за допомогою відеозв'язку може застосовуватися за умови: - отримання інформованої згоди пацієнта; - наявності показань до амбулаторного лікування; - технічної можливості використання засобів відеозв'язку; - здатності пацієнта самостійно приймати призначені АМБП або за допомогою доглядача. Перед початком підтримки лікування за допомогою відеозв'язку пацієнту надається інформація щодо порядку використання технологій відеозв'язку, правил прийому лікарських засобів, повідомлення про побічні реакції та інших питань, необхідних для безпечного застосування цього інструменту. Підтримка лікування за допомогою відеозв'язку може бути припинена у разі: - відкликання пацієнтом інформованої згоди; - відсутності технічної можливості використання відеозв'язку; - виникнення клінічних обставин, що потребують зміни форми підтримки лікування або госпіталізації пацієнта; - прийняття лікуючим лікарем рішення про застосування іншої форми підтримки лікування
Організаційні заходи з телеконсультування	Підтримка лікування за допомогою відеозв'язку забезпечується особою, відповідальною за підтримку лікування за допомогою відеозв'язку, визначеною надавачем послуг, із дотриманням вимог законодавства України щодо захисту персональних даних та дотримання норм етики та деонтології
Технічні умови проведення	Організацію підтримки лікування осіб, які хворіють на туберкульоз, із застосуванням телемедицини технологій (за допомогою відеозв'язку) необхідно проводити з урахуванням:

телеконсультування між працівниками сфери охорони здоров'я	1) апаратно-технічного забезпечення методів телемедицини, що передбачає застосування засобів телевідеокомунікацій: персональних або стаціонарних комп'ютерів із відеокамерою (вбудованою або зовнішньою), смартфонів, планшетів або пристроїв (систем) для відеоконференцій; 2) визначення технічних умов реалізації телемедичного консультування. Можливі варіанти вибору програмного забезпечення для телеконсультування, які мають бути вказані в СОП: 2.1) програмне забезпечення для телемедичних консультацій, яке є складовою (або компонентом) медичної інформаційної системи. Постачальником такого програмного забезпечення є суб'єкт господарювання, який є оператором медичної інформаційної системи. У цьому разі оператор МІС зобов'язаний дотримуватись всіх вимог законодавства до захисту інформації та персональних даних; 2.2) спеціалізоване програмне забезпечення, яке є складовою або основним компонентом телемедичної платформи, тобто телеконсультування відбувається з використанням телемедичної системи з відповідним рівнем захисту інформації та персональних даних; 2.3) використання ІКС, які представлені на ринку комунікаційних продуктів і які мають підтвердження щодо рівню захисту інформації під час експлуатації таких системи; 2.4) серед найрозповсюдженіших ІКС, які мають підтвердження відповідного рівня захисту інформації є комерційні продукти: (1) Google-meet: https://support.google.com/meet/answer/12387251?hl=uk (2) Microsoft Teams: https://learn.microsoft.com/enus/microsoftteams/securitycompliance-overview (3) будь-які інші ІКС для відеоконференц-зв'язку, які мають підтверджений рівень захисту інформації; 2.5) підключення засобів телемедицини до мережі Інтернет.
---	--

Практичні кроки з виконання процедури	Терміни виконання	Заклад/ підрозділ	Відповідальний
1. Прийняття рішення надавачем послуг за рекомендацією МДК про надання дистанційної підтримки лікування людині, яка хворіє на туберкульоз, із застосуванням телемедичних технологій (за допомогою відеозв'язку) з використанням вищезазначених ІКС (Google, Teams), які дають можливість використовувати інструменти планування та мають відповідний рівень захисту. Фіксація прийнятого рішення відбувається у формі № 025/о. 2. Вибір працівника сфери охорони здоров'я та/або фахівця із соціальної роботи, представника НУО, члена громади, який надаватиме дистанційну підтримку лікування людині, яка хворіє на туберкульоз, із застосуванням телемедичних технологій (за допомогою відеозв'язку), здійснюється з урахуванням його спеціальності, розкладу роботи та місця ведення підтримки лікування.			Лікарі-фтизіатри, пульмонологи, сімейні лікарі, інші спеціалісти, залучені до лікування ТБ. Лікарі-фтизіатри, пульмонологи, сімейні лікарі Відповідальний за дистанційної

3. Підготовка пацієнта до призначення підтримки лікування за допомогою відеозв'язку. Відповідальний за підтримки лікування за допомогою відеозв'язку проводить з людиною, яка хворіє на ТБ, наступні заходи: 1) пропонує пацієнту отримання підтримки лікування за допомогою відеозв'язку та обговорює його можливі варіанти, які локально доступні для пацієнта. Якщо пацієнт не зацікавлений у підтримці лікування за допомогою відеозв'язку, інформує пацієнта про інші можливі форми підтримки лікування, а також надає інформацію щодо переваг підтримки лікування за допомогою відеозв'язку; 2) у разі згоди пацієнта на підтримку лікування за допомогою відеозв'язку, оцінює можливість пацієнта забезпечити відповідні налаштування обладнання для здійснення процедури відеозв'язку. Якщо людина не має достатніх навичок, надає відповідну допомогу; 3) переглядає загальну процедуру відеозв'язку разом з людиною, яка хворіє на ТБ, що включає: а) надання відповідей на будь-які питання пацієнта, пов'язані із процедурами відеозв'язку; б) обговорення можливих ризиків/незручностей та переваг використання підтримки лікування за допомогою відеозв'язку; в) ознайомлення з очікуваннями пацієнта, надання деталізованих роз'яснень щодо можливих причин повернення пацієнта до іншої форми підтримки лікування; г) узгодження з пацієнтом кратності відвідувань ЗОЗ або інші механізми отримання АМБП для забезпечення безперервного лікування; д) навчання пацієнта самоспостереженню з питань можливого розвитку побічних реакцій та небажаних явищ та надання рекомендацій щодо дій пацієнта у разі їх виникнення; ж) надання контактів медичного працівника/куратора з підтримки лікування за допомогою відеозв'язку за якими пацієнт може звернутися у разі виникнення додаткових питань чи екстреної ситуації (виникнення небажаних побічних явищ, відсутність мережі Інтернет тощо); 4) проводить практичне навчання щодо використання процедур відеозв'язку із мінімум 2 тестовими сеансами відеозв'язку (в режимі реального часу та в режимі запису) разом із пацієнтом для забезпечення оцінки можливості надання підтримки лікування за допомогою відеозв'язку. За результатами практичного навчання пацієнт має вміти забезпечити належну			підтримки лікування людей, які хворіють на туберкульоз, із застосуванням телемедичних технологій (за допомогою відеозв'язку)
---	--	--	---

якість відео, що дозволяє куратору з підтримки лікування за допомогою відеозв'язку однозначно визначити, що АМБП приймаються; 5) обговорює з пацієнтом питання щодо максимального дотримання конфіденційності, в тому числі при безпосередньому проведенні процедур відеозв'язку, зберіганні відеофайлів на пристрої тощо. 3. Відеофайли зберігаються до завершення лікування у захищених сервісах зберігання даних. 4. Кожен факт прийому ліків документується через створення електронних медичних записів в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) чи ІС МСЗХ (дата, час, відео отримано, ліки прийнято, наявність побічних реакцій, звернення). 5. Реагування на відсутність пацієнта на сеансі відеозв'язку. Якщо пацієнт не вийшов на зв'язок, зробити нагадування шляхом здійснення телефонного дзвінка безпосередньо людині, яка хворіє на ТБ, повідомлення лікаря, виїзд (за необхідності) 6. Моніторинг підтримки лікування проводиться щомісячно за такими показниками: % успішних відеосесій, % пропусків, визначення коефіцієнта спостереження за прийомом АМБП, кількість технічних проблем			
---	--	--	--

Посилання	1. Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12 2. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини»; 3. Постанова від 2 квітня 2024 р. № 370 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268»; 4. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 липня 2023 р. №625-р «Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні»; 5. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 р. № 726-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024—2026 роки та затвердження операційного плану її реалізації »; 6. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1617-р. «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text 7. Наказ МОЗ України від 17.09.2022 № 1695 «Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2022 р. за № 1155/38491;
------------------	---

	8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.11.2015 за № 1400/27845. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text. 9. WHO Global Observatory for eHealth. (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497.
--	---

Додаток 4. Алгоритми взаємодії учасників МДК у типових ситуаціях під час лікування туберкульозу на рівні первинної медичної допомоги

Ситуація	Хто виявляє	Ознаки	Кого інформує	Термін інформування	Подальші дії
1. Пацієнт пропустив прийом ПТП	Медичні сестра/брат	пацієнт пропустив отримання або прийом однієї дози ПТП	Сімейного лікаря	Невідкладно	1. Медичні сестра/брат / сімейний лікар з'ясовує причини пропуску препарату. 2. У випадку відсутності поважних причин для пропуску препарату сімейний лікар проводить роз'яснювальну роботу з пацієнтом. <i>У разі якщо пацієнт отримує послуги МПСС до заходів залучається соціальний працівник для проведення консультації щодо формування прихильності до лікування.</i>
	Соціальний працівник				1. Соціальний працівник повідомляє про пропуск та причини пропуску препарату. За потреби сімейний лікар/медичні сестра/брат долучаються до з'ясування причин пропуску препарату 2. У випадку відсутності поважних причин для пропуску препарату сімейний лікар проводить роз'яснювальну роботу з пацієнтом; соціальний працівник - консультації з формування прихильності до лікування.
2. Відсутній зв'язок із пацієнтом	Медичні сестра/брат	З пацієнтом неможливо вийти на контакт впродовж одного дня будь-яким способом (телефоном, через	Сімейного лікаря	Невідкладно	1. Сімейний лікар/медична сестра здійснюють пошук пацієнта засобами телефонного та електронного зв'язку. <i>Якщо пацієнт отримує послуги МПСС соціальний працівник здійснює пошук пацієнта усіма доступними способами (контакт з близьким оточенням, відвідини за місцем проживання тощо).</i>
	Соціальний працівник				

		месенджери тощо)			2. Якщо впродовж трьох робочих днів з пацієнтом не вдалося встановити контакт сімейний лікар інформує лікаря-фтизіатра.
3. Виявлено побічні реакції	Медичні сестра/брат	В ході рутинного скринінгу або з власної ініціативи пацієнт повідомив про наявність у нього побічних реакцій на ПТП	Сімейного лікаря	Невідкладно	1. Сімейний лікар аналізує отриману інформацію та за результатами інформує лікаря-фтизіатра для визначення подальшої тактики лікування
	Соціальний працівник				
4. Пацієнт відмовляється від лікування	Медичні сестра/брат	Повідомлення пацієнта про відмову від лікування	Сімейного лікаря	Невідкладно	1. Сімейний лікар контактує з пацієнтом, з'ясовує причини, проводить консультацію з формування прихильності до лікування, надає розширену інформацію про хід лікування та наслідки його переривання. <i>У разі якщо пацієнт отримує послуги МПСС залучається соціальний працівник для проведення консультування та усунення можливих бар'єрів до лікування</i>
	Соціальний працівник				1. За потреби сімейний лікар проводить консультацію з формування прихильності до лікування, надає розширену інформацію про хід лікування та наслідки його переривання.

5. Виявлено обставини, що можуть впливати на прихильність до лікування	Медичні сестра/брат	- втрата доходу пацієнтом; - втрата житла пацієнтом; - втрата документів; - наявність ознак повторюваного вживання алкоголю та/або психоактивних речовин; - виражена тривога, депресія та/або інші порушення психоемоційного стану;	Сімейного лікаря	Впродовж одного робочого дня з моменту фіксації факту	<i>У разі якщо пацієнт не отримує послуги МПСС:</i> 1. Сімейний лікар інформує лікаря-фтизіатра з метою оцінки потреби пацієнта в послугах МПСС. <i>У разі якщо пацієнт отримує послуги МПСС:</i> 1. Сімейний лікар/медичні сестра/брат долучають соціального працівника до вирішення обставин, що можуть впливати на прихильність до лікування. За потреби перенаправляють до лікарів інших спеціалізацій. У разі переїзду пацієнта інформують про алгоритм отримання лікування туберкульозу за місцем перебування
	Соціальний працівник	- повідомлення пацієнтом про переїзд; - інші ситуації, що можуть впливати на прихильність до лікування			1. Сімейний лікар в межах компетенції долучається до вирішення обставин пацієнта, що можуть впливати на рівень прихильності до лікування (оцінка психоемоційного стану пацієнта; направлення до лікарів інших спеціальностей; консультація щодо отримання лікування туберкульозу в іншому населеному пункті/регіоні тощо)

6. Виявлено високий ступінь ризику відриву від лікування	Сімейний лікар	- пацієнт пропустив 20 % доз за останні 30 днів без поважних причин; - пацієнт відмовляється від лікування, незважаючи на проведену з ним мотиваційну роботу	Лікаря-фтизіатра	Впродовж одного робочого дня з моменту фіксації факту	Лікар-фтизіатр після отримання інформації ініціює засідання МДК для визначення подальшого плану ведення випадку з високим ризиком відриву від лікування, у тому числі щодо необхідності направлення пацієнта для отримання послуг МПСС, якщо пацієнт їх не отримує
---	----------------	--	------------------	--	--

Додаток 5 Маршрут роботи сімейного лікаря в ЕСОЗ щодо внесення інформації про пацієнта, який отримує лікування туберкульозу на первинному рівні медичної допомоги



Орієнтовний перелік функцій медичної сестри (медичного брата)

під час організації амбулаторного лікування людей з туберкульозом

РАЗОМ
ДО ПОДОЛАННЯ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ



Функції медичної сестри (медичного брата)	Компетентності	Знання	Уміння	Комунікація
01 Отримувати протитуберкульозні препарати (ПТП) для конкретного пацієнта відповідно до призначеної схеми лікування та забезпечувати їх наявність для безперервного лікування (це визначена особа в закладі).	A10. Здатність дотримуватись вимог до зберігання й використання лікарських засобів відповідно до чинних вимог.	A10.31. Фармакокінетику, фармакокінетику і фармакотерапію медикаментів. A10.32. Правила зберігання медикаментів.	A10.Y1. Формувати запит на лікарські засоби та забезпечувати їх отримання відповідно до потреб. A10.Y2. Зберігати та застосовувати медикаменти відповідно до інструкцій.	A10.K1. Комунікація з лікарем, головною/старшою медичною сестрою, пацієнтом та його оточенням.
02 Видавати ПТП та/або організовувати їх прийом відповідно до визначеного способу безпосереднього спостереження.	B8. Здатність застосовувати лікарські засоби, здійснювати медичні маніпуляції та виписувати електронні рецепти на лікарські засоби, за умови створення лікарем плану лікування.	B8.31. Техніка застосування лікарських засобів в залежності від способу введення. B8.32. Можливі побічні ефекти при застосуванні лікарських засобів та ускладнення від їх введення.	B8.Y1. Застосування лікарських засобів в залежності від їх способу введення. B8.Y2. Надавати невідкладну допомогу у випадку розвитку побічних реакцій та ускладнень.	B8.K1. Здійснювати комунікацію з лікарем щодо плану лікування. B8.K2. Здійснювати комунікацію з пацієнтами та їх оточенням щодо виконання плану лікування.
03 Проводити відео-ДОТ, якщо цей спосіб спостереження визначений для пацієнта: • підтверджувати прийом ПТП; • фіксувати факт прийому; • звертати увагу на можливі скарги та небажані реакції.	A5. Здатність в організації амбулаторного прийому пацієнтів та їх маршрутизації. A6. Здатність до проведення динамічного спостереження за пацієнтом. A9. Здатність володіти основними принципами роботи з цифровими інструментами.	A5.31. Організацію амбулаторного прийому пацієнтів. A5.32. Алгоритм прийому та ведення пацієнтів. A9.31. Принципи роботи з цифровими інструментами, а також використання ефективних методів отримання, збереження та обробки даних.	A5.Y3. Пояснювати доцільність, послідовність проведення процедур та отримувати інформаційну згоду від пацієнта. A9.Y1. Користуватися сучасними цифровими інструментами.	A5.K1. Комунікація з сімейним лікарем, пацієнтами та їх оточенням, суміжними спеціалістами. A6.K1. Комунікація з пацієнтами та їх оточенням. A9.K1. Комунікація з системним адміністратором та працівниками по технічному обслуговуванні цифрових інструментів.
04 Проводити безпосереднє спостереження за прийомом ПТП у ЗОЗ або за місцем проживання (перебування) відповідно до визначеної моделі лікування.	B8. Здатність застосовувати лікарські засоби, здійснювати медичні маніпуляції та виписувати електронні рецепти на лікарські засоби, за умови створення лікарем плану лікування.	B8.31. Техніка застосування лікарських засобів в залежності від способу введення. B8.32. Можливі побічні ефекти при застосуванні лікарських засобів та ускладнення від їх введення.	B8.Y1. Застосування лікарських засобів в залежності від їх способу введення. B8.Y2. Надавати невідкладну допомогу у випадку розвитку побічних реакцій та ускладнень.	B8.K1. Здійснювати комунікацію з лікарем щодо плану лікування. B8.K2. Здійснювати комунікацію з пацієнтами та їх оточенням щодо виконання плану лікування.
05 Вести облік прийому ПТП, зокрема своєчасно робити відповідні відмітки у ТБ01 та іншій передбаченій документації.	A3. Здатність збирати, аналізувати та вести необхідну медичну, обліково-звітну та статистичну документацію, використовуючи можливості МІС та інших носіїв інформації при наданні медичних та медсестринських послуг.	A3.31. Правила ведення, зберігання та захисту медичної документації в паперовій та електронній формі (включно з використанням ЕСОЗ) з урахуванням вимог чинного законодавства.	A3.Y1. Виконувати норми та правила ведення, збереження фахової, звітної та облікової медичної документації.	A3.K1. Комунікація з пацієнтами, медичними працівниками, відділом технічної підтримки МІС та ЕСОЗ тощо.



Примітка

Наведений перелік є орієнтовним і не є уніфікованою посадовою інструкцією. Кожен заклад охорони здоров'я розробляє та затверджує власний перелік функцій медичної сестри (медичного брата) з урахуванням організації надання медичної допомоги, визначеної моделі амбулаторного лікування, кадрового забезпечення, розподілу обов'язків між працівниками та посадових інструкцій.

Функції мають відповідати професійній компетентності медичної сестри (медичного брата), вимогам чинного законодавства та внутрішнім організаційним документам закладу.

ПРОФЕСІОНАЛІЗМ
ТУРБОТА
ПАРТНЕРСТВО

ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Орієнтовний перелік функцій медичної сестри (медичного брата)

під час організації амбулаторного лікування людей з туберкульозом



РАЗОМ
ДО ПОДОЛАННЯ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ПРОФЕСІОНАЛІЗМ
ТУРБОТА
ПАРТНЕРСТВО

№	 Функції медичної сестри (медичного брата)	 Компетентності	 Знання	 Уміння	 Комунікація
06 	Під час кожного контакту з пацієнтом: • уточнювати самопочуття та наявність скарг; • запитувати про пропуски прийому ПТП; • виявляти можливі небажані реакції; • оцінювати дотримання пацієнтом режиму лікування.	Б1. Здатність визначати потреби та проблеми пацієнта. Б8. Здатність застосовувати лікарські засоби, здійснювати медичні маніпуляції та виписувати електронні рецепти на лікарські засоби, за умови створення лікарем плану лікування.	Б1.32. Методи збору інформації про стан пацієнта, включаючи спостереження, опитування та аналіз медичної документації. Б8.32. Можливі побічні ефекти при застосуванні лікарських засобів та ускладнення від їх введення.	Б1.У1. Забезпечувати потреби пацієнта. Б1.У2. Виявити та вирішувати проблеми пацієнта. Б8.У2. Надавати невідкладну допомогу у випадку розвитку побічних реакцій та ускладнень.	Б1.К1. Налагоджувати взаємодію з пацієнтами щодо їх потреб. Б8.К1. Здійснювати комунікацію з лікарем щодо плану лікування.
07 	Виявляти труднощі з дотриманням лікування та з'ясовувати причини пропусків прийому ПТП.	Б1. Здатність визначати потреби та проблеми пацієнта.	Б1.32. Методи збору інформації про стан пацієнта, включаючи спостереження, опитування та аналіз медичної документації.	Б1.У1. Забезпечувати потреби пацієнта. Б1.У2. Виявити та вирішувати проблеми пацієнта.	Б1.К1. Налагоджувати взаємодію з пацієнтами щодо їх потреб. Б1.К2. Налагоджувати взаємодію з пацієнтами щодо вирішення проблем.
08 	Надавати підтримку щодо дотримання лікування: • консультувати пацієнта; • залучати членів сім'ї та/або соціальну підтримку (у т.ч. соціальних працівників, представників громад); • інформувати про можливості додаткової підтримки.	Б4. Здатність забезпечувати навчання пацієнтів, їх оточення, медичних працівників, інших осіб і спільнот. Б1. Здатність визначати потреби та проблеми пацієнта.	Б4.31. Методи та підходи до навчання пацієнтів і їх оточення з питань здоров'я. Б1.32. Методи збору інформації про стан пацієнта.	Б4.У1. Проводити навчання та консультування пацієнтів і їх оточення. Б1.У1. Забезпечувати потреби пацієнта.	Б4.К1. Комунікація з пацієнтами, їх оточенням, представниками та соціальними працівниками. Б1.К1. Налагоджувати взаємодію з пацієнтами щодо їх потреб.
09 	Забезпечувати конфіденційність інформації про пацієнта в процесі виконання своїх функцій.	А2. Здатність дотримуватися етичних принципів і норм професійної діяльності.	А2.31. Етичні принципи роботи з пацієнтами. А2.32. Вимоги законодавства щодо конфіденційності медичної інформації.	А2.У1. Дотримуватися етичних принципів у професійній діяльності.	А2.К1. Професійна комунікація з пацієнтами та медичними працівниками з дотриманням принципів конфіденційності.



Примітка

Наведений перелік є орієнтовним і не є уніфікованою посадовою інструкцією. Кожен заклад охорони здоров'я розробляє та затверджує власний перелік функцій медичної сестри (медичного брата) з урахуванням організації надання медичної допомоги, визначеної моделі амбулаторного лікування, кадрового забезпечення, розподілу обов'язків між працівниками та посадових інструкцій.

Функції мають відповідати професійній компетентності медичної сестри (медичного брата), вимогам чинного законодавства та внутрішнім організаційним документам закладу.



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

