



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

**ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я
України»**
**ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я
України»**

Туберкульоз в Україні

(Аналітично-статистичний довідник)

Київ - 2018

Авторський колектив:

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»:

генеральний директор Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» В. Курпіта;
заступник генерального директора з координації програмних заходів та стратегічного розвитку І.В. Кузін;
завідувач Центру контролю за соціально-небезпечними захворюваннями центру Я.С. Терлеєва

Відділ моніторингу та оцінки

завідувач відділення К. Р. Рябченко
лікар – епідеміолог А.Ю. Лепілова
спеціаліст зі звітності В.М. Бахмат
епідеміолог зі звітності ТБ Л. Д. Корінчук

Відділ координації програм лікування туберкульозу

лікар лаборант відділу організації методичного супроводу та впровадження системи контролю якості лабораторних досліджень на ТБ Н.Л. Кампос
лікар -фтизіатр Ю. А. Варченко
лікар-фтизіатр О. Г. Мацьков
лікар -фтизіатр О. С. Зайцева

Відділ антибіотикорезистентності та інфекційного контролю

спеціаліст з інфекційного контролю К.В. Соляк

Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України»

в. о. директора ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»
В.М. Заболотько
лікар – статистик відділу статистики стану здоров'я дорослого населення О.П. Недоспасова

Використання, передрук та цитування матеріалів Інформаційного бюлетеню можливе за умови посилання на ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

ЗМІСТ

1. Перелік умовних скорочень
2. Стратегія боротьби з ТБ у світі та епідеміологічна ситуація щодо ТБ у Європейського регіону та у світі
3. Державна політика щодо протидії ТБ Україна в контексті виконання міжнародних зобов'язань щодо протидії епідемії ТБ
4. Україна в контексті реформування у галузі охорони громадського здоров'я
5. Структура протитуберкульозної служби в Україні
6. Епідемічна ситуація з ТБ в Україні станом на 01.01.2018 року
7. Участь системи МІО в проведенні заходів по попередженню ТБ
8. Виявлення та діагностика ТБ
9. Організація лікування хворих на ТБ, результати лікування хворих
10. Запровадження ефективної моделі супроводу хворих на ТБ
11. Особливості епідеміологічної ситуації з ТБ серед дитячого населення в Україні та стан надання медичної допомоги
12. Фармменеджмент
13. Інноваційні заходи діагностики та лікування ТБ
14. Інфекційний контроль
15. Основні заходи програми протидії ТБ в Україні, що заплановано впровадити на національному рівні.

Список таблиць

Таблиця 1. Показники використання ліжкового фонду у закладах системи МОЗ України

Таблиця 2. Рівні показників захворюваності на ТБ представників груп ризику у 2 на 100 тис. населення за даними паспортних анкет регіонів

Список Рисунків

Рисунок 1. Кількість ліжок для хворих на ТБ у ЗОЗ системи МОЗ України

Рисунок 2. Забезпечення лікарняними ліжками для хворих на ТБ у ЗОЗ системи МОЗ України на 10 тисяч населення

Рисунок 3. Забезпеченість лікарями-фтизіатрами у закладах системи МОЗ України(на 10 тисяч населення).

Рисунок 4. Розрахункові показники захворюваності на ТБ і реєстрація випадків захворювання на ТБ (нових і рецидивів) в Україні, 1990- (посилання на джерело: Звіт ВООЗ).

Рисунок 5. Динаміка захворюваності на нові випадки ТБ разом із рецидивами за період 2012 – 2017 роки (в ІІІ на 100 тис. населення.)

Рисунок 6. Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, Україна, 2017 р., на 100 тис. населення

Рисунок 7. Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви в регіонах України

Рисунок 8. Поширеність всіх форм активного ТБ серед усього населення України

Рисунок 9. Поширеність всіх форм активного ТБ в регіонах України

Рисунок 10. Динаміка основних показників (поширеності, захворюваності та смертності)

Рисунок 11. Розподіл захворюваності серед міських та сільських жителів

Рисунок 12. Динаміка захворюваності на ТБ міських та сільських жителів

Рисунок 13. Частка захворюваності на ТБ серед чоловіків та жінок у різних

Рисунок 14. Вікова структура осіб, які захворіли на ТБ

Рисунок 15. Розподіл захворюваності на ТБ у вікових групах населення (у відсотках).

Рисунок 16. Захворюваність на ТБ дітей віком 0-14 років та 15-17 років

Рисунок 17. Соціальна структура осіб, які вперше захворіли на ТБ, 2017 рік

Рисунок 18. Частка безробітних серед осіб, які захворіли на ТБ, в областях України (у відсотках).

Рисунок 19. Динаміка частки представників деяких груп ризику в структурі хворих на ТБ.

Рисунок 20. Структура захворювань на ТБ серед представників груп ризику згідно даних паспортних анкет регіонів 2017 рік.

Рисунок 21. Захворюваність на ТБ усіх працівників закладів охорони здоров'я системи

МОЗ України та працівників ПТЗ в інтенсивних показниках (на 100 тис. відповідного населення).

Рисунок 22 . Захворюваність серед контактних у 2017 році

Рисунок 23. Розподіл захворюваності контактних по областях у 2017 році

Рисунок 24. Частка легеневих форм ТБ в загальній структурі захворювань на ТБ.

Рисунок 25. Захворюваність на легеневі форми ТБ за 2017 (на 100 тис. населення)

Рисунок 26. Динаміка захворюваності на легеневий та позалегеневий ТБ (в інтенсивних показниках на 100 тис. населення)

Рисунок 27. Структура захворюваності на позалегеневий ТБ у 2017 році.

Рисунок 28. Кількість хворих на ТБ, у яких діагноз МР ТБ

або РР ТБ підтверджено вперше у житті, 2017 рік (абсолютна кількість та на населення).

Рисунок 29. Частка нових випадків Риф ТБ, МРТБ та РРТБ легень серед ВД ТБ легень за 2017 рік.

Рисунок 30. Динаміка рівня смертності від ТБ в Україні (в інтенсивних показниках на 100 тис. населення).

Рисунок 31. Динаміка рівня смертності від ТБ та ТБ/ВІЛ в Україні (в інтенсивних показниках на 100 тис. населення).

Рисунок 32. Рівні смертності від ТБ та ТБ/ВІЛ по областях України за 2017 рік (на 100 тис населення).

Рисунок 33. Динаміка захворюваності на ТБ/ВІЛ (в показниках на 100 тис. населення).

Рисунок 34. Динаміка частки ТБ/ВІЛ в загальній кількості осіб, які захворіли відсотках).

Рисунок 35. Захворюваність на ТБ/ВІЛ в 2017 році по Україні в інтенсивних показниках на 100 тис населення.

Рисунок 36. Відсоток ТБ/ВІЛ в структурі захворюваності.

Рисунок 37. Структура захворювань на ТБ/ВІЛ у 2017 році за анамнезом та послідовністю розвитку проявів хвороби.

Рисунок 38. Відсоток бактеріологічно підтверджених випадків ТБ у 2017 році

Рисунок 39. Відсоток охоплення молекулярно-генетичними методом зареєстрованих випадків ТБ у 2017 році (цільовий показник ВООЗ 2018 рік випадків ТБ).

Рисунок 40. Відсоток охоплення ТМЧ до ПТП 1 ряду бактеріологічно підтверджених випадків ТБ у 2017 році

Рисунок 41. Результати лікування нових випадків ТБ легень, когорта 2016 року.

Рисунок 42. Результати лікування нових випадків та рецидивів ТБ легень, когорта 2016 року.

Рисунок 43. Результати лікування всіх випадків МР ТБ, когорта 2015 року.

Рисунок 44. Результати лікування всіх випадків РРТБ, когорта 2015 року

Рисунок 45. Кількість пацієнтів з ХР ТБ (4 категорія), які розпочали медико-со супровід від ТЧХУ з 2017 року, в розрізі регіонів

Рисунок 46. Кількість пацієнтів з чутливим ТБ, які розпочали медико-соціальний супровід від БО «Мережа» з 2017 року, в розрізі регіонів

Рисунок 47. Результати лікування хворих на чутливий ТБ, які отримували соціальний супровід неурядових організацій (БО «Мережа» та інші організації), 2016р.

Рисунок 48. Результати лікування хворих на чутливий ТБ (1-3 категорії), які не отримували медико-соціальний супровід, когорта 2016 р.

Рисунок 49. Результати лікування хворих на ХР ТБ (4 категорія), які отримували медико-соціальний супровід неурядових організацій (ТЧХУ організації), когорта 2015 року

Рисунок 50. Результати лікування хворих на ХР ТБ (4 категорія), які не отримували медико-соціальний супровід, когорта 2015 р.

Рисунок 51. Фінансування ІК

Рисунок 52. Відсоток забезпеченості УФО.

Рисунок 53. Відсоток перевірки УФО.

Рисунок 54. Відсоток забезпеченості респіраторами

Рисунок 55. Відсоток працівників, що пройшли ФІТ – тест

Додатки:

Таблиця 1	Населення України станом на 1 січня 2018 року (постійне). Працівники закладів охорони здоров'я системи МОЗ України, 2017 рік
Таблиця 2	Мережа протитуберкульозних закладів охорони здоров'я системи МОЗ України та кількість ліжок для хворих на туберкульоз, 2017 рік
Таблиця 3	Забезпеченість лікарняними ліжками для хворих на ТБ у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України
Таблиця 4	Показники використання ліжкового фонду протитуберкульозних закладів охорони здоров'я системи МОЗ України, 2017 рік
Таблиця 5	Кількість лабораторій у закладах охорони здоров'я України
Таблиця 6	Забезпеченість лікарями-фтизіатрами у закладах системи МОЗ України
Таблиця 7	Атестація лікарів-фтизіатрів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2017 рік
Таблиця 8	Медичні посади у лікувально-профілактичних закладах системи МОЗ України, 2017 рік
Таблиця 9	Укомплектованість лікарями-фтизіатрами закладів охорони здоров'я України у розрізі міністерств та відомств
Таблиця 10	Показники профілактичних оглядів з метою виявлення хворих на ТБ у закладах охорони здоров'я
Таблиця 11	Профілактичні щеплення, що проведені дітям першого року життя
Таблиця 12	Виявлення хворих на ТБ при профілактичних

оглядах в Україні (% до загальної кількості нових випадків туберкульозу)

- Таблиця 13 Захворюваність на нові випадки ТБ в Україні
- Таблиця 14 Захворювання на ТБ (вперше зареєстровані хворі+рецидиви) серед усього населення в Україні
- Таблиця 15 Захворюваність на ТБ легень (нові випадки+рецидиви) серед усього населення України
- Таблиця 16 Захворюваність на ТБ легень з бактеріовиділенням (нові випадки+рецидиви) серед усього населення України
- Таблиця 17 Захворюваність на позалегеневий ТБ (нові випадки + рецидиви) серед усього населення України
- Таблиця 18 Захворюваність на ТБ (нові випадки+рецидиви) за віком і статтю в Україні
- Таблиця 19 Захворюваність на ТБ (нові випадки+рецидиви) серед дітей віком 0-14 років включно
- Таблиця 20 Захворюваність на ТБ серед осіб віком 15-17 років включно (нові випадки+рецидиви)
- Таблиця 21 Захворюваність на ТБ серед осіб віком 0-17 років включно (нові випадки+рецидиви)
- Таблиця 22 Захворюваність на ТБ серед міських жителів України (нові випадки+рецидиви)
- Таблиця 23 Захворюваність на ТБ серед сільських жителів України (нові випадки+рецидиви)
- Таблиця 24 Випадки захворювань на ТБ серед контактних осіб у вогнищах ТБ з бактеріовиділенням
- Таблиця 25 Соціальна структура осіб, які вперше захворіли на ТБ, 2017 рік (абсолютна кількість)
- Таблиця 26 Соціальна структура осіб з новими випадками ТБ, 2017 рік (% до загальної кількості хворих)

Таблиця 27	Соціальна структура нових випадків ТБ за факторами ризику
Таблиця 28	Захворюваність на ТБ працівників закладів охорони здоров'я України (включно з протитуберкульозними диспансерами)
Таблиця 29	Захворюваність на ТБ працівників протитуберкульозних закладів
Таблиця 30	Реєстрація випадків ТБ за результатами бактеріоскопічного і/або бактеріологічного дослідження мокротиння
Таблиця 31	Реєстрація осіб, хворих на ТБ
Таблиця 32	Реєстрація ВІЛ-позитивних осіб, хворих на ТБ
Таблиця 33	Захворюваність на ТБ у поєднанні зі СНІДом (нові випадки+рецидиви)
Таблиця 34	Лабораторна діагностика нових випадків ТБ легень
Таблиця 35	Лабораторна діагностика рецидивів та інших випадків повторного лікування ТБ легень
Таблиця 36	Виявлення нових випадків та рецидивів ТБ з КСБ «+» у осіб, які обстежені в лабораторіях первинної медико-санітарної допомоги України
Таблиця 37	Результати виявлення нових випадків ТБ легень
Таблиця 38	Результати виявлення рецидивів та інших випадків повторного лікування ТБ легень
Таблиця 39	Кількість хворих на ТБ, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування
Таблиця 40	Кількість хворих на ТБ, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у

- Таблиця 41 Поширеність всіх форм активного ТБ серед усього населення України
- Таблиця 42 Поширеність всіх форм активного ТБ серед дітей віком 0-14 років включно
- Таблиця 43 Поширеність всіх форм активного ТБ серед дітей віком 15-17 років включно
- Таблиця 44 Поширеність всіх форм активного ТБ серед дітей віком 0-17 років включно
- Таблиця 45 Дипансерний контингент ризику до захворювання на туберкульоз (5 категорія обліку) в Україні
- Таблиця 46 Поширеність всіх форм активного ТБ у поєднанні з хворобою, зумовленою ВІЛ
- Таблиця 47 Результати лікування нових випадків ТБ легень з позитивним результатом мікроскопічного дослідження мокротиння на КСБ, когорта 2015 року
- Таблиця 48 Результати лікування нових випадків та рецидивів ТБ легень, когорта 2016 року
- Таблиця 49 Результати лікування нових випадків ТБ легень, когорта 2016 року
- Таблиця 50 Результати лікування рецидивів ТБ легень, когорта 2016 року
- Таблиця 51 Результати лікування інших випадків повторного лікування ТБ легень, когорта 2016 року
- Таблиця 52 Результати лікування всіх випадків МР ТБ, когорта 2015 року

- Таблиця 53 Результати лікування нових випадків МР ТБ легень, когорта 2015 року
- Таблиця 54 Результати лікування повторних випадків МР ТБ легень, когорта 2015 року (рецидиви та інші випадки повторного лікування)
- Таблиця 55 Результати лікування всіх випадків РР ТБ, когорта 2015 року
- Таблиця 56 Результати лікування нових випадків РР ТБ легень, когорта 2015 року
- Таблиця 57 Результати лікування повторних випадків РР ТБ легень, когорта 2015 року (рецидиви та інші випадки повторного лікування)
- Таблиця 58 Хірургічне лікування випадків ТБ в закладах охорони здоров'я МОЗ України
- Таблиця 59 Хірургічне лікування випадків позалегенового ТБ в ЗОЗ системи МОЗ України
- Таблиця 60 Показники первинної інвалідності внаслідок ТБ серед населення працездатного віку
- Таблиця 61 Показники первинної інвалідності внаслідок ТБ серед дітей віком 0-17 років
- Таблиця 62 Смертність від ТБ (за даними Держстату України)
- Таблиця 63 Померлі від ТБ особи 0-17 років (за даними Держстату України)
- Таблиця 64 Розподіл хворих, які померли від ТБ, за віком і статтю (за даними Держстату України)
- Таблиця 65 Померло хворих на ТБ від хвороби, зумовленої СНІДом
- Таблиця 66 Лікарняна та санаторна допомога хворим на ТБ відповідно до територіального розміщення

Таблиця 67 Хіміопрофілактика у контактних осіб

Таблиця 68 Хіміопрофілактика у контактних осіб (продовження)

Перелік умовних скорочень

АРТ	антиретровірусна терапія
АРВП	антиретровірусні препарати
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Глобальний фонд	Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, ТБ та малярією
ДОТ	безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів
ДПтС України	Державна пенітенціарна служба України
ЗКЯ	зовнішній контроль якості
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІК	інфекційний контроль
ІП	інтенсивний показник
МГМ	молекулярно-генетичний метод
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МР ТБ	мультирезистентний ТБ
НУО	неурядові організації
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТД	протитуберкульозний диспансер
ПТЗ	протитуберкульозні заклади
ПТП	протитуберкульозні препарати

ПЛІ	Профілактичне лікування ізоніазідом
Реєстр	реєстр хворих на ТБ
РР ТБ	ТБ із розширеною резистентністю
ТБ	туберкульоз
ТМЧ	тест медикаментозної чутливості
ТЧХУ	Товариство Червоного Хреста України
УЦГЗ	Державна установа «Український центр громадського здоров'я МОЗ України»
ХР ТБ	хіміорезистентний ТБ
ШББ	шафа біологічної безпеки

Стратегія боротьби з ТБ у світі та епідеміологічна ситуація щодо ТБ у країнах Європейського регіону та у світі

Новий етап протидії ТБ на глобальному рівні розпочато у травні 2014 р., коли Всесвітня асамблея охорони здоров'я (м. Женева, Швейцарія) схвалила Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» на період 2016 – 2035 рр., що узгоджується із завданнями Цілей сталого розвитку до 2030 року, прийнятих Організацією Об'єднаних Націй.

Головним завданням в рамках реалізації нової Глобальної стратегії ВООЗ з протидії ТБ до 2035 року є звільнення світу від ТБ з досягненням нульового рівня захворюваності, смертності та жодна з постраждалих сімей не повинна нести катастрофічні витрати, пов'язані з ТБ (тобто коли родина витрачає більше половини родинного бюджету на лікування хворого члена родини)

Цільовими показниками для досягнення мети в рамках нової Стратегії є зниження рівня захворюваності на ТБ нижче 10 випадків на 100 000 населення, скорочення числа смертей від ТБ на 95% (в порівнянні з 2015 роком), скорочення показника захворюваності на ТБ на 90% (порівняно з 2015 роком).

Реалізація стратегії «Покласти край ТБ» буде відбуватися в декілька етапів.

Перший етап – оптимальне використання вже наявних і нових лікарських засобів, забезпечення загального доступу населення до послуг з охорони здоров'я та соціальний захист. Його реалізація дозволить до 2020 року досягнути зниження рівня захворюваності на ТБ в середньому на 10% щороку. З 2014 по 2015 рік темпи зниження захворюваності ТБ склали в усьому світі лише 1,5%, а це означає, що з такими темпами досягнення мети потребуватиме десятиліть, а не 15 років, передбачених Ціллю сталого розвитку. Щоб досягти перших проміжних результатів Стратегії ВООЗ темпи скорочення повинні зрости до 2020 р до 4-5% на рік.

Другий етап – впровадження нових засобів профілактики, лікування та проведення діагностики безпосередньо наближено до місця надання медичної допомоги, в тому числі на первинному рівні. Завдяки цьому до 2025 року зниження рівня захворюваності буде відбуватися в середньому на 17% в рік.

Політична воля держави, інтегрована і орієнтована на пацієнта протитуберкульозна допомога, інтенсифікацію досліджень та інновації, як третій етап реалізації стратегії, дозволять досягнути кінцевої мети стратегії до 2035 року – покінчити з глобальною епідемією туберкульозу в світі.

Не дивлячись на те, що кількість випадків смерті від ТБ і показник захворюваності продовжують знижуватися в усьому світі, тим не менш ТБ продовжує залишатися однією з пріоритетних проблем громадського здоров'я.

Згідно з оціночними даними ВООЗ, у 2015 р на ТБ захворіло 10,4 млн. осіб, в т.ч. 5,9 млн.(56%) чоловіків, 3,5 млн. (34%) жінок и 1,0 млн. (10%) дітей. При цьому ще 2 млрд мають латентну туберкульозну інфекцію. Особи, які живуть з ВІЛ-інфекцією, складають 1,2 млн. (11%) серед загальної кількості нових випадків ТБ.

ВООЗ сформувала три списки країн на період 2016-2020 рр. з високим тягарем ТБ, ТБ / ВІЛ та МРТБ, кожен з яких налічує 30 країн. Україна з 2014 року входить до списку країн високого пріоритету ВООЗ по МРТБ.

Згідно з даними ВООЗ 60% нових випадків захворювання на ТБ припадають на шість країн: Індію, Індонезію, Китай, Нігерію, Пакистан і Південну Африку.

Глобальний прогрес залежить від великих зрушень в профілактиці і лікуванні ТБ саме в цих країнах.

У всьому світі на дітей (у віці до 15 років) довелося 6,5% нових випадків захворювання, які були зареєстровані в 2015 році.

Частка хворих на ТБ, які живуть з ВІЛ, була найвищою в Африканському регіоні (31% - тобто кожен третій).

У 2015 р на МРТБ захворіли, за оцінками ВООЗ, 480 000 осіб, додатково 100 000 захворіли на ТБ зі стійкістю тільки до рифампіцину .

Лише на 3 країни - на Індію, Китай і сусідню державу Російську Федерацію довелося 45% від загального числа МРТБ, майже половина від оціночних 580 000 випадків МРТБ.

Не дивлячись на те, що сьогодні є ліки від ТБ і ТБ є виліковною хворобою, у 2015 році від ТБ померли, за оцінками ВООЗ, 1,4 млн. осіб, а також 0,4 млн. осіб, які живуть з ВІЛ-інфекцією. І хоча з 2000 по 2015 рік чисельність померлих від ТБ скоротилася на 22%, тим не менш у 2015 р ТБ залишався однією з 10 провідних причин смерті в усьому світі. Це пов'язано переважно через проблеми з неналежною реалізацією програм протидії ТБ і наданням послуг, орієнтованих на потреби пацієнта, в т. ч. неправильними або недостатніми схемами лікування або складністю повного проходження курсу, що складає від 6 до 36 місяців. Серед інших чинників, що впливають на ефективність відповіді на ТБ є недостатність нових лікувальних та діагностичних засобів.

З 2000 р по 2015 рр. у всьому світі завдяки лікуванню ТБ запобігли 49 млн. випадкам смерті, проте ще зберігаються серйозні прогалини в сфері діагностики та лікування ТБ.

У 2015 р національними урядами країн і ВООЗ було повідомлено про 6,1 млн. нових випадків захворювання на ТБ. Кількість повідомлень про ТБ зростає за період 2013-2015 рр. головним чином через їх збільшення в Індії на 34%. Однак у всьому світі має місце недовиявлення 4,3 млн. нових випадків захворювання і повідомлення про них, причому на Індію, Індонезію і Нігерію припала майже половина недовиявлених випадків. Причинами невідповідності між повідомленнями про нові випадки захворювання країнами і їхню передбачувану або оціночну кількість є: неповна звітність про виявлених хворих на ТБ (особливо в країнах з великим приватним сектором) та неповне діагностування (особливо в країнах, де є серйозні географічні або фінансові перешкоди для доступу до медичної допомоги). Переважна більшість недовиявлених випадків ТБ серед осіб, які належать до ключових груп або груп з підвищеним ризиком захворювання.

Триває криза виявлення і лікування ТБ з множинною лікарською стійкістю. У 2015 р із оціночних або розрахункових ВООЗ 580 000 осіб, які мали б отримати лікування від ТБ з МРТБ, лише 125 000 (20% або кожен 5-й) були охоплені протитуберкульозним лікуванням. Більш ніж на 60% цей розрив доводиться на п'ять країн: Індію, Китай, Російську Федерацію, Індонезію і Нігерію. В цілому, у когорті 2013 р в усьому світі показник успішності лікування МРТБ склав 52%, тобто тільки кожен другий вилікувався від МРТБ (при цільовому значенні показника ВООЗ не менше 75%).

Згідно з останніми даними про результати лікування, показник успішного лікування ТБ становить 83% (когорта 2014 р.) при цільовому значенні показника ВООЗ не менше 90%.

У глобальному масштабі, невилікуваний ТБ становить серйозну загрозу здоров'ю решти населення, оскільки ця хвороба передається крапельним шляхом, тобто одна особа з ТБ може протягом року інфікувати 10 і більше інших осіб, якщо вона не буде лікуватися і вживати застережних заходів з інфекційного контролю.

У 2015 р документально оформлений результат тесту на ВІЛ мали 55% зареєстрованих хворих на ТБ (при цільовому показнику ВООЗ – 100%). Частка ВІЛ-позитивних хворих на ТБ, які отримують АРТ, склала 78% (при цільовому показнику ВООЗ – не нижче 90 %).

У Африканському регіоні, де тягар ВІЛ-асоційованого ТБ є найбільшим, 81% виявлених хворих мають документований результат тесту на ВІЛ. В Індії, Кенії, Малаві, Мозамбіку, Намібії і Свазіленді частка виявлених ВІЛ-позитивних хворих на ТБ, які отримують антиретровірусну терапію, перевищила 90 %, що значно вище ніж в Україні.

Єдиним діагностичним експрес-тестом на ТБ і стійкість до рифампіцину, який рекомендований ВООЗ, сьогодні є Xpert MTB / RIF®. З 48 країн, що входять принаймні в один з трьох нових списків країн високого тягаря, 15 країн прийняли до кінця 2015 р національні алгоритми, що встановлюють Xpert MTB / RIF в якості початкового діагностичного тесту для всіх осіб з ознаками і симптомами легеневого ТБ, тобто замість традиційного методу мікроскопії мокротиння на первинному рівні. Наразі в Україні також розширюється впровадження цієї рекомендації ВООЗ за рахунок коштів гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією.

У 2015 р. 163 країни повідомили про проведення вакцинації БЦЖ в якості стандартного елемента цих програм; 102 країни повідомили про охоплення понад 90%.

З 2016 року на медичну допомогу при ТБ і його профілактику в країнах з низьким і середнім рівнями доходів було виділено 6,6 млрд. дол. США, 84% з яких надійшли з внутрішніх джерел. Проте, в країнах з низькими рівнями доходів національні протитуберкульозні програми як і раніше отримують майже 90% свого фінансування від міжнародних донорів. З 2016 року країни з низьким і середнім рівнями доходів недоотримали майже 2 млрд. дол. США інвестицій з 8,3 млрд. дол. США, які були необхідні.

Власні витрати громадян перевищили 45% від сумарних витрат на охорону здоров'я в 46 країнах, в т. ч. в 11 з 30 країн з високим тягарем ТБ.

Реалізація плану ВООЗ дозволить за розрахунками врятувати 1 089 308 життів, зекономити за рахунок попередження смерті хворих від ТБ 13 805 доларів США за кожен особу та за рахунок попередження інвалідності 657 доларів США на особу в рік. Загальна ефективність від реалізації цієї програми оцінюється у 48 мільярдів доларів США.

Державна політика щодо протидії ТБ Україна в контексті виконання міжнародних зобов'язань щодо протидії епідемії ТБ

Питання протидії ТБ в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань.

Уряд схвалив Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 р. (розпорядження від 27 грудня 2017 р. № 1011-р), метою якої є стабілізація рівня захворюваності, зменшення рівня смертності та підвищення ефективності лікування хворих.

В рамках реалізації Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 рр. передбачене виконання наступних завдань та заходів:

комплексне лікування і профілактика ТБ;

здійснення систематичного скринінгу, зокрема активне виявлення випадків ТБ, МРТБ та виявлення осіб, які перебувають в контактi з хворими на ТБ, в тому числі серед груп високого ризику захворювання на ТБ, із залученням неурядового сектору;

диференційоване формування груп підвищеного ризику захворювання на ТБ для активного виявлення туберкульозу залежно від регіональних особливостей (соціальних, епідеміологічних та захворюваності на ТБ та ВІЛ-інфекцію/СНІД) та забезпечення їх повного охоплення діагностикою ТБ із залученням організацій громадянського суспільства;

проведення ранньої діагностики всіх форм ТБ та забезпечення всеохоплюючого доступу до тестування на чутливість до ліків, зокрема шляхом використання швидких тестів;

забезпечення лабораторної мережі приладами мікробіологічної діагностики та якісної діагностики всіх форм ТБ;

впровадження системи управління якістю виконання лабораторних досліджень з мікробіологічної діагностики ТБ;

забезпечення доступу до всього комплексу послуг для всіх хворих на ТБ, включаючи його хіміорезистентні форми, а також надання підтримки пацієнтам з метою формування прихильності до лікування;

впровадження підходу, орієнтованого на пацієнта та соціально дезадаптовані верстви населення, впровадження короткострокових режимів лікування та нових препаратів відповідно до рекомендацій ВООЗ;

реформування системи надання медичної допомоги хворим на ТБ шляхом впровадження моделей лікування з акцентом на амбулаторне лікування;

зміцнення моделі комплексного надання інтегрованих послуг хворим на ТБ, включаючи первинну медичну допомогу, профілактику та лікування ТБ, із залученням громад шляхом широкого застосування сучасних інформаційних та комунікаційних технологій;

забезпечення соціальної підтримки хворих на ТБ, МРТБ, орієнтованої на потреби пацієнта та членів їх родин, з метою забезпечення прихильності до лікування та завершення повного курсу із залученням громадянського суспільства;

забезпечення безперервності надання послуг внутрішньо переміщеним

особам, мігрантам, особам без громадянства шляхом впровадження механізму транскордонного контролю;

забезпечення надання паліативної допомоги хворим на ТБ відповідно до міжнародних рекомендацій;

здійснення спільних заходів боротьби з ко-інфекцією - ТБ та ВІЛ-інфекцією/СНІДом та ведення обліку випадків поєднаних патологій;

забезпечення ефективної діяльності координаційних механізмів на національному та регіональному рівні для сприяння наданню комплексних послуг хворим на ко-інфекцію – ТБ та ВІЛ-інфекцію/СНІД та поєднані патології, що найчастіше зустрічаються та асоціюються з ТБ (цукровий діабет, вживання та зловживання психотропними речовинами, порушення роботи імунної системи тощо);

забезпечення належного доступу до консультивання та тестування на ВІЛ-інфекцію/СНІД;

забезпечення двічі на рік скринінгу в людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, на латентний та активний ТБ і проведення профілактичного лікування за наявності відповідних показів;

забезпечення належного доступу хворих на ТБ та ВІЛ-інфекцію/СНІД до раннього та контрольованого лікування АРВП і профілактичного лікування котримоксазолом;

лікування латентної туберкульозної інфекції та профілактичне лікування осіб із груп високого ризику, а також проведення вакцинації проти ТБ;

забезпечення вакцинацією проти ТБ новонароджених та припинення ревакцинації вакциною проти ТБ відповідно до рекомендацій ВООЗ;

забезпечення отримання профілактичної протитуберкульозної терапії особам, які отримують послуги, і зниження шкоди від зловживання психотропними речовинами.

Заходи з протидії ТБ передбачається здійснити за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів шляхом:

залучення відповідно до потреб донорських коштів та їх раціонального використання;

всєбічного охоплення високоякісними безоплатними послугами з медичного обслуговування населення щодо профілактики, діагностики, лікування та соціального супроводу для загального населення та хворих на ТБ з дотриманням принципів соціальної справедливості;

удосконалення системи охорони здоров'я в галузі протидії захворюванню на ТБ, у тому числі хіміорезистентного;

раціонального управління необхідними ресурсами для забезпечення ефективного всєбічного доступу до послуг охорони здоров'я;

впровадження узгоджених механізмів фінансування заходів Програми з урахуванням оцінки економічної ефективності та результативності заходів;

розроблення та реалізації Національного плану з реорганізації мережі протитуберкульозних закладів на основі рекомендованих стандартів і критеріїв для планування і прогнозування кількості протитуберкульозних ліжок, чітко затверджених критеріїв госпіталізації та виписки;

проведення оптимізації ліжкового фонду протитуберкульозних закладів та приведення його у відповідність з вимогами інфекційного контролю;

перегляду та впровадження стратегічного плану розвитку кадрових ресурсів на підставі рекомендацій ВООЗ;

організації безперервного навчання працівників системи охорони здоров'я всіх рівнів щодо надання мультидисциплінарних медичних послуг з медичного обслуговування населення з виявлення, діагностики та лікування випадків МРТБ та туберкульозу з розширеною резистентністю, моніторингу та оцінки, інфекційного контролю тощо;

розбудови єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на протидію ТБ з метою вдосконалення процесу стратегічного планування, виконання державної та регіональних програм протидії туберкульозу, благодійних програм, проектів міжнародної технічної допомоги;

забезпечення удосконалення облікової та звітної документації і належного функціонування електронної бази даних щодо ТБ незалежно від форми власності та підпорядкування, використання електронної бази даних під час формування оперативної інформації про ТБ та епідеміологічних показників;

визначення мінімального переліку змінних показників соціальних детермінант;

забезпечення взаємного обміну інформацією між різними джерелами даних, що використовуються для епідагляду за ТБ;

забезпечення використання протитуберкульозних препаратів гарантованої якості із впровадженням нової методики розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах, що базується на міжнародних підходах;

безперебійного забезпечення закладів охорони здоров'я, що здійснюють лікування хворих на ТБ у стаціонарних та амбулаторних умовах, протитуберкульозними лікарськими засобами, зокрема із широким застосуванням препаратів із фіксованими дозами, в тому числі дитячих лікарських форм;

аналізу причин виникнення прогалин у нормативних документах, їх оновлення, перегляду та удосконалення;

посилення контролю з метою припинення практики безрецептурного продажу протитуберкульозних препаратів;

удосконалення фармаконагляду та контролю за побічними реакціями на основі наявних в Україні інструментів, технічних та кадрових ресурсів;

запровадження сучасних заходів з інфекційного контролю за ТБ, спрямованих на запобігання поширенню захворювання на ТБ у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування осіб і проживання хворих на ТБ та зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів після проведення їх оптимізації;

впровадження державного соціального замовлення щодо забезпечення захисту населення з обмеженим доступом до медичної допомоги, підвищення рівня громадської обізнаності, розв'язання проблеми, пов'язаної з негативним ставленням суспільства до хворих на ТБ і ВІЛ-інфікованих осіб та їх дискримінацією, у системі охорони здоров'я із залученням організацій громадянського суспільства до активної участі у протидії ТБ;

розроблення та впровадження стратегії адвокаційної, комунікаційної роботи та соціальної мобілізації;

сприяння утворенню об'єднань осіб, які перехворіли на ТБ, та залучення їх до діяльності у сфері протидії ТБ;

розроблення та впровадження ефективних регіональних заходів соціального захисту хворих на ТБ та забезпечення їх фінансування;

захисту прав пацієнтів на основі законодавства та Хартії прав пацієнтів;

сприяння наданню транскордонної допомоги мігрантам;

забезпечення стандартизації виконання операційних досліджень в Україні та використання їх результатів з метою формування політики щодо внесення змін до нормативно-правових актів;

проведення аналізу ефективності виконання проектів та програм технічної допомоги, зокрема шляхом проведення прозорих операційних досліджень;

забезпечення координації під час планування, виконання наукових, зокрема операційних, досліджень в Україні та забезпечення практичного використання отриманої наукової продукції;

розроблення та впровадження інноваційних методів діагностики та лікування випадків ТБ.

На виконання зазначеної Концепції, Міністерством у співпраці з національними та міжнародними партнерами, науковими та громадськими організаціями підготовлено проект нової Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018 – 2021 роки.

Ухвалення програми допоможе досягти цілей Плану дій по боротьбі з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016—2020 роки, сприяючи тим самим досягненню мети глобальної стратегії “Покласти кінець ТБ” — зупинити епідемію ТБ, а саме до 2035 року: на 95% зменшити смертність від ТБ в порівнянні з 2015 роком, досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тисяч та з нульовим рівнем страждань від ТБ. До 2050: досягти нульового рівня смертності від ТБ та нульового рівня захворюваності.

Програмою передбачено перегляд та зміни підходів до організації та фінансування програми протидії ТБ відповідно до нових глобальних стратегій та керівних документів ВООЗ, зокрема нової глобальної стратегії ВООЗ “Покласти кінець ТБ – END TB” та цільових орієнтирів Комплексного плану дій щодо боротьби з ТБ у Європейському регіоні ВООЗ на 2016-2020 роки. Також враховані рекомендації місій міжнародних експертів та результати державних аудитів.

Базовими елементами нової Програми визначено:

- 1) підтримка комплексних та орієнтованих на пацієнта послуг, які включають скринінг, діагностику, лікування та профілактику ТБ;
- 2) гарантування сталого фінансування заходів протидії ТБ;
- 3) впровадження інновацій та заходів, заснованих на доказах, які сприятимуть запровадженню нових методів діагностики та лікування ТБ.

У рамках нової програми передбачена оптимізація протитуберкульозної служби з урахуванням реформування української системи охорони здоров'я, що буде сприяти розвитку амбулаторної моделі лікування ТБ, орієнтованої на пацієнта. Це дозволить оптимізувати використання ресурсів і направити їх на забезпечення ранньої діагностики і поліпшення якості лікування пацієнтів з ТБ, а не на утримання понаднормової кількості будівель протитуберкульозних лікарень (наразі на 1 ТБ ліжко в середньому 2 пацієнта з ТБ).

Виконання програми ТБ дозволить поліпшити епідемічну ситуацію з ТБ: покращити виявлення випадків ТБ, знизити смертність від ТБ на 10 % та досягти показників ефективності лікування МРТБ не нижче 75% (зараз 46%).

Виконання програми також дасть змогу забезпечити: 100% доступ до безперервної діагностики ТБ шляхом закупівлі витратних матеріалів, 100% доступ до лікування всіх хворих на ТБ шляхом впровадження пацієнт-орієнтованого підходу, 100% доступ до консультивання та тестування на ВІЛ/СНІД тощо.

Успішність реалізації згаданих стратегічно важливих документів залежить від консолідації зусиль державного сектору, наукового і експертного середовища, міжнародних партнерів та громадянського суспільства.

Очікується затвердження нової програми протидії ТБ у 2018 році.

З метою координації державної політики у сфері протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання медико-соціальної допомоги хворим на ТБ, ВІЛ-інфекцію та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ, профілактики цих захворювань та забезпечення надання цих послуг за рахунок бюджетних коштів була розроблена та затверджена та схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 року № 248-р «Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року» та затверджено план заходів щодо її реалізації.

Метою Стратегії є посилення спроможності держави ефективно впроваджувати пріоритетні заходи для подолання епідемій ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу без припинення здійснення таких заходів чи погіршення якості їх виконання в умовах поступового переходу з 2017 року від фінансування за рахунок коштів донорів (переважно за рахунок коштів Глобального фонду) до фінансування за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Реалізація Стратегії спрямована на досягнення таких результатів:

удосконалення державної політики протидії та ВІЛ-інфекції/СНІДу відповідно до засад громадського здоров'я та міжнародних стандартів;

удосконалення системи управління, підвищення ефективності на національному рівні координації заходів протидії ТБ і ВІЛ-інфекції/СНІДу;

зниження рівня залежності від зовнішнього фінансування для виконання

програм протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу, ефективне використання наявних ресурсів;

стимулювання залучення коштів міжнародної технічної допомоги;

оптимізація надання послуг, зокрема шляхом розширення охоплення отримувачів послуг, забезпечення безперервності і координації допомоги, підвищення її якості;

відповідне і безперервне кадрове забезпечення;

удосконалення системи підготовки кадрів з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу;

удосконалення системи моніторингу та оцінки, планування і реалізації політики, заснованої на фактичних даних;

зниження рівня стигматизації та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, осіб, хворих на ТБ, представників груп підвищеного ризику захворювання на ТБ та інфікування ВІЛ;

збільшення адміністративного та закупівельного потенціалу МОЗ, Центру громадського здоров'я МОЗ та місцевих органів охорони здоров'я;

забезпечення активної участі у виконанні програм і заходів протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу громадських об'єднань, представників груп підвищеного ризику захворювання на ТБ та інфікування ВІЛ.

Реалізація Стратегії дасть змогу забезпечити безперервність послуг щодо ТБ в умовах зменшення донорського фінансування.

Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією залишається одним із основних міжнародних партнерів, який надав Україні понад 181 млн. доларів США для реалізації програм з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2018 -2020 роки.

Проте зміни в підходах Глобального фонду до виділення ресурсів країнам-реципієнтам вимагають від України готовності і здатності збільшити власне державне фінансування, щоб замінити зовнішнє фінансування.

Україна в контексті реформування у галузі охорони громадського здоров'я

Незважаючи на помітний прогрес, досягнутий за останнє десятиліття, ТБ як і раніше є проблемою громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, який несе важкий тягар ТБ з множинною лікарською стійкістю з показниками в когортах нових і раніше нелікованих хворих більш ніж в два рази перевищують аналогічні показники в будь-якому іншому регіоні ВООЗ. З 30 країн світу, які, як прийнято вважати, несуть найбільш важкий тягар МРТБ, дев'ять розташовані в Європейському регіоні ВООЗ.

Виникнення і персистування лікарсько стійкого ТБ є прямим наслідком існуючих недоліків в системі охорони здоров'я. Зокрема, це результат відсутності зв'язків між різними секторами системи, особливо між сектором охорони здоров'я і службою виконання покарань, а також брак належної інфраструктури, і наявності

проблем в забезпеченні постійного доступу в повному обсязі до високоякісних протитуберкульозних препаратів. Ці проблеми, особливо якщо вони ще більше поглиблюються через слабкість систем психосоціальної підтримки, призводять до неякісного лікування або його перерв, особливо серед найбільш уразливих груп пацієнтів.

Багато країн регіону ВЕЦА сьогодні переходять від систем охорони здоров'я з вертикальною моделлю, де лікувальні заходи переважно проводяться в стаціонарах, до більш узгоджених моделей, в яких посилена первинна медико-санітарна допомога. Однак, для такого переходу необхідні механізми для подолання спадщини відокремлених структур управління, фінансових систем, які часто призводять до застосування застарілих підходів до надання послуг, слабкої інфраструктури і неравномірного розподілу персоналу, особливо в сільських районах. Додатковими факторами, що сприяють виникненню проблем в сфері надання послуг, є низька мотивація медичних працівників і відсутність стимулів для заохочення розвитку їх навичок.

Європейське регіональне бюро ВООЗ активно підтримує комплексний багатокomпонентний підхід до зміцнення систем охорони здоров'я, метою якого є суттєве та швидке підвищення рівня профілактики та лікування ТБ. Цей підхід узгоджується з метою № 3 Організації Об'єднаних Націй в сфері сталого розвитку, яка включає досягнення цілей щодо здійснення загального охоплення послугами охорони здоров'я і припинення епідемії ТБ. Крім цього, даний підхід узгоджується з рамковими документами і стратегією в Європейському регіоні, включаючи «Здоров'я -2020»: основи європейської політики на підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя, «План дій по боротьбі з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016-2020 рр.», і «Пріоритети ВООЗ по зміцненню системи охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ на 2015-2020 рр.».

Поява МРТБ і РРТБ створює велике навантаження на системи охорони здоров'я. Лікування МРТБ і РРТБ є складним, тривалим і дорогим. Для переходу до моделей, що забезпечує ефективне лікування цих форм ТБ, необхідно впровадити механізми, які підтримують міждисциплінарні моделі лікування і догляду, прийняти орієнтовані на пацієнта практики, забезпечити співпрацю між різними медичними установами, розширити і поглибити клінічні навички, а також забезпечити високий рівень мотивації персоналу.

Держави-члени Європейського регіону ВООЗ, в тому числі Україна, прихильні зміцненню систем охорони здоров'я, і визнають важливість переходу до систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей.

Медична допомога, орієнтована на потреби людей, зосереджена не на пацієнтах або хворобі, а на потребах людей і місцевих громад, а також на їх очікуваннях стосовно охорони здоров'я.

Цей підхід доповнюється концепцією моделей надання медичної допомоги, орієнтованої на потреби людей і спрямованої на задоволення потреб в послугах охорони здоров'я і очікувань людей на всіх етапах життя. Її мета - знайти баланс між правами і потребами пацієнтів, їх обов'язками і можливостями участі в якості зацікавлених сторін в системі охорони здоров'я.

Для того щоб це відбулося, необхідно змінити принципи лікування ТБ і перейти від моделі з переважно стаціонарного лікування, в якій лікування здійснюється в значній мірі ізольовано від системи первинної медико-санітарної

допомоги (ПМСД) , до моделі, реалізованої на рівні місцевих громад та системи ПМСД.

У лікуванні з акцентом на амбулаторному етапі є чимало переваг:

1) ризик подальшого розповсюдження туберкульозної інфекції відсутній, оскільки основне розповсюдження інфекції відбувається ще до постановки діагнозу та початку лікування. Ризик передачі інфекції від хворого на ТБ значно зменшується в середньому через тиждень від початку ефективного лікування, а за деякими даними навіть через 3 дні після належного прийому протитуберкульозних препаратів.

2) Перебування в стаціонарах часто призводить до внутрішньолікарняного інфікування хворих резистентними (тобто такими, що не піддаються лікуванню основними протитуберкульозними препаратами) штамми бактерій.

У разі правильного лікування хворого на ТБ, додаткового зараження членів родини не відбувається за умови дотримання заходів з інфекційного контролю.

На сьогодні згідно із стандартами лікування пацієнти без бактеріовиділення за мазком, а також пацієнти з бактеріовиділенням за умови дотримання вимог інфекційного контролю вдома, можуть лікуватися амбулаторно.

3) Амбулаторний вид надання медичної допомоги є економічно вигідним, при однаковій ефективності: один день перебування пацієнта в лікарні може коштувати як 15 амбулаторних візитів.

4) У центрі амбулаторної моделі стоять інтереси пацієнта та знижується рівень стигми та дискримінації, при цьому пацієнт не випадає з соціального життя, продовжує роботу, не ізольований від близьких, що сприяє досягненню кращих результатів лікування.

Децентралізація лікування і перенаправлення ресурсів зі стаціонарів в сферу амбулаторних послуг може дозволити службам охорони здоров'я скоротити витрати, розширити можливості і забезпечити високоякісну медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта. Країнам рекомендується реінвестувати кошти, зекономлені за рахунок скорочення обсягів госпіталізації, на боротьбу з ТБ в рамках національних програм боротьби з ТБ - наприклад, на матеріальну, продовольчу і соціальну підтримку пацієнтів ТБ.

Сьогодні в Україні серйозною проблемою для галузі охорони здоров'я є застаріла практика понадмірної госпіталізації в стаціонари ПТЗ, що крім того не відповідають вимогам інфекційного контролю.

Оптимізація системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз лишається одним з пріоритетних завдань Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії туберкульозу в Україні.

Національні та міжнародні експерти підкреслюють, що через неефективне використання коштів значні державні асигнування на боротьбу з ТБ виявилися недостатніми для забезпечення контролю над епідемією.. Зокрема , середня вартість дня госпіталізації становить 32 долари США, і лише 10% цієї суми спрямована на діагностику та лікування ТБ. Економічне моделювання дозволяє зробити висновок, що скорочення тривалості госпіталізації на один день потенційно може заощадити 2,3 мільйони доларів США за один рік. Незважаючи на високий рівень витрат на лікування ТБ , Україна реєструє один з найнижчих показників успішності лікування в регіоні ЕЕСА - 71% серед нових випадків ТБ та 34% серед хворих на МРТБ.

Політично прийнято рішення розробити Стратегію реформування протитуберкульозної служби у 1 півріччі 2018 року. Стратегія включатиме систему зміцнення системи охорони здоров'я з чітким підходом та втручанням щодо управління, надання медичної допомоги, фінансування, кадрових ресурсів, медичної інформації та лікарських засобів. Розроблена Стратегія враховуватиме та відображатиме зв'язки з концепцією реформування системи охорони здоров'я, розробленою Міністерством охорони здоров'я, а також з етапом реформування системи охорони здоров'я.

Структура протитуберкульозної служби в Україні

Реалізацію заходів та стратегії протидії ТБ здійснює протитуберкульозна служба України, представлена ПТД, туберкульозними лікарнями для дорослих та дітей, фтизіатричними кабінетами в закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу.

Організаційне та технічне керівництво діяльністю медичних працівників і менеджерів охорони здоров'я країни для забезпечення належної організації надання медичної допомоги хворим на ТБ, ко-інфекцію ТБ/ВІЛ та ВІЛ-інфікованим здійснював до листопада 2016 р. ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», а з 01.11.2016 р. - ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ).

ЦГЗ контролює виконання національних програм з ТБ та ВІЛ, виступаючи єдиним координаційним центром в Україні з передачі даних та інформації стосовно цих захворювань. У програмах моніторингу ЦГЗ приділяє особливу увагу зміцненню зв'язків із закладами первинної охорони здоров'я та соціальних служб, як основи системи громадського здоров'я.

У 2017 р. функціонувало 78 ПТД, в тому числі 63 диспансерів зі стаціонарними відділеннями (10664 ліжка, у 2016 р. - 11189 ліжок), на яких проліковано за рік 37663 хворих, в тому числі 15453 сільських жителів. (у 2016 р. відповідно 7833 та 3523). Середнє число днів зайнятості ліжка в протитуберкульозних диспансерах за 2017 рік складало 274 дні, середнє перебування хворого на ліжку – 78,4.

Крім того в системі МОЗ України функціонували 28 туберкульозних лікарень для дорослих, у яких розгорнуто 3125 ліжок (у 2016 році також 28 тублікарень, але ліжок було розгорнуто 3120). У зазначених лікарнях за рік проліковано 7321 хворий, у тому числі 3346 сільських жителів (у 2016 році відповідно 7833 та 3523). Середнє число днів зайнятості ліжка в рік складала 241 день (у 2016 році – 238,7), середнє перебування хворого на ліжку – 102,4 (у 2016 році – 102,1).

По одному протитуберкульозному диспансеру зі стаціонаром мають Вінницька, Волинська, Житомирська, Миколаївська, Рівненська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька області та м. Київ.

Зайнятість ліжка в ПТЗ склала 274 дні, середнє перебування хворого на ліжку – 78,4 днів (у 2016 р. відповідно 278 та 79,3).

Протитуберкульозне лікування хворих, які перебувають в місцях позбавлення волі, організовано у 8 спеціалізованих протитуберкульозних лікарнях ДКВС України. Три відомчих профільних військових шпиталів підпорядкованих Міністерству оборони України надають стаціонарну медичну допомогу хворим на ТБ.

Всього у 2017 р. в країні нараховувалось 12983 туберкульозних ліжок для дорослих (в 2016 р. 13669), на яких проліковано 36486 хворих (в 2016 р. 40905).

Таблиця 1. Показники використання ліжкового фонду у закладах системи МОЗ України

Показник	Дитяче населення			Доросле населення		
	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
середнє число зайнятості ліжка, дні	276	254,3	258	272	268	264
середнє перебування хворого на ліжку, дні	78,1	83,5	88,8	89,4	92,4	92,4
обіг ліжка	3,5	3,05	2,9	3,0	2,9	2,9
летальність	0,15	0,0	0,20	8,7	8,9	8,5
забезпеченість ліжками хворих на ТБ, на 10 тис. населення	1,18	1,15	1,14	3,55	3,22	3,08

Завдяки проведеній роботі з оптимізації ліжкового фонду ПТЗ та впровадження амбулаторної моделі лікування хворих на ТБ у 2017 р. скорочено 525 ліжок (що становить 9,8 % від кількості ліжок у 2016 р.).

Рисунок 1. Кількість ліжок для хворих на ТБ у ЗОЗ системи МОЗ України

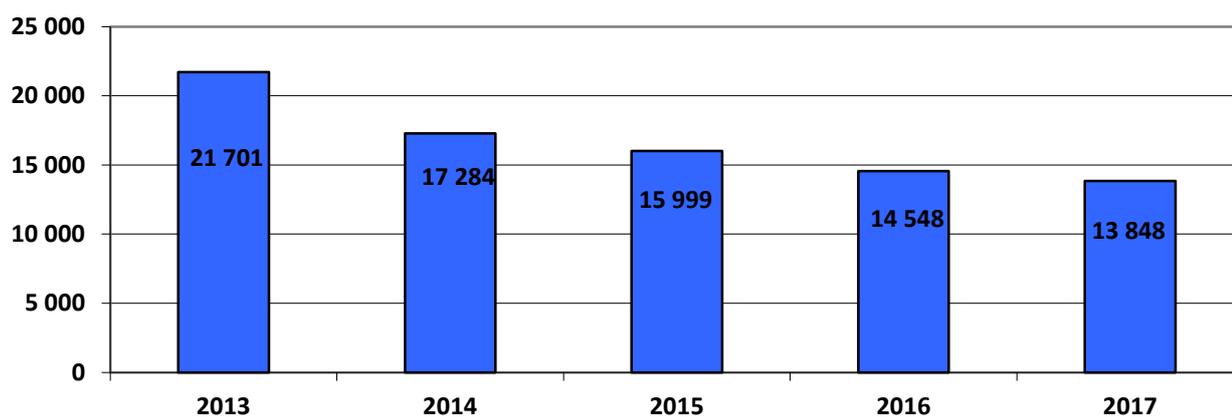
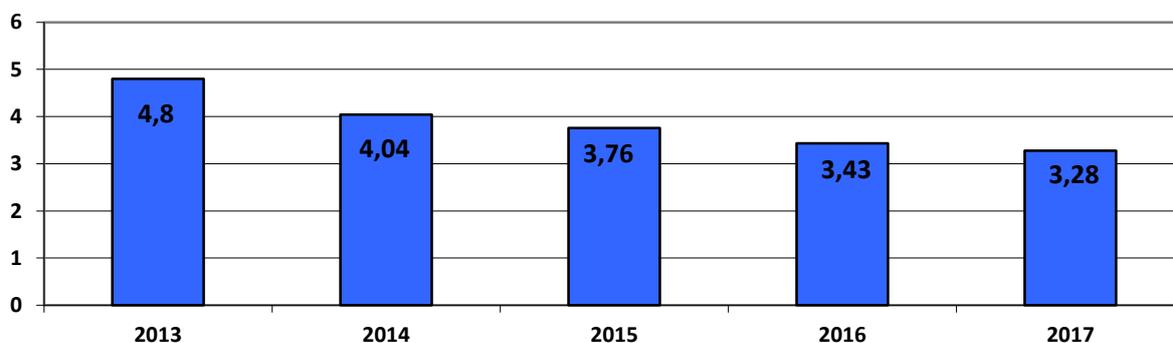


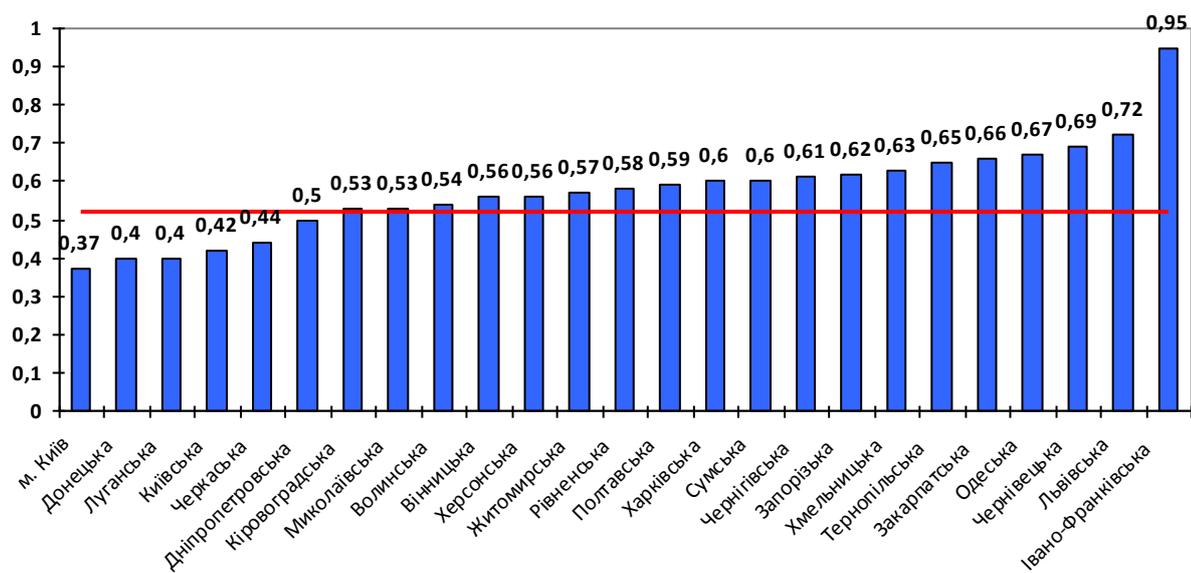
Рисунок 2. Забезпечення лікарняними ліжками для хворих на ТБ у ЗОЗ системи МОЗ України на 10 тисяч населення



У закладах охорони здоров'я України в розрізі міністерств та відомств у 2017 р. всього нараховувалось 2749,5 штатних посад лікарів-фтизіатрів (у 2016 р. – 2792,5), зайнятих посад – 2414,0 (у 2016 р. – 2421,75); фізичних осіб – 2019 (у 2016 р. – 2030). Укомплектованість штатних посад лікарів-фтизіатрів фізичними особами склала 73,4 % (у 2016 р. – 72,7 %).

У 2017 році забезпеченість лікарями-фтизіатрами лікувально профілактичних закладів системи МОЗ України становила 0,52 на 10 тис. населення (абсолютне число фтизіатрів – 2186, з них мали категорію 77,1 %). Найвищий показник забезпеченості лікарями-фтизіатрами в Івано-Франківській області – 0,95, найнижчий – в м. Києві – 0,37, а також в Луганській та Донецькій областях – 0,40 на 10 тис. населення.

Рисунок 3. Забезпеченість лікарями-фтизіатрами у закладах системи МОЗ України(на 10 тисяч населення).



Однією з важливих складових протидії ТБ є діяльність ПТЗ, стан їх матеріально-технічного забезпечення. В Україні лише близько 30 % лікувально-профілактичних закладів фтизіатричного профілю мають задовільний матеріально-технічний стан будівель та приміщень.

Епідемічна ситуація з ТБ в Україні станом на 01.01.2018 року

Сьогодні проблема туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу, враховуючи, що ТБ є соціально небезпечною інфекційною хворобою, основними чинниками якого є політичні, соціальні, економічні аспекти, а наслідки несуть в собі загрозу економіці і національній безпеці нашої держави.

Тягар соціально-економічних труднощів посилюється політичною кризою і війною на сході України. Понад мільйон внутрішньо-переміщених осіб (ВПО) розкидані по всій Україні і потребують невідкладної допомоги, включаючи лікування ТБ і ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Зростання захворюваності на ТБ, що спостерігалось в країні з 1998 року, зупинене у 2004 році і починаючи з 2007 року його показники знижено. За даними ВООЗ, в Україні поширеність і захворюваність на ТБ з 2007 року мають тенденцію до зниження щороку в середньому на 4,4 відсотка і 3,3 відсотка відповідно.

75 % осіб, які захворіли на ТБ працездатні за віком – від 18 до 54 років, на вікову групу 25-44 роки припадає 50,1 % хворих. Ці показники свідчать про високу соціальну значимість захворюваності на ТБ, та економічну збитковість ТБ для держави. Збитки обумовлені не тільки затратами на лікування хворих, але й пов'язані з тим, що значна кількість хворих працездатного віку вилучається з виробничого процесу на довгий час.

У 2014 році Україна вперше ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем МРТБ . Протягом останніх років спостерігається зростання кількості випадків МРТБ з 3482 у 2009 році до 6757 у 2017 році. Також зростає кількість випадків майже невиліковного туберкульозу з розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів, їх частка складає близько **15,5 %** від загальної кількості хворих на МРТБ у 2017 році.

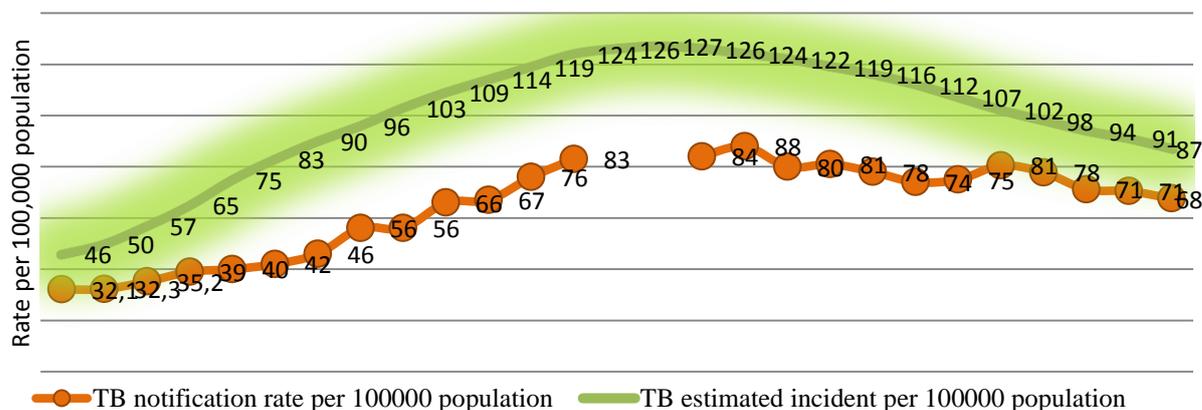
За останнє п'ятиріччя в Україні спостерігалась тенденція до зниження рівня смертності від ТБ з середнім річним темпом зниження – 10,1 %. У 2017 році порівняно з 2016 роком рівень смертності від ТБ знизився на 13,6 % та склала 8,2 проти 9,5 на 100 тис. населення. Найвищий рівень смертності від ТБ зареєстровано у Львівській області, де він в 1,7 раз перевищує середній рівень смертності в Україні і становить 13,6; найнижчий рівень смертності зареєстровано в м. Київ – 4,5 на 100 тис. населення. У Миколаївській області показник смертності від ТБ/ВІЛ на 100 тис населення перевищує рівень смертності від ТБ.

За даними національних та міжнародних експертів головними причинами епідемічно напруженої ситуації в Україні, як і в Європі – є низька виявляемість і невідповідне лікування ТБ із МРТБ.

За розрахунками ВООЗ, у 2016 році захворюваність на ТБ в Україні знаходиться на рівні 87 на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епіднагляду захворюваність на нові випадки разом з рецидивами складає 63,9 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 23% випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення.

Рисунок 4. Розрахункові показники захворюваності на ТБ і реєстрація випадків захворювання на ТБ (нових і рецидивів) в Україні, 1990-2016 рр. (посилання на джерело: Звіт ВООЗ)

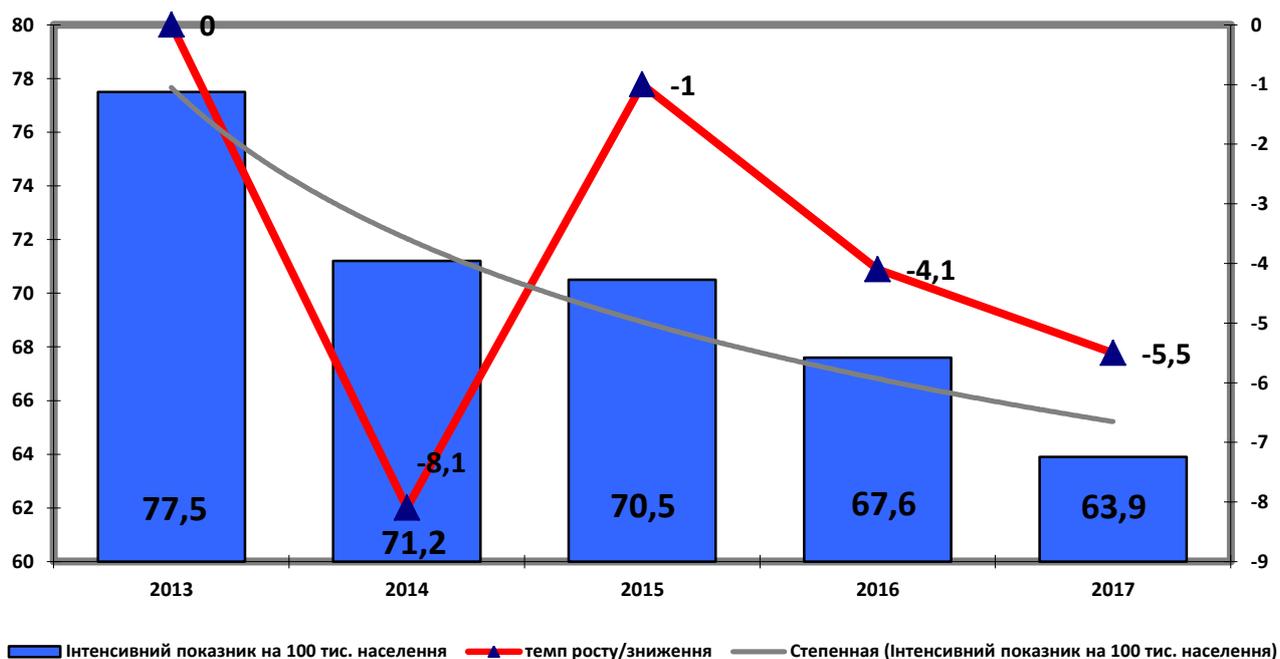
Data source: Global TB database



Для вирішення проблем, пов'язаних з поширенням ТБ в Україні, можливо шляхом виконання таких завдань та заходів:

- комплексне лікування і профілактика ТБ;
- здійснення систематичного скринінгу, зокрема активне виявлення випадків ТБ, МРТБ та виявлення осіб, які перебувають в контактi з хворими на ТБ, в тому числі серед груп високого ризику захворювання на ТБ, із залученням неурядового сектору;
- рання діагностика усіх форм ТБ та належний доступ до тестування на чутливість до ліків, в тому числі шляхом використання швидких тестів;
- доступ до якісного лікування та всього комплексу послуг для всіх хворих на ТБ, включаючи його хіміорезистентні форми, а також надання підтримки пацієнтам з метою формування прихильності до лікування;
- здійснення спільних заходів боротьби з ко-інфекцією — ТБ та ВІЛ-інфекцією/СНІДом та ведення обліку випадків поєднаних патологій;
- лікування латентної ТБ інфекції та профілактичне лікування осіб із груп високого ризику, а також проведення вакцинації проти ТБ;

Рисунок 5. Динаміка захворюваності на нові випадки ТБ разом із рецидивами за період 2013 – 2017 роки (в ІІІ на 100 тис. населення)



У 2017 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення України становило 63,9 на 100 тис. населення, зареєстровано 27121 випадків (2016 р. – 67,6 – 28800 випадків) – зниження рівня захворюваності на 5,5 %. В її структурі захворюваність на нові випадки ТБ складає 51,9 на 100 тис населення (проти 54,7 за 2016 рік). Розрахунок показників захворюваності Донецької та Луганської областей в 2017 р. здійснювався лише для населення територій, контрольованих Урядом України.

За вищезазначений період лише в Донецькій та Чернівецькій областях відмічена тенденція до зростання рівня захворюваності на ТБ (ВДТБ + РТБ), відповідно на 0,69 % та 3,3 %

Окремо заслуговує на увагу ситуація в Луганській області, незважаючи на те, що у 2017 році захворюваність знизилась на 2,8 %, продовжує удосконалюватись протитуберкульозна служба на територіях, які знаходяться під контролем Уряду України. Значну частку у підтримці роботи з виявлення ТБ на цій території відіграють проекти міжнародної технічної допомоги, зокрема фінансування заходів в рамках реалізації гранту Глобального фонду.

Рисунок 6. Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, Україна, 2017 р., на 100 тис. населення

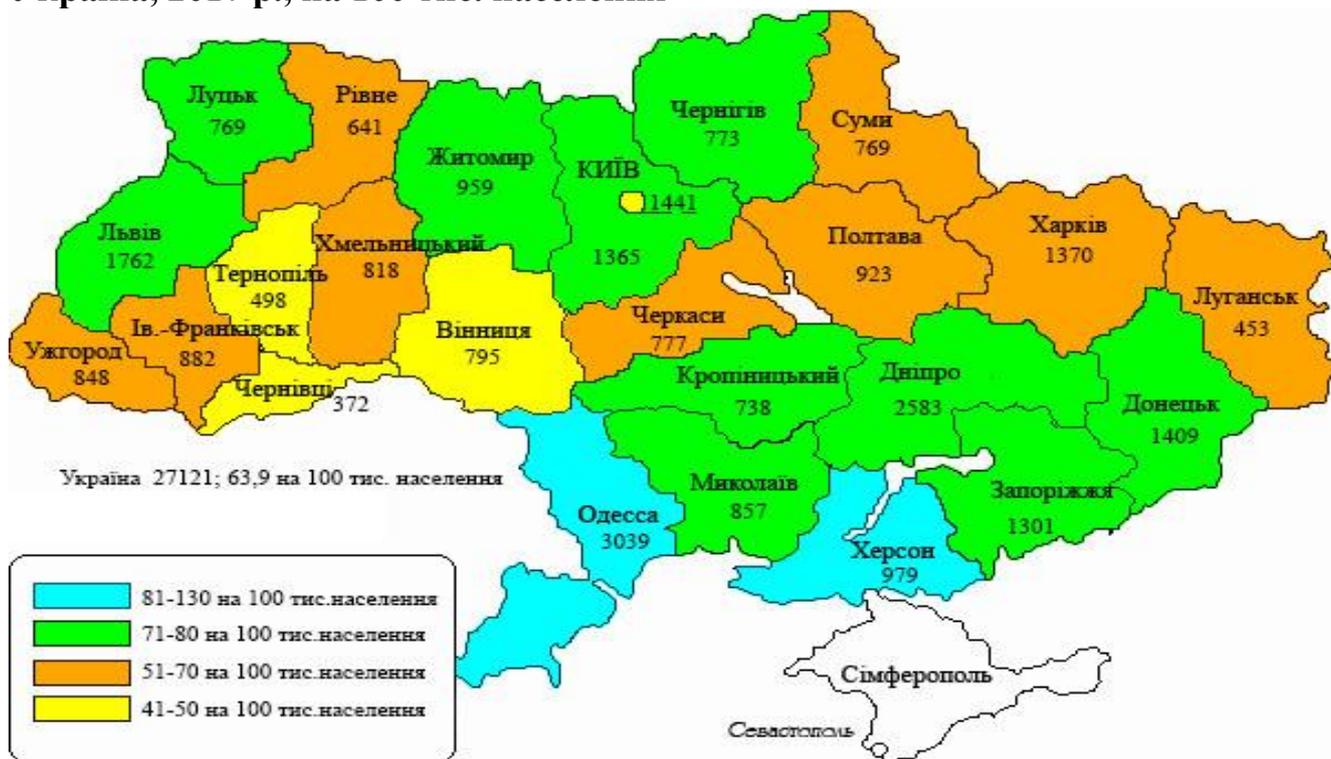
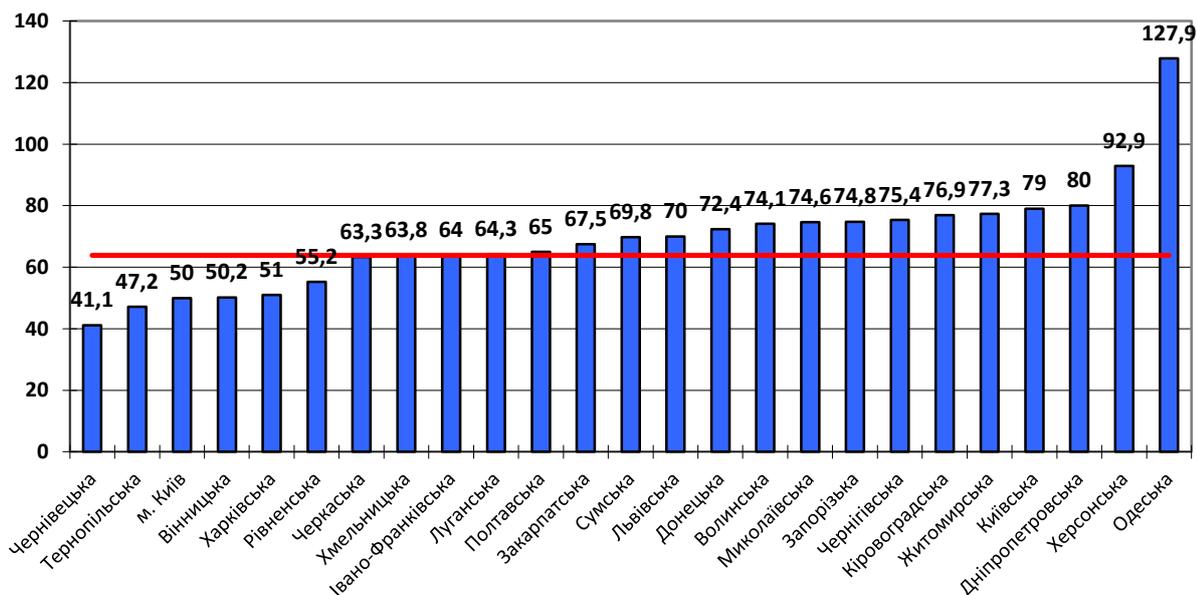
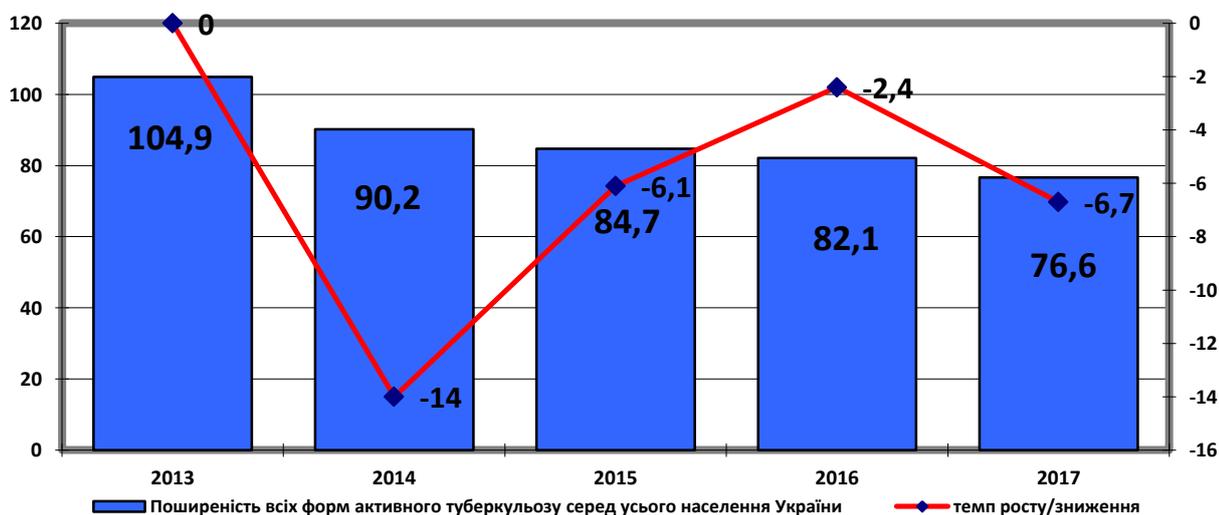


Рисунок 7. Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви в регіонах України.



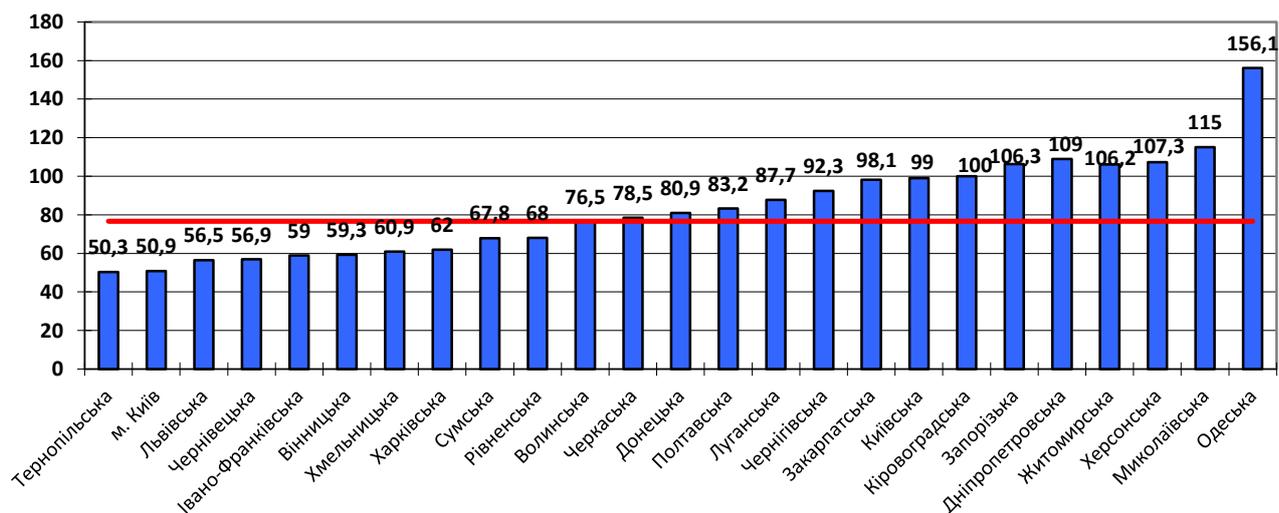
У регіонах України спостерігається значне коливання захворюваності на ТБ (від 41,1 до 127,9 на 100 тис. населення). Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровані у Одеській (127,9), Херсонській (92,9), Київській (79,0) областях; найнижчі – Чернівецькій (41,1) області, в м. Києві (50,0), у Вінницькій (50,2) та Харківській (51,0) областях.

Рисунок 8. Поширеність всіх форм активного ТБ серед усього населення України



Станом на 01.01.2018 р., на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України та під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 32492 хворих на всі форми активного ТБ (у 2016 році – 34966). Показник поширеності ТБ склав 76,6 на 100 тис. населення проти 82,1 в 2016 році та став на 6,7 % нижче.

Рисунок 9. Поширеність всіх форм активного туберкульозу в регіонах України



Найвищі рівні поширеності ТБ реєструвались в Одеській (156,1 на 100 тис. населення), Миколаївській (115,0), Херсонській (107,3), Житомирській (106,2) областях. У порівнянні з 2016 роком найвищий незначний темп зростання поширеності ТБ спостерігалось лише у Житомирській області (0,9 %). Найвищий темп зниження поширеності відмічався у Львівській області (18,8 %), Рівненській області (16,3 %), Тернопільській області (13,7 %).

Рисунок 10. Динаміка основних показників (поширеності, захворюваності та смертності)

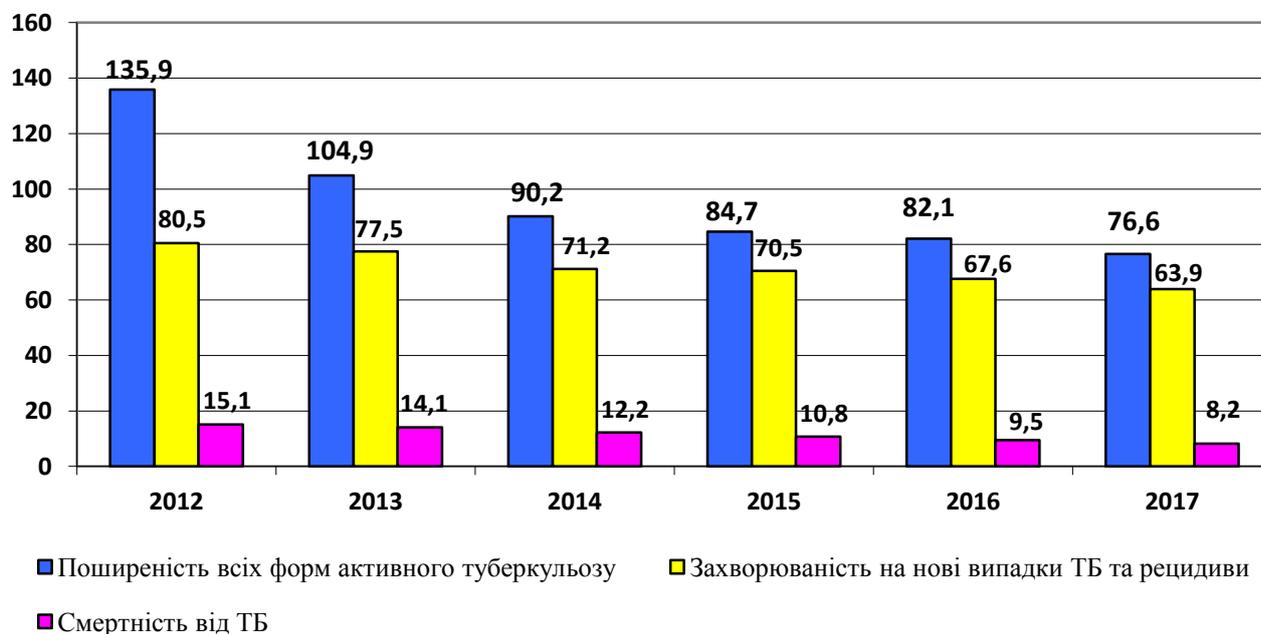
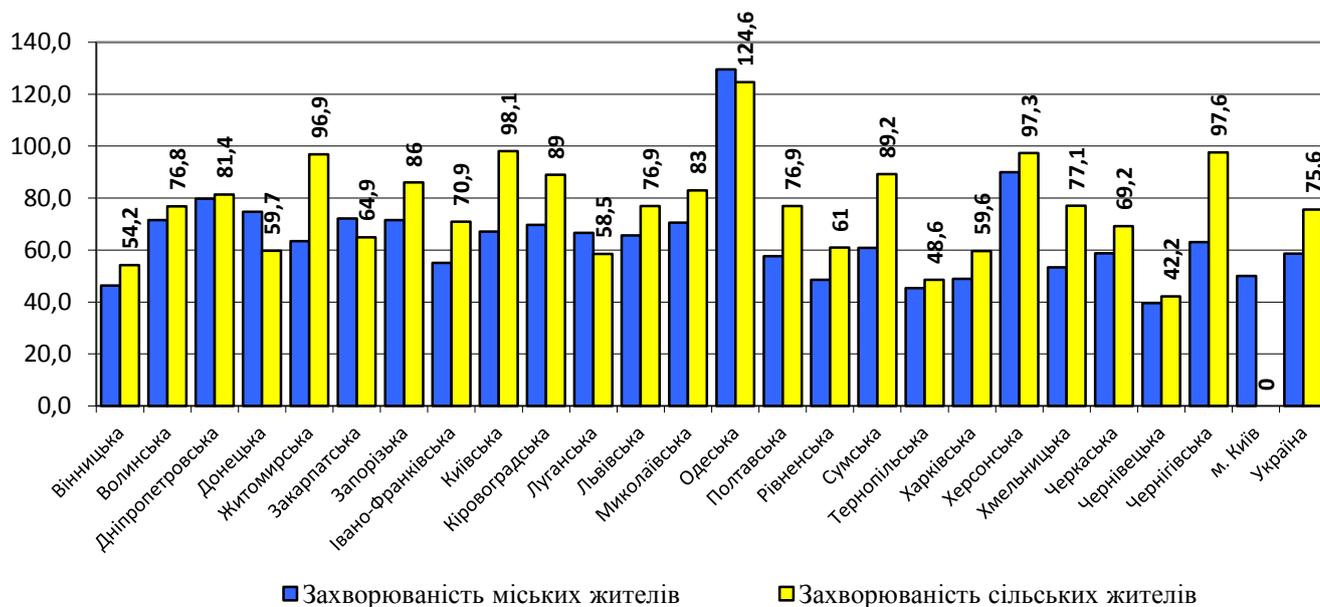
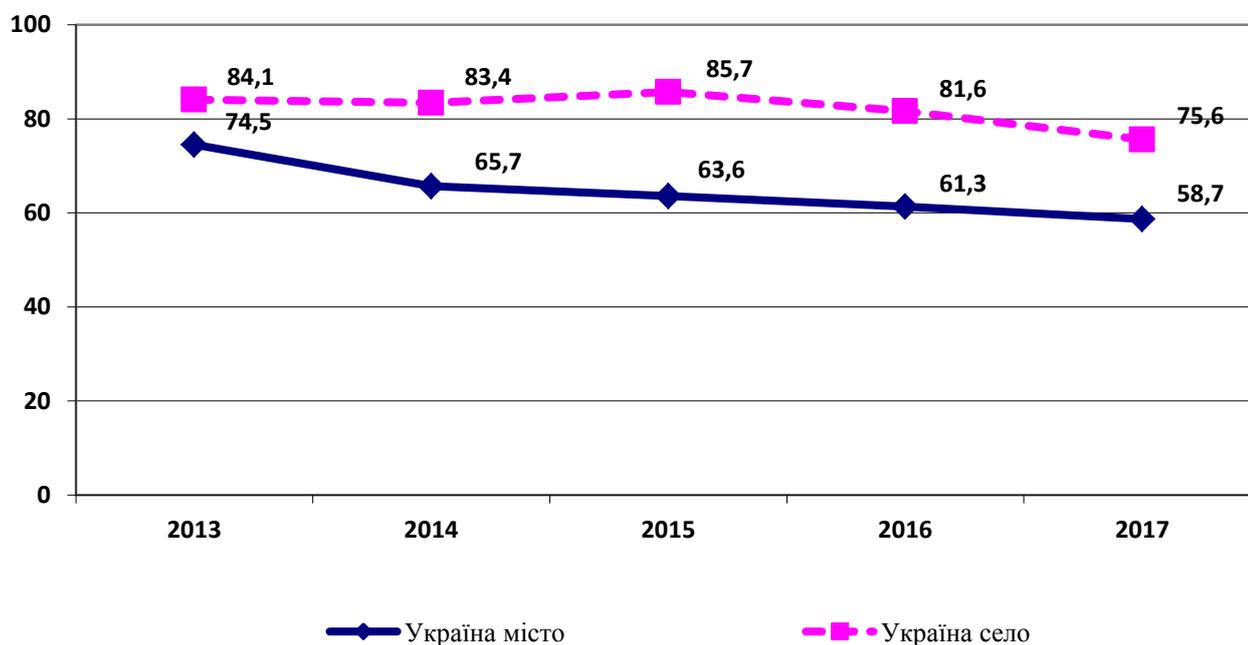


Рисунок 11. Розподіл захворюваності серед міських та сільських жителів



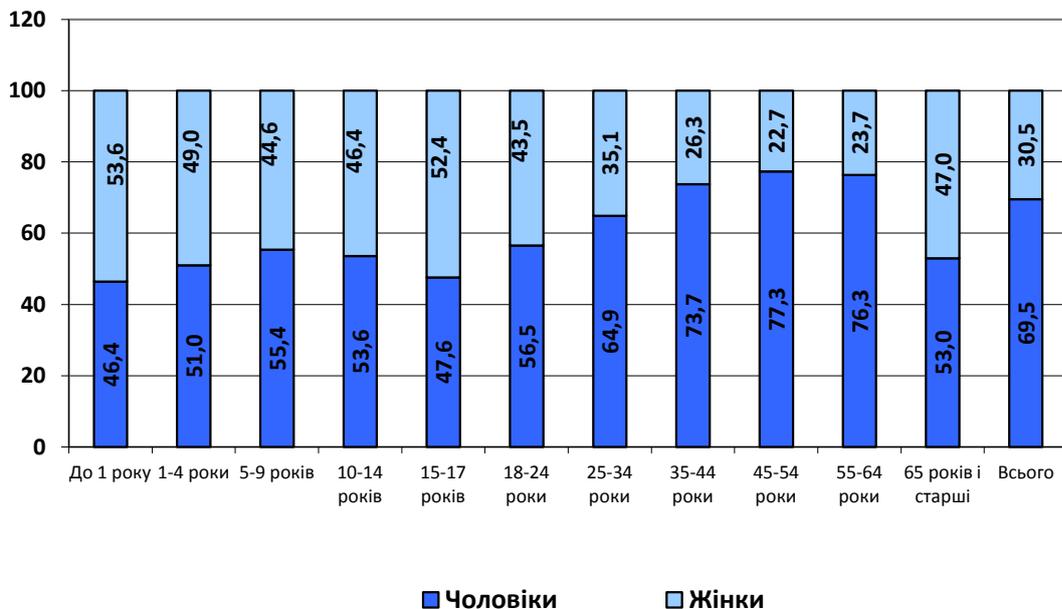
Практично в усіх областях України захворюваність на ТБ (нові випадки + рецидиви) сільських жителів на 20 – 30 % вища ніж захворюваність міських жителів (Сумська область – 44,4 %, Житомирська область – на 52,8 %, Чернігівська область – на 54,7 %). Виключення становлять Дніпропетровська, Закарпатська та Херсонська області, в яких рівень захворюваності на ТБ міських жителів вище сільських.

Рисунок 12. Динаміка захворюваності на ТБ міських та сільських жителів



Темп зниження рівня захворюваності міських жителів вищий ніж сільських жителів, що свідчить про низьку доступність послуг з виявлення та лікування ТБ серед сільських жителів.

Рисунок 13. Частка захворюваності на ТБ серед чоловіків та жінок

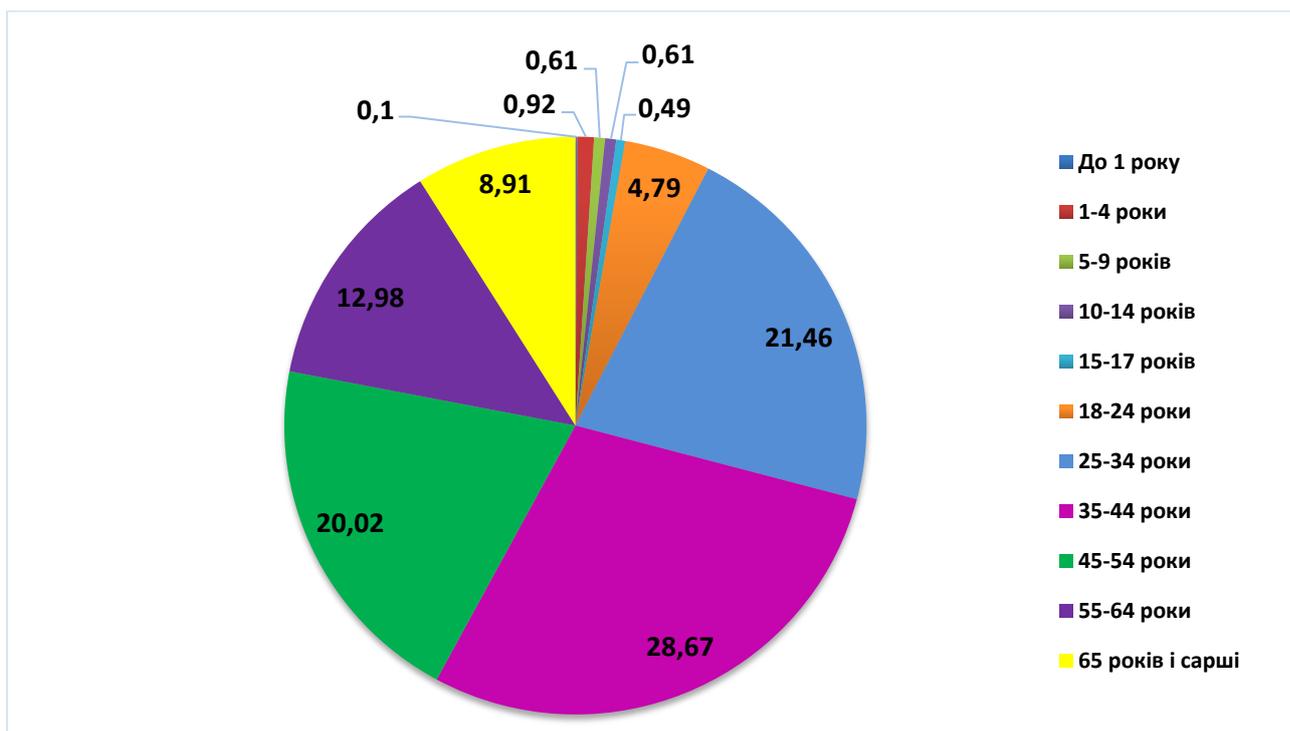


Протягом останніх 5-ти років захворюваність на ТБ чоловіків у 2 – 2,3 рази перевищує рівень захворюваності на ТБ серед жінок.

Частка чоловіків постійно перевищує частку жінок у загальній структурі захворюваності на ТБ. Така тенденція спостерігається в усіх вікових групах населення.

Одним з важливих епідеміологічних показників успішності елімінації ТБ в країні є тренд вікової структури захворюваності на ТБ.

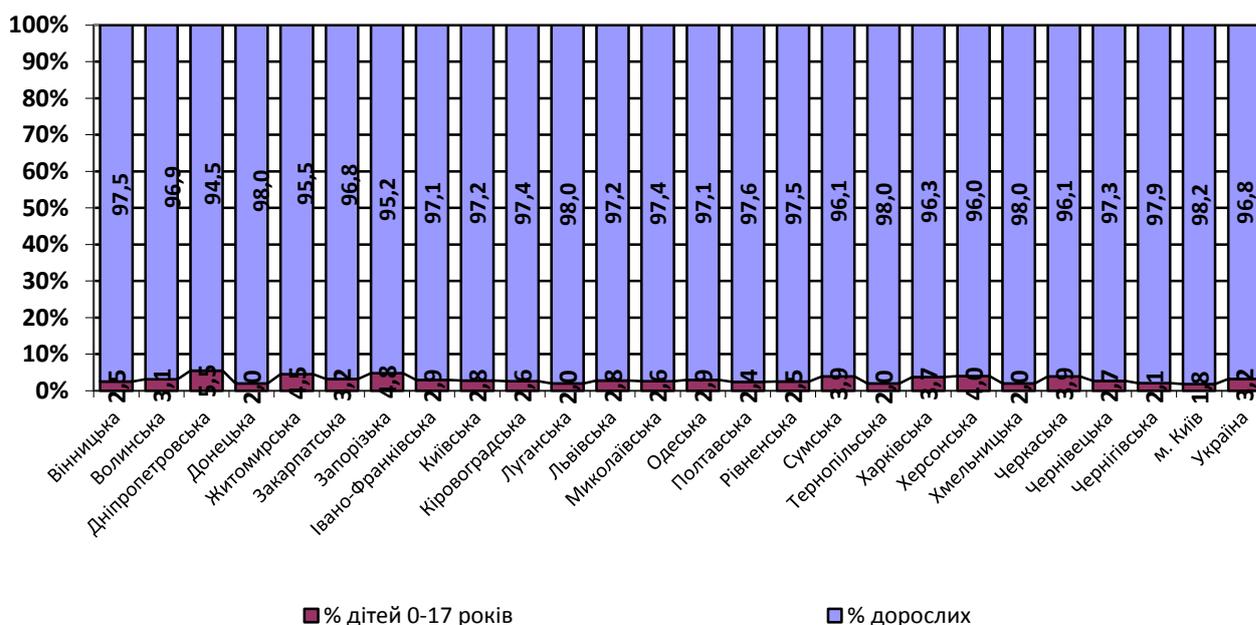
Рисунок 14. Вікова структура осіб, які захворіли на ТБ



75 % осіб, які захворіли на ТБ працездатні за віком – від 18 до 54 років, на вікову групу 25-44 роки припадає 50,1 % хворих. Ці показники свідчать про високу соціальну значимість захворюваності на ТБ, та економічну збитковість ТБ для держави. Збитки обумовлені не тільки затратами на лікування хворих, але й пов'язані з тим, що значна кількість хворих працездатного віку вилучається з виробничого процесу на довгий час.

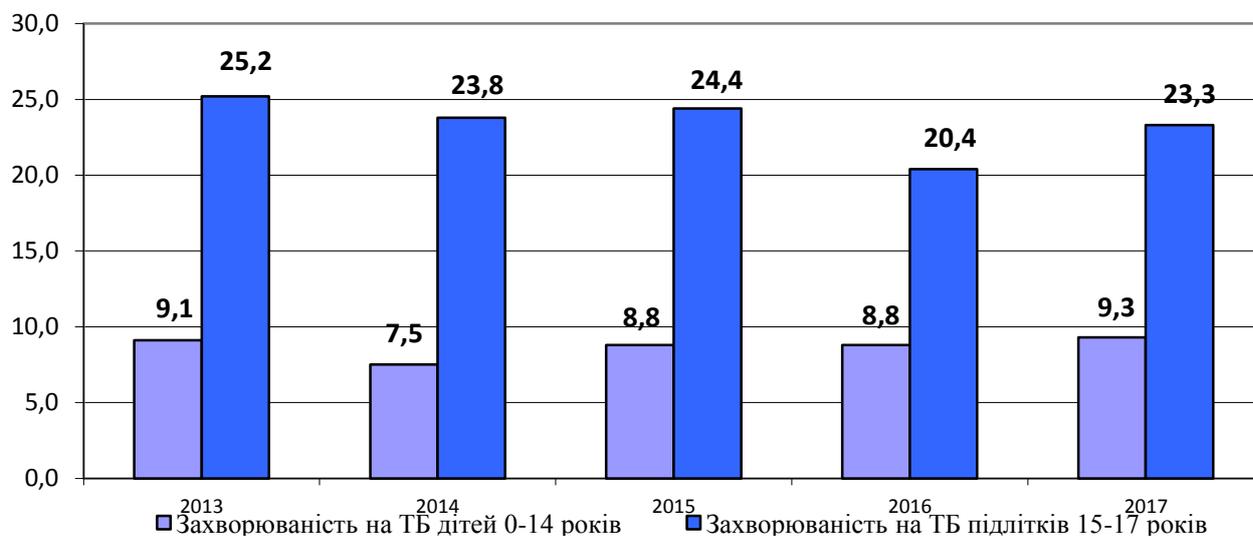
Якщо середній вік осіб, які захворіли на ТБ, зростає – це свідчить про позитивні зміни в епідемічному процесі. Аналізуючи вікову структуру захворюваності на ТБ протягом останніх 5 років, прослідковується тенденція до повільного зменшення захворюваності серед вікової групи 25-44 роки, що свідчить про перехід до позитивної динаміки розвитку епідемії ТБ. Ця вікова категорія є основним робочим ресурсом країни та найбільшим платником податків, тож очевидно, що це дає можливість зменшення негативного впливу епідемії туберкульозу на економічний стан держави

Рисунок 15. Розподіл захворюваності на ТБ у вікових групах населення (у відсотках)



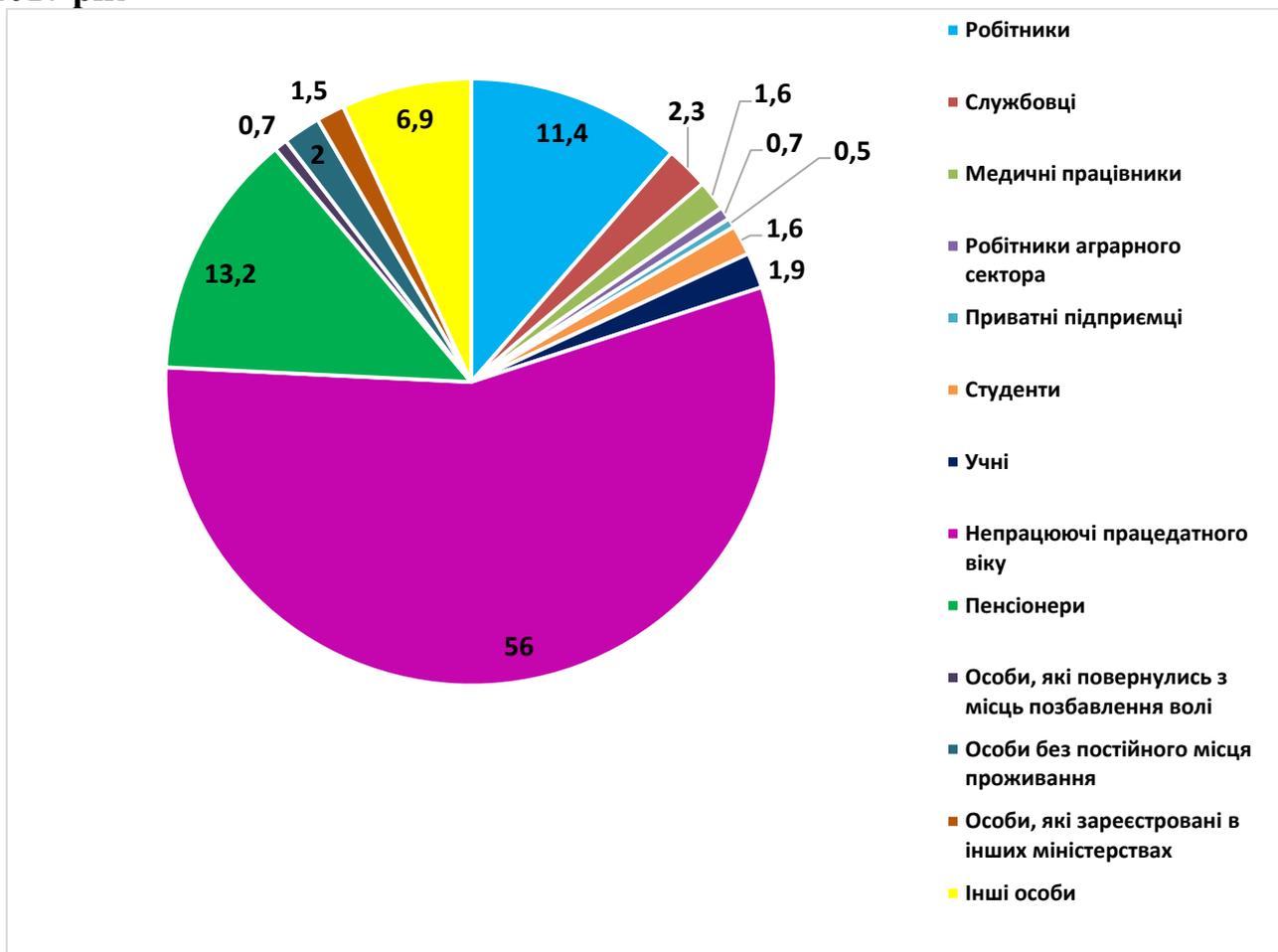
Серед осіб, які захворіли на ТБ, від 94,5 до 98,2 % припадає на доросле населення віком від 18 років, в цілому по Україні – 96,8 %. Частка цієї вікової групи населення була найвищою у м. Києві – 98,2 %, у Донецькій, Луганській та Тернопільській областях – 98,0 %.

Рисунок 16. Захворюваність на ТБ дітей віком 0-14 років та 15-17 років



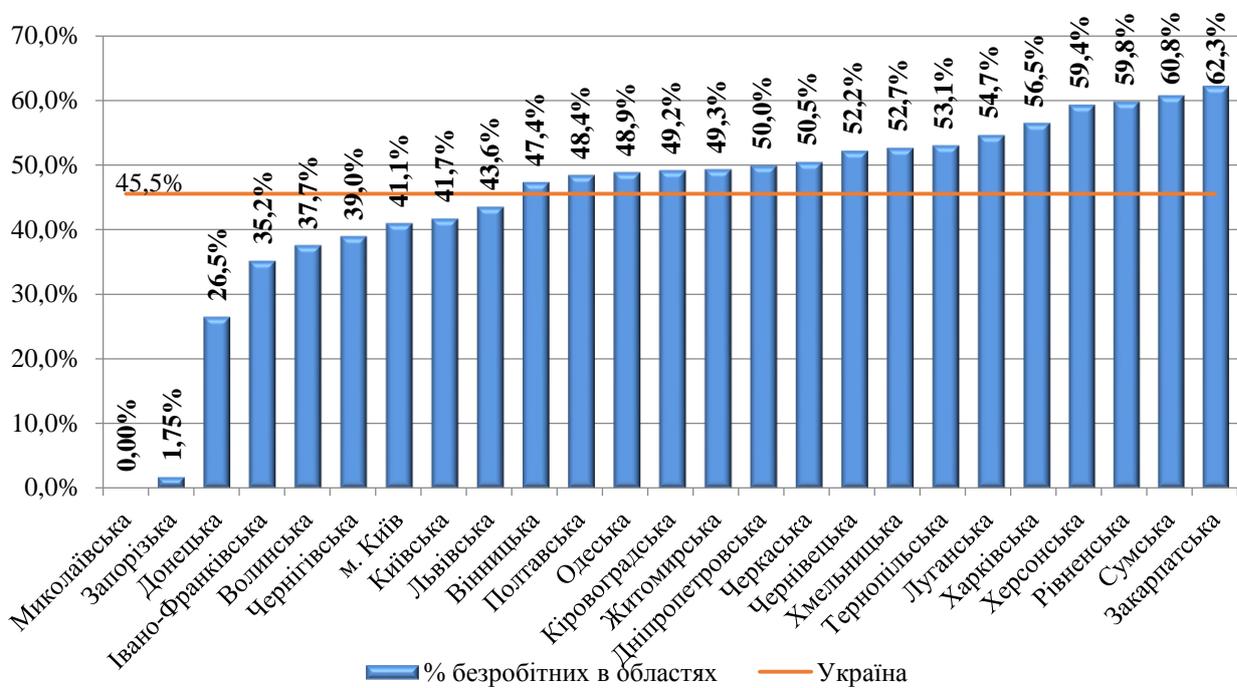
Показником ситуації з ТБ є захворюваність дітей на ТБ. За 2017 рік захворюваність на ТБ дітей віком 0-14 років включно становила 9,3 на 100 тисяч дитячого населення відповідного віку, що на 5,7 % більше 2016 року (8,8 на 100 тис дитячого населення). Захворюваність на ТБ дітей підліткового віку (15-17 років включно) також мала тенденцію до зростання на 14,2 % з 20,4 до 23,3 на 100. тис. населення.

Рисунок 17. Соціальна структура осіб, які вперше захворіли на туберкульоз, 2017 рік



Найбільшою соціальною групою ризику щодо захворюваності на ТБ є група непрацюючого населення працездатного віку.

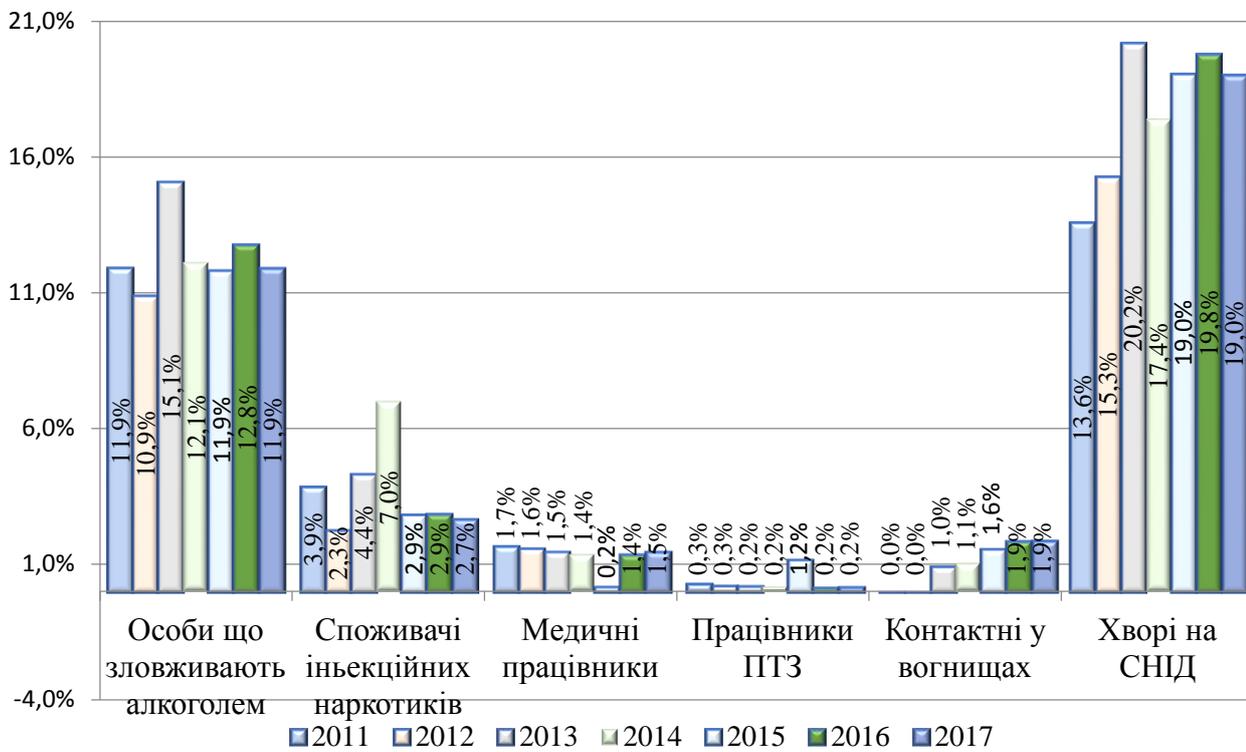
Рисунок 18. Частка безробітних серед осіб, які захворіли на ТБ, в областях України (у відсотках)



Найвища частка безробітних серед осіб, які захворіли на ТБ у Закарпатській області – 62,3%.

Згідно з висновками ВООЗ, високі показники захворюваності на ТБ в Україні, мають чітку кореляцію з економічним розвитком країни. Тому, плануючи заходи, спрямовані на зниження захворюваності на національному рівні та оцінюючи їх ефективність слід брати до уваги показник зниження/зростання ВВП на душу населення в дані періоди. Факт кореляції між захворюваністю на ТБ та рівнем ВВП на душу населення є яскравим свідченням того, що подолання епідемії ТБ в Україні стане можливим лише у випадку якісних та позитивних системних змін не лише в протитуберкульозній службі, чи системі охорони здоров'я, але в усій економіці країни. Цей факт підтверджує постійно висока частка безробітних серед осіб, що захворіли на ТБ (від 45 до 62%), ця група населення постійно найбільша у структурі хворих на ТБ. Кількість безробітних напряму залежить від рівня економічного розвитку країни

Рисунок 19. Динаміка частки представників деяких груп ризику в структурі хворих на ТБ



Таблиця 2. Рівні показників захворюваності на ТБ представників груп ризику у 2017 році на 100 тис. населення за даними паспортних анкет регіонів

Зловживання алкоголем	572,3
ВІЛ- інфіковані особи	3671,8
Вживання наркотичних та психотропних засобів	428,0
Особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні контакти)	833,6
Особи без визначеного місця проживання	3145,9
Медичні працівники (всього)	57,4
з них працівники ПТЗ	186,5
з них медичні працівники загальнолікувальної мережі	53,7
Мігранти та біженці	249,0
Затримані та заарештовані особи, які утримуються або звільнились з установ пенітенциарної системи; особи. Які перебувають на обліку в органах внутрішніх справ як раніше засуджені та піднаглядні	208,0
Інші особи	68,0
Особи із захворюванням, що призводять до послаблення імунітету (див. наказ МОЗ України від 15.05.2014 №327)	121,3
Безробітні та за межею бідності	743,6
Пацієнти психіатричних закладів	85,6

Найвищий рівень захворюваності на ТБ серед представників груп ризику у ВІЛ-інфікованих осіб та осіб без визначеного місця проживання

Рисунок 20. Структура захворювань на ТБ серед представників груп ризику згідно з даними паспортних анкет регіонів 2017 рік.



Таким чином, можна зробити висновок, що групами ризику захворюваності на туберкульоз є ВІЛ – інфіковані особи, особи без визначеного місця проживання, непрацююче населення працездатного віку та чоловіки віком 35-64 років.

Рисунок 21. Захворюваність на ТБ усіх працівників закладів охорони здоров'я системи МОЗ України та працівників ПТЗ в інтенсивних показниках (на 100 тис. відповідного населення).

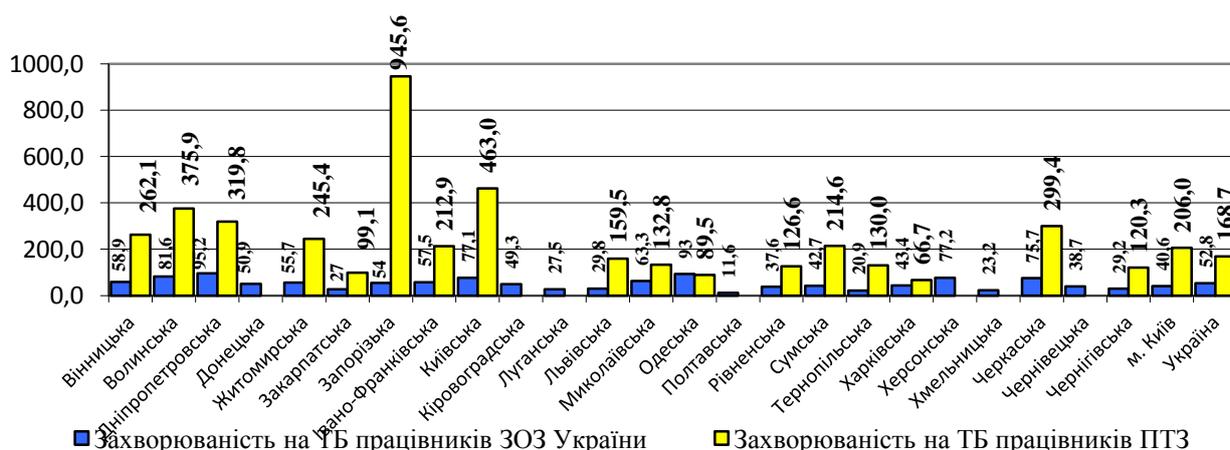


Рисунок 22 . Захворюваність серед контактних у 2017 році

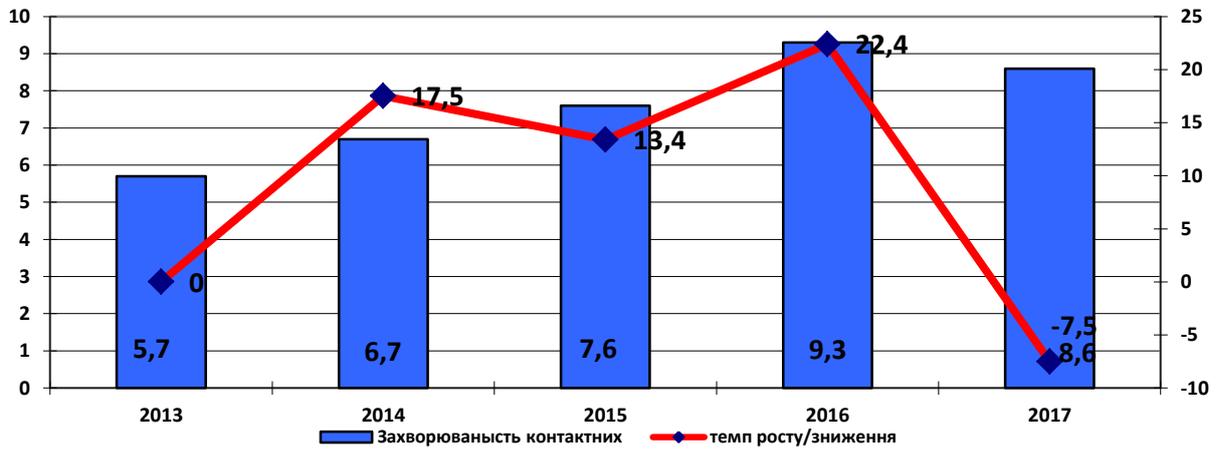
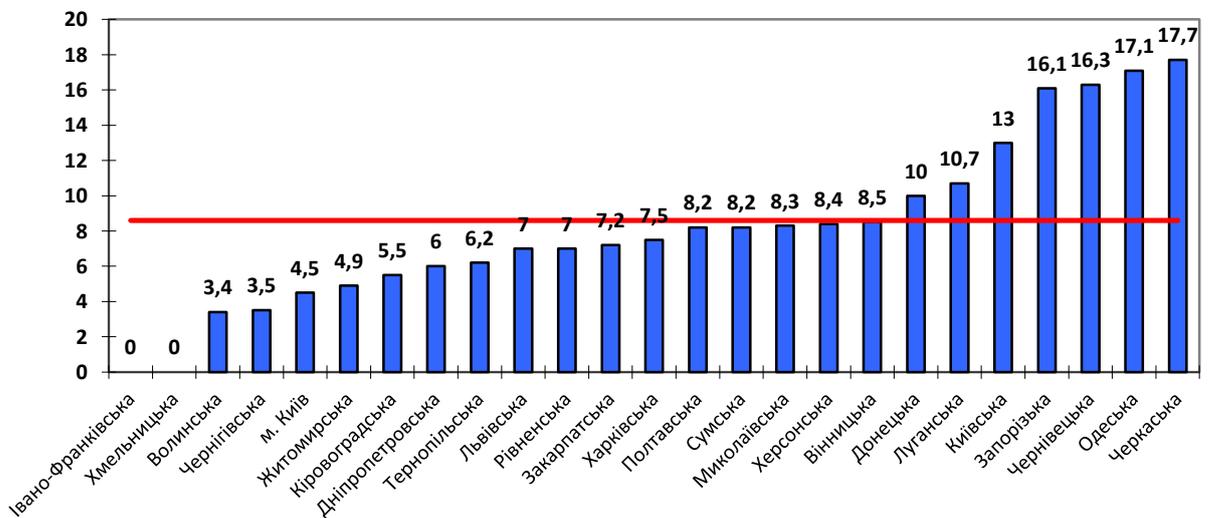


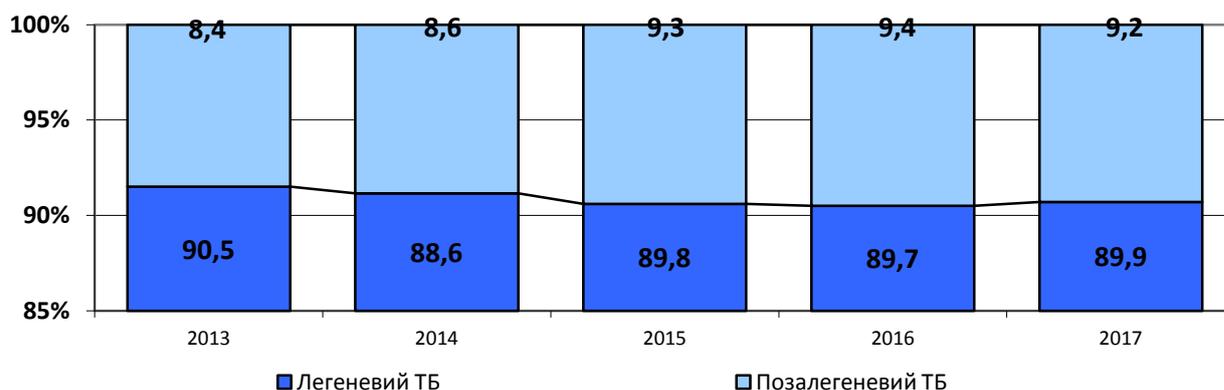
Рисунок 23. Розподіл захворюваності контактних за адміністративними територіями, 2017 рік



Найвищий рівень захворюваності на ТБ контактних у Черкаській (17,7 на 1000 контактних осіб), Одеській (17,1). Чернівецькій (16,3).

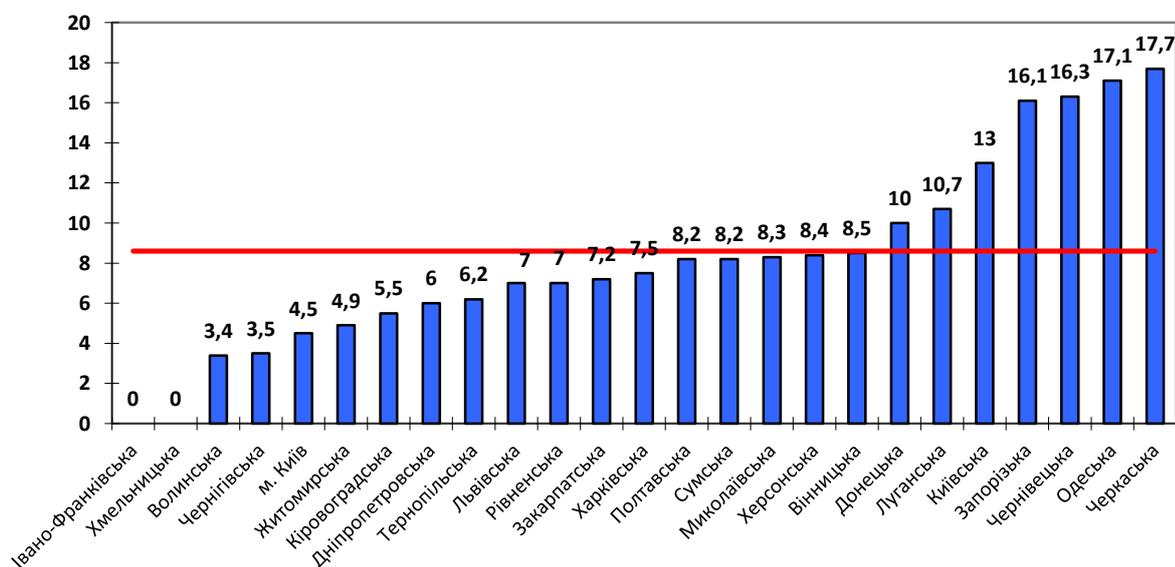
Захворюваність на туберкульоз легень

Рисунок 24. Частка легеневих форм ТБ в загальній структурі захворювань на ТБ.



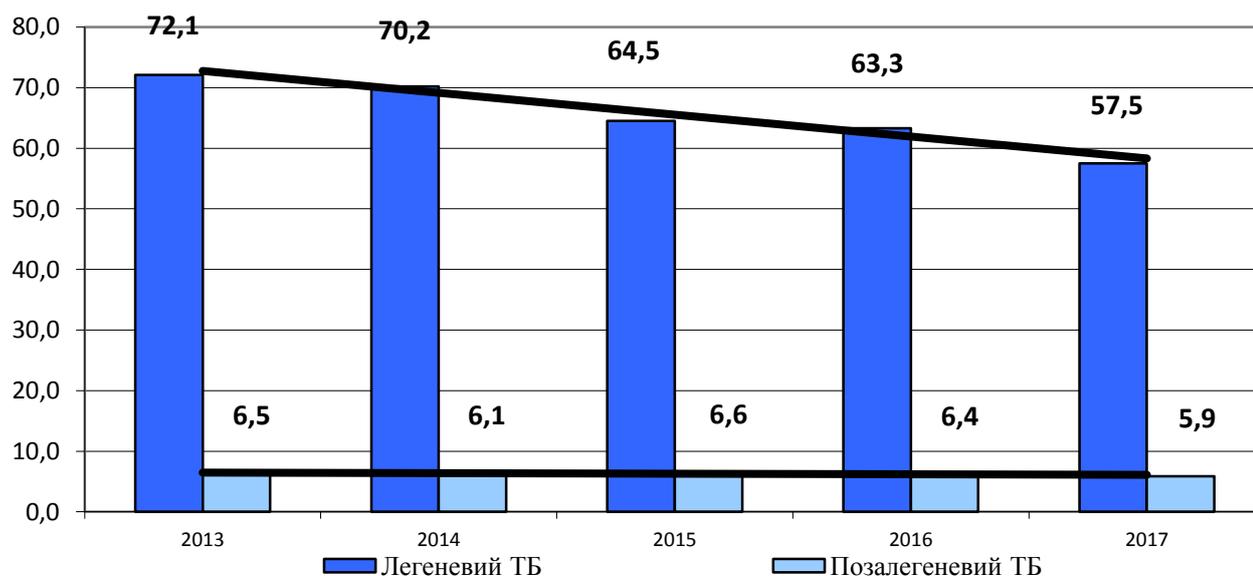
Частка хворих на ТБ легень у 2017 році в Україні склала 90,59% від загальної кількості осіб, які захворіли на ТБ.

Рисунок 25. Захворюваність на легеневі форми ТБ за 2017 (на 100 тис. населення)



Рівень захворюваності на легеневий ТБ склав 57,5 на 100 тис населення. Найвищий рівень захворюваності на легеневий ТБ був зареєстрований в Одеській області та склав 114,5 на 100 тис населення.

Рисунок 26. Динаміка захворюваності на легеневий та позалегеневий ТБ (в інтенсивних показниках на 100 тис. населення)



Частка ТБ з МБТ+ серед нових випадків та рецидивів легеневої форми ТБ в середньому по Україні склала 58,2 %, окремо серед нових випадків легеневої форми ТБ – 64,7 %. Найвища вона була у Чернівецькій області – 71,3 % та 77,3 % відповідно, найнижча – в Полтавській області – 49,4 % та 55,2 % відповідно.

Рисунок 27. Структура захворюваності на позалегеневий ТБ у 2017 році

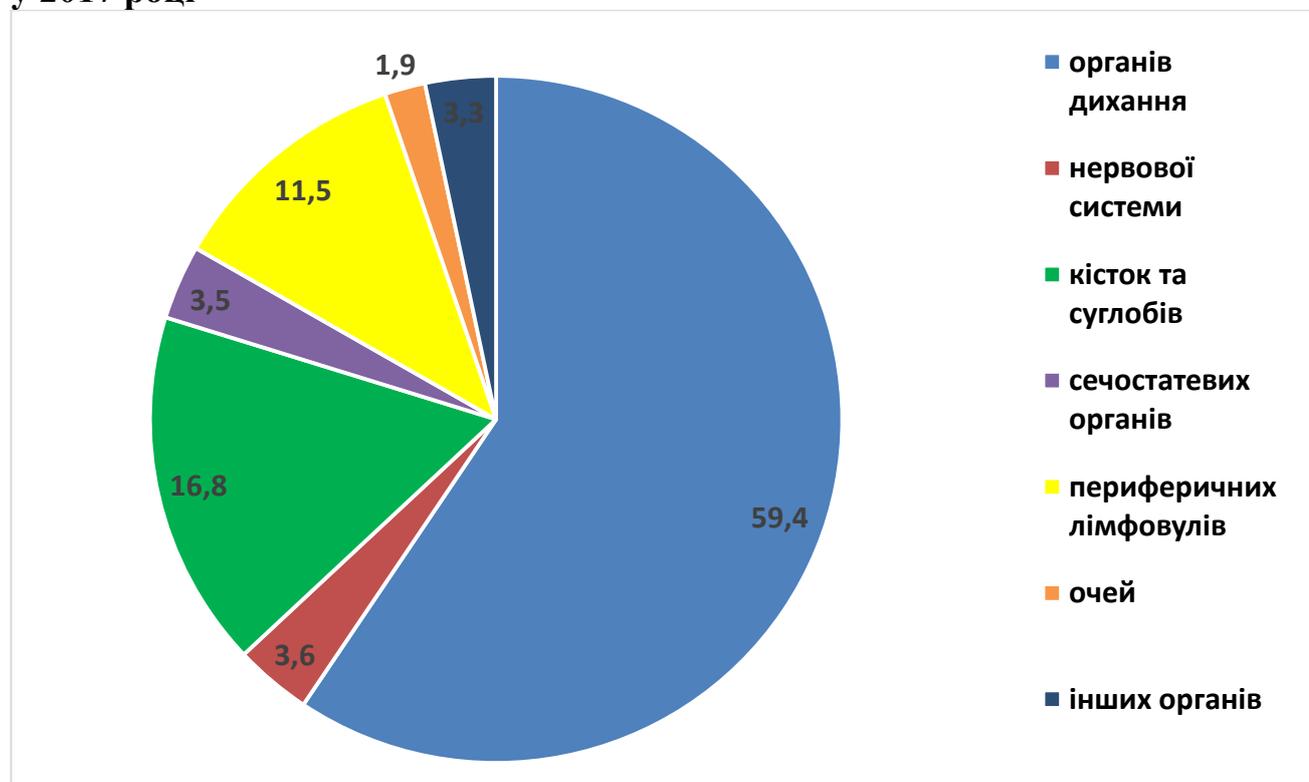
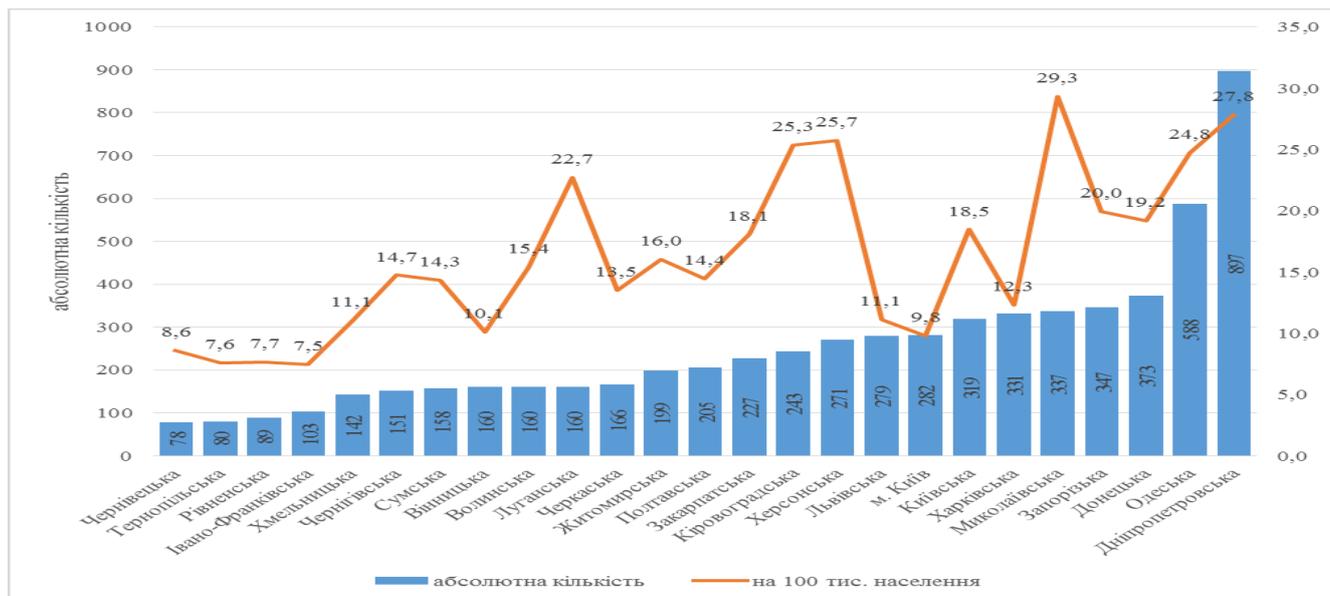
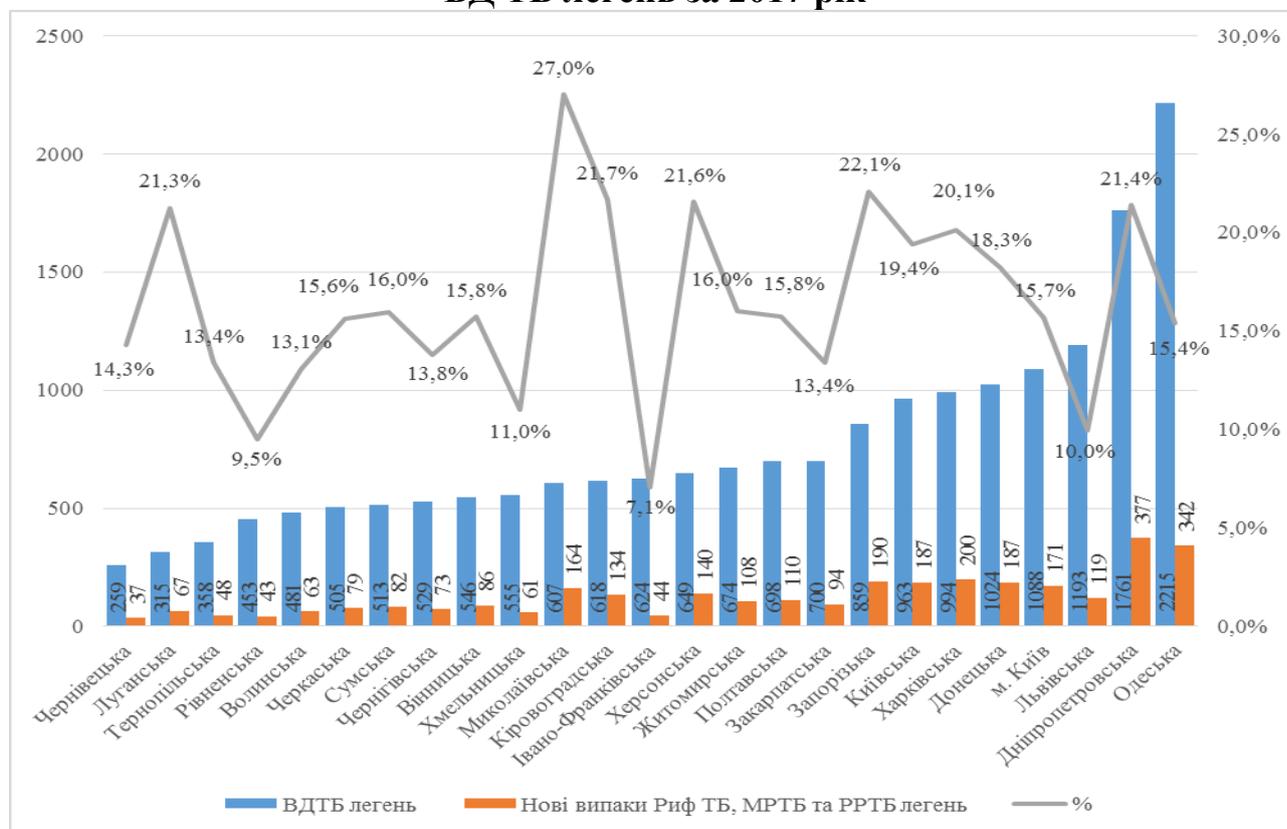


Рисунок 28. Кількість хворих на ТБ, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті, 2017 рік (абсолютна кількість та на 100 тис. населення)



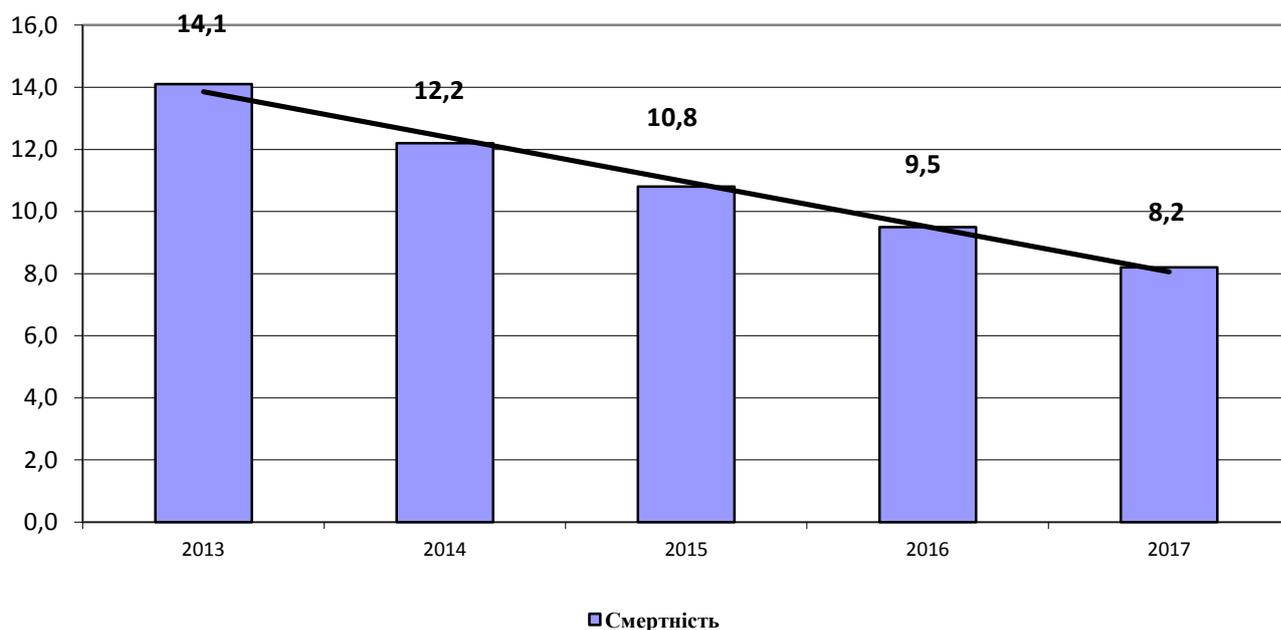
Найбільш високі показники захворюваності на МРТБ зареєстровано в Миколаївській (29,3), Херсонській (25,7), Дніпропетровській (27,8), Одеській (24,8 на 100 тис населення) областях.

Рисунок 29. Частка нових випадків Риф ТБ, МРТБ та РРТБ легень серед ВД ТБ легень за 2017 рік



Частка хворих на РР ТБ серед зареєстрованих хворих на МР ТБ має тенденцію до зростання. Так, за 2017 рік ця частка склала 15,5 % проти 14,7 % за 2016 рік.

Рисунок 30. Динаміка рівня смертності від ТБ в Україні (в інтенсивних показниках на 100 тис. населення).



За останнє п'ятиріччя в Україні спостерігалась тенденція до зниження рівня смертності від ТБ з середнім річним темпом зниження – 10,1 %. У 2017 році порівняно з 2016 роком рівень смертності від ТБ знизився на 13,6 % та склала 8,2 проти 9,5 на 100 тис. населення.

Рисунок 31. Динаміка рівня смертності від ТБ та ТБ/ВІЛ в Україні (в інтенсивних показниках на 100 тис. населення).

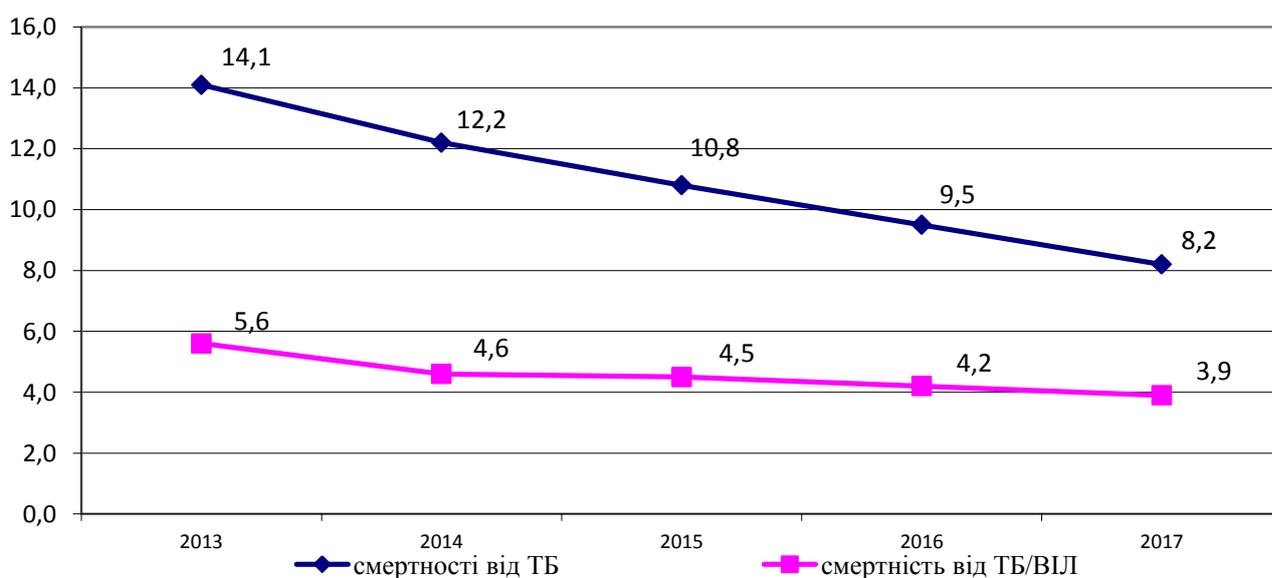
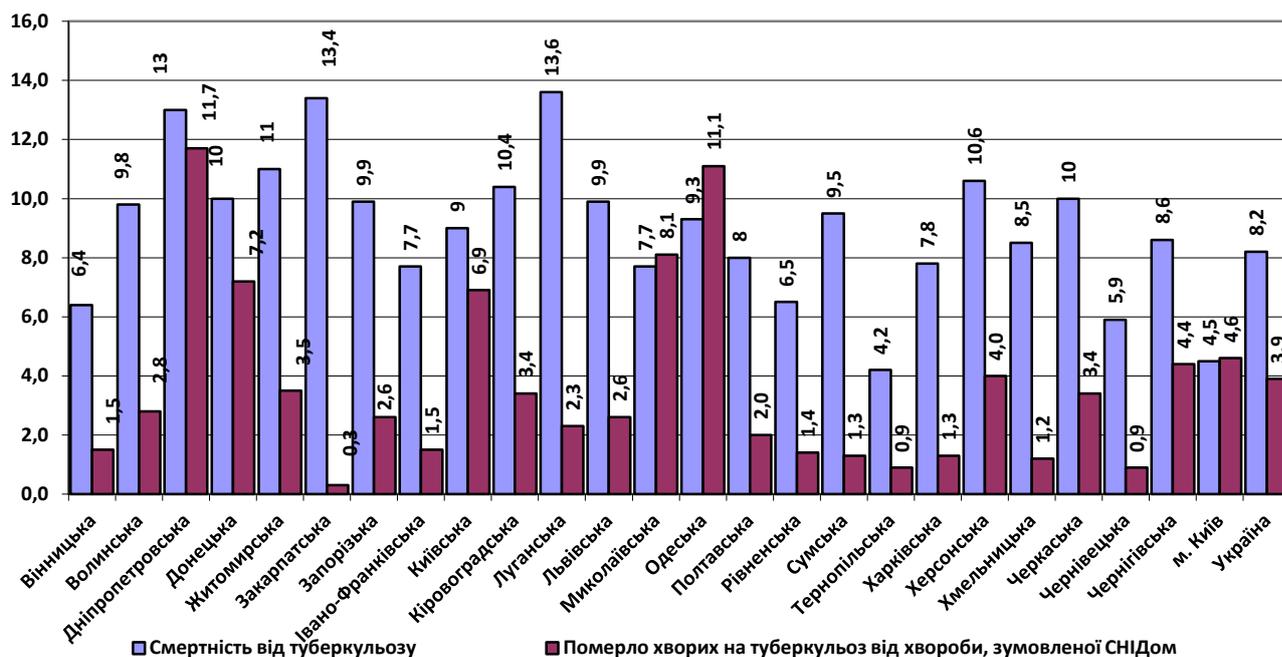
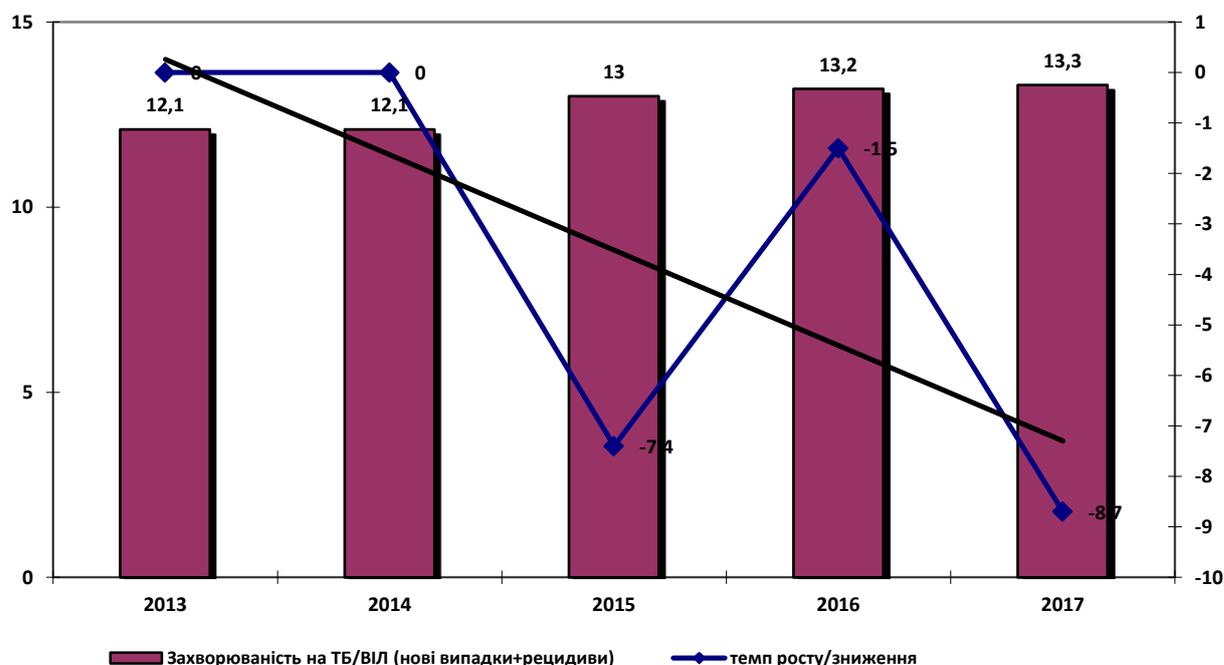


Рисунок 32. Рівні смертності від ТБ та ТБ/ВІЛ в розрізі адміністративних територій України за 2017 рік (на 100 тис населення)



Захворюваність на ТБ/ВІЛ залишається чинним рушійним фактором у розвитку епідемії ТБ в Україні. Зареєстровано 5646 випадків захворювання ТБ/ВІЛ (нові випадки та рецидиви) проти 5622 в 2016 році, інтенсивний показник на 100 тис. населення 13,3 проти 13,2 – зростання рівня захворюваності на 1,0 %

Рисунок 33. Динаміка захворюваності на ТБ/ВІЛ (в показниках на 100 тис. населення).



Постійно зростає і частка ко-інфекції ТБ/ВІЛ в структурі захворюваності.

Рисунок 34. Динаміка частки ТБ/ВІЛ в загальній кількості осіб, які захворіли на ТБ (у відсотках)

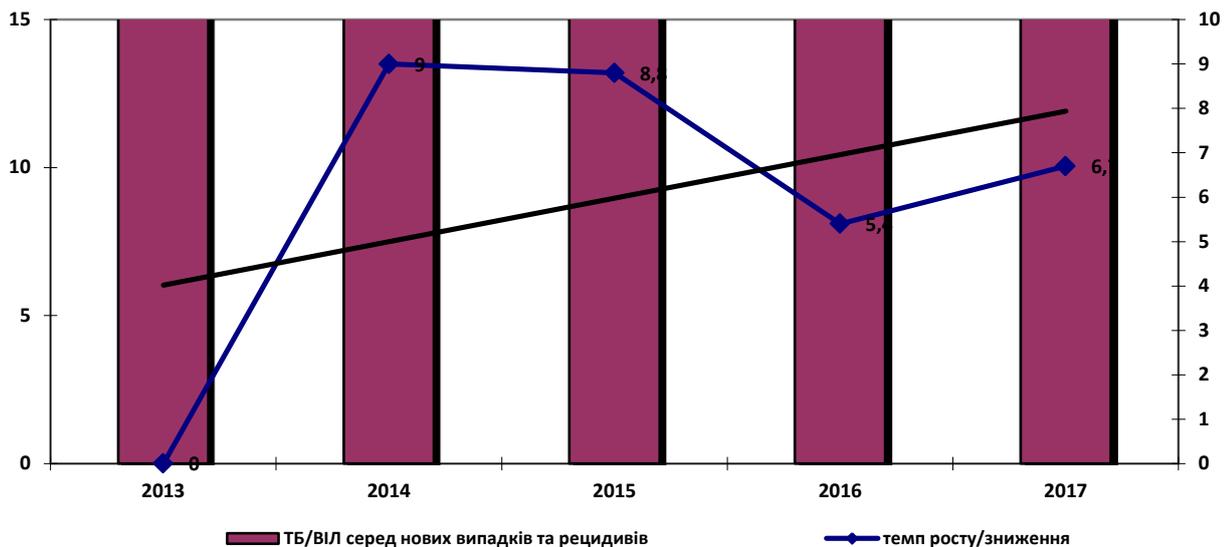
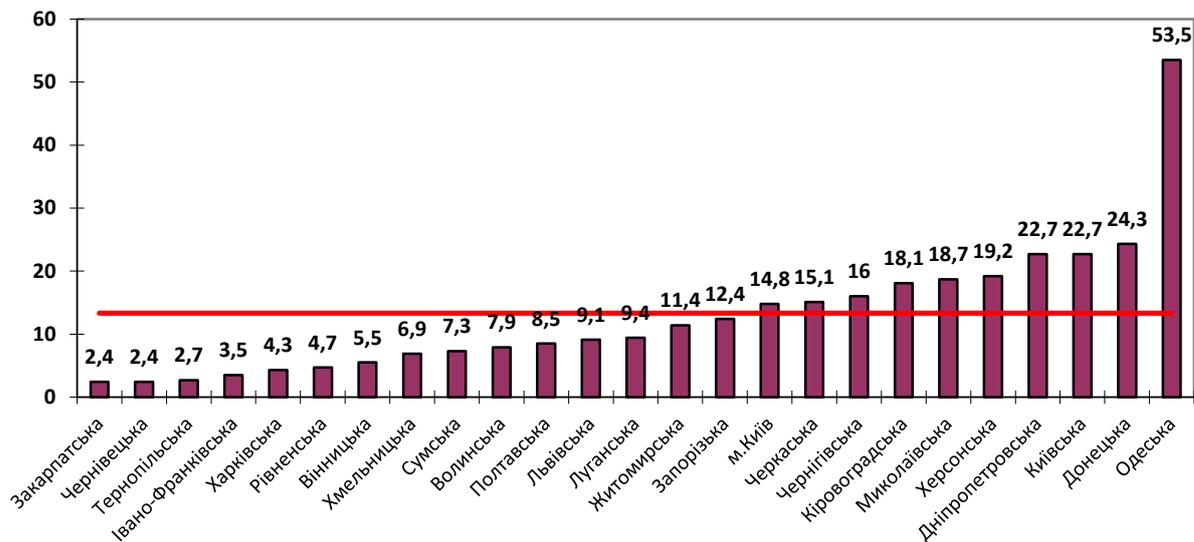
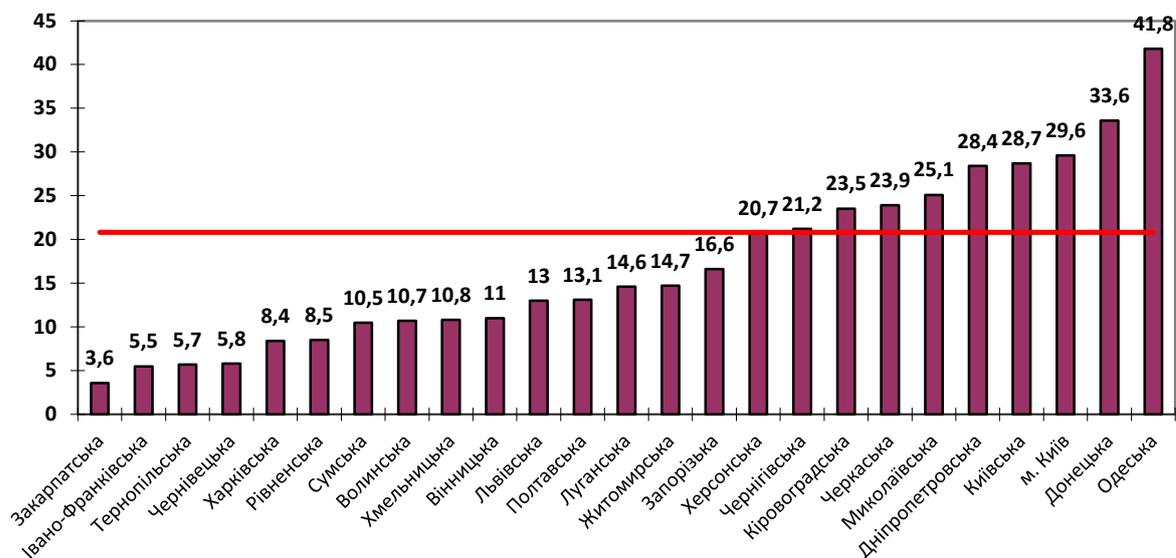


Рисунок 35. Захворюваність на ТБ/ВІЛ в 2017 році по Україні в інтенсивних показниках на 100 тис населення



Найвищий рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ у Одеській області – 53,5 на 100 тис. населення, найнижчий – Закарпатській області – 2,4.

Рисунок 36. Відсоток ТБ/ВІЛ в структурі захворюваності



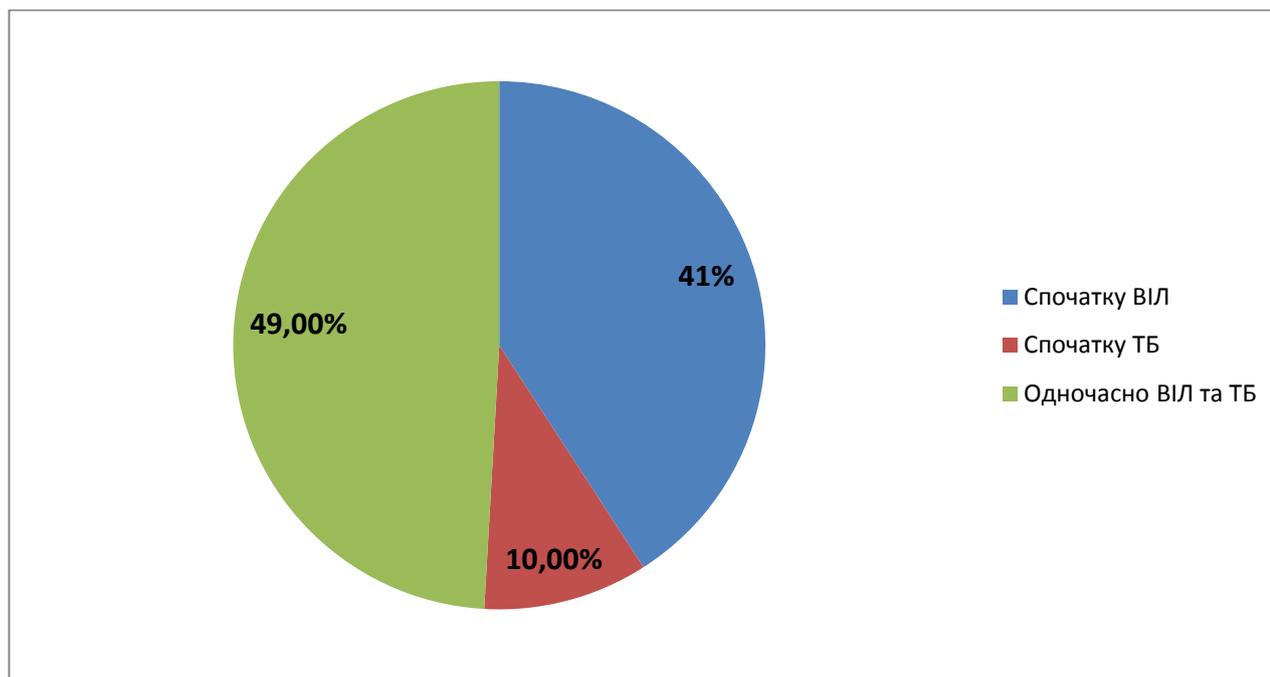
Найвищий відсоток ТБ/ВІЛ серед усього захворювань ТБ в Одеській області – 41,8%, найнижчий – в Закарпатській області – 3,6 %.

Відсоток обстеження хворих на ТБ на ВІЛ-інфекцію, за даними паспортних анкет, в середньому по Україні складає - 94,1%. 100% - в Житомирській, Львівській, Одеській, Черкаській, Тернопільській областях, найнижча частка в Хмельницькій області – 91,6%.

ВІЛ є важливим фактором ризику, що сприяє активації латентної туберкульозної інфекції. Ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-негативних осіб, інфікованих МБТ, становить 5-10% протягом усього життя, тоді як у ВІЛ-позитивних людей він становить 10% на рік. Така тенденція свідчить про недоліки проведення профілактичних заходів серед ВІЛ-інфікованих осіб.

Рівень призначення профілактичного лікування ізоніазидом (далі – ПЛІ) серед ВІЛ-інфікованих, які потребували ПЛІ, залишається недостатнім. У 2017 році ПЛІ було призначене лише 64,9% ВІЛ-інфікованим пацієнтам від потреби (цільове значення показника – 100%). За даними паспортних анкет регіональних протитуберкульозних служб найвищі значення показника у Львівській області (100%), м. Києві (100%) областях. Найнижчі значення у Волинській (26,3%), Донецькій (15,1%) та Чернівецькій областях (2,1%), що свідчить про неякісно організовану роботу центрами профілактики та боротьби зі СНІДом.

Рисунок 37. Структура захворювань на ТБ/ВІЛ у 2017 році за анамнезом та послідовністю розвитку проявів хвороби



Згідно з даними паспортних анкет регіонів за 2017 рік, частка охоплення хворих на ко – інфекцію ТБ /ВІЛ лікуванням АРТ в середньому по Україні – 80% (найвищий у Волинській (90,8% і Закарпатській (90,5%) областях, найнижчий – у Сумській (56,2%) і Херсонській (53,7%) областях.

Частка охоплення лікуванням ко-тримоксазолом хворих на ко – інфекцію ТБ/ВІЛ в середньому по Україні становить – 88,7% (100% - в Закарпатській та Миколаївській областях, найнижча частка у Хмельницькій області – 57,2.

Участь системи МіО в проведенні заходів з попередження ТБ

Центри МіО створені в усіх областях України за виключенням Одеської. Укомплектованість центрів МіО штатними посадами фахівців в середньому по Україні склала 70,1%.

Обласні координаційні ради з ТБ/ВІЛ працювали в усіх областях за виключенням Одеської, Волинської, Київської, Львівської, Миколаївської областей та м. Києва. Міжсекторальні робочі групи при обласних координаційних радах в 2017 році не створено в Київській, Львівській областях та в м. Києві.

В усіх областях України забезпечено функціонування реєстру хворих на туберкульоз, загальна кількість активних користувачів реєстру – 2346.

Моніторинговими візитами з обласного рівня на районний охоплено 75,03% районів областей України. Моніторингові візити з обласного рівня на районний з перевіркою/верифікацією якості даних щодо ТБ проведені у 75,7% областей.

Впродовж 2017 року ПТЗ проводилася співпраця з 113 партнерами щодо протидії захворюванню на ТБ та 40 вищими навчальними закладами.

Протягом 2017 року видано 107 аналітично-статистичних бюлетенів з ТБ, розміщено 257 інформацій щодо ТБ в мережі Інтернет, проведено 57 конференцій/нарад національного рівня та 187 на семінарів/ нарад обласного рівня з висвітленням інформації.

Виявлення та діагностика ТБ

За даними національних та міжнародних експертів головними причинами епідемічно напруженої ситуації в Україні, як і в Європі – є низька виявляемість і невідповідне лікування ТБ та МРТБ.

За даними ВООЗ більше 23 % випадків ТБ є в Україні недовиявленими, тобто кожен 5 випадок.

При цьому продовжує проводитися практика загального проведення флюорографічних обстежень серед здорового населення для виявлення ТБ, що залишилася спадком від Радянської системи охорони на даний момент є неефективною, високозатратною та недоцільною з економічної точки зору.

Щорічно проводиться близько 16,5 млн флюорографічних обстежень серед осіб старше 15 років, проте рівень виявлення даним методом становить 0,4-0,6 на 1000 обстежених осіб (виявлено близько 10 000 нових випадків туберкульозу, проте у більшості із них були симптоми ТБ при детальному опитуванні, просто не зверталися за меддопомогою). При цьому для виявлення 1 хворого на ТБ необхідно в середньому обстежити 1500 – 2000 здорових осіб.

При цьому витрати на щорічний масовий флюорографічний скринінг складають близько 1 003 000 000 грн або 38 мільйонів доларів США (близько 16 млн досліджень з середньою вартістю 1 ФГ обстеження близько 50 грн або 2 долари США). Звичайно, що ці кошти можна було б використати на заходи боротьби з туберкульозом, засновані на доказах та орієнтовані на потреби пацієнтів з туберкульозом.

За рекомендаціями ВООЗ, більш доцільним є використання рентгенофлюорографічного методу обстеження у групах високого ризику захворювання на ТБ, які визначені для кожної країни з урахуванням особливостей.

В Україні перелік груп підвищеного ризику захворювання на ТБ, які потребують щорічного обстеження на наявність ТБ, визначений наказом МОЗ від 15.05.2014 № 327 «Про виявлення осіб, хворих на ТБ та інфікованих мікобактеріями туберкульозу».

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України на регіональному рівні не налагоджена на належному рівні робота з групами підвищеного ризику, в яких виявлення ТБ в десятки разів перевищує, ніж серед загального населення.

Особливо загрозливим у цій ситуації є пізні звернення хворих на ТБ за медичною допомогою, несвоєчасне виявлення ТБ та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності. Наразі середній термін від виявлення симптомів ТБ на первинному рівні до діагностики ТБ складає від 14 днів до 1,5 місяців в різних регіонах України, що сприяє подальшому розповсюдженню ТБ в Україні.

З метою належної діагностики ТБ наразі в Україні наявна розгалуджена потужна мережа лабораторій:

- Центральна референс-лабораторія, функції якої наразі здійснює лабораторія ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» (далі – Інститут);
- 751 мікробіологічних лабораторій I рівня (без 56 ДКВСУ);
- 57 мікробіологічних лабораторій II рівня;

- 34 мікробіологічних лабораторій III рівня (із них 8 ДКВСУ). Кожна регіональна лабораторія обладнана сучасним діагностичним обладнанням для діагностики ТБ: аналізаторами Bactec MGIT960, системами GeneXpert, обладнанням для проведення лінійного зонд аналізу (у Інституті, Миколаївській, Харківській, Львівській обл).

На сьогоднішній день у протитуберкульозних закладах інстальовано 33 системи GeneXpert, які дозволяють діагностувати мультирезистентні форми ТБ протягом лише 2 годин.

Проте з метою розширення доступу до ранньої діагностики ТБ серед загального населення з ознаками і симптомами підозрілими на ТБ, планується протягом 2018-2020 рр., в рамках реалізації гранту ГФ закупити у заклади первинного/вторинного рівня надання медичної допомоги (багатопрофільні лікарні) додатково ще 90 систем GeneXpert майже для всіх госпітальних округів в межах регіону. Це дозволить зменшити час виявлення мультирезистентних форм та наблизити цей вид діагностики до пацієнта з підозрою на ТБ.

З метою ранньої діагностики хіміорезистентного ТБ зі стійкістю до основних груп препаратів, та своєчасного призначення адекватних схем лікування ТБ планується додатково інстальовати 2 системи для проведення лінійних зонд аналізу (HAIN) у Одеську, Дніпропетровську обл., таким чином у 7 регіонах буде доступне таке обладнання до кінця року.

Для забезпечення виявлення та діагностики ТБ, у тому числі хіміорезистентного протягом 2017 року за кошти державного бюджету забезпечено закупівлю витратних матеріалів для діагностики ТБ в повному обсязі, за кошти ГФ додатково будуть закуплені витратні матеріали для системи GeneXpert, що планується додатково закупити протягом 2018 -2020 років.

Орієнтовна вартість одного дослідження для діагностики ТБ:

Виділення МБТ – 185, 00 грн.

ІХТ - 260 грн.

ТМЧ до ПТП 1 ряду – 1046,00 грн.

ТМЧ до ПТП 2 ряду – 708, 00 грн.

Молекулярно-генетичні – 270 грн

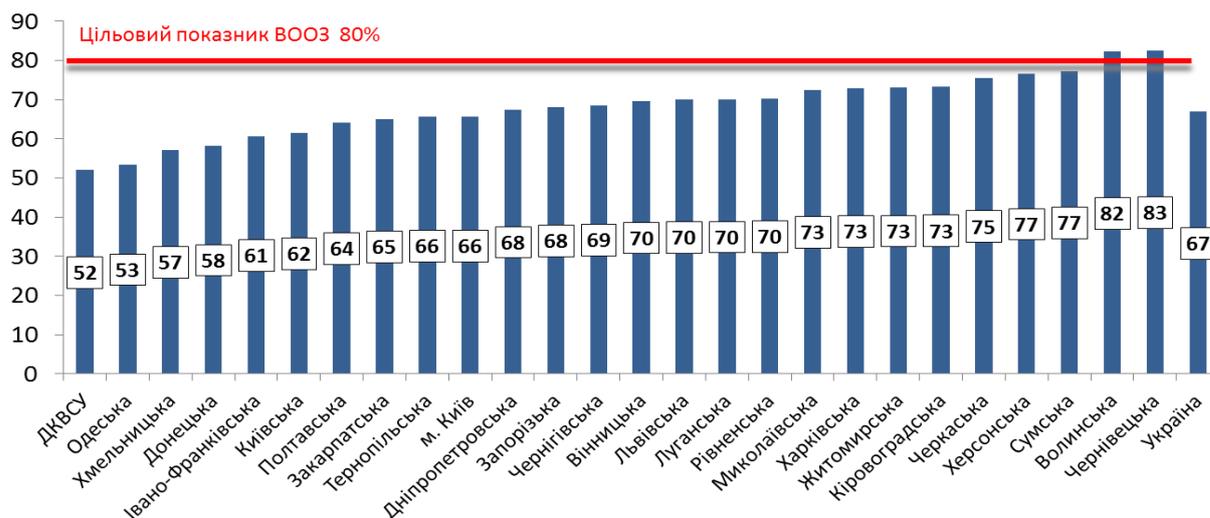
LPA – 700 грн.

Основними показниками для оцінки програми протидії ТБ за напрямком лабораторна діагностика ТБ є :

1. Відсоток зареєстрованих нових і повторних випадків ТБ з бактеріологічним підтвердженням (цільовий показник ВООЗ: 2020 – 80% випадків ТБ (рецидиви: 90%)).

За даними обіково-звітних форм відсоток бактеріологічно підтверджених випадків ТБ в Україні складає 67%. Цільового значення показника ВООЗ у 2017 році досягли Волинська, Чернівецька області. На високому рівні налагоджена робота у Житомирській, Кіровоградській, Миколаївській, Харківській, Сумській, Херсонській областях. Низький рівень бактеріологічного підтвердження випадків легеневого ТБ у закладах ДКВСУ – 52%, Одеській – 53%, Хмельницькій – 57%, Донецькій - 58% областях.

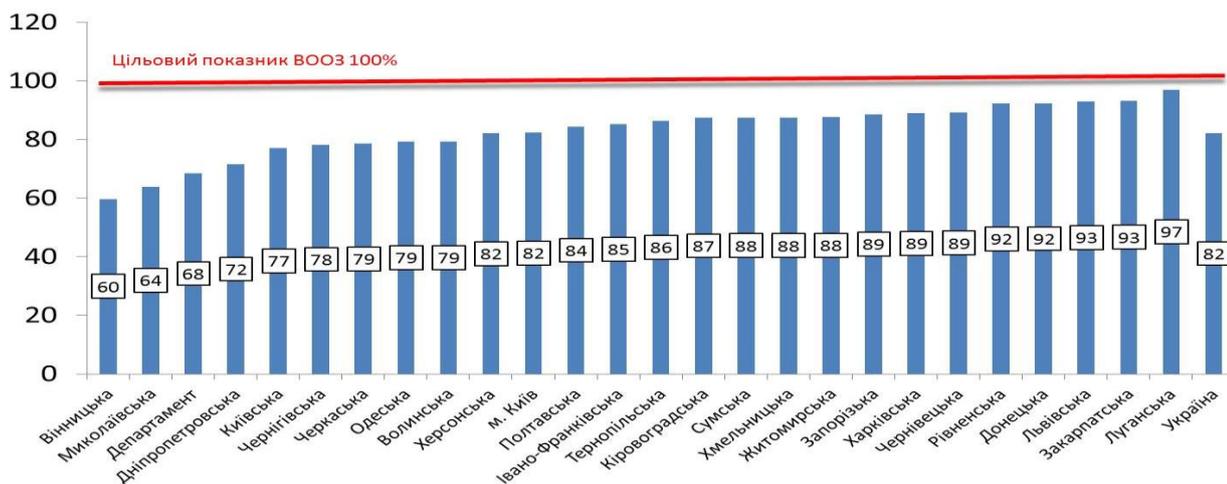
Рисунок 38. Відсоток бактеріологічно підтверджених випадків ТБ у 2017 році



2. Відсоток охоплення молекулярно-генетичними методом зареєстрованих випадків ТБ (цільовий показник ВООЗ 2018 рік – 100% випадків ТБ).

Рівень охоплення випадків ТБ молекулярно генетичними методами з використанням систем Gene Xpert у 2017 році складає 82% (нові випадки – 91,8%, рецидиви – 87,5%, інші – 79%). Жоден регіон не досягнув цільового показника ВООЗ. Найнижчий рівень охоплення випадків ТБ зазначеним методом у Вінницькій – 60%, Миколаївській – 64% областях та закладах ДКВСУ – 68%.

Рисунок39. Відсоток охоплення молекулярно-генетичними методом зареєстрованих випадків ТБ у 2017 році (цільовий показник ВООЗ 2018 рік – 100% випадків ТБ).

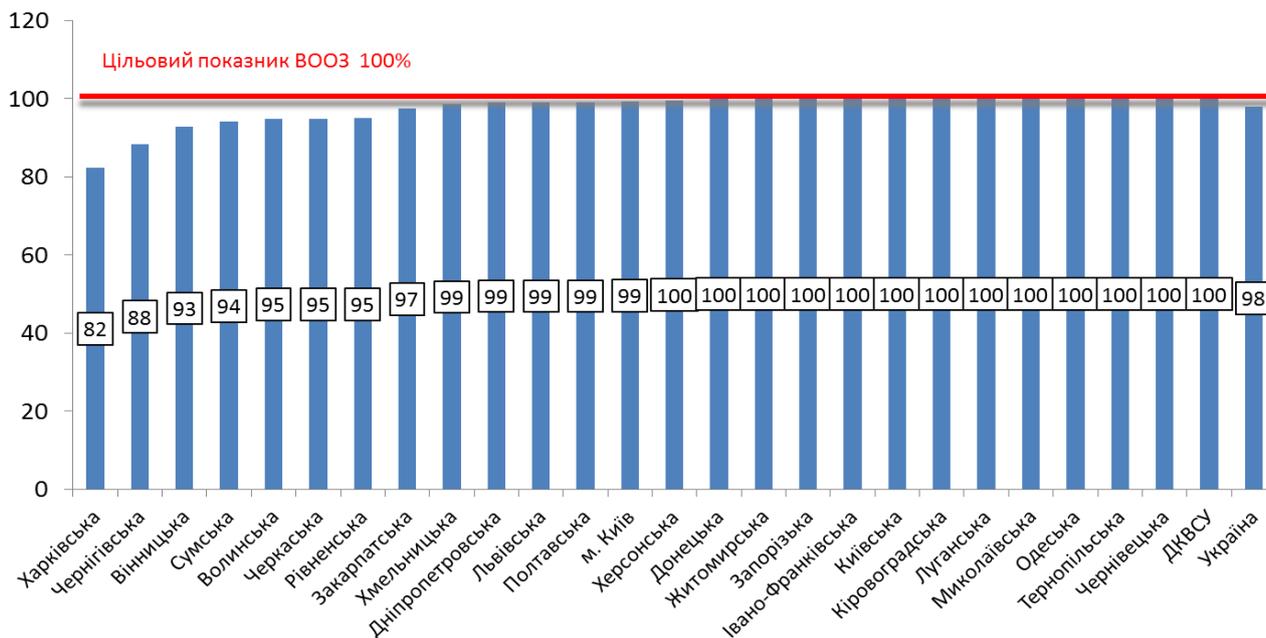


3. Відсоток охоплення ТМЧ бактеріологічно підтверджених випадків ТБ (цільовий показник ВООЗ 2018 рік – 100% випадків ТБ).

На формування показника ефективності лікування впливає охоплення випадків ТБ тестування медикаментозної чутливості до ПТП. Середній показник по Україні складає 98%. Низьке охоплення ТМЧ у Харківській – 82%, Чернігівській –

88%, Вінницькій – 93%, Сумській – 94%, Черкаській – 95%, Рівненській – 95% областях.

Рисунок 40. Відсоток охоплення ТМЧ до ПТП 1 ряду бактеріологічно підтверджених випадків ТБ у 2017 році



3. Відсоток мікробіологічних лабораторій з діагностики ТБ, що підтвердили свою кваліфікацію за допомогою панельного тестування з метою зовнішньої оцінки якості досліджень, відносно всіх методів діагностики, що застосовуються у лабораторіях.

З метою покращення та удосконалення роботи лабораторій з мікробіологічної діагностики ТБ та на виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2016 року № 786 «Про затвердження Положення про систему управління якістю досліджень в лабораторіях, що здійснюють мікробіологічну діагностику ТБ» у 2017 році проведено зовнішню оцінку якості досліджень.

З 751 мікробіологічних лабораторій з діагностики ТБ 1 рівня 724 успішно пройшли ЗКЯ (96,4). Найнижчий показник у Черкаській – 92,6%, Вінницькій 93,7%. У лабораторіях з діагностики ТБ Луганської області не було проведено зовнішню оцінку якості у зв'язку відсутністю кадрового потенціалу.

Всі мікробіологічні лабораторії з діагностики 2 рівня успішно пройшли ЗКЯ.

У 2017 році проведено четвертий раунд зовнішнього контролю якості бактеріологічних, молекулярно-генетичних досліджень на ТБ, ідентифікації мікобактерій ТБ та медикаментозного тестування до протитуберкульозних препаратів.

З 26 лабораторій з діагностики ТБ 3 рівня 24 лабораторії підтвердили високий кваліфікаційний рівень (окрім Одеської, Київської областей) (92,3%). **Організація лікування хворих на ТБ**

Забезпечення ефективного лікування призводить до припинення подальшого поширення випадків ТБ та попередження інфікування МТБ серед здорового населення та є одним із ключових заходів для контролю за ТБ.

Ефективність лікування нових випадків ТБ легень в когорті 2016 року залишається низьким, порівняно з рекомендованими ВООЗ показниками. В Україні цей показник складає 77,1% в порівнянні з нормативним показником на рівні 85%. У більшості областей не досягнуто нормативних показників ефективності лікування, крім Миколаївської (86,2%) та Сумської (85,2%) областей. Також у Рівненській, Закарпатській, Полтавській та Тернопільській областях наближаються до цільових показників (відповідно 84,2; 83,5; 82,6; 81,7%%). Найнижчі показники ефективності лікування в Луганській (66,4%), Чернігівській (72,2%) та Івано – Франківській (73,4 %) областях.

Рисунок 41. Результати лікування нових випадків ТБ легень, когорта 2016 року.

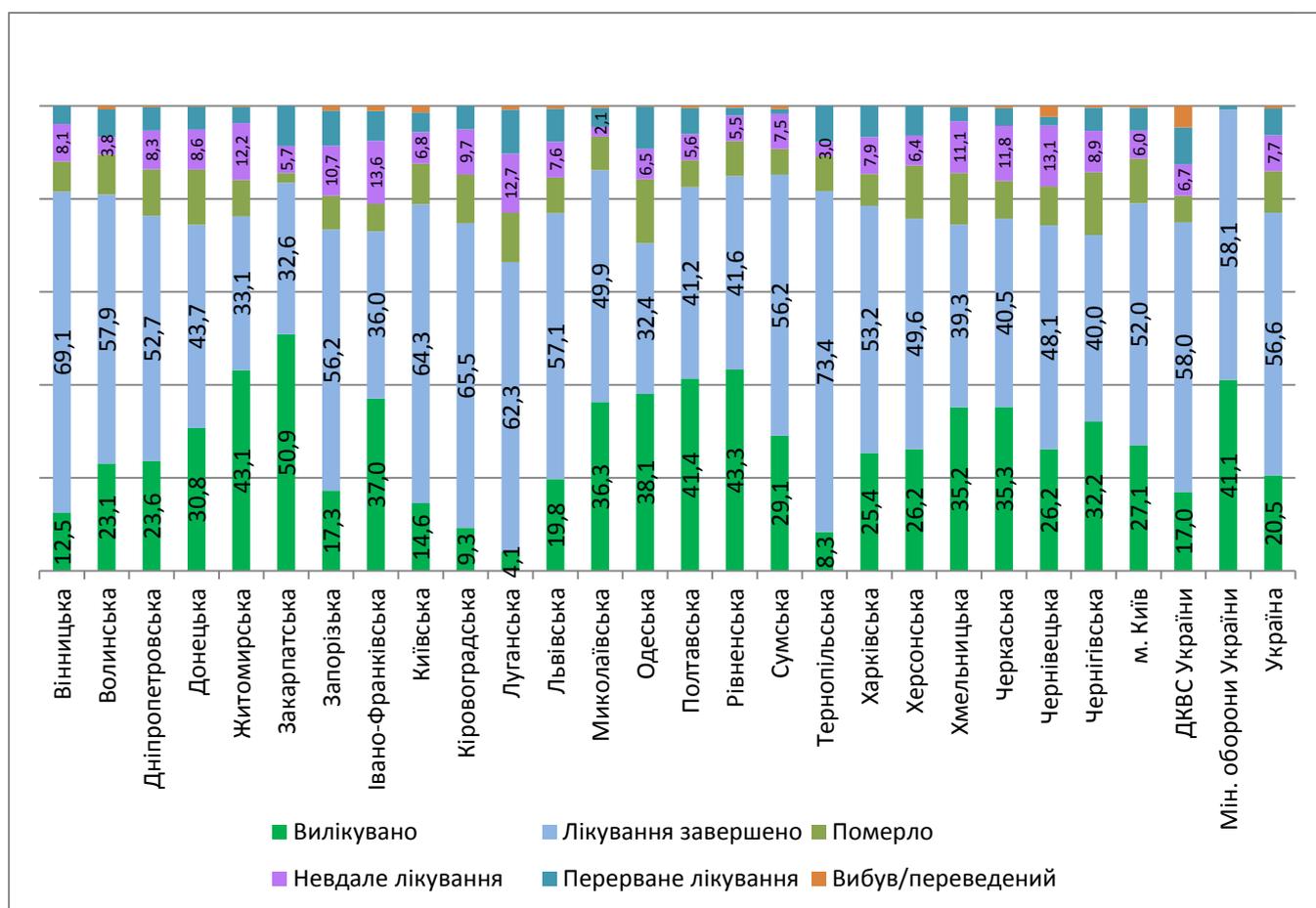
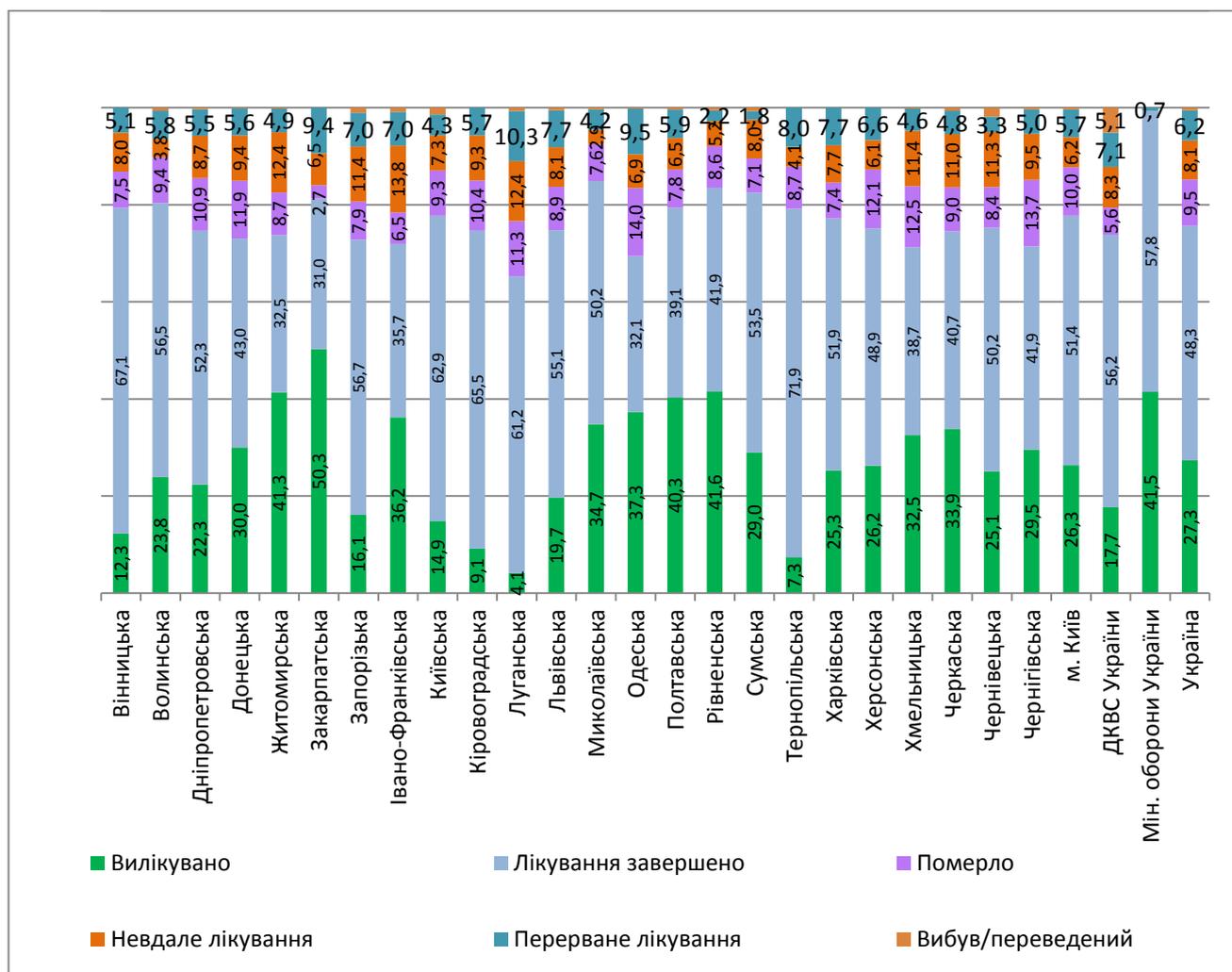


Рисунок 42. Результати лікування нових випадків та рецидивів ТБ легень, когорта 2016 року.



Наступним важливим показником ефективності протитуберкульозних заходів на рівні країни є ефективність лікування хворих на МР ТБ. Відповідно до рекомендацій ВООЗ ефективність лікування таких хворих має бути не менше, ніж 75%. В загально світовій когорті лікування хворих на МР ТБ Україна посідає одне з останніх місць протягом останніх років. В когорті 2015 року ефективність лікування на рівні 50,8%. Найкращі показники зафіксовані в Одеській (61,5%), Рівненській (62,6%) та Полтавській (60,9%) областях. Найгірші показники в закладах ДКВС України (34,1%), Чернігівській (36,6%) та Донецькій (47,7%) області.

Рисунок 43. Результати лікування всіх випадків МР ТБ, когорта 2015 року.

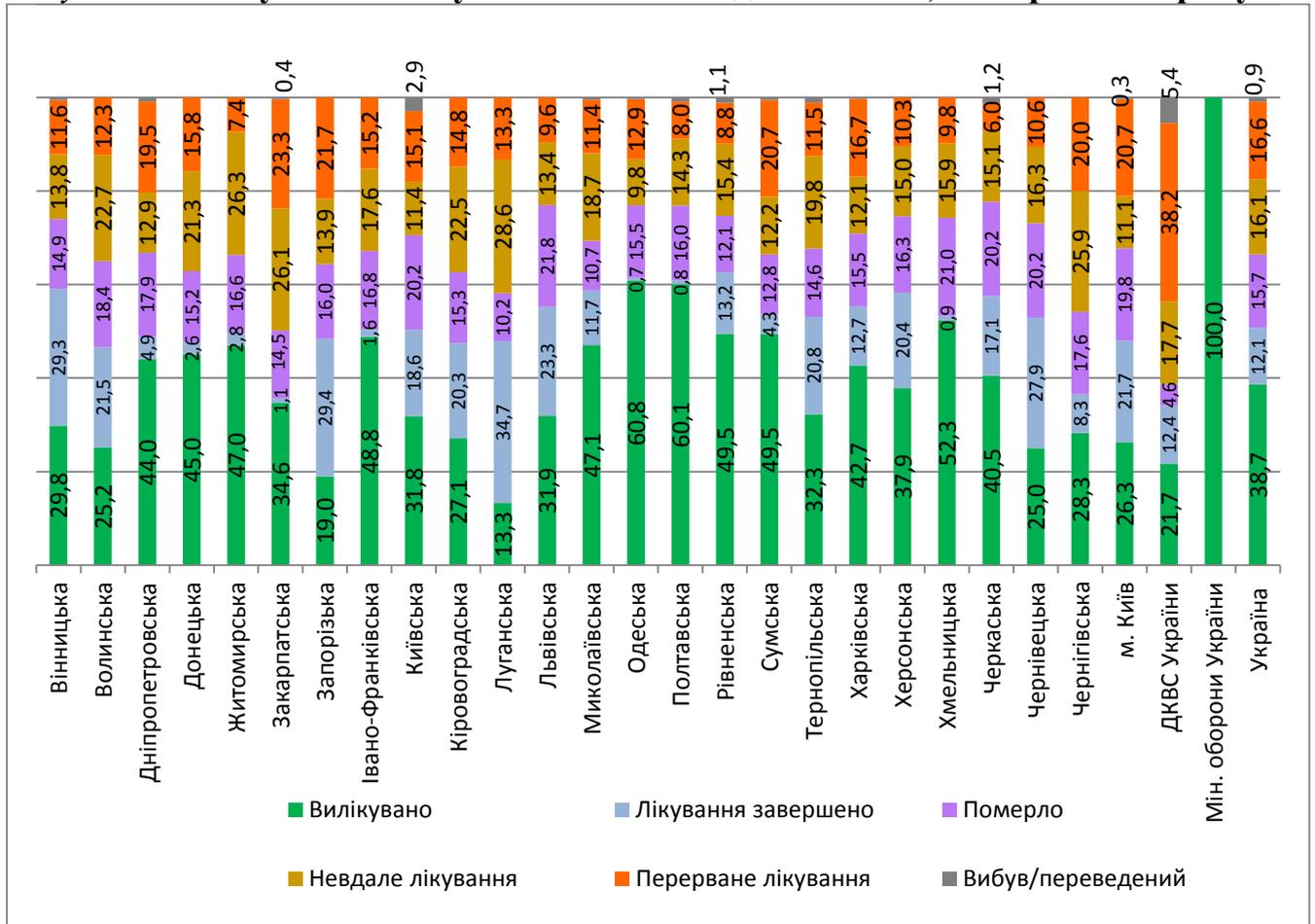
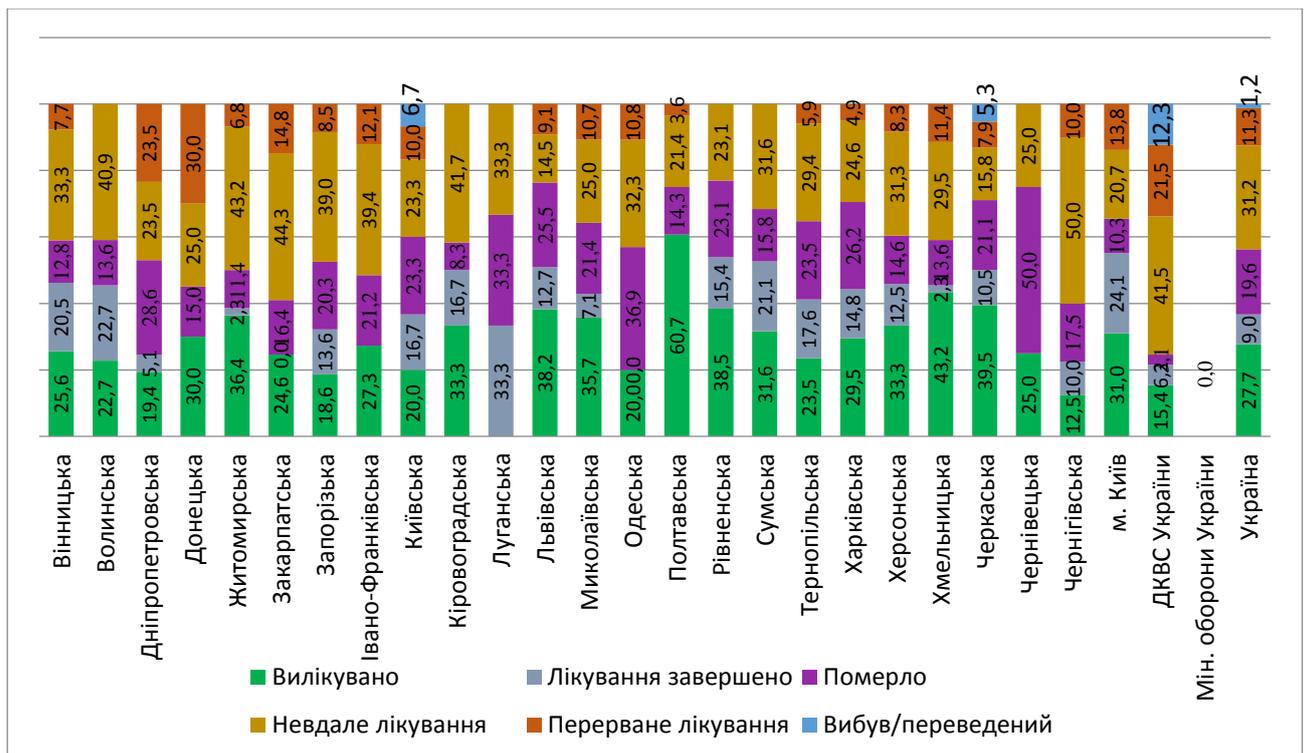


Рисунок 44. Результати лікування всіх випадків РРТБ, когорта 2015 року.



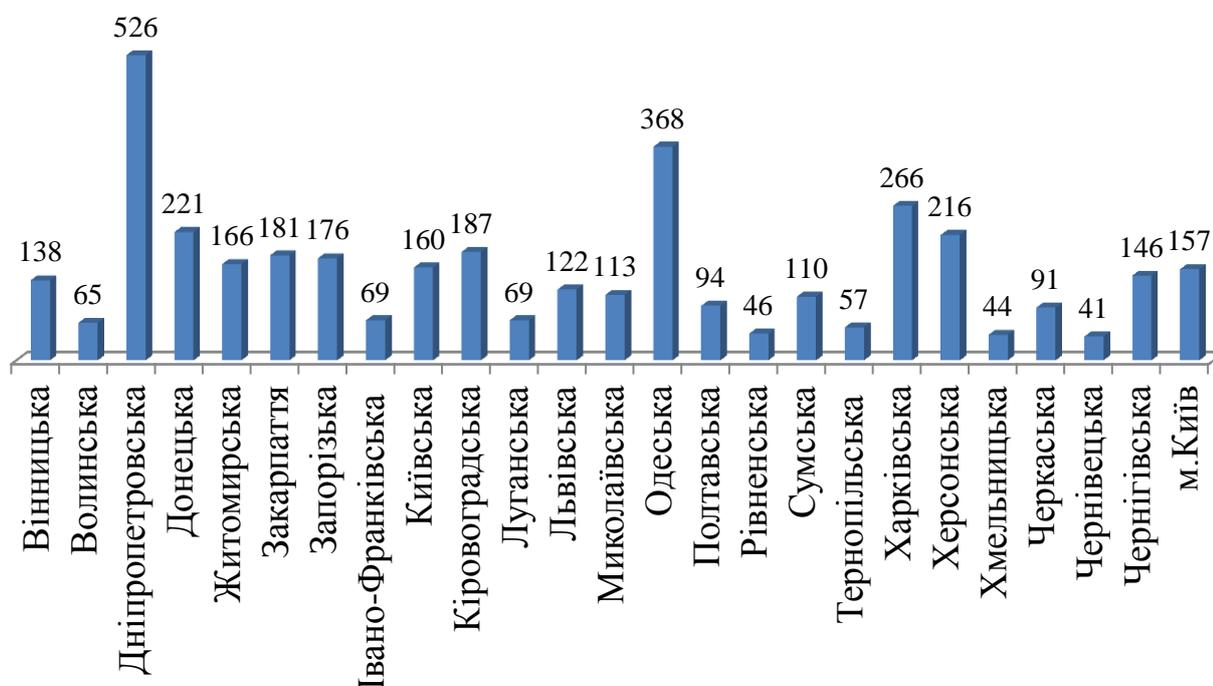
Запровадження ефективної моделі супроводу хворих на ТБ

З метою покращення результатів лікування протягом 2017 року надавалися медико-соціальні послуги в рамках реалізації гранту Глобального фонду.

В 2017 році завершилася діяльність в рамках проекту «Інвестиції заради впливу на епідемії ТБ та ВІЛ-інфекції» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, що реалізовувався неурядовими організаціями МБФ «Альянс» та БО «Мережа».

МБФ «Альянс» реалізовував проект «Посилення системи надання якісної амбулаторної допомоги хворим на МР ТБ шляхом надання максимально наближених медико-соціальних, послуг та формування прихильності до лікування» (далі – Проект). Проектом передбачалося планомірне охоплення контрольованим лікуванням пацієнтів 4 категорії (ХР ТБ) на амбулаторному етапі згідно з встановленими критеріями набору в межах затверджених регіональних квот шляхом залучення співробітників ТЧХУ. З метою формування прихильності до лікування пацієнти два рази на місяць отримували продуктовий набір та мали можливість отримувати за потреби соціальні послуги. В 2017 році в проект було залучено 3 829 пацієнтів ХРТБ в 25 областях України, без врахування АР Крим та непідконтрольних територій Донецької та Луганських областей.

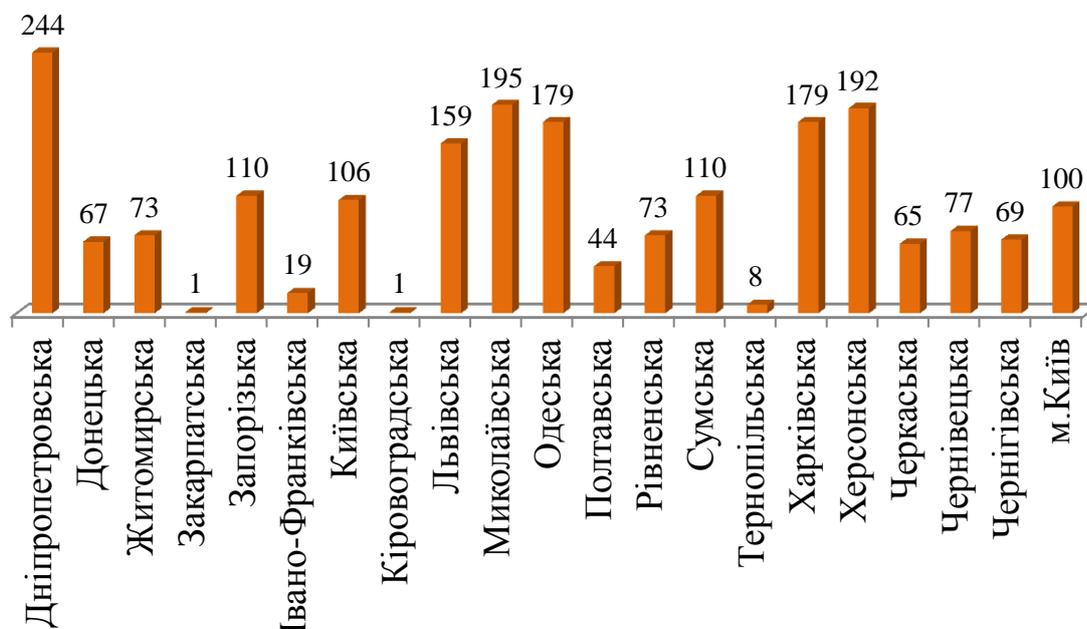
Рисунок 45. Кількість пацієнтів з ХР ТБ (4 категорія), які розпочали медико-соціальний супровід від ТЧХУ з 2017 року, в розрізі регіонів



Одночасно МБФ «Альянс» в 2017 році продовжив реалізацію пілотного проекту в Одеській області «Фінансування на основі результатів (ФОР) для забезпечення контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі» в 13 районах Одеської області та м. Ізюм. В проект було залучено 422 пацієнта з чутливим туберкульозом та 60 пацієнтів з лікарсько-стійким туберкульозом. До надання ДОТ-послуг були залучені працівники центрів первинної-медико санітарної допомоги, які отримували оплату за безперервне лікування пацієнтів та за результат ефективного лікування. Впровадження такого проектного підходу дозволило досягти ефективності лікування у пацієнтів на рівні 92,2%.

БО «Мережа» з 2017 року переглянула підхід до реалізації програмного напрямку «Соціальний супровід амбулаторного лікування клієнтів, хворих на чутливий туберкульоз (з ВІЛ інфекцією та без)». Зміни стосувалися підходу до оплати ДОТ-послуг соціальним працівникам та видачі мотиваційних продуктивних наборів пацієнтам з чутливим туберкульозом (1-3 категорії). Зокрема, 40% оплати соціальному працівнику за супровід клієнта, виплачувалося в два етапи: за завершення курсу лікування пацієнтом та за результат успішного лікування, підтверджений діагностично. В свою чергу, пацієнт отримував продуктивний мотиваційний набір в три етапи: на момент взяття на супровід, на момент завершення курсу лікування та за проходження фінальної діагностики по завершенню лікування. Послугами проекту було охоплено на кінець 2017 року 2 729 пацієнтів з чутливим туберкульозом (1-3 категорії), з них 2 071 пацієнтів за даними реєстру хворих на туберкульоз розпочали супровід в 2017 році.

Рисунок 46. Кількість пацієнтів з чутливим ТБ (1-3 категорія), які розпочали медико-соціальний супровід від БО «Мережа» з 2017 року, в розрізі регіонів



Впровадження даної моделі фінансування послуг, що базуються на результаті, дозволило досягти ефективності лікування серед залучених до проекту пацієнтів з чутливим туберкульозом на рівні 96%.

З 2017 року БО «Мережа» реалізувала пілотний проект «Впровадження оптимальної моделі амбулаторного лікування хворих на ТБ та їх соціального супроводу, як ефективний спосіб покращення результатів лікування ТБ в Україні» що передбачав запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги хворим на ТБ та їх соціального супроводу, що базується на результатах лікування, із залученням первинної ланки медичної допомоги, а також адвокаційні заходи включення закладів охорони здоров'я, в яких надається допомога хворим на ТБ, у загальну реформу охорони здоров'я. Проект було реалізовано в м. Житомир та Чернігівській області. Новизна проекту полягала в запровадженні механізмів фінансування ДОТ-послуг через контрахтування сімейних лікарів регіональним протитуберкульозним закладом (Чернігівська область) або закладом загальної лікарської мережі (м. Житомир). При цьому сімейний лікар отримував бонус за супровід пацієнта та за результат успішного лікування пацієнта. Реалізований підхід дозволив наблизити ДОТ-послуги до клієнтів, так як вони здійснювалися його сімейним лікарем, а сімейні лікарі отримали досвід ведення пацієнтів з туберкульозом. Всього до проекту було залучено 134 працівника первинної медичної ланки та охоплено ДОТ-послугами 94 пацієнтів з чутливими туберкульозом. Ефективність лікування серед пацієнтів в проекті, що мали результат лікування на кінець 2017 року, досягла 95,7 % (89 із 93 пацієнтів).

Проведений аналіз даних реєстру по пацієнтам, хворим на чутливий ТБ когорти 2016 року, які перебували на медико-соціальному супроводі в неурядових організаціях, показав наступне. Всього на супроводі перебувало 3 762 пацієнтів, що становило 13% від кількості випадків ТБ в Україні в 2016 році (28 800 осіб). З них на супроводі БО «Мережа» - 2 413 осіб, на супроводі інших неурядових організацій – 1 349 осіб. Успішне лікування серед пацієнтів з чутливим ТБ когорти пацієнтів 2016 року, що перебували на супроводі в неурядових організаціях, становило 88% (3 312 із 3 762 осіб). Тоді як у пацієнтів, що не перебували на медико-соціальному супроводі - лише 71% (16 167 із 22 583 осіб). Водночас відсоток перерваного лікування серед пацієнтів на супроводі був нижчим порівняно з пацієнтами без супроводу (відповідно – 3,3% (127 осіб) та 7,8% (1 766 осіб)). Невдач лікування серед пацієнтів на супроводі було в 2,1 рази менше порівняно з пацієнтами, що не отримували медико-соціальний супровід (відповідно 4,3% (160 осіб) та 9% (2 029 осіб)).

Рисунок 47. Результати лікування хворих на чутливий ТБ, які отримували медико-соціальний супровід неурядових організацій (БО «Мережа» та інші організації), когорта 2016р.

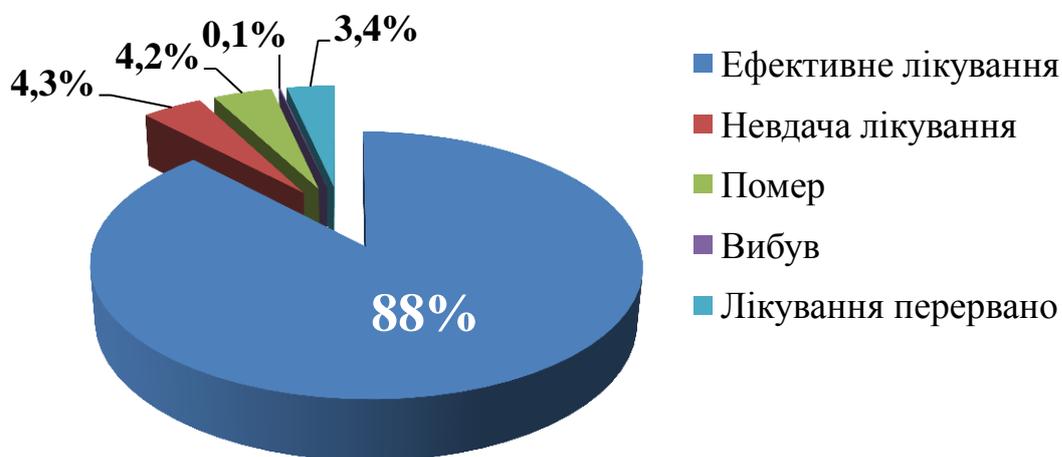
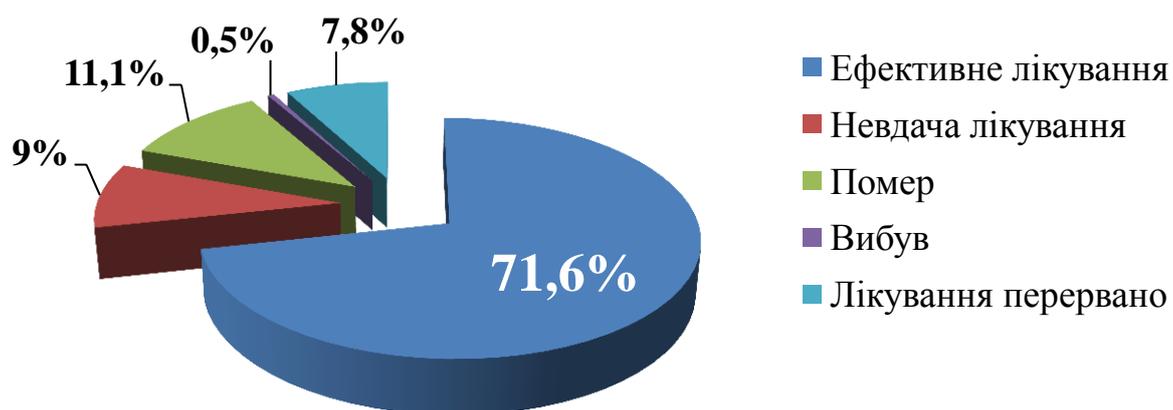


Рисунок 48. Результати лікування хворих на чутливий ТБ, які не отримували медико-соціальний супровід, когорта 2016 р.



Таким чином, ефективність лікування пацієнтів з чутливим ТБ когорти 2016 року, що перебували на супроводі, була вища, ніж серед пацієнтів без супроводу, за рахунок зниження відсотка перерваного та неефективного лікування.

Аналіз ефективності лікування серед пацієнтів з ХР ТБ (4 категорія) когорти 2015 року показав також значно кращі результати лікування серед пацієнтів, що перебували на медико-соціальному супроводі порівняно із пацієнтами, що такого супроводу не отримували. Зокрема, серед пацієнтів, що перебували на супроводі в неурядових організацій (3038 осіб) ефективне лікування спостерігалось у 76,3% випадків (2 318 із 3038 осіб), тоді як у пацієнтів, що не перебували на супроводі - у 37% випадках (2 255 із 6907 осіб). Невдач лікування серед пацієнтів ХР ТБ когорти 2015 року, що отримували супроводі, було встановлено у 10,7% випадків (325 осіб).Тоді як у пацієнтів, що не перебували на супроводі, у 23,8% випадків (1 646

осіб). Перерв в лікуванні пацієнтів на супроводі зафіксовано у 184 випадках (6,1%), а у пацієнтів без супроводу – у 1 407 випадках (24,4%). Померло пацієнтів із числа тих, що були на супроводі – 198 (6,5%), а серед пацієнтів без супроводу – 1 550 (22,4%).

Отже, ефективність лікування пацієнтів з ХР ТБ (4 категорія) когорти 2015 року, що перебували на супроводі, значно перевищувала таку у пацієнтів без супроводу, а саме в 2,5 рази. Завдяки медико-соціальному супроводу вдалося зменшити невдачі лікування серед пацієнтів з ХР ТБ когорти 2015 року в 2,2 рази, перерване лікування в 3,4 рази та смертність в 3,4 рази порівняно з пацієнтами, що не отримували послуги супроводу.

Рисунок 49. Результати лікування хворих на ХР ТБ (4 категорія), які отримували медико-соціальний супровід неурядових організацій (ТЧХУ та інші організації), когорта 2015 року

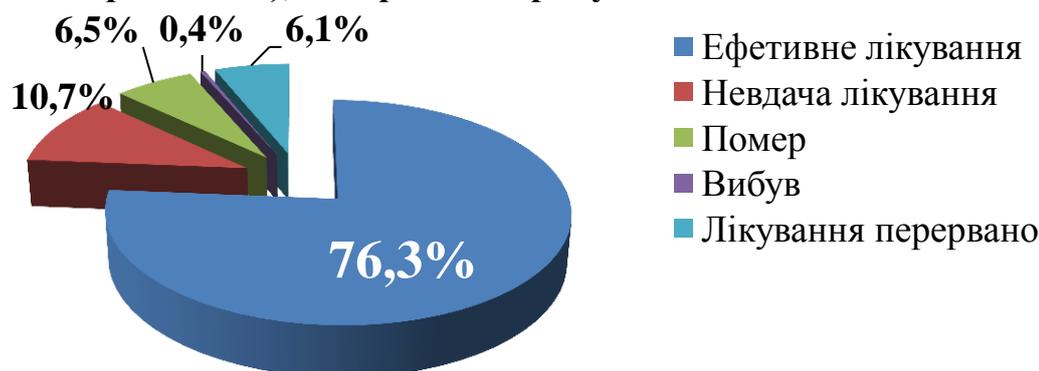
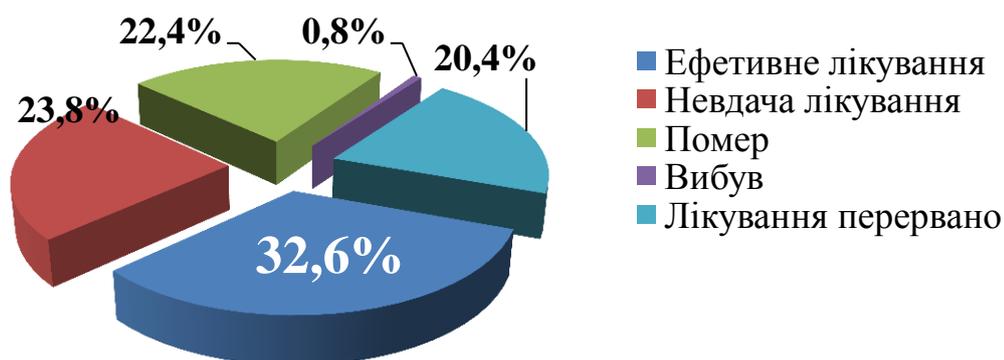


Рисунок 50. Результати лікування хворих на ХР ТБ (4 категорія), які не отримували медико-соціальний супровід, когорта 2015 р.



Таким чином, пацієнт-орієнтовані моделі медико-соціального супроводу пацієнтів з ТБ довели свою ефективність як для пацієнтів з чутливим ТБ, так і пацієнтів з лікарсько-стійким ТБ. Використання отриманого досвіду по впровадженню запропонованих моделей медико-соціальних послуг пацієнтам з ТБ, залучення первинної ланки медичної допомоги дозволить оптимізувати організацію надання медичної допомоги хворим на ТБ, скоротити видатки на ведення хворого,

покращити результати лікування ТБ в цілому по країні та пришвидшити досягнення цілей Глобальної стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ».

Особливості епідеміологічної ситуації з ТБ серед дитячого населення в Україні та стан надання медичної допомоги

За даними 2017 року відмічається збільшення частки випадків дитячого ТБ (віком до 17 років) серед усіх нових випадків захворювання та рецидивів: в 2017 році показник по Україні склав 11,3 на 100 тис. нас. проти 10,5 за 2016 рік, що більше на 7,6 % у порівнянні з аналогічним періодом минулого року. Всього захворіло 863 дитини проти 799 у минулому році.

Найбільший приріст відбувся у наступних регіонах: Полтавському (1,6 раз), Житомирському, Івано-Франківському, Харківському, Дніпропетровському. У столиці та Луганському регіону.

Така тенденція щодо збільшення захворюваності на ТБ серед дітей, ймовірно, пов'язана з поліпшенням діагностики ТБ серед дітей та підлітків, проте може свідчити і про низьку ефективність профілактичних заходів з попередження захворювання серед дітей та підлітків в осередках ТБ, недостатність організаційних та адміністративних заходів з оздоровлення таких осередків

Питома вага дитячих випадків ТБ від дорослих з ТБ коливається по регіонам в межах від 1% (Миколаївська, Хмельницька області) до 3% (Луганська, Дніпропетровська обл.).

Проте, за даними ВООЗ для країн з середнім та нижче середнього рівня доходів частка ТБ у дітей від захворілих на ТБ дорослих має складати від 5 до 15%, тобто в Україні втричі недовиявляється випадки ТБ серед дітей, що вимагає посилення заходів та настороги особливо у сімейних лікарів та педіатрів, які першими стикаються з дитиною у якої може бути підозра на ТБ.

Таким чином необхідно провести ретельний аналіз цієї ситуації на регіональному рівні.

Тривожним фактом є збільшення рівня захворюваності на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ серед дитячого населення на 22,7%, як серед дітей до 14 років, так і серед, що відповідає аналогічній ситуації серед дорослих.

Всього у 2017 році за даними реєстру захворіло 53 дитини, із них 19 до 5 років, 28 від 5 до 14 та 6 підлітків. Серед нових випадків та рецидивів ко-інфекції ВІЛ/ТБ питома вага дитячого ВІЛ/ТБ практично стала і складає в середньому 0,9 %, а від усіх захворілих дітей на ТБ питома вага пацієнтів дитячого віку з ко-інфекцією складає 9,3, тобто кожна 10 дитина з ТБ має супутню ВІЛ-інфекцію.

Покращується якість ведення випадку ТБ/ВІЛ та надання медичної допомоги цим хворим, проте є ряд проблемних питань, які залишаються невирішеними.

Показник охоплення АРТ серед нових випадків та рецидивів ко-інфекції ВІЛ/ТБ у дітей віком 0-17 років зріс на 27,7% (з 72% у 2014р. до 92% у 2016р.), приріст показника лікування ко-тримоксазолом склав 45,3% (з 48,7% до 70,8% відповідно).

Середній термін призначення АРТ скоротився вдвічі: з 42 діб у 2014р. до 21 діб у 2016р. Питома вага пацієнтів, які розпочали АРТ до початку ТБ-терапії

збільшилась на 75% (з 36% у 2014р. до 63% у 2016р.) Показник охоплення АРТ у дітей на МРТБ/ВІЛ складає 100% в середньому за 3 роки.

Наразі відбувається зростання питомої ваги дитячого хіміорезистентного ТБ (далі – ХРТБ) від усіх зареєстрованих випадків ХРТБ: понад вдвічі збільшилась частка МРТБ серед нових випадків ТБ/ВІЛ у дітей 0-17 років: з 10,8% у 2014р. до 28,5% у 2017р.

Таким чином, погіршення епідемічної ситуації з МРТБ/ВІЛ у дітей потребує подальших спільних скоординованих зусиль фтизіатричної служби і служби боротьби зі СНІД для своєчасної профілактики і діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих-дітей.

Станом на 01.03.2018 року за даними Реєстру на поточному лікуванні перебуває 229 дітей (0-14 років) та 103 підлітків (15-17 років), хворих на ХРТБ, з них частка госпіталізованих складає в середньому по Україні 98%, що свідчить про використання в регіонах практики тотальної госпіталізації хворих дітей, зокрема дітей з РМРТБ контакту з неважкими формами ТБ та без бактеріовиділення. З числа перебуваючих на поточному лікуванні середня тривалість госпіталізації серед хворих на ХРТБ дітей (0-14 років) складає 203 л/дів, серед хворих на ХРТБ підлітків (15-17 років) – 181 л/дів відповідно, така практика не відповідає європейській (наприклад, в Сполучених Штатах Америки середнє перебування хворого на чутливий ТБ у стаціонарі складає 15 днів).

Такий підхід збільшує ризик внутрішньолікарняної передачі ТБ, а заборона відвідувати навчальні заклади до повного завершення основного курсу лікування незалежно від типу випадку збільшує стигматизацію та психоемоційне травмування дітей та членів їх сімей.

Фармменеджмент

Для забезпечення належного доступу до лікування ТБ на 2017 рік завдяки цілеспрямованій роботі МОЗ України разом з партнерами у 2,4 рази збільшено обсяги граничних видатків на закупівлю протитуберкульозних препаратів (далі – ПТП), тестів та витратних матеріалів для діагностики туберкульозу (далі – витратні матеріали).

Обсяги видатків для закупівлі ПТП та ВМ за кошти Державного бюджету на 2017 рік склали 552,5 млн. грн. (496,2 млн. грн. - для закупівлі ПТП, 56,3 млн. - для закупівлі ВМ). Безперервність лікування хворих на туберкульоз та діагностику туберкульозу у 2017 році була забезпечена за рахунок коштів Державного бюджету та гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (далі - ГФ).

Орієнтовна середня вартість схеми лікування хворих на чутливий ТБ у 2017 році - 912,47 грн., на МР ТБ - 39 750,32 грн.

МОЗ України забезпечено щорічний перегляд номенклатурного переліку для закупівлі ПТП та ВМ, що дозволяє впроваджувати сучасні стандарти лікування хворих на туберкульоз.

Вперше в номенклатуру лікарських засобів за напрямом «Централізована закупівля медикаментів для лікування туберкульозу» у 2017 році були включені:

- Клофазимін, табл. 100 мг;
- Клофазимін, табл. 50 мг;

- Амоксицилін/кислота клавуланова, табл. 500 мг/125 мг;
- Амоксицилін/кислота клавуланова 875 мг/125 мг;
- Іміпінем/циластатин, порошок для інфузій 500 мг/500 мг у флаконах;
- Меропенем, порошок для ін'єкцій;
- Рифампіцин для внутрішньовенного введення, ампули, 600 мг.

З 2017 року розрахунок потреби в ПТП проводиться відповідно до Методики розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 жовтня 2016 року № 1062, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 03 листопада 2016 року № 1431/29561 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 15 вересня 2017 року № 1098) з використанням сучасної системи моніторингу та управління протитуберкульозними препаратами Quan-TB, що є одним із кращих міжнародних інструментів для розрахунку потреби в ПТП, реалізації нових рекомендацій та здійснення аналізу динаміки використання ПТП.

На національному, обласному та районному рівнях ведеться подальше впровадження модуля «Препарати» комплексної інформаційної системи управління «e-TB менеджер», що дає можливість здійснювати моніторинг залишків, використання ПТП, прогнозування потреб в ПТП тощо.

Таким чином, наразі створені умови щодо доступу до всіх сучасних діагностичних та лікувальних засобів в Україні, які рекомендовані ВООЗ.

Інноваційні заходи діагностики та лікування ТБ

1) Сучасна методика діагностики ТБ для ВІЛ-позитивних пацієнтів за допомогою LF-LAM тесту

В Україні з 2018 року буде впроваджуватися сучасна методика діагностики ТБ для ВІЛ-позитивних пацієнтів за допомогою LF-LAM тесту відповідно до рекомендацій ВООЗ. Методика дозволяє виявити антигени мікобактерій в сечі пацієнта за 25 хвилин. Чутливість методики варіює від 42% до 83 % при одночасному застосуванні GeneXpert, специфічність – 92%. Актуальність LF-LAM обумовлена важкістю діагностики ТБ у пацієнтів ВІЛ/СНІДом з вираженою імуносупресією через нерідко відсутність бактеріовиділення, позалегенеу локалізацію процесу як у дорослих, так і у дітей. В рамках реалізації проекту Глобального фонду планується охопити тестуванням LF-LAM 2050 ВІЛ-позитивних дорослих та 120 дітей з симптомами ТБ вже у 2018 році. Передбачається, що запровадження LF-LAM тесту дозволить підвищити виявлення ТБ серед осіб з ВІЛ-інфекцією.

2) Впровадження пацієнт-орієнтованого лікування із застосуванням сучасних ІТ-технологій (відеоДОТ)

Лікування ТБ вимагає щоденного прийому кількох лікарських засобів на період від 6 місяців до 2 років або більше. Через довгу тривалість лікування частка пацієнтів стикається з постійними проблемами щодо дотримання режиму прийому ліків, що обумовлює підвищений ризик розвитку набутої резистентності до ПТП, низької ефективності лікування, прогресування захворювання та більш тривалої

трансмисії захворювання в громаді. Безпосередньо контрольоване лікування разом із підтримкою пацієнта (ДОТ) було рекомендовано для підвищення прихильності, проте, щоденний очний ДОТ має певні обмеження як для пацієнтів, так і для кураторів ДОТ.

Ризики передчасного переривання лікування підвищуються, коли пацієнт має негативний досвід лікування (розвиток побічних реакцій, стигма з боку медичного персоналу, щоденні витрати на транспорт тощо) або навпаки, коли пацієнти почувають себе краще та їх мотивація до лікування зменшується. Для багатьох пацієнтів дотримання режиму лікування ускладнюється супутньою патологією (ВІЛ/СНІД, цукровий діабет тощо) або наявними дестабілізуючими соціально-структурними чинниками (зловживання психоактивними речовинами, відсутність житла, поганий доступ до медичного обслуговування). За даними ВООЗ, короткострокові режими лікування для хворих на МРТБ є ефективними та безпечними для пацієнтів; однак, все одно, курс лікування триває декілька місяців і прихильність до нього є залишається важливим фактором успішності лікування.

Утримання на лікуванні хворих на ТБ – складний і динамічний процес з низкою факторів, які впливають на поведінку хворого. Незважаючи на ефективність ДОТ, індивідуальні та структурні фактори роблять очний ДОТ складним для виконання певним категоріям пацієнтів.

Наприклад, ДОТ часто ускладнюється через транспортні та ресурсні обмеження. Також очний ДОТ вимагає від пацієнта знаходитися у певному місці у визначений час і не дозволяє змін в останній момент. Відпустка або свята також можуть обмежувати очний ДОТ. Наявна система організації медичної допомоги не завжди здатна допомогти хворому уникнути ризику відриву від лікування. В той же час усунення цих проблем допоможе покращити прихильність пацієнта до лікування і таким чином вплинути на ефективність лікування

З кінця 2014 року ВООЗ та Європейське Респіраторне Товариство спільно проводять консультації для широкого кола зацікавлених сторін з метою поширення впровадження електронних медичних технологій, які є однією із пріоритетних потреб сучасної стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ».

На сьогоднішній день в світі впроваджено низку нововведень для мінімізації незручностей та витрат пацієнтів, які щоденно навідуються до ПТД для контролю за лікуванням. Одним з найостанніших та перспективних з них є впровадження відеоДОТ.

Відеотехнології доступні вже понад 10 років, однак збільшення доступності смартфонів та швидкісного Інтернету робить відеоДОТ практичним для реалізації навіть в умовах обмежених ресурсів.

Залучення до використання технологій та інфраструктури, необхідної для відеоДОТ є особливо актуальним для країн з низьким та середнім рівнем доходу,

оскільки саме ці країни мають найбільшу частку глобального тягаря ТБ/МРТБ та вкрай потребують розширення програм лікування.

Результати двох когортних досліджень, які порівнювали очний ДОТ з відеоДОТ, виконаним в режимі реального часу показали, що очний ДОТ був не краще, ніж відеоДОТ у результатах лікування хворих на ТБ. Досвід Мексики та Сполучених Штатів з використання мобільних телефонів для контролю лікування хворих на ТБ, свідчить про потенційну можливість відеоДОТ заощаджувати ресурси, покращувати взаємодію та відділено підтримувати пацієнтів. У Великій Британії в даний час проводяться багатоцентрові клінічні випробування відеоДОТ в партнерстві з Find & Treat. Наразі в Республіці Молдова та Великій Британії також розпочато два рандомізовані контрольні дослідження, які вивчають ефективність відеоДОТ у лікуванні ТБ.

Незважаючи на те, що відеоДОТ не має на меті заміщати очний ДОТ для всіх пацієнтів, які проходять лікування ТБ, існує все більше доказів того, що відеоДОТ є прийнятною альтернативою для багатьох пацієнтів. ВідеоДОТ пропонує потенційне збільшення доступу до ДОТ у місцях, де воно виконується непослідовно або взагалі не виконується.

Експерти ВООЗ вважають, що перевагами відеоДОТ є: зручність для пацієнта та підвищення його автономії (скорочення витрат пацієнта, гнучкий графік), також відеоДОТ сприяє підвищенню рівня прихильності та пом'якшує стигматизацію, скорочує число відвідувань до медичного закладу.

В Керівництві ВООЗ від 2017р. (Treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care: WHO 2017 update) рекомендовано використання відеоДОТ як альтернативу очному ДОТ, якщо це зручно для пацієнта.

Проект Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ТБ на 2018-2021рр. в Україні передбачає впровадження ефективних амбулаторних моделей надання медичної допомоги, які направлені на втілення цілісного орієнтованого на пацієнта підходу, що, в свою чергу, буде сприяти більшій прихильності лікуванню в контексті індивідуальних потреб кожного окремого хворого, з урахуванням інноваційних методів лікування.

Впровадження відеоДОТ в Україні може заощадити ресурси, які використовуються для спостереження за лікуванням та підтримки пацієнтів. Крім того, технології, які необхідні для відеоДОТ (наявність швидкісного Інтернету та смартфонів), є все більш доступними, навіть в умовах обмежених ресурсів.

Центром громадського здоров'я у 2017 році розпочато впровадження відео ДОТ в окремих регіонах України, лідируюче місце серед яких займає Сумська область, яка першою почала системне впровадження цього альтернативного методу спостереження за лікуванням пацієнтів згідно з рекомендаціями ВООЗ та дотримуючись законодавства України стосовно захисту персональних даних тощо.

Очікується розповсюдження практики на решту регіонів України протягом 2018 року.

3) Нові протитуберкульозні препарати та стратегії лікування можуть значно покращити результати лікування МРТБ.

Такими високоефективними препаратами для лікування МРТБ є нові препарати Деламанід і Бедаквілін, які отримали прискорене схвалення Управлінням США по контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів (FDA) і умовне схвалення Європейським агентством лікарських засобів (EMA).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, для призначення цих нових протитуберкульозних препаратів визначені покази та умови для їх застосування. Проте, станом на середину минулого ці препарати були доступні тільки в 6-ти країнах Східної Європи та Центральної Азії, при цьому їх отримали лише 3% пацієнтів, яким вони могли б допомогти.

Доступ до нових протитуберкульозних препаратів обмежений у зв'язку з відсутністю їх реєстрації у країнах. На сьогодні Деламанід не зареєстрований у жодній країні з виском тягарем МРТБ.

Центр громадського здоров'я та Міністерство охорони здоров'я України зацікавлені у впровадженні сучасних стратегій та лікування пацієнтів з МРТБ та впровадженні інноваційних підходів у лікуванні, тому максимально сприяють доступу українських пацієнтів до новітніх препаратів для українських пацієнтів. Зокрема, в Україні до номенклатурного переліку лікарських засобів для закупівлі за кошти державного бюджету в 2018 році включені всі рекомендовані препарати, рекомендовані ВООЗ, в тому числі Деламанід та Бедаквілін. Бедаквілін уже поданий на реєстрацію в Україні, наразі вирішується питання реєстрації Деламаніду.

Станом на сьогодні застосування Бедаквіліну та Деламаніду входять до національних керівництв лише у 75% та 63% країн відповідно через відсутність реєстрації даних лікарських засобів згідно законодавства у цих країнах (сьогодні Бедаквілін зареєстрований тільки в Російській Федерації та Armenії, а Деламанід не зареєстрований в жодній з країн Східної Європи та Центральної Азії).

ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ

(аналіз даних паспортних анкет регіонів та індикаторів при здійсненні моніторингу заходів з інфекційного контролю за туберкульозом, окрім АР Крим і м. Севастополь)

Інфекційний контроль (далі – ІК) – це комплекс заходів спрямований на попередження виникнення та поширення інфекційних захворювань шляхом впливу на механізми передачі даної інфекції.

Заходи ІК мінімізують ризики передачі інфекції та забезпечують максимально безпечні умови перебування пацієнтів, відвідувачів та персоналу в закладах охорони здоров'я, мають вирішальне значення в отриманні успіхів від лікування, а також є одним із показників якості медичної допомоги.

Оскільки епідемічне значення має повітряний шлях передачі інфекції, заходи ІК за ТБ мають бути спрямовані на зменшення викиду інфекційного аерозолу, зменшення його концентрації в повітрі закритих приміщень і ризику проникнення в дихальні шляхи сприйнятливої людини.

За результатами діяльності протитуберкульозних закладів за 2017 рік, Центром громадського здоров'я МОЗ України проведена оцінка по чотирьох основним компонентах інфекційного контролю, а саме організаційному, адміністративному, інженерному (контроль за станом повітря закритих приміщень) та індивідуальному (використання засобів захисту органів дихання).

Організаційний компонент

Необхідні заходи щодо ІК за туберкульозом в Україні регламентовані наказом МОЗ (від 18.08.2010р. № 684 «Про затвердження Стандарту ІК за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз» з доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 23.12.2011 № 950 (далі – Стандарт), у якому затверджено перелік заходів, направлених на зменшення поширення туберкульозної інфекції у стаціонарах, амбулаторних закладах, пенітенціарних установах та домашніх умовах. Слід зазначити, що даний документ має застарілі поняття та підходи до організації інфекційного контролю, тому в 2018 році очікується розробка нової редакції Стандарту з ІК.

На даний час Україна не має затвердженого Національного плану з Інфекційного контролю за ТБ. Щодо Регіональних планів з Інфекційного контролю, 15 областей мали плани з Інфекційного контролю за ТБ затверджені на рівні структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій регіональні. Але з них лише 6 областей (Волинська, Івано-Франківська, Полтавська, Хмельницька, Чернівецька та Чернігівська) мають Плани затверджені 2017 роком, інші 9 областей мають плани датою затвердження у 2013 році, 2015 році або ще застарілі спільні плани Обласної державної адміністрації та санітарно-епідеміологічної служби на декілька років. Останні 9 регіонів в принципі не мають затвердженого регіонального плану з Інфекційного контролю за ТБ. Така ситуація значно знижує ефективність здійснення координації заходів з інфекційного контролю між усіма необхідними структурами в регіоні.

За кошти Глобального Фонду в рамках реалізації гранту для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією з метою забезпечення виконання заходів інфекційного контролю за туберкульозом було проведено закупівлю бактерицидних УФ-випромінювачів у кількості 5 500 шт. та респіраторів класу захисту FFP2 у кількості 28 169 шт., що допомогло частково покрити потребу регіонів.

Обсяги фінансування заходів з ІК в областях за 2017 рік склали 19 006 493,6 грн. Від зазначеної загальної суми 4 625 987,25 грн було витрачено на забезпечення респіраторами та 1 960 753,71 грн на оснащення бактерицидними випромінювачами,

інші 12 419 752,6 грн на хімічні дезінфекційні засоби, хірургічні маски, обслуговування вентиляційних систем та інше.

Рисунок 51. Фінансування ІК



Такий розподіл коштів по областях навіть в процентному співвідношенні не відповідає основним принципам інфекційного контролю, оскільки пріоритетними вважаються напрямки респіраторного захисту та знезараження повітря, і лише в останню чергу використання хімічної дезінфекції. Даний графік дозволяє зробити висновок що наявне фінансування розподілено не ефективно.

До 2014 року згідно із законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» контроль за дотриманням санітарно-епідеміологічного режиму у всіх медичних закладах, в тому числі й ПТЗ, здійснювала санітарно епідеміологічна служба. Після виходу Постанови КМУ від 10.09.2014 № 442 функція контролю щодо зазначеного питання у лабораторних центрів МОЗ України відсутня. Але на даний час фахівці лабораторних центрів МОЗ України проводять моніторингові візити та надають свої пропозиції щодо покращення заходів з інфекційного контролю. Така ситуація призводить до дублювання функцій та розбіжності при наданні рекомендацій, що явно прослідковується в таких питаннях як проведення бактеріологічних досліджень на виявлення умовно-патогенної мікрофлори з об'єктів навколишнього середовища лікарні та обробка всіх поверхонь хімічними дезінфектантами, які згідно міжнародно визнаних практик вважаються абсолютно недоцільними та економічно не обгрунтованими.

В рамках реалізації гранту Глобального фонду з метою надання технічної та організаційно-методичної допомоги на місцях, протягом звітнього періоду консультантами Центру було проведено 19 наставницьких візитів до 19 регіонів країни.

В рамках моніторингових та наставницьких візитів здійснювалась перевірка ефективності наступних трьох компонентів ІК впровадження яких має відбуватися на рівні протитуберкульозних закладів:

Адміністративний компонент

Протягом 2017 року під час моніторингових візитів до регіональних протитуберкульозних закладів спостерігається недостатня організація адміністративного компоненту, хоча в той же час зазначена кількість відповідальних осіб за інфекційний контроль складає 100 осіб по Україні. У більшості випадків в областях заклади не мають епідеміолога (всього наявно 14,75 ставок та 13 фізичних осіб).

В багатьох випадках заклади II рівня не включені до графіків проведення фіт-тестування та перевірки бактерицидних ламп UV-радіометром, що свідчить про недостатній рівень організаційно-методичної роботи.

Робота над розробкою та дотриманням стандартів операційних процедур/алгоритмів дій для персоналу протитуберкульозних закладів під час виконання медичних процедур або роботи у зонах, пов'язаних з високим ризиком зараження ТБ, не завершена та потребує доопрацювання, а також необхідний регулярний перегляд та оновлення тих стандартів операційних процедур що існують.

Перегляд політики госпіталізації. Кількість ліжок для лікування ТБ в Україні набагато перевищує реальні потреби. Так, після оптимізації ліжкового фонду, залишилася кількість ліжок, яка відповідає перебуванню в стаціонарі впродовж терміну, який перевищує інтенсивну фазу лікування ТБ. При цьому, середня тривалість перебування навіть негативних за мазком хворих становить 63,1 день. Кількість ліжок для лікування дітей становить 1174, що перевищує кількість виявлених пацієнтів у 2016-2017 році (799 і 927 відповідно).

Проведена у 2017 році оптимізація ліжкового фонду охопила лише в середньому 8,5% ліжок для пацієнтів з чутливим ТБ і 6,8% - для пацієнтів з МРТБ (найвищі показники зареєстровані в Київській області – 19,0% і 42,3% відповідно). Наведені дані відображають продовження політики майже 100% госпіталізації пацієнтів, штучного утримання в стаціонарі впродовж тривалого часу, що обмежує можливість покращення умов перебування пацієнтів в стаціонарах і припинення внутрішньолікарняної трансмісії ТБ і ампліфікації хіміорезистентності.

ДОТ кабінети. Амбулаторними ДОТ-послугами охоплено лише 52,14 % пацієнтів з чутливим ТБ і 20,37% пацієнтів з МРТБ. В окремих регіонах показники ще гірші: наприклад, у Волинській області амбулаторні ДОТ-послуги отримують 6% пацієнтів з чутливим ТБ і 1,2% пацієнтів з МРТБ, водночас як середнє перебування пацієнта на ліжку становить 101 і 185 відповідно, у Черкаській області 3,7% пацієнтів з чутливим туберкульозом і 4,3% пацієнтів з МРТБ - середнє перебування пацієнта на ліжку становить 127 і 183 відповідно, Тернопільській області 7,5% пацієнтів з чутливим туберкульозом і 1% пацієнтів з МРТБ - середнє перебування пацієнта на ліжку становить 126 і 218 відповідно.

Комісія з Інфекційного Контролю. В усіх протитуберкульозних закладах країни визначена структура управління заходами інфекційного контролю – створені

Комісії з інфекційного контролю (КІК). В той же час рішення комісій мають достатньо формальний характер, однією з причин є велика кількість учасників (в середньому налічує біля 15 членів), відсутність повноважень та офіційно затверджених функціональних обов'язків з інфекційного контролю у членів комісій, що призводить до не ефективної роботи по напрямку інфекційного контролю.

План Інфекційного Контролю. Відповідно оцінки планів з інфекційного контролю за ТБ, їх виконання, аналіз правильності розрахунку необхідного бюджету на заходи з ІК та реальні обсяги їх фінансування. Кожний заклад має план реалізації заходів інфекційного контролю, але виявлено, що даний план зазвичай носить формальний характер, а розрахунок фінансування проводиться не в повному обсязі по багатьох з областей.

Зонування приміщень. На планах закладів розподіл всіх відділень відповідно до ступеня ризику інфікування позначено кольорами (червоний, жовтий, зелений). Проте, як показали результати моніторингових візитів, дуже рідко такий поділ відповідає реальності. Не вдається організувати дотримання вимог до зон середнього та низького ризику через непристосовану конструкцію будівель протитуберкульозних закладів, відсутність повітряних шлюзів, механічної вентиляції та інших адміністративних заходів, тому на справді є лише одна зона - високого ризику інфікування на ТБ. Але успішним прикладом часткового проведення реконструкції старих приміщень протитуберкульозних закладів є Вінницький обласний протитуберкульозний диспансер, де приміщення для персоналу винесені за межі зони високого ризику, а палати для хворих переобладнані у напівбокси.

Розподіл потоків. У всіх ПТЗ має здійснюватися розподіл потоків хворих за результатами мікроскопії мазка мокротиння на КСБ та даними чутливості до протитуберкульозних препаратів. Але під час візитів впродовж звітнього періоду не один заклад не мав ефективного розподілу потоків хворих в стаціонарі.

Організація кімнати збору мокротиння. Виявлено, що під час організації збору мокротиння у лікувально-профілактичних закладах перевага віддається збору поза приміщеннями, на відкритих майданчиках у відповідності до вимог Стандарту щодо майданчиків для збору мокротиння. Поряд з цим, у незначній кількості закладів, виділені кімнати для збору мокротиння. Більшість цих кімнат не відповідають вимогам Стандарту в частині обладнання та контролю за ефективністю роботи локальних вентиляційних установок та фактично є зоною високого ризику, де не діють засоби контролю за станом повітря.

Навчання персоналу. Питання підвищення рівня знань з інфекційного контролю перебуває на низькому рівні. В багатьох протитуберкульозних закладах наявні графіки навчання персоналу, але проведення занять в більшості випадків не

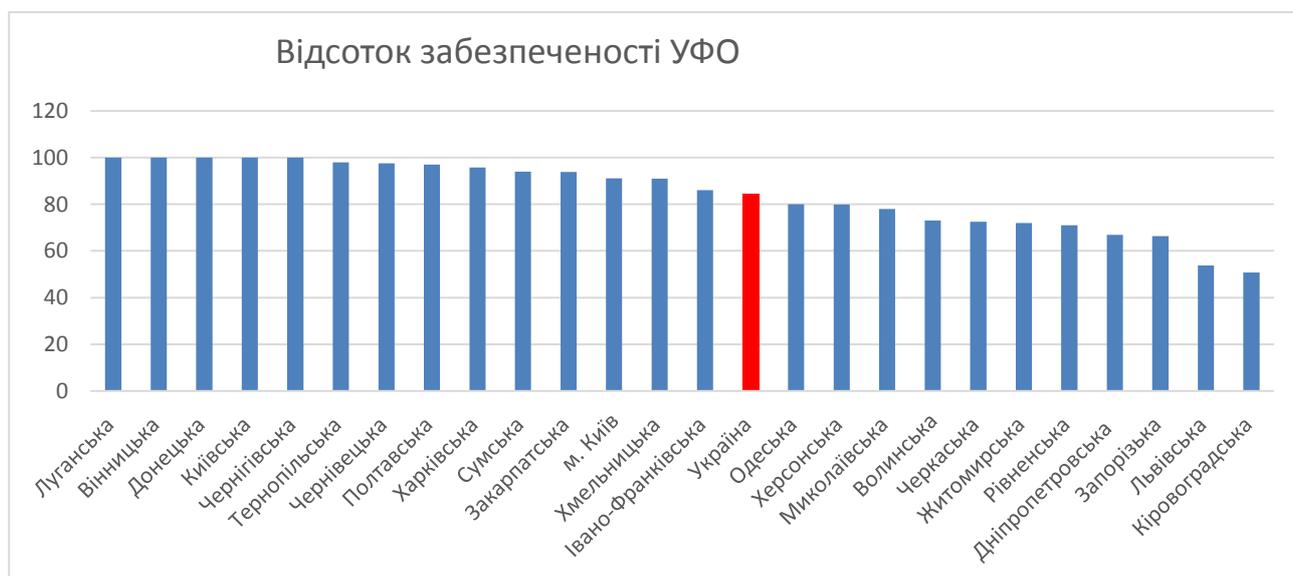
здійснюється, або носить формальний характер. Всього в роботі КІК по Україні задіяно 1279 спеціалістів, але з них лише 27,5% (352 спеціалісти) пройшли навчання з інфекційного контролю.

Інженерний компонент (контроль за станом повітря закритих приміщень)

У протитуберкульозних закладах для видалення інфекційного аерозолі із зон високого та середнього ризику зазвичай використовується локальна вентиляція (рентген-кабінет, кабінет ендоскопії, кімната для збору мокротиння, шафи біологічної безпеки, лабораторії). Вентиляція загального типу встановлена в багатьох протитуберкульозних закладах, але знаходиться в неробочому стані або працює не ефективно, вмикається лише періодично, не обслуговується, або не вистачає коштів на електроенергію для забезпечення цілодобового режиму роботи. Як правило, моніторинг роботи вентиляційних систем з боку відповідальних осіб протитуберкульозних закладів відсутній через брак необхідного устаткування в закладі, або через брак коштів для укладання договорів із спеціалізованими організаціями, які можуть здійснити оцінку ефективності роботи вентиляційних систем.

За 2017 рік рівень оснащення бактерицидними лампами (відкритого, екранованого та комбінованого типу) по Україні складає 84,3%. Незважаючи на покращення показника (у 2015 – 56%, 2016 - 69,8%) щодо забезпеченості бактерицидними лампами, частина потребує заміни, що складає 11% (1635 шт.), а частина не встановлена та перебуває на складах, що становить 13,2% (1943 шт.).

Рисунок 52. Відсоток забезпеченості УФО.



В той же час, навіть при наявності достатньої кількості бактерицидних випромінювачів для контролю за станом повітря закритих приміщень у зонах високого та середнього ступеню ризику необхідний регулярний моніторинг ефективності роботи цього обладнання, який повинен здійснюватись за допомогою UV-метрів, які є у всіх протитуберкульозних закладів III рівня.

Відсоток бактерицидних ламп що пройшли перевірку склав 84,3% від наявної кількості.

Рисунок 53. Відсоток перевірки УФО.



Разом з тим, отримання достовірних результатів при здійсненні замірів за допомогою UV-метра щодо ефективності роботи бактерицидних ламп можливе лише за умови їх регулярної метрологічної повірки та наявності відповідальної особи яка пройшла спеціальне навчання, що одночасно є одним з важливих адміністративних заходів з інфекційного контролю за туберкульозом. Протягом 2017 року лише у 17 обласних протитуберкульозних диспансерах керівництво забезпечило проведення повірки UV-метрів. Станом на 01.01.2018, залишались не повіреними 8 UV-метрів – в Вінницькому, Волинському, Дніпропетровському, Луганському, Львівському, Одеському, Тернопільському та Черкаському обласних протитуберкульозних диспансерах, що призводить до неможливості оцінити ефективність роботи бактерицидних ламп та здійснювати контроль за станом повітря закритих приміщень в закладах регіону.

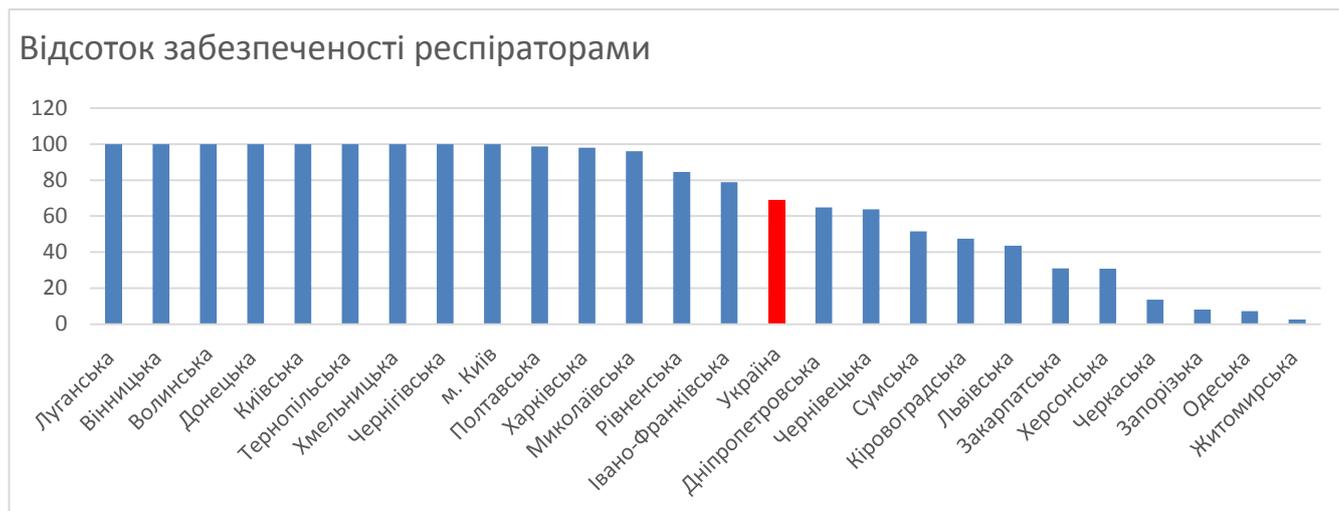
Також відзначається низький рівень підготовки відповідальних осіб за роботу з UV-метром, навіть беручи до уваги що на національному рівні було проведено навчання по роботі з приладом для всіх регіонів. Більшість закладів не проводять своєчасно перевірку ламп, не фіксують показники замірів в протоколі та

продовжують вести журнали обліку часу роботи бактерицидних ламп, що є не ефективним та не обґрунтованим.

Індивідуальний компонент (захист органів дихання)

Для забезпечення індивідуального захисту органів дихання медичні працівники повинні використовувати респіратори в зонах високого та середнього ризику інфікування на туберкульоз та під час проведення аерозоль-генеруючих процедур. За звітними даними забезпеченість респіраторами по областях складає – 68,8% із розрахунку - 1 респіратор орієнтовно на 8 год роботи в зонах ризику.

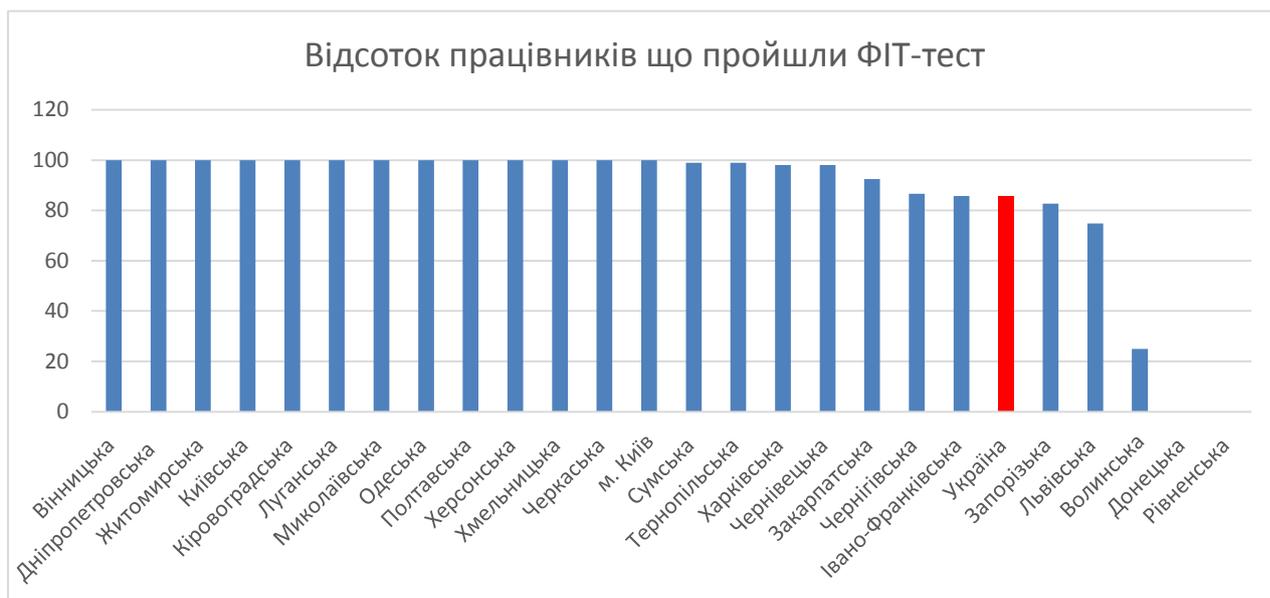
Рисунок 54. Відсоток забезпеченості респіраторами



Такий показник національного рівня є занадто низький, але по 11 регіонам забезпеченість засобами індивідуального захисту органів дихання не досягала навіть середнього значення по Україні: наприклад Запорізька область була забезпечена на 8,1%, Одеська на 7,3%, а Житомирська на 2,6% від потреби. Така суттєва розбіжність в показниках забезпеченості респіраторами не дозволяє зробити коректні висновки щодо ситуації в регіонах та скоріше за все свідчить про невірні розрахунки потреби в респіраторах.

Показник охоплення медпрацівників тестуванням на щільність прилягання респіратора протягом звітної періоду складає 85,8%. Також встановлено, що значна частина закладів II рівня в регіоні взагалі не включені до графіків проведення фіт-тестування, що свідчить про недостатній рівень організаційно-методичної роботи з боку керівництва обласних протитуберкульозних закладів.

Рисунок 55. Відсоток працівників, що пройшли ФІТ - тест



Такий рівень проходження медпрацівниками ФІТ-тестування не відповідає вимогам Стандарту з ІК, оскільки всі медичні працівники які залучені до роботи в зонах ризику повинні проходити тест на щільність прилягання респіратору як мінімум один раз на рік.

Протитуберкульозні заклади забезпечені хірургічними масками для пацієнтів, але дане питання потребує постійної уваги з боку медичних працівників та проведення роз'яснювальної роботи з хворими щодо необхідності використання масок, оскільки за результатами наставницьких візитів типовим порушенням з боку хворих є не ефективне використання масок (не закритий ніс), що свідчить про недостатність освітньої роботи з пацієнтами з боку персоналу.

Висновки з питань організації інфекційного контролю

Станом на 01.01.2018 року протитуберкульозні заклади не відповідають необхідним критеріям інфекційного контролю. Протягом звітної періоду спостерігається низька якість організаційних та управлінських заходів щодо інфекційного контролю в регіонах, таких як планування заходів з ІК, розрахунки фінансового забезпечення та своєчасна їх подача розпоряднику коштів, розподіл потоків хворих та проведення оптимізації ліжок.

Не досягнуто рівня, встановленого Стандартом з ІК, щодо заходів індивідуального захисту органів дихання та роботи з бактерицидними лампами.

Відсутність якісної оцінки ефективності роботи бактерицидних ламп та вентиляційних систем, а також коштів для енергозабезпечення механічної вентиляції є основною причиною зниження ефективності заходів контролю за станом повітря у закритих приміщеннях.

Розпорядники коштів (структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій) не забезпечують запланованого рівня виділення коштів відповідно до потреби для реалізації заходів інфекційного контролю (у 14 областях забезпеченість медпрацівників респіраторами не досягає 95%).

Не завершена у ряді закладів розробка СОПів, що також відноситься до недоліків реалізації адміністративних заходів.

Наявність захворюваності медичних працівників свідчить про порушення вимог інфекційного контролю за туберкульозом, що призводить до трансмісії туберкульозу у закладах, але нажаль при наявній реєстрації захворюваності на туберкульоз серед співробітників не зафіксовано жодного випадку

внутрішньолікарняного інфікування на туберкульоз, що свідчить про недосконалу систему реєстрації таких випадків яка потребує подальшого доопрацювання.

Основні заходи програми протидії ТБ в Україні, що заплановано впровадити на національному рівні.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, викладеними у Концептуальному проекті для країн Східної Європи та Центральної Азії, для створення сприятливого середовища для здійснення змін щодо надання послуг з профілактики, лікування та ведення хворих на туберкульоз (ТБ) в амбулаторні умови з використанням підходу, орієнтованого на потреби людей, рекомендується використовувати перераховані нижче варіанти політичних рішень:

Для груп населення та приватних осіб запропоновані заходи включають:

огляд необхідної підтримки на рівні місцевих громад та пацієнтських організацій як поставників послуг для подолання секторальних кордонів і забезпечення підходу, орієнтованого на потреби людей;

підтримка розвитку місцевих служб охорони здоров'я, в тому числі мотивування і залучення людей в процес самостійної роботи по визначенню їх потреб і запитів щодо здоров'я;

підтримка спільного прийняття рішень і самостійного контролю над своїм захворюванням серед пацієнтів.

Для процесів надання послуг запропоновані заходи включають:

проведення експрес-оцінки або ситуаційного аналізу поточного стану моделі протитуберкульозної допомоги (надання послуг з лікування ТБ в амбулаторних і стаціонарних закладах, а також діючі національні керівництва та стратегії по лікуванню) для обґрунтування розробки нової моделі або поліпшення існуючої

перегляд основних термінів і визначень для установ та організацій, що надають протитуберкульозні послуги, з метою приведення їх у відповідність з національними і міжнародними стандартами;

визначення та розробка відповідних технічних документів (клінічних настанов, критеріїв госпіталізації тощо) для протитуберкульозних служб;

визначення сфер компетенції, завдань і стандартів лікування для штатних медичних працівників і стандартизації практики з використанням таких інструментів, як клінічні керівництва та протоколи;

відкриття нових і / або перепрофілювання існуючих закладів з надання послуг відповідно до моделі надання протитуберкульозної допомоги, орієнтованої на потреби людей, і розробка маршрутизації пацієнтів, в тому числі для перекладу в інші установи, до фахівців і на первинний рівень для подальшого спостереження, для визначення оптимальних маршрутів пацієнтів відповідно до їх індивідуальних потреб для забезпечення

максимальної координації та недопущення дублювання дій.

Для процесів системи охорони здоров'я запропоновані заходи включають:

розробку та включення нової концепції моделі протитуберкульозної допомоги в спільний порядок програми реформування системи охорони здоров'я, щоб максимально використовувати можливості взаємодії і уникнути поширення суперечливої інформації та отримання суперечливих результатів;

встановлення взаємозв'язку між механізмами оплати праці постачальників медичних послуг з покращення ефективності роботи на основі моделі протитуберкульозної допомоги, а також з якості і інтеграцією послуг;

гарантію, що керівні принципи клінічної практики сприяють оптимальному наданням високоякісних і доступних за ціною лікарських засобів;

переклад ряду послуг з лікування ТБ з стаціонарних в амбулаторні умови; прийняття загальної схеми перерозподілу завдань, яка могла б стати частиною протоколів надання медичної допомоги пацієнтам;

створення системи безперервного навчання в процесі роботи для гарантії того, що співробітники вважають навичками, необхідними для використання моделі протитуберкульозної допомоги, орієнтованої на потреби людей;

реформу медичної освіти з метою об'єднання спеціалізації з фтизіатрії зі спеціалізації по пульмонології / інфекційних захворювань в системі дипломного і пост-дипломного навчання лікарів для забезпечення стратегічного переходу від вузьконаправленої освіти по лікуванню окремих хвороб до ширшого, інтегрованого та орієнтованого на потреби людей навчання.

Для процесів управління змінами запропоновані заходи включають:

розробку планового підходу для сприяння загальносистемних змін і уніфікації дій в рамках спільного бачення і спрямованості на майбутнє з метою досягнення якнайшвидших результатів для забезпечення стійкості;

здійснення пілотних або демонстраційних проектів для апробації ідей і формування основи для перетворень з використанням підходу «знизу-вгору» для пошуку рішень на основі існуючих реалій.

Загальна кількість населення України – 42 414 905, площа - 603 628 тис. км. кв.

Україна — промислово-аграрна країна з переважанням продукування сировини. Вона є одним з провідних експортерів деяких видів сільськогосподарської продукції й продовольства. Народно-господарський комплекс країни включає такі види промисловості: видобування корисних копалин (вугілля, нафта і газ, залізна і марганцева руда), деякі галузі машинобудування, чорна та кольорова металургія, Україна є потужним виробником електроенергії. Налагоджено виробництво ракет-носіїв, супутників та обладнання для дослідження космосу. Україна є значним виробником зброї — танків, військово-транспортних літаків, зенітно-ракетних комплексів, оптичного обладнання. Україна є одним із членів-засновників Організації Об'єднаних Націй, а також членом понад сорока міжнародних організацій. Складна ситуація з бюджетними надходженнями посилюється значними видатками на проведення АТО. В МВФ наголосили, що ВВП на душу населення (за паритетом купівельної спроможності) в Україні залишається дуже низьким — лише 20% від середнього показника для СС і другим найнижчим показником серед усіх країн Центральної та Східної Європи. Упродовж 2017 р. чисельність населення зменшилася на 175 974 особи за рахунок природного скорочення (168 782 особи за 2016 р.), водночас зафіксовано міграційний приріст населення 10,6 тис. осіб.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	31 584	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	27 121	63,9
з них		
ВДТБ	21 995	51,9
ТБ/ВІЛ	5 646	13,3
0-14 років	611	9,3
15-17 років	252	23,3
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	2 747	6,5
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	16 535	67,8%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	7 843	32,2%
Поширеність	32 492	76,6
з них ТБ/ВІЛ	6 594	15,5
Смертність ТБ	3 472	8,2
ТБ/ВІЛ	1 663	3,9

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	5 173	2,9
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	12 122	98,3
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	6 502	96,7
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	3 388	27,9
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	3 113	47,9

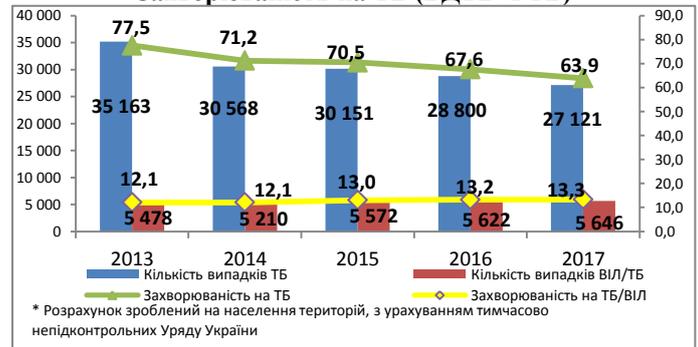
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	31041	94,2
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	7924	88,7
ТБ/ВІЛ+АРТ	6 581	80,0

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	13 848
на 10 000 нас	3,28
Кількість санаторних ТБ ліжок	7 568
Середнє перебування на ліжку	92,1
Обіг ліжка	2,87
Середнє число днів зайнятості ліжка	264
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	2 186/0,52 на 10 000 нас.

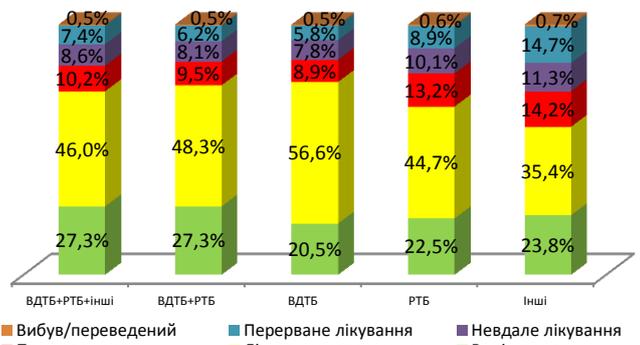
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



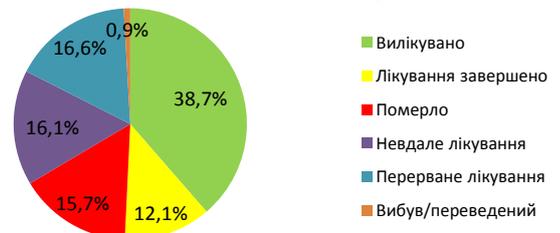
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	695	96,9
II	57	100
III	26	92,3

Вінницька область. Загальна кількість населення – 1 583 272.

Область з переважним розвитком агропромислового комплексу. Сільське населення складає майже 50%. В області нараховується 29 адміністративних територій: 27 районів, 1 місто обласного значення, обласний центр м. Вінниця.

8 адміністративних територій відносяться до зони радіологічного контролю внаслідок аварії на ЧАЕС.

Територіальні ПТЗ представлені туб. кабінетами, що діють у складі ЛПЗ вторинного рівня.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	835	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	795	50,2
з них		
ВДТБ	620	39,2
ТБ/ВІЛ	87	5,5
0-14 років	14	5,7
15-17 років	6	13,6
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	77	4,9
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	489	68,1%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	229	31,9%
Поширеність	939	59,3
з них		
ТБ/ВІЛ	94	5,9
Смертність ТБ	102	6,4
ТБ/ВІЛ	23	1,5

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	109	2,2
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	347	99,4
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	176	100
Випадки МР ТБ серед ВДБТ МБТ+ К+	79	22,8
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	72	40,9

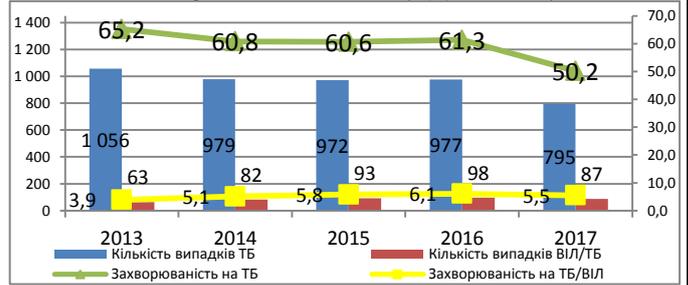
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1014	98,7
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	88	86,3
ТБ/ВІЛ+АРТ	75	73,5

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	430
на 10 тис. населення	2,74
Кількість санаторних ТБ ліжок	275
Середнє перебування на ліжку	67,9
Обіг ліжка	4,19
Середнє число днів зайнятості ліжка	285
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	88/0,56 на 10 тис. населення

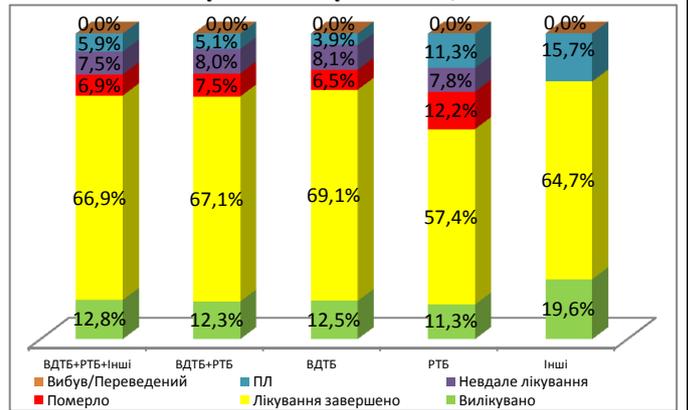
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



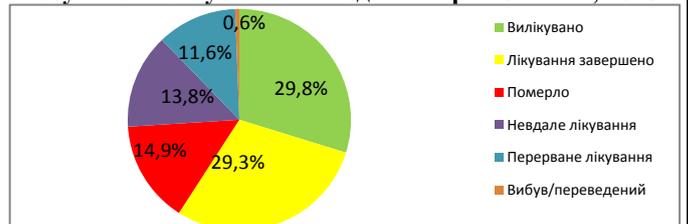
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагностовано МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	5168,2	20%
місцевий бюджет	4452,4	18%
ГФ	8569,8	34%
інші	7205,1	28%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	32	93,7
II	2	100
III	1	100

Волинська область. Загальна кількість населення – 1 038 226. Основними галузями спеціалізації області є сільське господарство, промисловість (перш за все, харчова) і транспорт. Провідною галуззю економіки є аграрно-промисловий сектор, який забезпечує майже половину її сукупного продукту. Сільське господарство спеціалізується на тваринництві м'ясо-молочного напрямку, а також на виробництві зерна, цукрових буряків, овочів, картоплі.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	819	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	769	74,1
з них		
ВДТБ	601	57,9
ТБ/ВІЛ	82	7,9
0-14 років	12	5,8
15-17 років	12	35,2
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	118	11,4
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	522	80,2
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	129	19,8
Поширеність	794	76,5
з них ТБ/ВІЛ	76	7,3
Смертність ТБ	102	9,8
ТБ/ВІЛ	29	2,8

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	160	1,9
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	363	96,3
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	176	91,7
Випадки МР ТБ серед ВДБТ МБТ+ К+	58	16,0
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	93	52,8

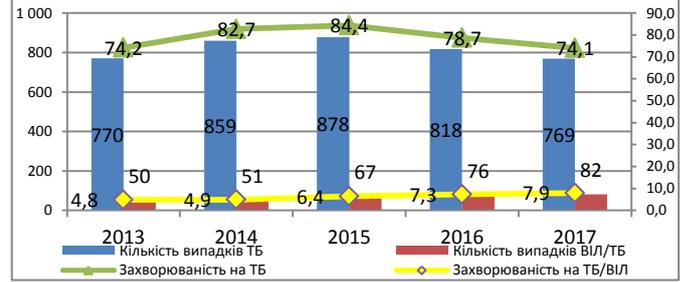
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1182	98,7
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	119	99,2
ТБ/ВІЛ +АРТ	109	90,8

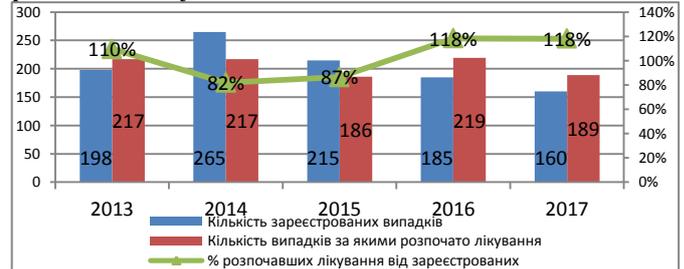
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	420
на 10 тис. населення	4,06
Кількість санаторних ТБ ліжок	175
Середнє перебування на ліжку	98,9
Обіг ліжка	3,14
Середнє число днів зайнятості ліжка	310
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	56/0,54 на 10 тис. населення

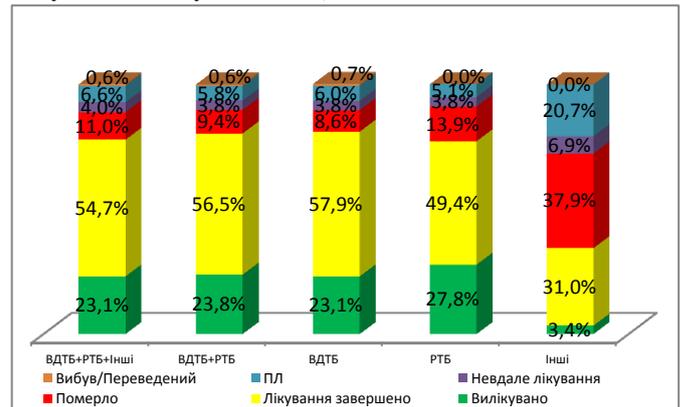
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



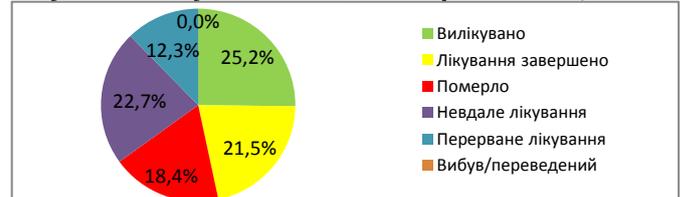
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	4818,25	24%
місцевий бюджет	5304,5	26%
ГФ	9837,6	48%
інші	355,5	2%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	20	100
II	1	100
III	1	100

Дніпропетровська область. Загальна кількість населення – 3 227 102. Один з найбільш економічно розвинених регіонів України. Вона характеризується вигідним географічним положенням, багатими природними ресурсами, потужним промисловим та науковим потенціалом, розвинутим сільськогосподарським виробництвом, високим рівнем розвитку транспорту і зв'язку. Регіон переважно індустріальний, гірничо-металургійний комплекс, важка індустрія, машинобудівництво, хімічна промисловість.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	3 266	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	2 583	80,0
з них		
ВДТБ	2 081	64,5
ТБ/ВІЛ	734	22,7
0-14 років	109	21,8
15-17 років	32	42,3
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	3339	10,5
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	1 398	62,3%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	846	37,7%
Поширеність	3 518	109,0
з них		
ТБ/ВІЛ	1 096	34,0
Смертність ТБ	418	13,0
ТБ/ВІЛ	379	11,7

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	425	2,5
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	1 035	98,5
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	1 101	99,5
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	387	37,4
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	519	47,1

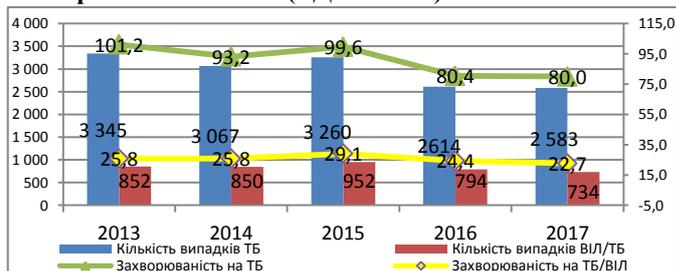
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	3180	95,9
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	1 457	95,4
ТБ/ВІЛ +АРТ	1 225	80,2

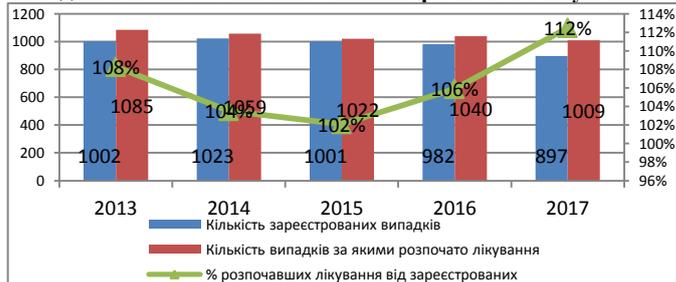
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	1 455
на 10 тис. населення	4,51
Кількість санаторних ТБ ліжок	530
Середнє перебування на ліжку	96,04
Обіг ліжка	2,68
Середнє число днів зайнятості ліжка	258
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	160/0,50 на 10 тис. населення

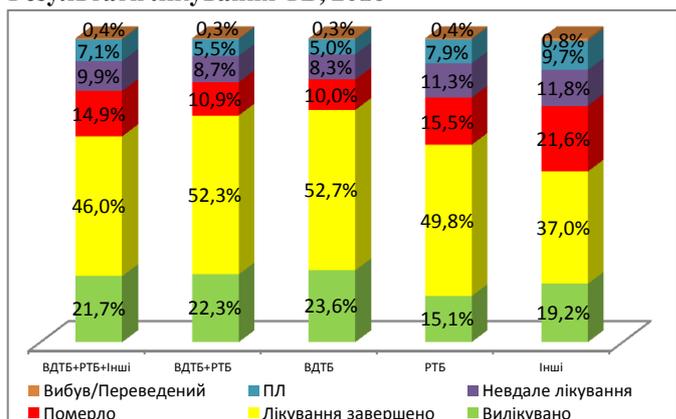
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



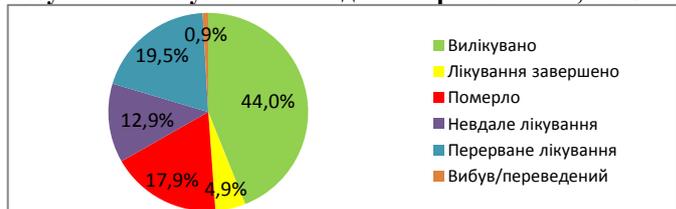
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	18384,9	16%
місцевий бюджет	51756,2	45%
ГФ	42806,4	38%
інші	1012,5	1%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	47	97,8
II	4	100
III	2	100

Донецька область (підконтрольна Уряду України). Загальна кількість населення – 1 946 000.

Основні галузі спеціалізації області – паливно-енергетичний комплекс, чорна й кольорова металургія, хімічна промисловість, машинобудування. У машинобудуванні найбільшу роль відіграє важке машинобудування. Сільське господарство спеціалізується на овочево-молочному і зерновому виробництві з молочно-м'ясним тваринництвом. Розвинуті основні галузі харчової промисловості.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 522	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	1 409	72,4
з них		
ВДТБ	1 154	59,3
ТБ/ВІЛ	472	24,3
0-14 років	18	6,9
15-17 років	10	20,2
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	79	4,0
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	811	61,0%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	519	39,0
Поширеність	1 574	80,9
з них		
ТБ/ВІЛ	501	25,7
Смертність ТБ	194	10,0
ТБ/ВІЛ	140	7,2

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	297	2,9
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	534	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	304	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	174	32,6
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	168	55,3

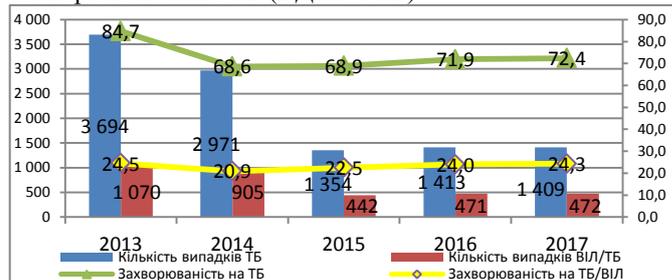
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1291	94,1
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	672	94,1
ТБ/ВІЛ +АРТ	605	84,7

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	750
на 10 тис. населення	3,92
Кількість санаторних ТБ ліжок	450
Середнє перебування на ліжку	106,5
Обіг ліжка	2,7
Середнє число днів зайнятості ліжка	284
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	76/0,40 на 10 тис. населення

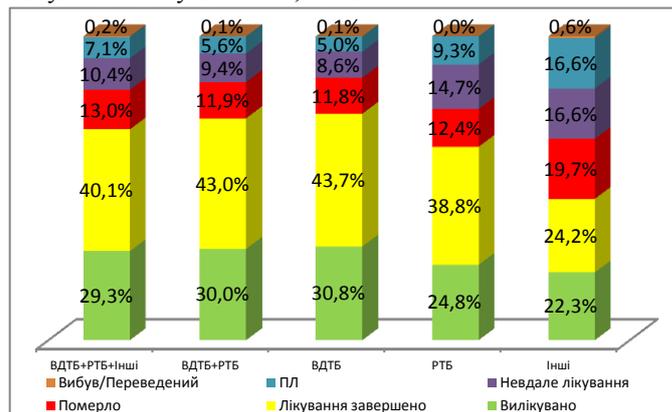
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



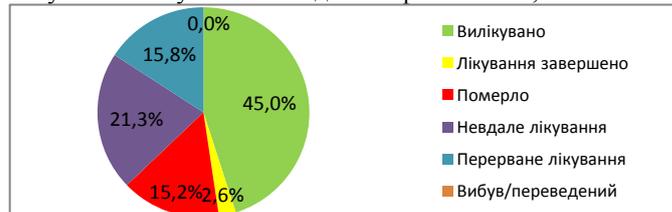
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	16049,4	46%
місцевий бюджет	4462,3	13%
ГФ	12654,0	37%
інші	1445,4	4%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	24	100
II	2	100
III	2	100

Житомирська область. Загальна кількість населення – 1 241 251

Нараховується 23 райони, 11 міст, в т.ч. 5 міст обласного підпорядкування, 43 селища міського типу, 1624 сільських населених пунктів. Профілактику, оздоровлення та лікування жителів здійснюють: 22 ЦРЛ, 9 міських лікарень, 1 центральна дитяча міська лікарня, 1 центральна районна поліклініка, 1 районна лікарня, 14 дільничних лікарень, 10 міських лікарських амбулаторій, 427 ФАПів, 14 стоматологічних поліклінік, 5 фельдшерських здоров'я пунктів, 29 обласних лікувально-профілактичних закладів та установ, 4 коледжі.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 058	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	959	77,3
з них		
ВДТБ	766	61,7
ТБ/ВІЛ	142	11,4
0-14 років	36	17,4
15-17 років	7	19,8
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	94	7,6
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	644	74,5%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	221	25,5
Поширеність	1 318	106,2
з них		
ТБ/ВІЛ	176	14,2
Смертність ТБ	137	11,0
ТБ/ВІЛ	43	3,5

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	398	7,1
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	481	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	224	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	108	22,5
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	96	42,9

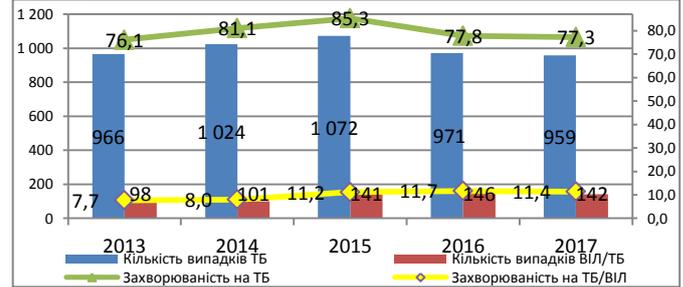
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1134	100
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	144	91,7
ТБ/ВІЛ +АРТ	144	91,7

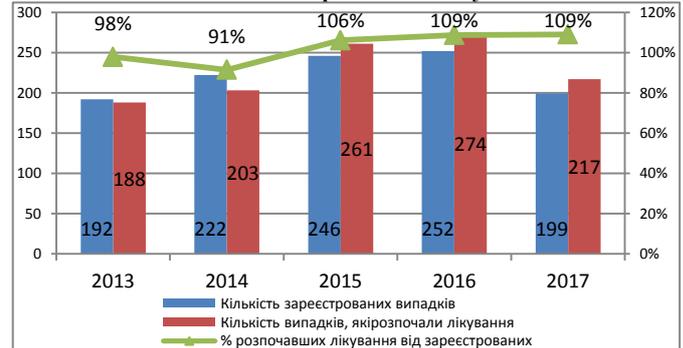
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	400
на 10 тис. населення	3,25
Кількість санаторних ТБ ліжок	360
Середнє перебування на ліжку	73,3
Обіг ліжка	3,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	258
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	70/0,57 на 10 тис. населення

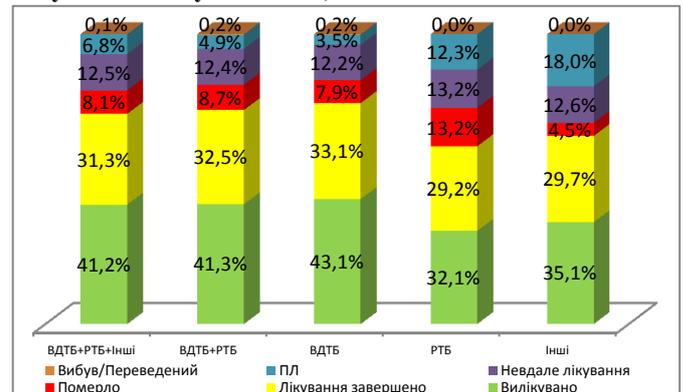
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



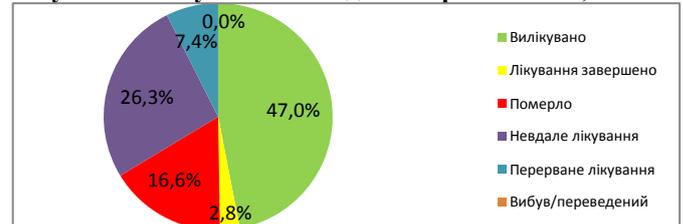
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	8375,7	19%
місцевий бюджет	18948,3	44%
ГФ	15630,64	36%
інші	164,6	0%

Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	30	100
II	0	-
III	1	100

Закарпатська область. Загальна кількість населення – 1 255 944. Область розташована на південно-західних схилах і передгір'ях Східних Карпат. Майже дві третини території області займають Карпатські гори. Регіон межує з 4 країнами Європейського регіону (Польща, Словаччина, Угорщина, Румунія). Для області характерні міграційні процеси (прикордонні, внутрішньообласні, трудові, сезонні). На території регіону проживають представники близько 76 різних національностей. Ромське населення - одне з численних етнічних меншин області та налічує 51 577 осіб.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 067	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	848	67,5
з них		
ВДТБ	743	59,2
ТБ/ВІЛ	30	2,4
0-14 років	18	7,2
14-17 років	9	21,9
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	42	3,3
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	580	72,0%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	226	28,0%
Поширеність	1 232	98,1
з них		
ТБ/ВІЛ	43	3,4
Смертність ТБ	168	13,4
ТБ/ВІЛ	4	0,3

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	148	2,4
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	422	98,4
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	222	95,7
Випадки МР ТБ серед ВДБТ МБТ+ К+	94	22,3
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	108	48,6

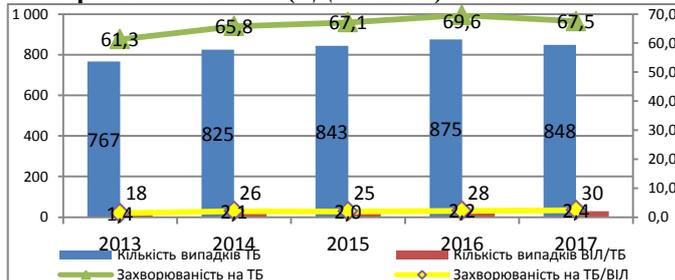
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1062	99,7
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	42	100
ТБ/ВІЛ +АРТ	38	90,5

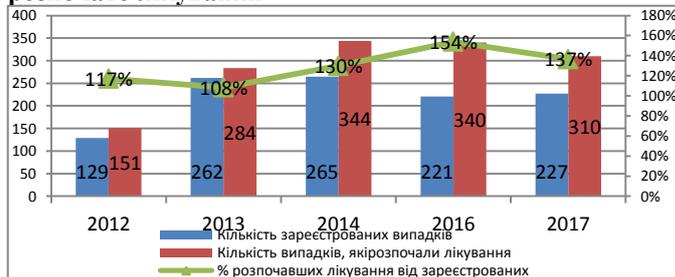
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	620
на 10 тис. населення	4,94
Кількість санаторних ТБ ліжок	210
Середнє перебування на ліжку	87,6
Обіг ліжка	2,9
Середнє число днів зайнятості ліжка	260
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	83/0,66 на 10 тис. населення

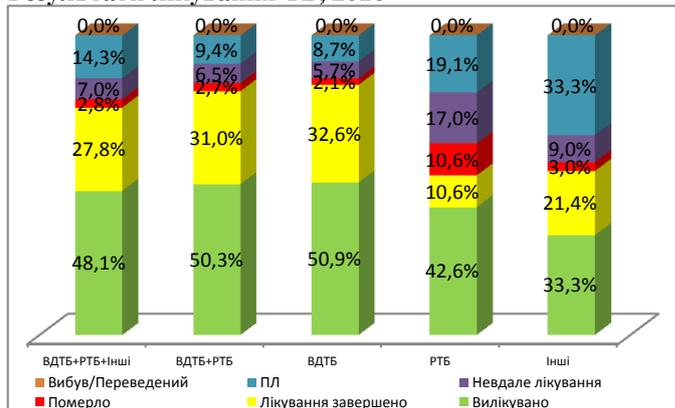
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



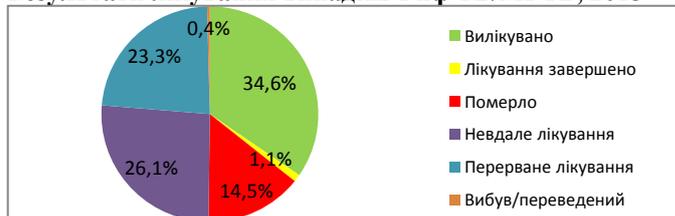
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	7742,31	14%
місцевий бюджет	31229,75	56%
ГФ	16244,93	29%
інші	157,42	0%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	27	96,3
II	4	100
III	1	100

Запорізька область. Загальна кількість населення – 1 738 699. Розвинуто машинобудування, транспорт, зв'язок, легка промисловість, сільське господарство, будівництво, діяльність у сфері торгівлі, банківської справи, операцій з нерухомістю, юридичних послуг, освіти, культури та відпочинку. Запорізька область є одним із найбільш технологічно розвинених регіонів України із значним науково-технічним та виробничим потенціалом. Регіон є провідним центром вітчизняного авіадвигунобудування, виробництва трансформаторів та іншої високотехнологічної продукції; діють понад 160 потужних промислових підприємств.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 383	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	1 301	74,8
з них		
ВДТБ	1 022	58,8
ТБ/ВІЛ	215	12,4
0-14 років	57	22,4
15-17 років	5	12,4
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	128	7,4
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	777	66,2%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	396	33,8%
Поширеність	1 849	106,3
із них		
ТБ/ВІЛ	275	15,8
Смертність ТБ	172	9,9
ТБ/ВІЛ	45	2,6

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	139	4,0
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	554	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	302	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	190	34,3
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	151	50,0

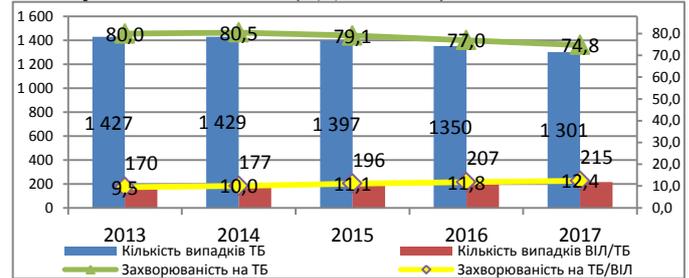
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1811	98,50
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	285	87,6
ТБ/ВІЛ+АРТ	244	84,3

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	855
на 10 тис. населення	4,96
Кількість санаторних ТБ ліжок	50
Середнє перебування на ліжку	100,9
Обіг ліжка	2,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	251
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	106/0,62 на 10 тис. населення

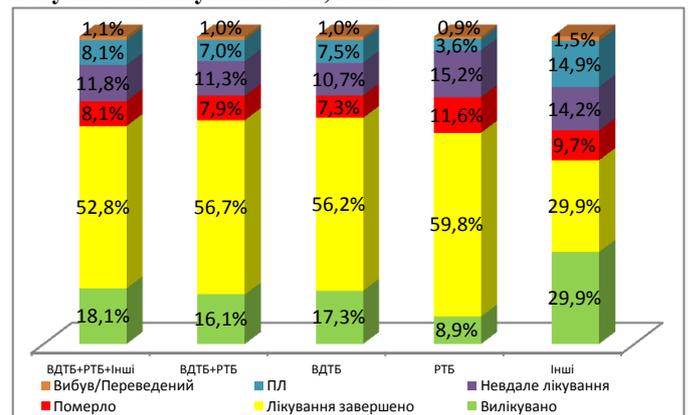
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



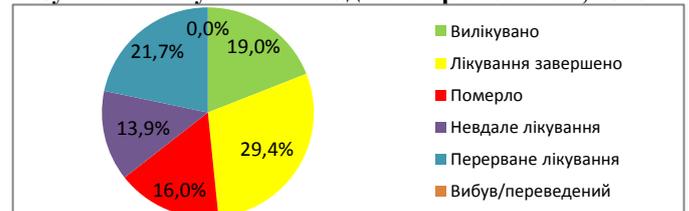
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2016

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	7331,58	14%
місцевий бюджет	16946,103	33%
ГФ	23624,119	46%
інші	4001,501	8%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	35	100
II	2	100
III	1	100

Івано-Франківська область. Загальна кількість населення – 1 377 189.

Сільське господарювання, приватне підприємництво, туризм.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 066	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	882	64,0
з них		
ВДТБ	705	51,2
ТБ/ВІЛ	48	3,5
0-14 років	18	7,6
15-17 років	8	19,1
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	72	5,2
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	539	66,5%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	271	33,5%
Поширеність	812	59,0
з них		
ТБ/ВІЛ	49	3,6
Смертність ТБ	106	7,7
ТБ/ВІЛ	21	1,5

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	190	3,0
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	363	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	237	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	42	11,6
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	77	32,5

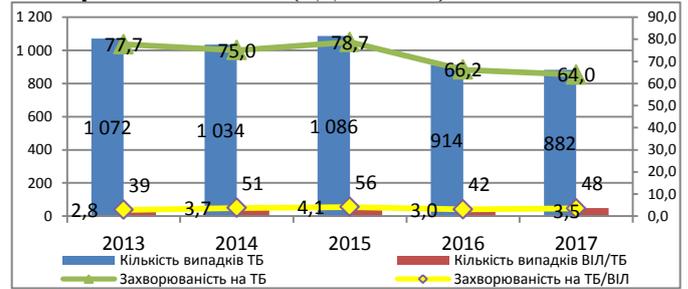
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1174	98,2
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	51	94,4
ТБ/ВІЛ+АРТ	53	79,1

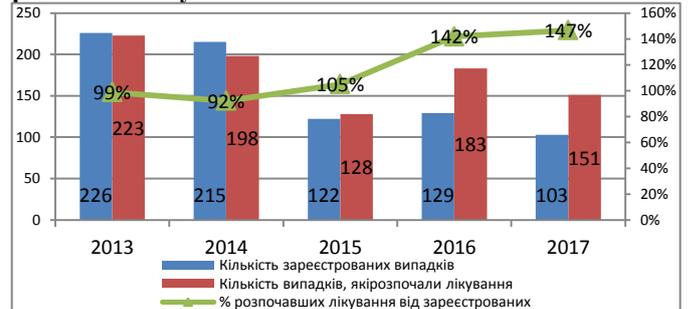
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	560
на 10 тис. населення	4,07
Кількість санаторних ТБ ліжок	880
Середнє перебування на ліжку	96,5
Обіг ліжка	2,9
Середнє число днів зайнятості ліжка	280
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	131/ 0,95 на 10 тис. населення

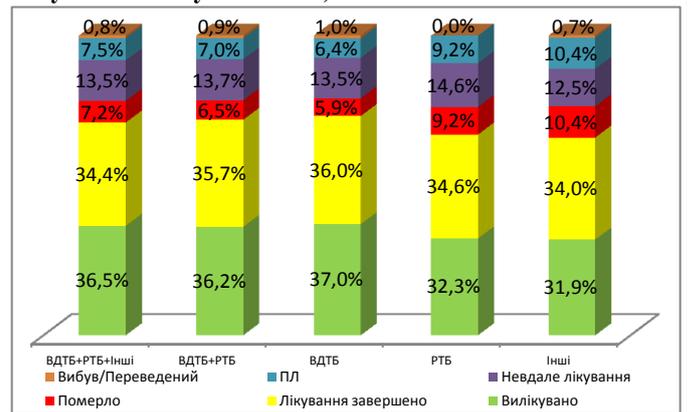
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



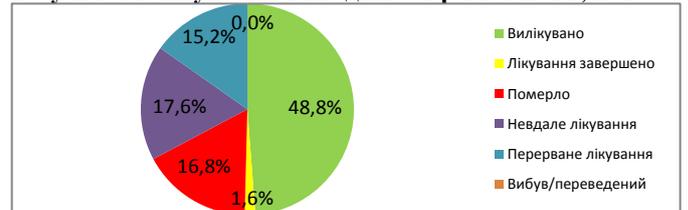
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	3708,7	28%
місцевий бюджет	3370,23	25%
ГФ	6232,5	47%

Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	27	100
II	4	100
III	1	100

м. Київ. Загальна кількість населення – 2 884 453.

Місто Київ - столиця України, велике промисловий центр. У місті представлені чисельні галузі народного господарства: легка і харчова промисловість, поліграфія, фармацевтика, машино будівництво, металургія, авіабудівництво. Особливістю регіону є значні міграційні процеси. В складній економічній ситуації, що склалася в країні, найбільша кількість трудових мігрантів припадає на м. Київ. В місті часто відбуваються масові заходи, пов'язані з великою скученістю народу протягом тривалого часу. В місті найбільша по Україні кількість осіб без постійного місця проживання. Чисельна кількість іноземних громадян, в т.ч. трудових іммігрантів. Значна кількість студентської молоді, яка мешкає в місцях загального проживання (гуртожитках).

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 588	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	1 441	50,0
із них		
ВДТБ	1 244	43,1
ТБ/ВІЛ	428	14,8
0-14 років	19	4,1
15-17 років	7	11,1
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	165	5,7
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	867	67,9%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	409	32,1%
Поширеність	1 467	50,9
із них		
ТБ/ВІЛ	441	15,3
Смертність		
ТБ	129	4,5
ТБ/ВІЛ	132	4,6

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	153	7,3
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	677	99,0
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	239	99,6
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	182	26,9
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	119	49,8

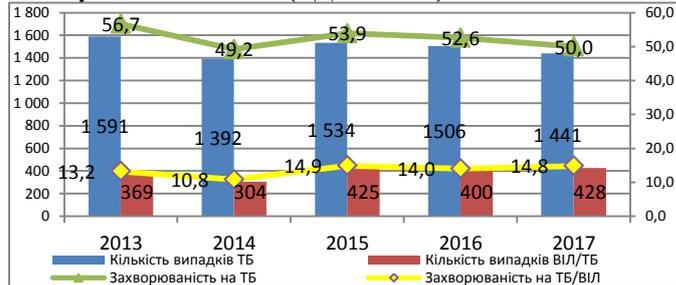
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1094	98,6
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	565	95,9
ТБ/ВІЛ +АРТ	459	77,9

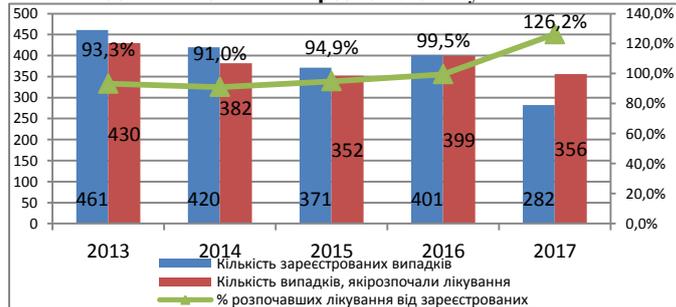
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	810
на 10 тис. населення	2,80
Кількість санаторних ТБ ліжок	300
Середнє перебування на ліжку	98,4
Обіг ліжка	1,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	151
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	106/0,37 на 10 тис. населення

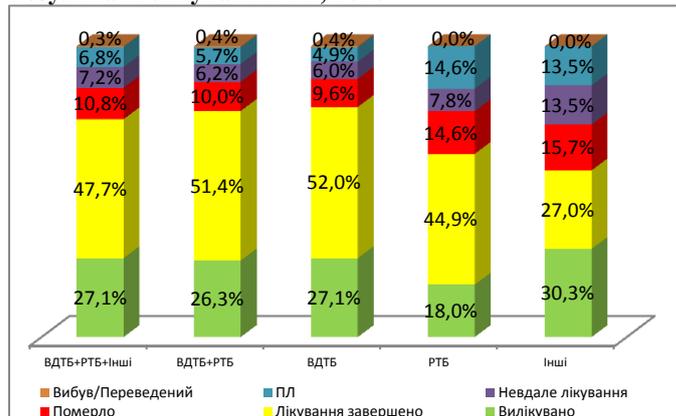
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



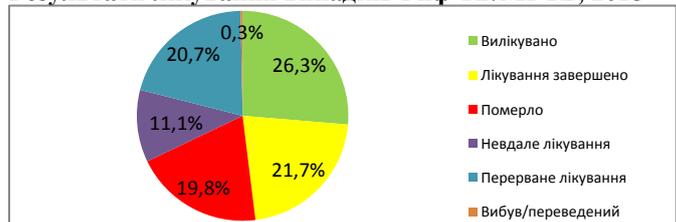
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	8338,7	23%
місцевий бюджет	10722,7	30%
ГФ	16556,6	46%
інші	98,1	0%

Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	10	100
II	2	100
III	1	100

Київська область. Загальна кількість населення – 1 728 692

Область має високорозвинену галузь агро-промислового комплексу та мережу дрібних сільськогосподарських підприємств по всій області. Специфікою при столичній області є високий рівень міграції населення з інших регіонів країни, наявність території з населенням постраждалим від аварії на ЧАЕС. Щоденні потоки населення з приміської зони та інших областей для роботи в м. Києві, наявність двох аеропортів, мережі залізниць, додає ризику завезення та розповсюдження інфекційних хвороб, обігу наркотичних речовин, сприяє високому ризику криміногенних ситуацій.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 490	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	1 365	79,0
з них		
ВДТБ	1 159	67,0
ТБ/ВІЛ	392	22,7
0-14 років	28	9,8
15-17 років	10	24,0
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	243	14,0
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	691	61,6%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	431	38,4%
Поширеність	1 711	99,0
з них		
ТБ/ВІЛ	451	26,1
Смертність ТБ	156	9,0
ТБ/ВІЛ	120	6,9

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	308	3,0
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	573	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	210	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	170	29,7
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	104	49,5

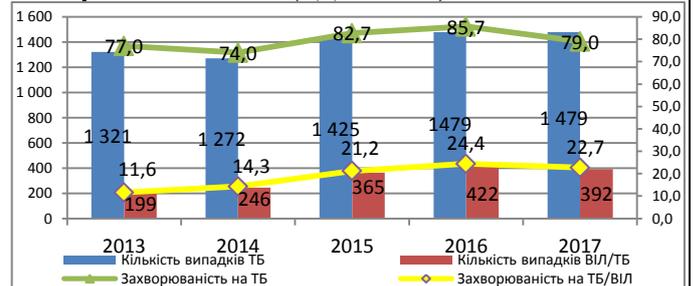
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1377	96,7
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	522	82,6
ТБ/ВІЛ+АРТ	511	80,8

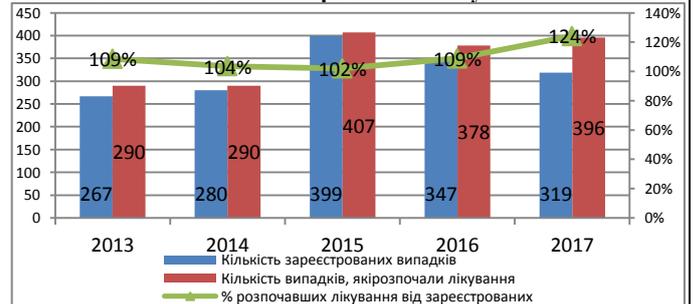
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	365
на 10 тис. населення	2,09
Кількість санаторних ТБ ліжок	210
Середнє перебування на ліжку	103,6
Обіг ліжка	2,8
Середнє число днів зайнятості ліжка	288
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	74/ 0,42 на 10 тис. населення

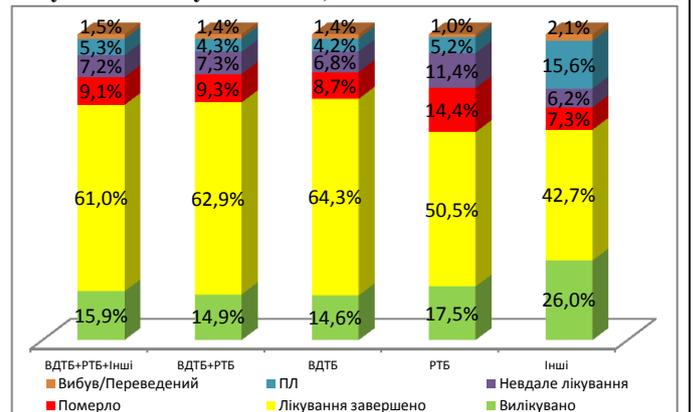
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



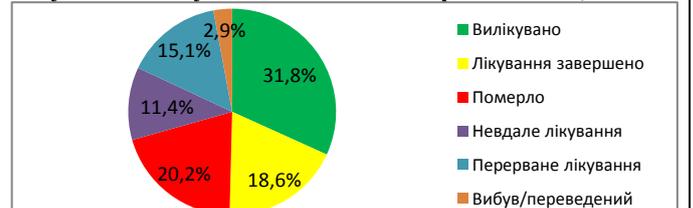
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	9445,69	25%
місцевий бюджет	9779,3	26%
ГФ	16771,05	44%
інші	2253,77	6%

Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	28	94,6
II	2	100
III	1	-

Кіровоградська область. Загальна кількість населення – 959 341.

Область має високорозвинену галузь промислового виробництва та здавна відома як регіон із добре розвинутим сільськогосподарським виробництвом. У галузевій структурі валової продукції сільського господарства провідне місце належить рослинництву, питома вага якого становить 73 %, тваринництва — 27 %. Питома вага виробництва основних видів сільськогосподарської продукції у загальному обсязі її виробництва в Україні становить: по соняшнику — 10 %, зернових і зернобобових — 6,7 %, цукровому буряку (фабричному) — 5,2 %, м'ясу — 3,0 %, молоку — близько 2,8 %.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	921	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	738	76,9
з них		
ВДТБ	674	70,3
ТБ/ВІЛ	174	18,1
0-14 років	12	8,2
15-17 років	7	28,1
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	59	6,2
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	551	81,1%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	128	18,9%
Поширеність	959	100,0
з них		
ТБ/ВІЛ	217	22,6
Смертність ТБ	100	10,4
ТБ/ВІЛ	33	3,4

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	272	5,0
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	441	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	167	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	122	27,7
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	90	53,9

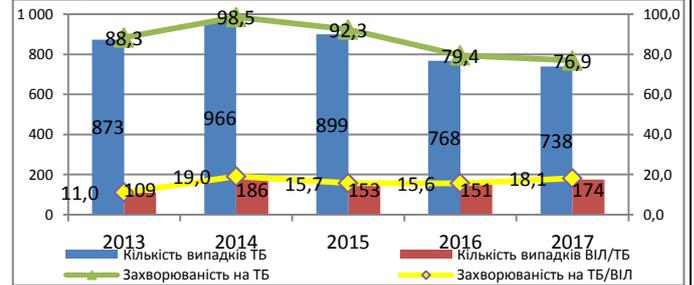
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	951	99,2
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	255	96,2
ТБ/ВІЛ +АРТ	232	87,5

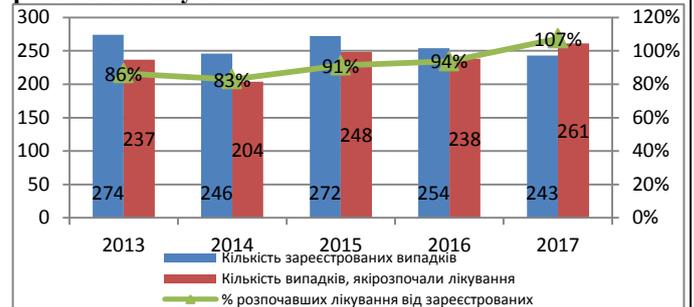
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	480
на 10 тис. населення	5,05
Кількість санаторних ТБ ліжок	190
Середнє перебування на ліжку	96,4
Обіг ліжка	2,3
Середнє число днів зайнятості ліжка	223
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	50/ 0,53 на 10 тис. населення

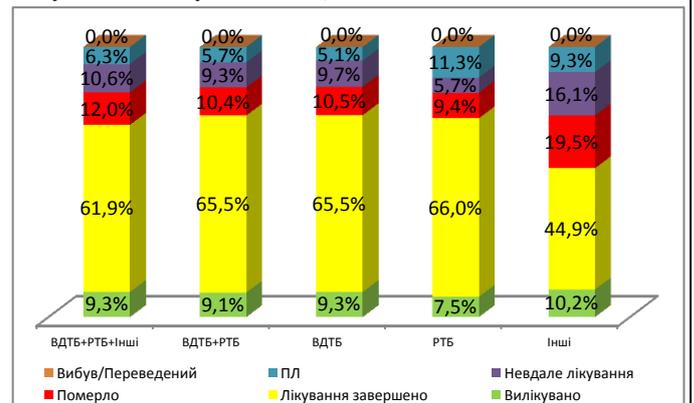
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



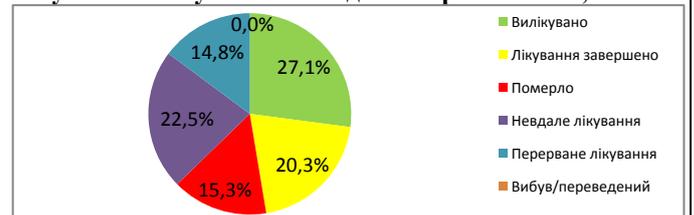
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	5971,8	16%
місцевий бюджет	15225,1	42%
ГФ	13509,1	37%
інші	1756,2	5%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	29	96,5
II	2	100
III	1	100

Луганська область (підконтрольні Уряду України). Загальна кількість населення – 704 290.

Промисловість регіону представлена вугледобувною промисловістю, підприємствами машинобудування, хімічної, нафтохімічної, харчової, деревообробної, текстильної промисловості і промисловості будівельних матеріалів.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	512	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	453	64,3
з них		
ВДТБ	340	48,3
ТБ/ВІЛ	66	9,4
0-14 років	6	6,6
15-17 років	3	17,7
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	13	1,8
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	302	68,6%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	138	31,4%
Поширеність	618	87,7
з них		
ТБ/ВІЛ	105	14,9
Смертність ТБ	96	13,6
ТБ/ВІЛ	16	2,3

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	98	1,4
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	211	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	134	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	57	27,0
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	63	47,0

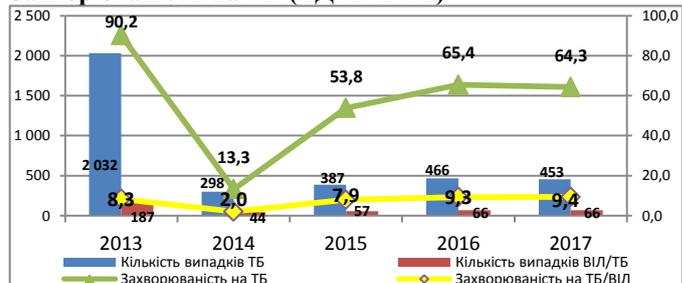
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	434	98,6
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	72	74,2
ТБ/ВІЛ+АРТ	80	82,5

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	130
на 10 тис. населення	1,85
Кількість санаторних ТБ ліжок	50
Середнє перебування на ліжку	153,0
Обіг ліжка	2,4
Середнє число днів зайнятості ліжка	366
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	28/0,40 на 10 тис. населення

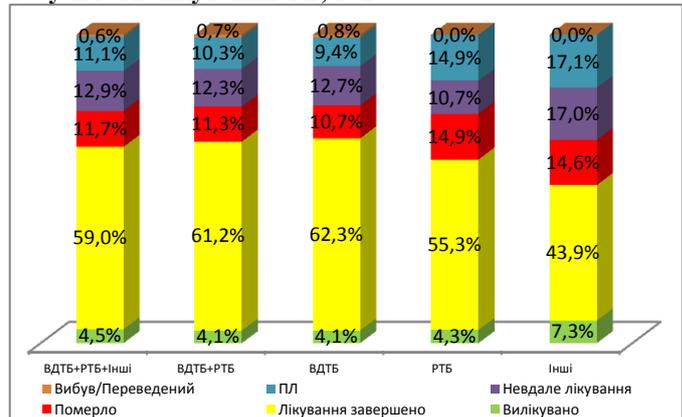
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



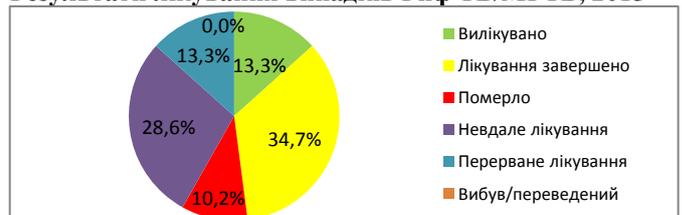
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	1930,5	14%
місцевий бюджет	4540	33%
ГФ	7033,1	51%
Інші	291,3	2%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	14	0
II	1	100
III	0	-

Львівська область. Загальна кількість населення – 2 515 657

У структурі промислового виробництва регіону найбільш питому вагу мають харчова, паливна промисловості, машинобудування і металообробка, електроенергетика. Галузями спеціалізації сільського господарства є вирощування зернових культур, картоплі, овочів, цукрових буряків, льону. Розвинуте м'ясо-молочне скотарство, свинарство і птахівництво. Розвинута мережа санаторно-курортних комплексів, туристичних баз.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 859	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	1 762	70,0
з них		
ВДТБ	1 356	53,9
ТБ/ВІЛ	229	9,1
0-14 років	33	8,0
15-17 років	16	22,2
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	206	8,2
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	1 084	69,7%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	472	30,3%
Поширеність	1 421	56,5
з них		
ТБ/ВІЛ	198	7,9
Смертність ТБ	249	9,9
ТБ/ВІЛ	66	2,6

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	325	2,9
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	787	99,4
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	411	98,3
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	240	30,5
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	220	53,5

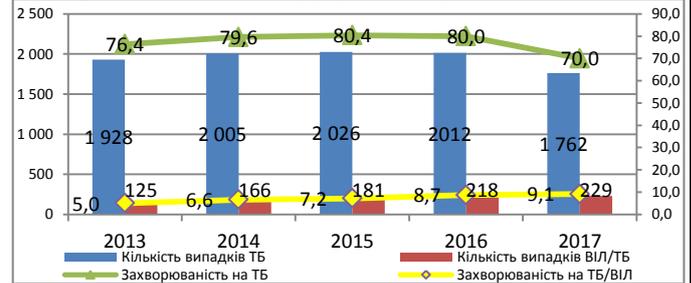
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1304	100
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	236	71,3
ТБ/ВІЛ +АРТ	262	79,0

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	830
на 10 тис. населення	3,31
Кількість санаторних ТБ ліжок	305
Середнє перебування на ліжку	78,1
Обіг ліжка	3,2
Середнє число днів зайнятості ліжка	247
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	181/0,72 на 10 тис. населення

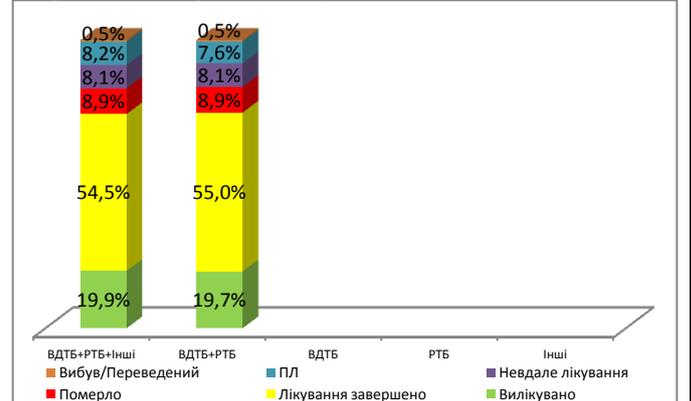
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



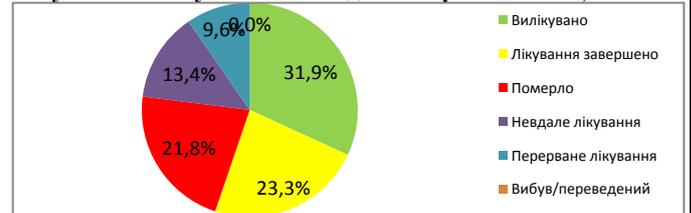
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	11945,5	26%
місцевий бюджет	18124,7	40%
ГФ	14353,5	32%
інші	877,3	2%

Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	40	100
II	5	100
III	1	100

Миколаївська область. Загальна кількість населення – 1 149 411. На території області розвинута потужна багатогалузева промисловість, агропромисловий комплекс, розгалужена транспортна мережа портове господарство, створені значні виробничі, наукові та соціальні інфраструктури. В м. Миколаєві функціонує 3 морських та річковий порти.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 027	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	857	74,6
з них		
ВДТБ	686	59,7
ТБ/ВІЛ	215	18,7
0-14 років	11	6,2
15-17 років	11	37,2
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	74	6,4
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	586	74,8%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	197	25,2%
Поширеність	1 322	115,0
з них		
ТБ/ВІЛ	333	29,0
Смертність ТБ	88	7,7
ТБ/ВІЛ	93	8,1

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	216	3,2
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	413	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	278	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	162	39,2
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	147	52,9

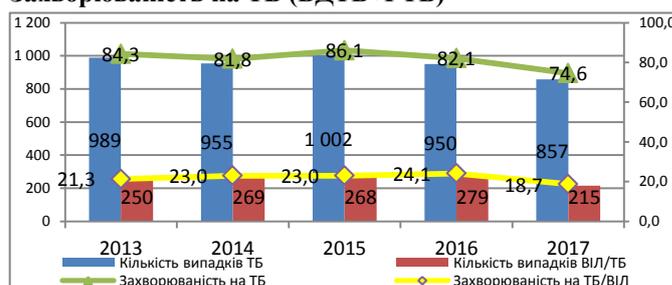
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1238	99,8
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	308	100
ТБ/ВІЛ +АРТ	341	82,8

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	404
на 10 тис. населення	3,54
Кількість санаторних ТБ ліжок	201
Середнє перебування на ліжку	112,3
Обіг ліжка	2,9
Середнє число днів зайнятості ліжка	323
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	60/0,53 на 10 тис. населення

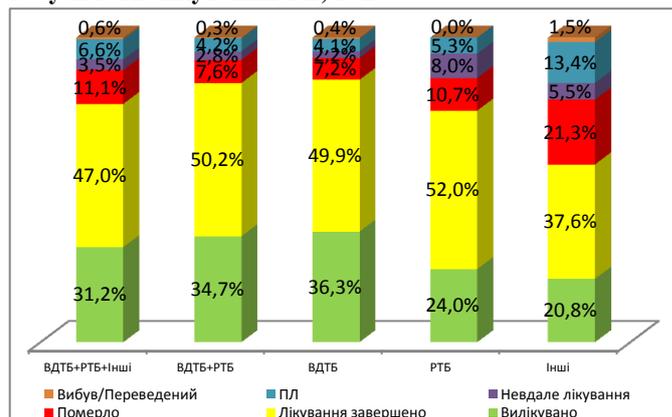
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



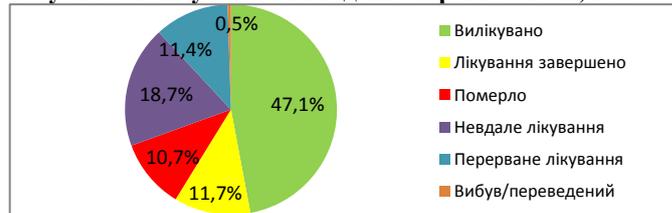
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	768,278	14%
місцевий бюджет	3929,621	70%
ГФ	682,61	12%
інші	201,957	4%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	30	100
II	0	-
III	1	100

Одеська область. Загальна кількість населення – 2 375 456. Промисловість області відіграє значну роль у структурі народногосподарського комплексу України. Розташовані підприємства з виробництва продуктів нафтоперероблення, машинобудування, ремонту та монтажу машин, металургії та оброблення металу, хімічної і нафтохімічної, харчової, легкої промисловості.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	3 262	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	3 039	127,9
з них		
ВДТБ	2 561	107,8
ТБ/ВІЛ	1 270	53,5
0-14 років	51	12,8
15-17 років	38	62,8
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	320	12,4
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	1 541	56,7%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	1 178	43,3%
Поширеність	3 708	156,1
з них		
ТБ/ВІЛ	1 394	58,7
Смертність ТБ	221	9,3
ТБ/ВІЛ	263	11,1

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	232	2,0
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	1 159	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	409	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	354	30,5
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	192	46,9

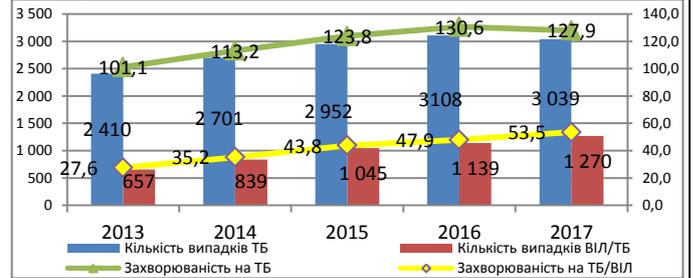
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	3 205	100
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	1 422	84,3
ТБ/ВІЛ+АРТ	1273	75,5

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	1015
на 10 тис. населення	4,28
Кількість санаторних ТБ ліжок	1 720
Середнє перебування на ліжку	93,8
Обіг ліжка	3,3
Середнє число днів зайнятості ліжка	307
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	158/0,67 на 10 тис. населення

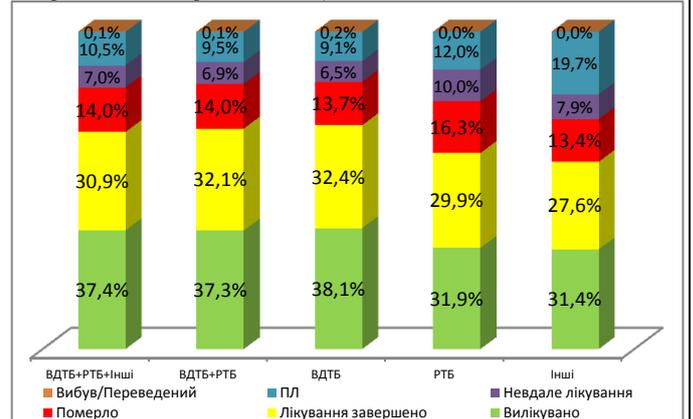
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



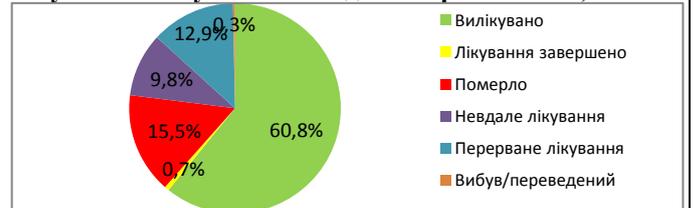
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	15998,16	31%
місцевий бюджет	18889,65	36%
ГФ	16114,18	31%
інші	1351,9	3%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКА
I	46	100
II	1	100
III	1	-

Полтавська область. Загальна кількість населення – 1 418 990.

Розвинуте зернове та тваринницьке господарство, виробництво технічних культур, гірничодобувна, автомобілебудівна, хімічна, машинобудівна, нафтопереробна, харчова промисловості. Майже на всій території області розташовані нафто- та газодобувні свердловини.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1031	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	923	65,0
із них		
ВДТБ	749	52,8
ТБ/ВІЛ	121	8,5
0-14 років	14	7,0
15-17 років	8	23,2
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	56	4,0
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	559	64,5%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	308	35,5%
Поширеність	1 181	83,2
із них		
ТБ/ВІЛ	143	10,1
Смертність ТБ	114	8,0
ТБ/ВІЛ	28	2,0

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	163	2,1
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	418	99,8
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	196	97,5
Випадки МР ТБ серед ВДБТ МБТ+ К+	112	26,8
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	84	42,9

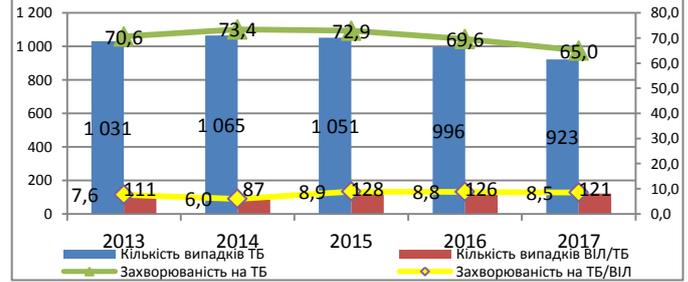
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	914	95,3
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	109	83,2
ТБ/ВІЛ+АРТ	114	87,0

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	559
на 10 тис. населення	3,83
Кількість санаторних ТБ ліжок	190
Середнє перебування на ліжку	116,7
Обіг ліжка	2,05
Середнє число днів зайнятості ліжка	240
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	83/0,59 на 10 тис. населення

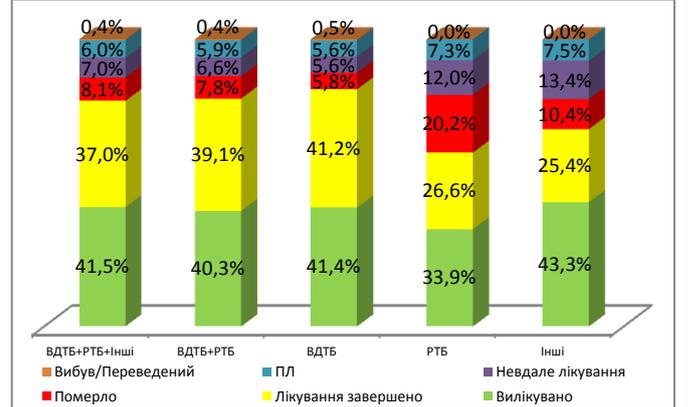
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



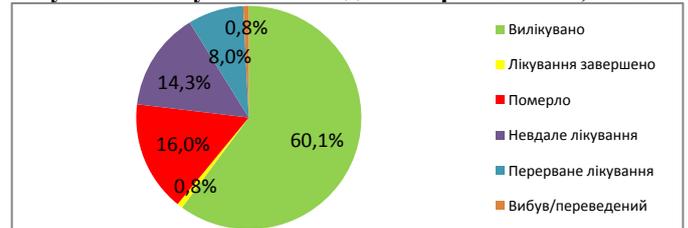
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	5200,5	5%
місцевий бюджет	89185,9	83%
ГФ	13272,8	12%
інші	128,3	0%

Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	31	100
II	3	100
III	1	100

Рівненська область. Загальна кількість населення – 1 161 703. Провідні галузі економіки краю – промислове і сільське господарство. В загальноукраїнському контексті область відзначається виробництвом волокнистих плит, фанери, мінеральних добрив, цементу, бурштину, підприємствами переробки м'ясо-молочної і сільськогосподарської продукції.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	670	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	641	55,2
з них		
ВДТБ	506	43,6
ТБ/ВІЛ	55	4,7
0-14 років	12	5,0
15-17 років	4	10,0
Випадки з позалеговою локалізацією ТБ	51	4,4
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	424	71,9%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	166	28,1%
Поширеність	790	68,0
з них		
ТБ/ВІЛ	68	5,9
Смертність ТБ	76	6,5
ТБ/ВІЛ	16	1,4

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	146	3,3
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	295	96,1
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	118	92,2
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	46	15,6
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	50	42,4

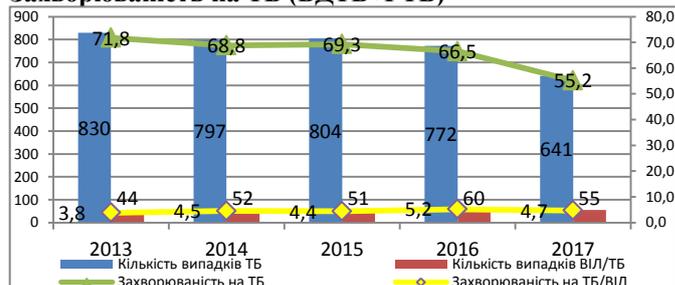
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	645	98,5
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	47	73,4
ТБ/ВІЛ+АРТ	43	67,2

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	470
на 10 тис. населення	4,05
Кількість санаторних ТБ ліжок	165
Середнє перебування на ліжку	86,5
Обіг ліжка	2,4
Середнє число днів зайнятості ліжка	207
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	67/0,58 на 10 тис. населення

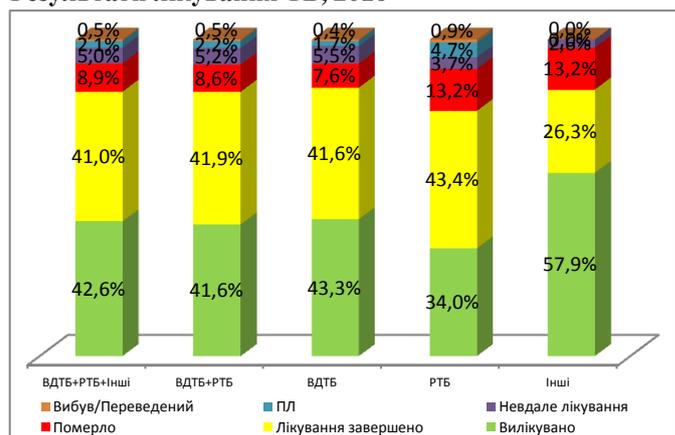
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



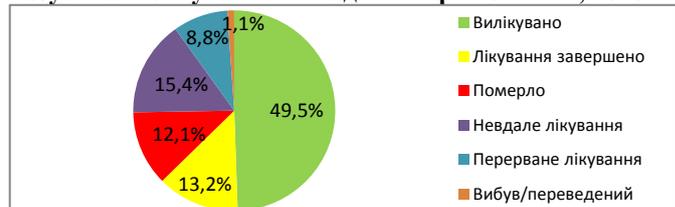
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	0	0%
місцевий бюджет	90081,5	96%
ГФ	3841	4%
інші	0	0%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	20	100
II	2	100
III	1	100

Сумська область. Загальна кількість населення – 1 102 337. Область є індустріально-аграрним регіоном України. Виробнича спеціалізація області пов'язана з видобутком енергетичних ресурсів, розвитком машинобудування, хімічної та нафтохімічної промисловості, переробних галузей сільського господарства. Сільське господарство представлено рослинництвом (обробка зернових культур, картоплі, цукрових буряків, інших технічних культур) і тваринництвом.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	811	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	769	69,8
із них		
ВДТБ	603	54,7
ТБ/ВІЛ	81	7,3
0-14 років	21	14,4
15-17 років	9	33,3
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	75	6,8
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	537	77,4%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	157	22,6%
Поширеність	747	67,8
із них		
ТБ/ВІЛ	70	6,4
Смертність	105	9,5
із них		
ТБ/ВІЛ	14	1,3

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	280	4,0
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	359	95,0
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	177	92,2
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	76	21,2
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	78	44,1

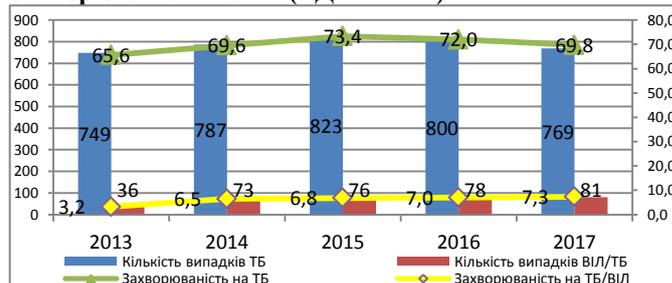
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	794	99,1
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	99	85,3
ТБ/ВІЛ +АРТ	61	56,2

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	260
на 10 тис. населення	2,38
Кількість санаторних ТБ ліжок	110
Середнє перебування на ліжку	85,1
Обіг ліжка	2,24
Середнє число днів зайнятості ліжка	190
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	65/0,60 на 10 тис. населення

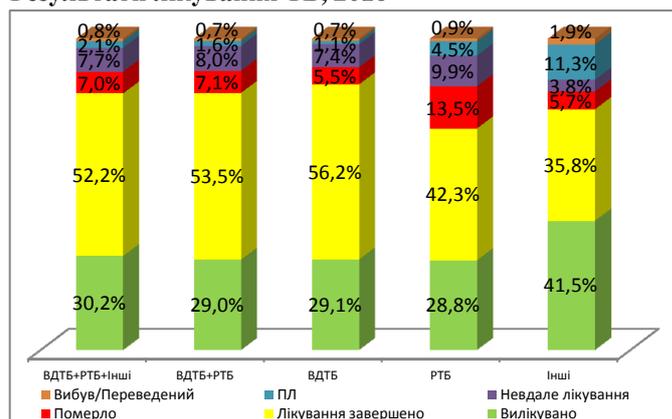
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



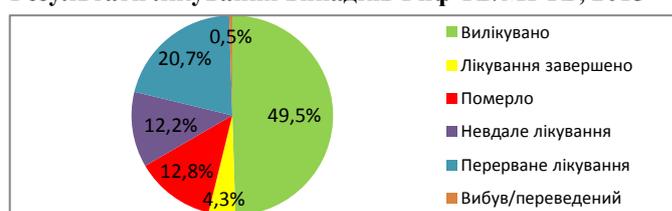
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	4236,1	22%
місцевий бюджет	5878,2	30%
ГФ	9396,4	48%
інші	0	0%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	27	100
II	3	100
III	1	100

Тернопільська область. Загальна кількість населення – 1 055 941. Переважаюча виробнича діяльність - сільське господарство та промисловість (харчова, легка, машинобудування та ін.)

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	514	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	498	47,2
з них		
ВДТБ	394	37,3
ТБ/ВІЛ	28	2,7
0-14 років	3	1,8
15-17 років	7	22,7
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	41	3,8
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	312	68,3%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	145	31,7%
Поширеність	531	50,3
з них		
ТБ/ВІЛ	31	2,9
Смертність ТБ	44	4,2
ТБ/ВІЛ	10	0,9

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	73	1,3
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	223	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	88	100
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	50	22,4
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	38	43,2

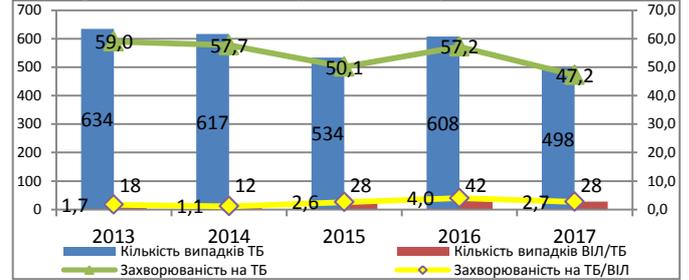
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	492	100
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	26	81,2
ТБ/ВІЛ +АРТ	27	84,4

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок на 10 тис. населення	3,05
Кількість санаторних ТБ ліжок	100
Середнє перебування на ліжку	72,0
Обіг ліжка	3,8
Середнє число днів зайнятості ліжка	275
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	68/0,65 на 10 тис. населення

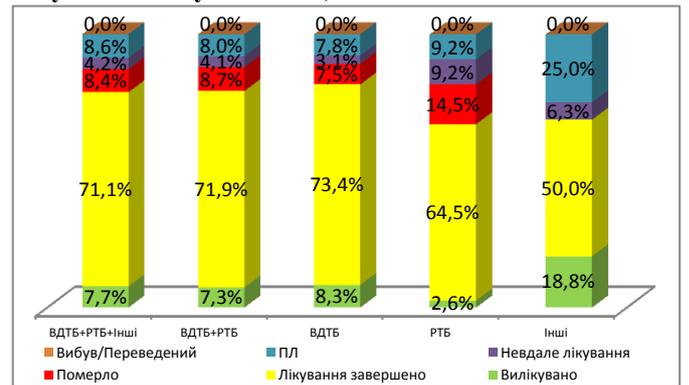
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



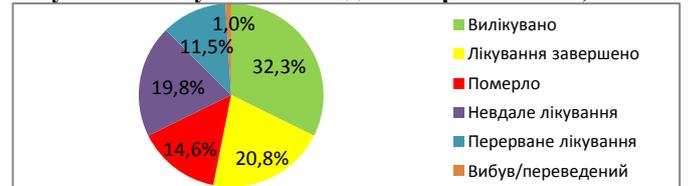
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	3212,2	32%
місцевий бюджет	2650	27%
ГФ	4127,7	41%
інші	0	0%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	23	100
II	4	100
III	1	100

Харківська область. Загальна кількість населення – 2 685 552.

Область відрізняється високим рівнем спеціалізації і концентрації промисловості, де склався комплекс енергетичного, електротехнічного, транспортного і сільськогосподарського машинобудування, хімічної промисловості і виробництва будматеріалів. Розвинені легка, харчова та переробна промисловість.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 446	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	1 370	51,0
з них		
ВДТБ	1 141	42,5
ТБ/ВІЛ	115	4,3
0-14 років	38	10,3
15-17 років	13	22,7
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	107	3,9
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	931	73,7%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	332	26,3%
Поширеність	1 664	62,0
з них		
ТБ/ВІЛ	121	4,5
Смертність ТБ	210	7,8
ТБ/ВІЛ	36	1,3

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	311	3,1
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	589	87,3
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	226	71,7
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	205	34,8
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	140	61,9

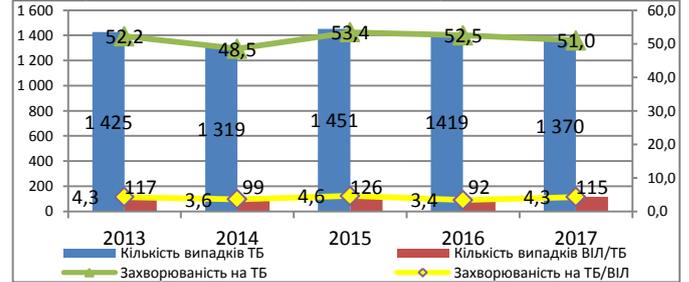
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1916	96,4
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	119	92,2
ТБ/ВІЛ+АРТ	109	84,5

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	710
на 10 тис. населення	2,65
Кількість санаторних ТБ ліжок	440
Середнє перебування на ліжку	77,4
Обіг ліжка	3,3
Середнє число днів зайнятості ліжка	257
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	159/0,59 на 10 тис. населення

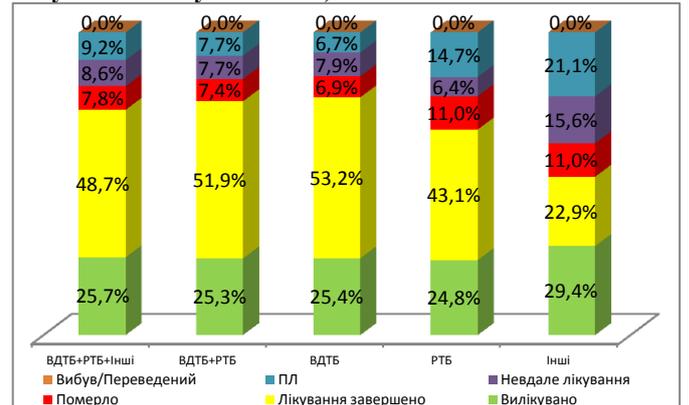
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



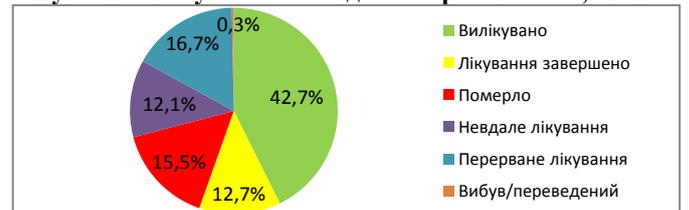
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	6471,1	21%
місцевий бюджет	8850	28%
ГФ	14779,6	47%
інші	1221,1	4%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	40	100
II	4	100
III	1	100

Херсонська область. Загальна кількість населення – 1 054 217

Херсонщина - унікальний природний комплекс з виходом в Азово-Чорноморський басейн і Дніпровську водну магістраль. Сільське господарство відноситься до провідних галузей економіки області.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	1 021	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	979	92,9
з них		
ВДТБ	770	73,0
ТБ/ВІЛ	202	19,2
0-14 років	31	18,3
15-17 років	8	28,0
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	83	7,9
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	746	83,3%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	150	16,7%
Поширеність	1 131	107,3
з них		
ТБ/ВІЛ	194	18,4
Смертність ТБ	112	10,6
ТБ/ВІЛ	42	4,0

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	179	5,1
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	472	99,8
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	236	99,2
Випадки МР ТБ серед ВДБТ МБТ+ К+	144	30,5
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	116	49,2

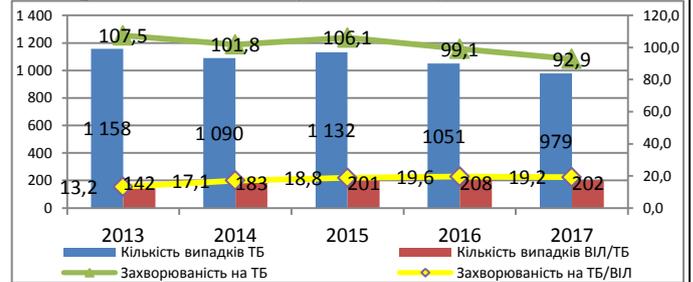
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1069	99
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	170	73,6
ТБ/ВІЛ +АРТ	124	53,7

Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	620
на 10 тис. населення	5,93
Кількість санаторних ТБ ліжок	65
Середнє перебування на ліжку	96,8
Обіг ліжка	3,2
Середнє число днів зайнятості ліжка	312
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	59/0,56 на 10 тис. населення

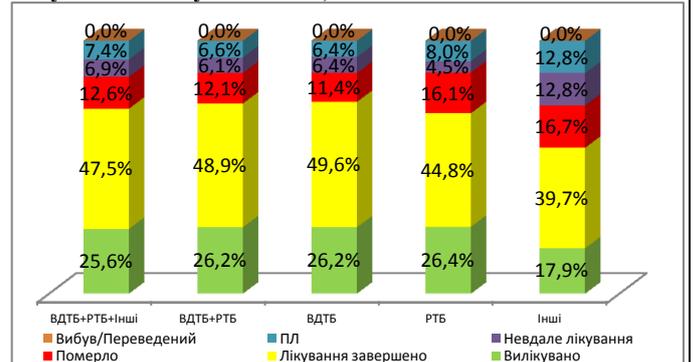
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



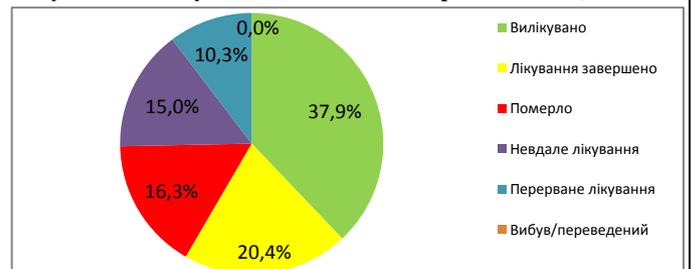
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	5251,56	19%
місцевий бюджет	8938,97	32%
ГФ	14025,6	49%
інші	150,69	1%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	24	100
II	2	100
III	1	100

Хмельницька область. Загальна кількість населення – 1 282 104.

Провідне місце займає машинобудування та металообробка харчова, легка, лісова, деревообробна, електроенергетична промисловість. Першість серед галузей сільського господарства області тримає рослинництво.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	964	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	818	63,8
з них		
ВДТБ	612	47,7
ТБ/ВІЛ	89	6,9
0-14 років	11	5,4
15-17 років	5	14,0
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	69	5,4
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	416	55,5%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	333	44,5%
Поширеність	781	60,9
з них		
ТБ/ВІЛ	90	7,0
Смертність ТБ	109	8,5
ТБ/ВІЛ	15	1,2

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	136	2,7
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	289	98,6
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	194	98,5
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	54	18,7
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	73	37,6

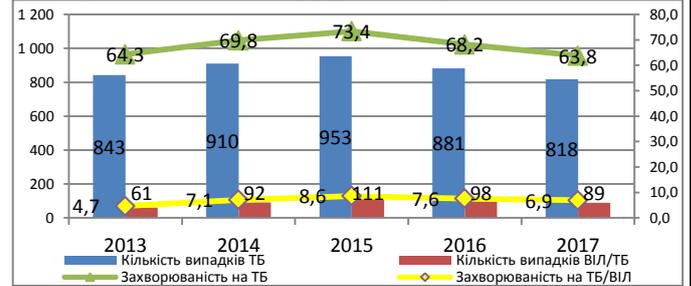
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1047	91,6
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	71	57,2
ТБ/ВІЛ +АРТ	80	64,5

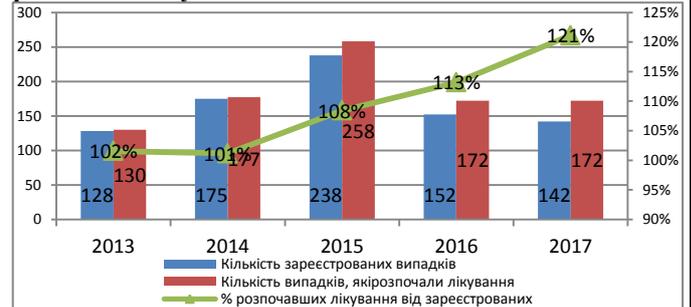
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	305
на 10 тис. населення	2,40
Кількість санаторних ТБ ліжок	90
Середнє перебування на ліжку	94,3
Обіг ліжка	3,3
Середнє число днів зайнятості ліжка	308
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	80/0,63 на 10 тис. населення

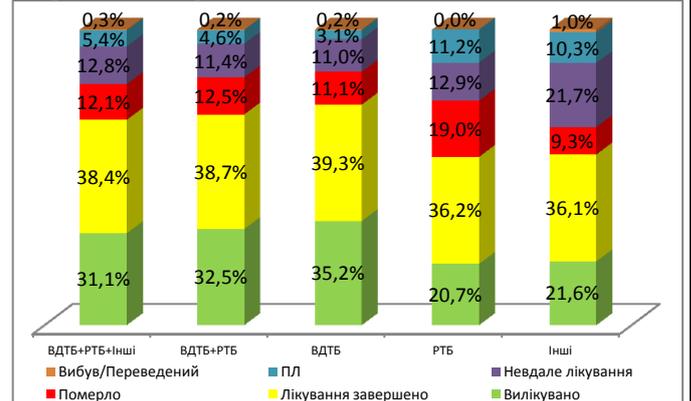
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



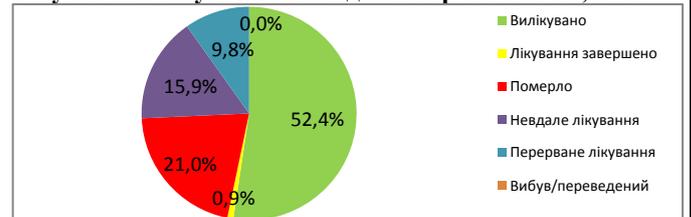
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	4841,846	7%
місцевий бюджет	61949,284	84%
ГФ	7391,869	10%
інші	0	0%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	24	100
II	2	100
III	1	100

Черкаська область. Загальна кількість населення – 1 227 578.

Переважаюча виробнича діяльність - сільсько – господарська.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	866	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	777	63,3
з них		
ВДТБ	617	50,3
ТБ/ВІЛ	185	16,3
0-14 років	22	12,8
15-17 років	8	25,9
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	140	11,4
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтверджені лабораторно	457	71,7%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	180	28,3%
Поширеність	964	78,5
з них		
ТБ/ВІЛ	185	15,1
Смертність ТБ	123	10,0
ТБ/ВІЛ	42	3,4

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	174	4,1
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	340	96,9
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	176	91,2
Випадки МР ТБ серед ВДБТ МБТ+ К+	90	26,5
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	84	47,7

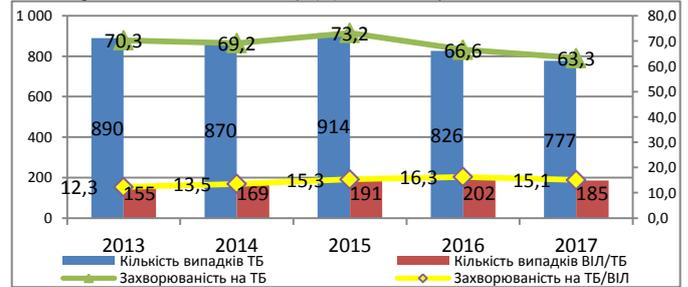
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1543	100
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	184	89,3
ТБ/ВІЛ +АРТ	149	72,3

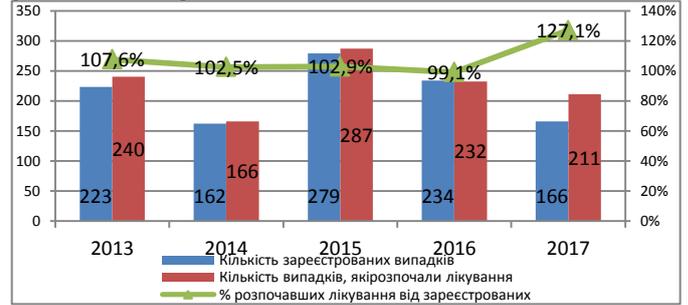
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	480
на 10 тис. населення	3,94
Кількість санаторних ТБ ліжок	160
Середнє перебування на ліжку	93,1
Обіг ліжка	3,24
Середнє число днів зайнятості ліжка	302
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	54/0,44 на 10 тис. населення

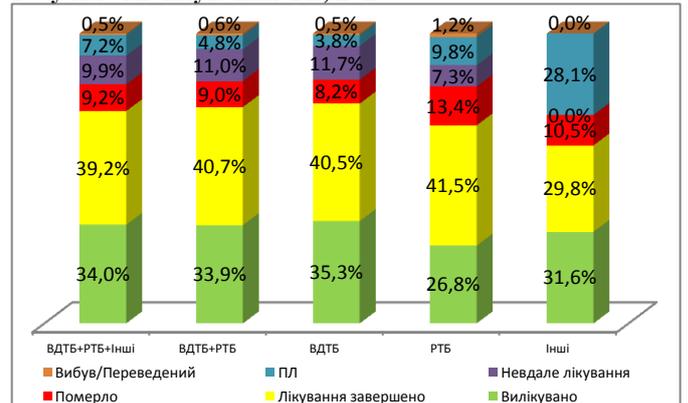
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



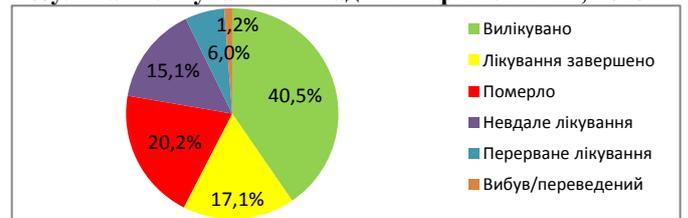
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	5025,1	20%
місцевий бюджет	10287,9	41%
ГФ	9783,65	39%
інші	33,447	0%

Лабораторна служба (цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	27	92,6
II	0	-
III	1	100

Чернівецька область. Загальна кількість населення – 905 055

Провідне місце в економіці області займають машинобудівна, легка, харчова, лісова, деревообробна промисловості та сільське господарство.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	421	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	372	41,1
з них		
ВДТБ	289	31,9
ТБ/ВІЛ	22	2,4
0-14 років	5	3,2
15-17 років	5	17,9
Випадки з позалегеновою локалізацією ТБ	29	3,2
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	272	79,3%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	71	20,7%
Поширеність	515	56,9
з них		
ТБ/ВІЛ	34	3,8
Смертність ТБ	53	5,9
ТБ/ВІЛ	8	0,9

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	138	1,1
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	202	100
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	122	100
Випадки МР ТБ серед ВДБТ МБТ+ К+	27	13,4
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	23	18,9

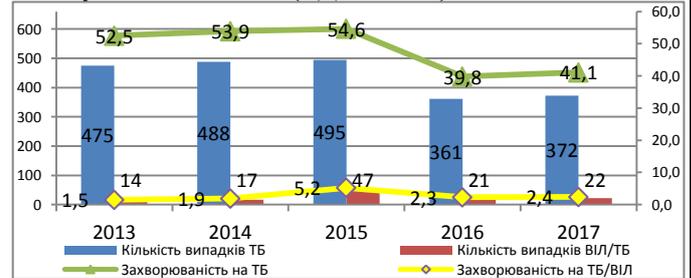
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	602	94,8
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	32	96,9
ТБ/ВІЛ +АРТ	28	84,8

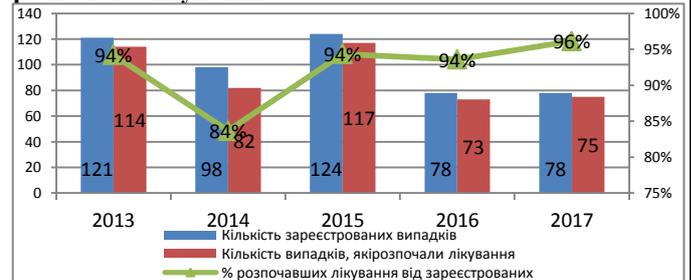
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок	210
на 10 тис. населення	2,32
Кількість санаторних ТБ ліжок	242
Середнє перебування на ліжку	114,6
Обіг ліжка	2,05
Середнє число днів зайнятості ліжка	235
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	62/0,69 на 10 тис. населення

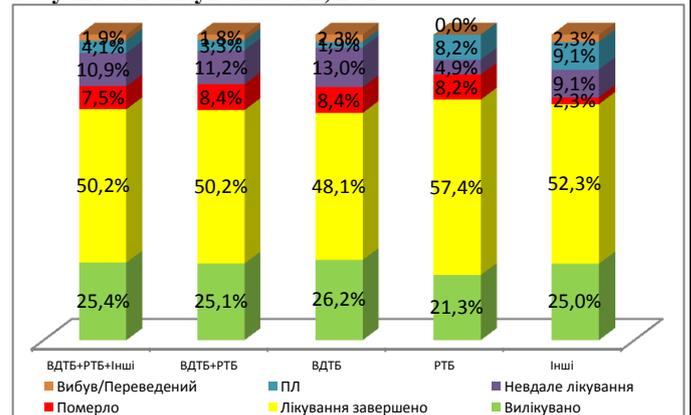
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



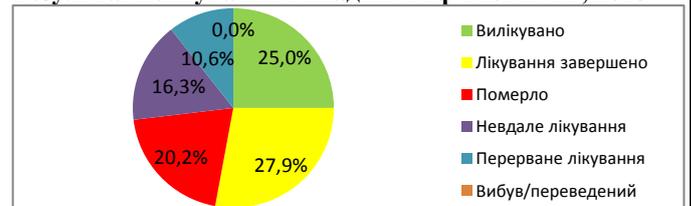
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн.	%
МОЗ	2842,4	30%
місцевий бюджет	1230,2	13%
ГФ	3966,2	42%
інші	1334,1	14%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	11	100
II	2	100
III	1	100

Чернігівська область. Загальна кількість населення – 1 024 870.

Область має індустріально- аграрну структуру господарства. Пріоритетними є харчова, паливна, машинобудівна, металообробна, деревообробна, целюлозно-паперова, легка промисловості.

Епідеміологічні показники по ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	на 100 тис. нас.
Зареєстровані випадки ТБ	844	X
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)	773	75,4
з них		
ВДТБ	602	58,7
ТБ/ВІЛ	164	16,0
0-14 років	12	8,6
15-17 років	4	16,1
Випадки з позалегеневою локалізацією ТБ	63	6,1
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, підтвержені лабораторно	499	70,3%
Випадки з легеневою локалізацією ТБ, діагностовано клінічно	211	26,7%
Поширеність	946	92,3
з них		
ТБ/ВІЛ	209	20,4
Смертність ТБ	88	8,6
ТБ/ВІЛ	45	4,4

Лабораторна діагностика ТБ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
Виявлення випадків ТБ з КСП+ в ПМСД	103	3,4
Випадки ВДТБ МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	342	94,7
Випадки повторного лікування МБТ+ К+, які охоплені ТМЧ	131	75,3
Випадки МР ТБ серед ВДТБ МБТ+ К+	66	19,3
Випадки МР ТБ серед випадків повторного лікування МБТ+ К+	68	51,9

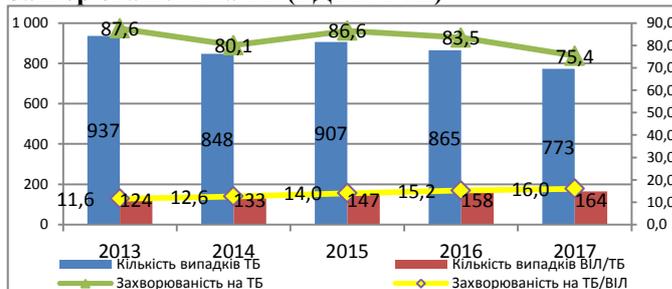
ТБ/ВІЛ, 2017

Показник	абс. к-сть	%
ТБ випадки з відомим ВІЛ статусом	1094	98,6
ТБ/ВІЛ+ко-тримоксазол	199	94,3
ТБ/ВІЛ +АРТ	183	86,7

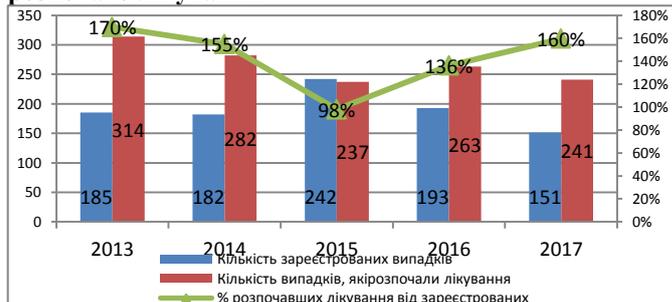
Ресурси служби, 2017

Показник	абс. к-ть
Кількість ТБ ліжок на 10 тис. населення	410
Кількість санаторних ТБ ліжок	100
Середнє перебування на ліжку	78,8
Обіг ліжка	3,83
Середнє число днів зайнятості ліжка	302
Забезпеченість лікарями фтизіатрами закладів цивільного сектора	62/0,61 на 10 тис. населення

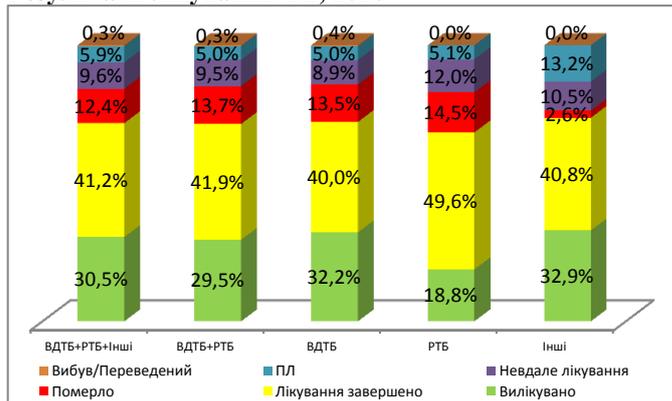
Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ)



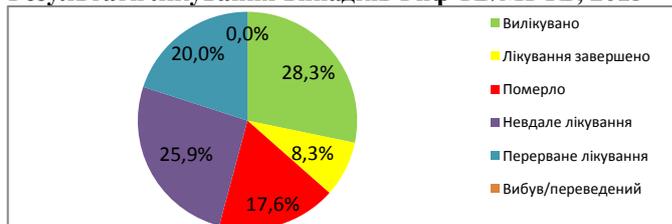
Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування



Результати лікування ТБ, 2016



Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2015



Фінансування ТБ програми, 2017

Джерело фінансування	всього, тис. грн	%
МОЗ	4781,6	18%
місцевий бюджет	7008,3	27%
ГФ	13908,2	53%
інші	605	2%

Лабораторна служба(цивільний сектор), 2017

Рівень лабораторії	абс. к-ть	% проходження ЗКЯ
I	29	100
II	3	100
III	1	100

