



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ДУ «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»



ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

АНАЛІТИЧНО-СТАТИСТИЧНИЙ
ДОВІДНИК ЗА 2022 РІК

КИЇВ 2023

Дізнатися більше на www.phc.org.ua



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ДУ «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

Аналітично-статистичний довідник за 2022 рік

КИЇВ – 2023

ПРО ЦЕНТР

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) – заклад охорони здоров'я, що відповідає за збереження та зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я. Центр був утворений на виконання розпорядження КМУ Наказом МОЗ України від 18.09.2015 №604.

Головним завданням Центру є діяльність у сфері громадського здоров'я. Центр виконує лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції у сфері охорони здоров'я для забезпечення якості лікування хворих на соціально-небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити тощо, попередження захворювань у контексті розбудови системи громадського здоров'я.

Центр бере участь у формуванні регуляторної політики та взаємодіє з іншими міністерствами, науково-дослідними установами, міжнародними, громадськими організаціями, що працюють у сфері громадського здоров'я та протидії соціально небезпечним захворюванням.

ВІЗІЯ

Стати національним лідером з формування культури здоров'я у населення України.

МІСІЯ

Бути на варті зміцнення, збереження та захисту здоров'я населення України, працюючи для:

- **ПРОФЕСІЙНОЇ СПІЛЬНОТИ:** визначення професійних та освітніх стандартів, створення умов для безперервного професійного розвитку та покращення якості освіти, розроблення освітніх продуктів;
- **НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ:** надання достовірних даних щодо захворювань та епідемій; промоція здорового способу життя для населення різних вікових категорій; ефективне реагування на надзвичайні ситуації та загрози здоров'ю населення;
- **ДЕРЖАВНИХ ОРГАНІВ:** формування доказової бази для підготовки управлінських рішень, нормативно-правових актів та галузевих програм;
- **ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ:** надання експертних висновків, профільних рекомендацій та прогнозування на місцевому рівні.

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»:

Ковальчук А.	начальник відділу статистики та аналізу
Приходько В.	начальник сектору аналітики відділу статистики та аналізу
Прилепіна Л.	головний фахівець відділу статистики та аналізу
Терлеєва Я.	завідувач відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Медведева О.	лікар-фтизіатр відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Галстян В.	головний фахівець відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Сакальська О.	лікар-фтизіатр відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Кампос-Родрігес Н.	завідувач сектору діагностики туберкульозу
Колесник Р.	завідувач відділу антимікробної резистентності та інфекційного контролю
Яницька І.	головний фахівець відділу антимікробної резистентності та інфекційного контролю
Недоспасова О.	лікар-статистик відділу статистики та аналізу

ЗМІСТ

ЗВЕРНЕННЯ	6
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ	7
РОЗДІЛ 1. УКРАЇНА У КОНТЕКСТІ ВИКОНАННЯ МІЖНАРОДНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЩОДО ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	8
Глобальний контекст у 2021 році	8
Досягнення програми на 2021-2022 рр.	10
Резюме	11
РОЗДІЛ 2. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2023 Р.	12
Основні епідеміологічні показники	12
Захворюваність на ТБ	12
Смертність від ТБ	18
Поширеність ТБ	19
Динаміка за бактеріологічним підтвердженням	20
Динаміка за локалізацією захворювання	21
Динаміка за історією лікування	21
Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей	22
Динаміка повідомлення про ТБ за статтю	24
Динаміка повідомлення про ТБ за віком	25
Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ	25
Динаміка показників захворюваності на МЛС/ШЛС-ТБ	27
Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених	28
Детермінанти туберкульозу	29
Охоплення ТМЧ	29
Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ	30
РОЗДІЛ 3. ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТБ	31
Систематичний скринінг на ТБ серед визначених груп ризику	31
Виявлення ТБ серед ВІЛ-інфікованих осіб	33
Виявлення ТБ серед інших груп ризику	34
Відстеження та систематичний скринінг на ТБ контактних осіб	36
Діагностика ТБ	38
Нормативне врегулювання для діагностики ТБ	39
Зовнішня оцінка якості лабораторних досліджень	42

РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ	44
Структура протитуберкульозної служби в Україні	44
Стан реформування протитуберкульозної служби	44
Організація лікування хворих на ТБ	46
Впровадження орієнтованого на людину підходу до лікування	47
Людиноорієнтовані варіанти лікування, у тому числі цифрові інструменти, що сприяють прихильності до лікування	49
Медико-соціальний супровід пацієнтів з ТБ	50
Лікування туберкульозу	53
Тестування на ВІЛ хворих на ТБ та охоплення АРТ пацієнтів з ТБ/ВІЛ	56
Результати лікування хворих на ТБ	57
РОЗДІЛ 5. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ	64
Адміністративний компонент	64
Інженерний компонент	67
Вентиляція	67
Ультрафіолетове бактерицидне випромінювання	67
Індивідуальний (респіраторний) захист	68
Висновки	68
Адміністративний компонент	68
Інженерний компонент	68
Індивідуальний захист	69
РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ ВИКОНАННЯ ІНДИКАТОРІВ ЗА ЦІЛЯМИ ООН	70
Методологія оцінювання	70
Висновки	76
ВИСНОВКИ	77
Стратегії досягнення в сфері протидії туберкульозу	77
Забезпечення доступу до виявлення та діагностики ТБ	78
Забезпечення доступу до сучасного інноваційного лікування	79
Запровадження Механізму багатосекторальної підзвітності (MAF-TB)	80
Розвиток потенціалу громадянського суспільства та взаємодія у подоланні ТБ	81
Впровадження цифрових технологій на рівні організацій спільнот	81
ВИКЛИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЙНОЮ І ВІДПОВІДІ НА НИХ	82
НАШІ ПЛАНИ	83

ДОРОГІ КОЛЕГИ ТА ДРУЗІ!

Маю честь представити вам національний довідник з туберкульозу, який традиційно підбиває щорічні підсумки, дозволяє провести розбір успішних сторін програми та одержаних уроків, оцінити нові можливості та потенційні загрози.

З початком повномасштабних бойових дій акценти в охороні здоров'я змістилися у бік більш актуальних за умов війни питань оборони та захисту громадян країни. Війна і пов'язані з нею труднощі кидають виклик у питаннях забезпечення санітарного благополуччя, забезпечення доступу до медичної допомоги, недопущення знищення медичної інфраструктури наших міст та сіл.

Цей довідник підбиває підсумки 2022 року. Протягом усього року велася інтенсивна робота в багатьох напрямках з протидії викликам і загрозам, що виникли, і в деяких питаннях спостерігаються позитивні зміни. Багато наших досягнень вже знайшли своє відображення на практиці.

Оновлено Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз». Україна першою в Європейському регіоні ВООЗ оновила національні стандарти з надання медичної допомоги при ТБ відповідно до останніх новітніх рекомендацій ВООЗ.

Чому це важливо? – Забезпечення швидкої адаптації і впровадження стандартів допомоги відповідно до рекомендацій ВООЗ сприятиме можливості для людей в усьому світі мати рівний доступ до інноваційного та більш сучасного лікування.

Імплементовано положення Глобальної стратегії боротьби з ТБ ВООЗ, закладено міжсекторальний підхід до подолання туберкульозу, зміцнено державні гарантії лікування для людей, які хворіють на ТБ, посилено соціальний захист медичних працівників, створено підґрунтя для залу-

чення представників неурядового сектору до надання підтримуючих послуг з ТБ та інше.

Ці позитивні зміни знаменують високу підтримку та відданість держави та національних лідерів у досягненні цілей наради ООН.

В цей важкий період українська система охорони здоров'я та медичні працівники продемонстрували надзвичайну стійкість. Багато хто сам постраждав від війни, але продовжує працювати, щоб рятувати життя. Ваша щоденна самовіддана праця – це і є справжнісінький героїзм. Ви всі бійці невидимого фронту в протистоянні хворобам ТБ і COVID-19, і в той же час ви бійці видимого фронту, тому що ви протидієте несправедливій та нелюдській окупації та реальним загрозам.

Система охорони здоров'я працює та модернізується. І це відбувається навіть у цих надскладних для держави умовах. Все це відбувається завдяки вашій допомозі та підтримці.

Ми твердо віримо, що ми на вірному шляху і ми переможемо. Настане новий день, і ми перевернемо цю сумну сторінку нашої історії.

**ВСЕ БУДЕ УКРАЇНА!
ПЕРЕМОГА БУДЕ ЗА НАМИ!**

**Генеральний директор
Державної установи
«Центр громадського здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України»
Людмила Черненко**

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

DOT	лікування туберкульозу під безпосереднім наглядом за прийомом антимікобактеріальних препаратів (directly observed treatment)
LF-LAM	ліпоарабіноманановий тест бокового зсуву (тест сечі LM-LAM)
VOT	лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв'язку (video-observed treatment)
АМБП	антимікобактеріальні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПС	втрачені для подальшого спостереження
ГВК	група високопріоритетних країн
Глобальний фонд	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС України	заклади охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України
ЗКЯ	зовнішній контроль якості
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІК	інфекційний контроль
ЛЖВ	люди, що живуть з ВІЛ
ЛС-ТБ	лікарсько-стійкий туберкульоз (раніше використовували термін «хіміорезистентний туберкульоз»)
ЛТБІ	латентна туберкульозна інфекція
МГМ	молекулярно-генетичний метод
МіО	моніторинг і оцінювання
МЛС-ТБ	туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (раніше використовували термін «мультирезистентний туберкульоз»)
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НТП	Національна Програма боротьби з ТБ
НУО	неурядові організації
ПЛ ТБІ	профілактичне лікування туберкульозної інфекції
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТД	протитуберкульозний диспансер
ПТЗ	протитуберкульозні заклади
Риф-ТБ	рифампіцин-резистентний туберкульоз
ТБ	туберкульоз
ТМЧ	тест на медикаментозну чутливість
Центр	Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
ШЛС-ТБ	туберкульоз із широкою лікарською стійкістю (раніше використовували термін «туберкульоз з розширеною резистентністю»)

РОЗДІЛ 1.

УКРАЇНА У КОНТЕКСТІ ВИКОНАННЯ МІЖНАРОДНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЩОДО ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ГЛОБАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ У 2021 РОЦІ

Рівень захворюваності на ТБ (нові випадки захворювання на ТБ на 100 000 населення на рік) зріс на 3,6% в період з 2020 по 2021 роки, попри те, що протягом більшої частини останніх двох десятиліть спостерігалось зниження цього показника приблизно на 2% на рік. У всьому світі оціночна кількість смертей від ТБ збільшилася в період з 2019 по 2021 рік на фоні 14-річного зниження смертності з 2005 по 2019 рік. У 2021 році від ТБ померло 1,6 мільйона людей, у тому числі 187 000 осіб із ВІЛ.

Кількість повідомлень про вперше діагностований туберкульоз скоротилася з 7,1 мільйона у 2019 році до 5,8 мільйона у 2020 році. У 2021 році відбулося часткове відновлення цього показника до 6,4 мільйона, але це все ще набагато нижче пандемічного рівня. Проблеми з наданням і доступом до основних ТБ послуг, що зберігаються, означає, що багато людей з ТБ не були діагностовані і не отримували лікування.

У звіті наголошується, що Україна все ще входить до списку 30 країн із високим тягарем МЛС-ТБ. Також зазначається, що країна бореться з негативними наслідками, пов'язаними з війною, і очікується, що можуть виникнути вторинні наслідки у вигляді недоїдання, голоду, кризи в енергетиці та зменшення доходів населення.

Ці фактори, у свою чергу, також можуть негативно позначитися на ситуації щодо туберкульозу.

При аналізі досягнень глобальної стратегії з ліквідації ТБ варто відзначити, що показники захворюваності та смертності в Україні відображають тенденції у СЕЦА (Східна Європа та Центральна Азія), наприклад, «Зниження показника захворюваності на туберкульоз порівняно з 2015 р.» на 20% було досягнуто в Україні і у СЕЦА у 2021 р. Показника смертності не було досягнуто ні в Україні, ні у СЕЦА ні в усьому світі в цілому.

Нижче наведено графік аналізу досягнень стратегії.

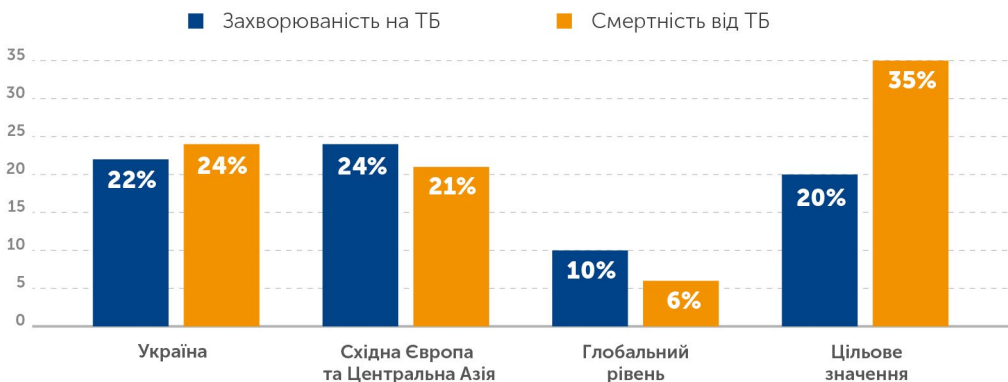


РИС. 1.1. ГРАФІК ДОСЯГНЕННЯ ПРОМІЖНИХ ЦІЛЕЙ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ, РЕГІОНАЛЬНОМУ ТА ГЛОБАЛЬНОМУ РІВНЯХ СТРАТЕГІЇ ЛІКВІДАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ДО 2021 Р.

За деякими показниками, 2021 рік ознаменував собою початок повільного етапу відновлення після перенесених наслідків COVID-19 у національному, регіональному та глобальному контексті.

Національна Програма боротьби з ТБ (НТП) зуміла направити спільні зусилля в потрібному напрямку, що призвело до до-

сягнення прогресу за низкою показників та вирівнювання ситуації за іншими показниками. У той же час досягнення за рядом показників все ще відстають за своїм рівнем від успіхів часів, що передували COVID-19.

Нижче наведено порівняльний аналіз показників на національному, регіональному та глобальному рівнях.

НАСЕЛЕННЯ	UA	EU	GL
	44 млн	931 млн	7880 млн
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ			
Оціночна смертність на 100 000	13	3,0	20
Оціночна захворюваність на 100 000	71 ▼ -4,1% у 2021 р. ▼ -5,2% у 2020 р.	25 ▲ +1,2% у 2021 р. ▼ -6,4% у 2020 р.	134 ▲ +3,6% у 2021 р. ▼ -1,9% у 2020 р.
ДІАГНОСТИКА			
Діагностовано нові випадки та зареєстровані з ТБ	18 307 ▼ +4,4% у 2021 р. ▲ -31% у 2020 р.	166 059 ▲ +1,5% у 2021 р. ▼ -24% у 2020 р.	6 431 705 ▲ +10% у 2021 р. ▼ -18% у 2020 р.
Діагностовано швидкими методами ВООЗ	95 %	70 %	38 %
МЛС-ТБ			
Діагностовано МЛС-ТБ	4 046 ▼ -5% у 2021 р. ▼ -30% у 2020 р.	36 469 ▼ -1,8% у 2021 р. ▼ -21% у 2020 р.	1 67 141 ▲ +6,5% у 2021 р. ▼ -22% у 2020 р.
Розпочали лікування МЛС-ТБ	4 887 ▲ +0,77% у 2021 р. ▼ -34% у 2020 р.	47 504 ▼ -1,5% у 2021 р. ▼ -8,1% у 2020 р.	161 819 ▲ +7,5% у 2021 р. ▼ -15% у 2020 р.
Рекомендовані ВООЗ короткі схеми лікування	31%	6,7%	12%
УСПІШНІСТЬ ЛІКУВАННЯ			
ЛЧ ТБ, 2020 р. когорта	77%	72%	86%
МЛС-ТБ, 2019 р. когорта	61%	57%	60%
Профілактичне лікування	41 882 ▼ -4,7% у 2021 р.	90 869 ▼ -7,8% у 2021 р.	3 582 302 ▲ +12% у 2021 р.

ТАБЛИЦЯ 1: ОГЛЯД ПОКАЗНИКІВ ТА ЗАГАЛЬНИХ ТЕНДЕНЦІЙ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ, РЕГІОНАЛЬНОМУ ТА ГЛОБАЛЬНОМУ РІВНЯХ, 2021 Р.

ДОСЯГНЕННЯ ПРОГРАМИ НА 2021-2022

Серед сильних сторін національної програми слід зазначити такі:

Зниження захворюваності на ТБ два роки поспіль, проте це може бути частково пов'язане з введенням обмежувальних заходів у зв'язку з COVID-19 у 2020 р. Але водночас зріс показник виявлення нових випадків на +4,4% у 2021, що також позитивно позначилося на загальній картині захворюваності.

Діагностика

- Національна програма досягла рівня охоплення діагностикою експрес-методами ВООЗ, національний (Н) показник 95% і перевищує аналогічний регіональний (Р) показник (70%) та глобальний (Г) показник (38%).

Мета стратегії досягнута $\geq 90\%$.

- Показник «% бактеріологічно підтверджених» (Н-73%, Р-70%, Г-63%).

Показник вищий по країні, однак низький від мети стратегії $>90\%$.

- Показник «% бактеріологічно підтверджених випадків ТБ, перевірених на стійкість до рифампіцину – Нові випадки», склав (Н-97%, Р-92%, Г-69%).

Показник вищий по країні, проте не досягає мети стратегії у 100%.

- Показник «% бактеріологічно підтверджених випадків ТБ, перевірених на стійкість до рифампіцину – Раніше проліковані випадки» склав (Н-97%, Р-95%, Г-77%).

Показник вищий по країні, проте не досягає мети стратегії у 100%.

Лікування

- Показник «Охоплення рекомендованими ВООЗ короткими схемами лікування» є найвищим – 31% і перевищує регіональний (6,7%) і глобальний (12%).

Мета стратегії 90%.

- Показник успішності лікування МЛС-ТБ серед когорти хворих за 2019 рік становить 61%, і перевищує регіональний (57%)

та глобальний рівень (60%). Що має бути пов'язане з більш поширеним застосуванням коротких режимів лікування в Україні.

Успішність МЛС-ТБ у цілі стратегії $>80\%$.

ВІЛ/ТБ

- Показник «% із відомим ВІЛ-статусом» становив 98% в Україні (Р-94%, Г-76%).

Ціль стратегії 100%.

- Показник «Пацієнти з відомим ВІЛ-статусом, ВІЛ-позитивні, що отримують курс антиретровірусної терапії» (Н-92%, Р-80%, Г-89%).

Ціль стратегії 100%.

Профілактика

- «% ВІЛ-позитивних людей (які проходять лікування вперше) на профілактичному лікуванні» (Н-68%, Р-67%, Г-59%).

Мета стратегії = 99%.

- «% дітей (у віці <5 років), які перебувають у побутовому контакті з хворими з бактеріологічно підтвердженим ТБ та проходять профілактичну терапію» (Н-100%, Р-100%, Г-32%).

Мета стратегії $\geq 90\%$ досягнуто.

Фінансування

- Збільшився загальний обсяг фінансування програми на 5%, що зменшило розрив у недофінансуванні програми та скоротило недофінансування до 10%, в той час як глобальний показник недофінансування становить 25%. Відсоток державного фінансування становив 72%.

Мета стратегії $\geq 80\%$ має складати частка державного фінансування.

Потребують додаткової роботи:

- Високе співвідношення «оціночних випадків МЛС-ТБ», нових випадків (Н-31%, Р-26%, Г-3,6%), а також раніше пролікованих випадків (Н-45%, Р-57%, Г-18%), що передбачає, що майже в половині випадків пацієнти не завершують лікування і третина випадків мають первинне зараження МЛС-ТБ та передбачають посилення моніторингу та підтримки лікування.

- Показник виявлення туберкульозу серед дітей залишається низьким, необхідне посилення співробітництва та координація заходів дитячих фтизіатрів та фтизіатрів, а також прискорене впровадження оновлених рекомендацій ВООЗ з діагностики туберкульозу серед дітей. Проте, слід зазначити, що на даному етапі показник низький як у регіоні, так і у світі. (Н-2%, Р-4%, Р-7%).

Мета стратегії $\geq 10\%$ від усіх випадків.

- Показник охоплення лікуванням, від числа зареєстрованих у розрахунку на оціночну захворюваність становив Н-59%, Р-72%, Г-61%, що потребує посилення заходів щодо надання загаль-

ного охоплення послугами охорони здоров'я.

Мета стратегії $\geq 90\%$.

- Незважаючи на те, що показники успішності лікування серед нових випадків і рецидивів склав 77% і перевищив регіональний показник у 72%, він все ще поступається глобальному показнику в 86%.

Мета стратегії $\geq 90\%$.

- Показник «Раніше проліковані хворі, за винятком рецидивів, зареєстрованих у 2020», аналогічно перевищує регіональний, але поступається глобальному (Н-68%, Р-60%, Г-74%).

Мета стратегії $\geq 90\%$.

РЕЗЮМЕ

Загалом відзначається ряд позитивних тенденцій, як:

- Показники діагностики ТБ стабільно залишаються високими у країні, і НТП вдається утримувати високий рівень охоплення діагностикою експрес тестами ВООЗ та «Діагностикою на стійкість до рифампіцину».
- Спостерігався значний прогрес у використанні коротких модифікованих схем лікування ТБ і як наслідок покращилися показники лікування МЛС-ТБ.
- Показник охоплення профілактичним лікуванням контактних осіб серед дітей стабільно залишається високим, за рахунок цього зрівнюються показники надання профілактичної допомоги серед інших груп (ЛЖВ та домашні контакти), хоча дві останні групи також вимагають більш пильної уваги.

- Збільшився обсяг фінансування програми на 5%, що дозволяє мінімізувати розриви потреб та ресурсів для покриття потреб програми. Спостерігається позитивна динаміка у фінансуванні НТП.

Серед компонентів, які потребують посилення, слід зазначити:

- Збільшення виявлених нових випадків ТБ та забезпечення проходження повного курсу лікування ТБ, відповідно буде необхідно врахувати можливості матеріального стимулювання медичних працівників від % виявлених випадків та % повністю пролікованих хворих.
- Поліпшення охоплення та успішності лікування серед усіх випадків ТБ.
- Посилення координації та заходів зі службами ВІЛ, оскільки відсоток хворих на ко-інфекцію ВІЛ достатньо високий.

РОЗДІЛ 2.

ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2023 Р.

Ефективність протитуберкульозних заходів багато в чому залежить від своєчасної і всебічної оцінки епідеміологічних показників і аналізу показників в динаміці.

У цьому огляді представлені окремі основні показники за 2022 рік, а також в динаміці 2017-2022, які поділяються на такі блоки:

- Показники епідемічної ситуації щодо туберкульозу (реєстрація нових випадків, смертність від туберкульозу)
- Соціально-демографічні показники (вік, стать, місце проживання)
- Показники раннього виявлення туберкульозу (% пацієнтів з бактеріовиділенням, туберкульоз серед контактних)

Для об'єктивної оцінки протитуберкульозної програми слід розглядати комплексно показники, їх взаємозв'язок і вплив зовнішніх (іноді несприятливих, військових) факторів.

За деякими показниками, 2021 рік ознаменував собою початок повільного етапу відновлення після перенесених наслідків COVID-19 у національному, регіональному та глобальному контексті. Національна Програма боротьби з ТБ (НТП) зуміла направити спільні зусилля в потрібному напрямку, що призвело до досягнення прогресу за низкою показників та вирівнювання ситуації за іншими показниками. У той же час досягнення за рядом показників все ще відстають за своїм рівнем від успіхів часів, що передували COVID-19. Нижче наведено порівняльний аналіз показників на національному, регіональному та глобальному рівнях.

ОСНОВНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ

Захворюваність на ТБ

За даними поточного епідеміологічного нагляду, показник захворюваності на ТБ у 2022 р., становить 45,1 на 100 000 населення.



РИС. 2.1. ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТБ (НОВІ ВИПАДКИ ТА РЕЦИДИВИ) ЗА ПЕРІОД 2017–2022 РР. (АБСОЛЮТНА КІЛЬКІСТЬ ТА ПОКАЗНИК НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ)

В 15 областях України з 25 спостерігається зростання показника захворюваності на ТБ. Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровано в Дніпропетровській (108,8), Одеській (94,3), Кіровоградській (76,6), Закарпатській (74,7), Волинській (60,5) областях; найнижчі показники – у Херсон-

ській (28,7), Харківській (23,0), Донецькій (14,8), Луганській (6,7) областях та у м. Києві (24,8).

На зменшення рівня реєстрації випадків ТБ в деяких областях вплинули бойові дії, часткова окупація та атаки на систему охорони здоров'я.

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	ПОКАЗНИК НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Вінницька	52,7	55,9	33,9	26,5	44,3
2	Волинська	68,2	64,3	48,5	59,9	60,5
3	Дніпропетровська	77,1	79,1	63,2	67,7	108,8
4	Донецька	71,7	66,9	56,5	51,6	14,8
5	Житомирська	76,5	68,6	44,4	50	54,7
6	Закарпатська	67,6	69,1	51,6	60	74,7
7	Запорізька	79,4	71,7	53,2	50,5	33,5
8	Івано-Франківська	56,5	50,3	29,2	30	36,1
9	Київська	74	71,3	47,4	48,9	44,2
10	Кіровоградська	73	75,3	55,5	47,9	76,6
11	Луганська	71	61,9	47,8	45,3	6,7
12	Львівська	65,7	64,7	44	50	56,1
13	Миколаївська	69,3	68,1	47,8	53,5	48,7
14	Одеська	140,6	138,5	91,8	105,9	94,3
15	Полтавська	59,5	52,1	36,5	34,9	52
16	Рівненська	54,8	53,4	36,4	38,9	47,2
17	Сумська	69,7	63,4	41,9	42,6	43,1
18	Тернопільська	42,6	42,3	21,6	24,4	32,9
19	Харківська	49,7	48,7	35,2	36,2	23
20	Херсонська	83,4	77,9	59,6	53,8	28,7
21	Хмельницька	61,2	58	37,2	32,3	34,7
22	Черкаська	58,6	54,8	40,7	40,2	51,3
23	Чернівецька	34,6	40,6	22,8	25,3	32,2
24	Чернігівська	73,7	58,3	44	56,2	43,4
25	м. Київ	44,8	45	28	28,5	24,8
	УКРАЇНА	62,3	60,1	42,2	44	45,1

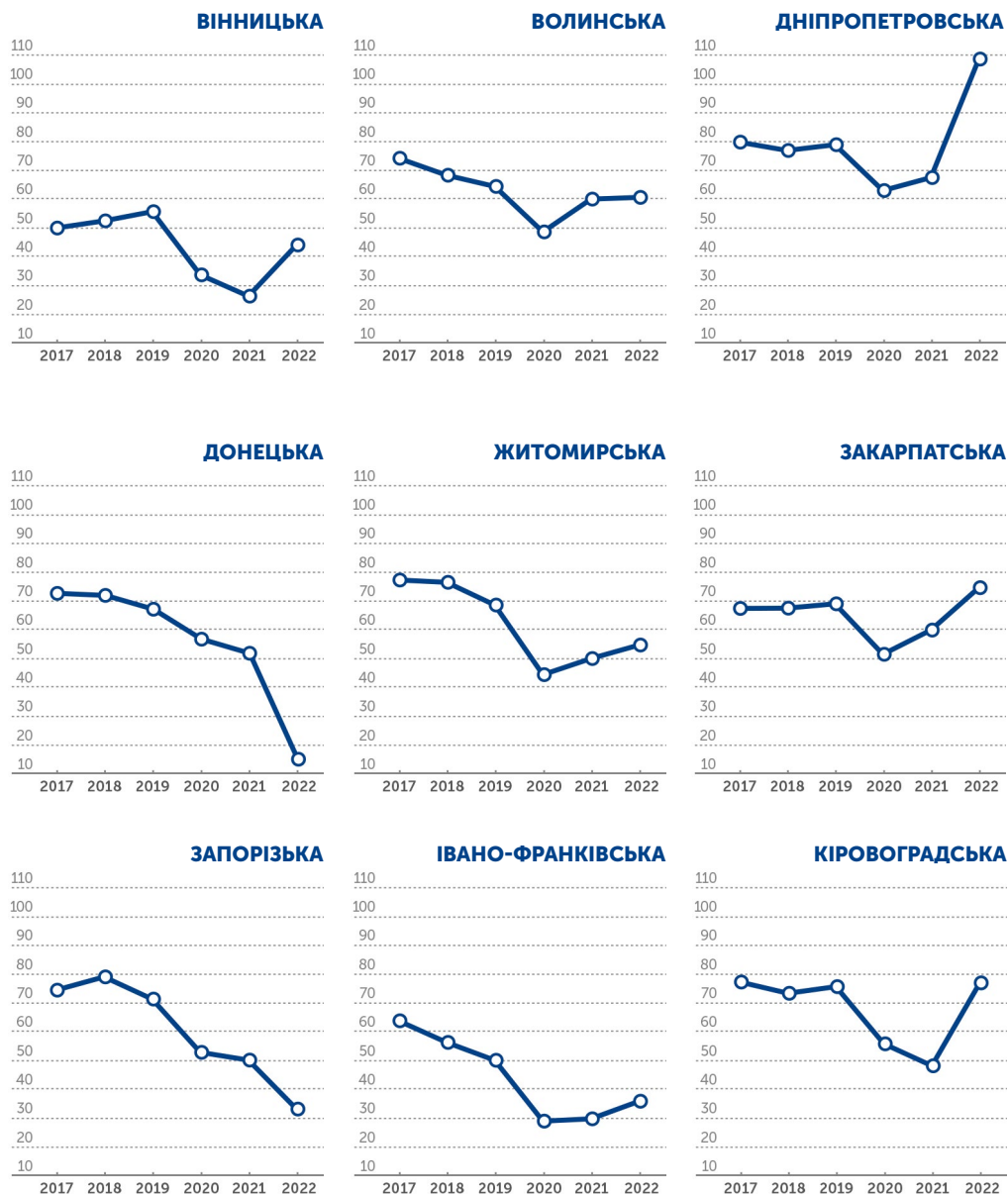
РИС. 2.2. ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НОВИХ ВИПАДКІВ І РЕЦИДИВІВ ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ ЗА АДМІНІСТРАТИВНИМИ ТЕРИТОРІЯМИ*

* Дані використані з форми № 8 «Звіт про захворювання на активний туберкульоз»

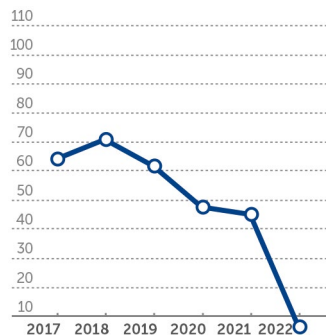
На рисунку 2.3 наведено криві коливання показників захворюваності на ТБ на 100 000 населення у період з 2017 по 2022 рр. Тенденція реєстрації ТБ в усіх областях є послідовною, проте з різними темпами змін.

За останні п'ять років і особливо під впливом війни та міграційних процесів серед

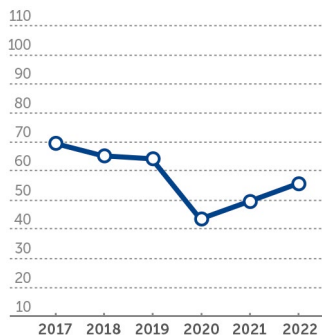
населення окупованих областей найбільший спад відзначено у Луганській, Донецькій, Запорізькій, Харківській та Херсонській областях, натомість маємо зростання у Дніпропетровській, Закарпатській, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Вінницькій областях.



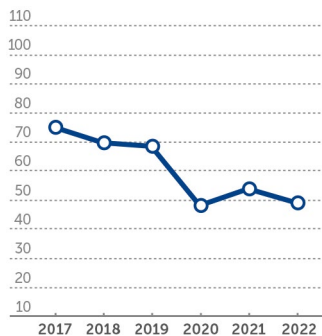
ЛУГАНСЬКА



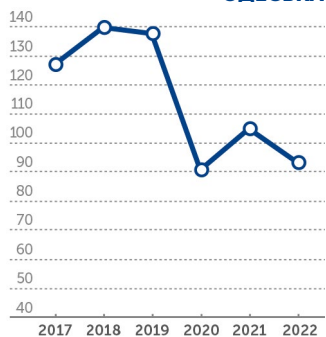
ЛЬВІВСЬКА



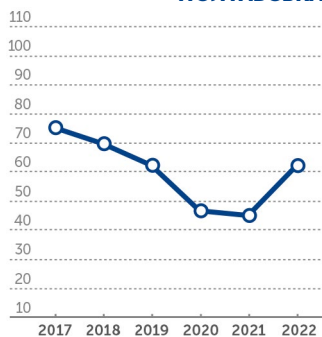
МИКОЛАЇВСЬКА



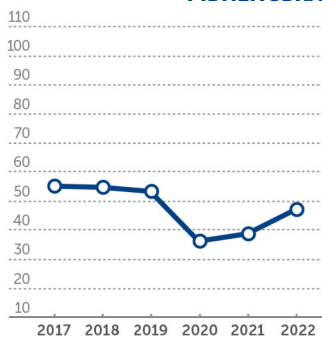
ОДЕСЬКА



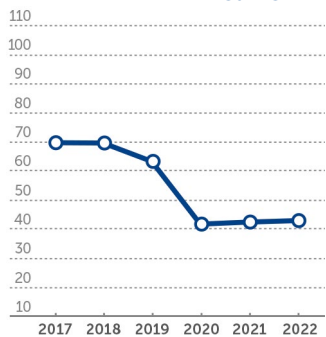
ПОЛТАВСЬКА



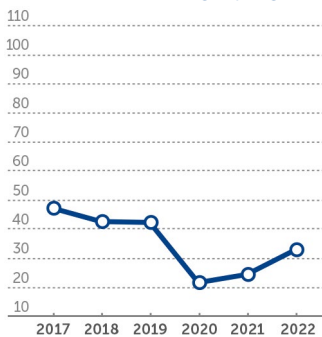
РІВНЕНСЬКА



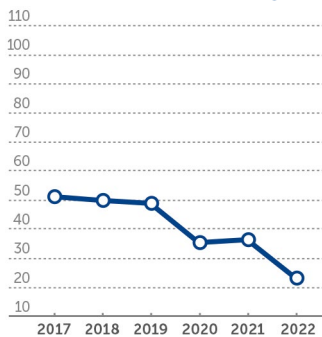
СУМСЬКА



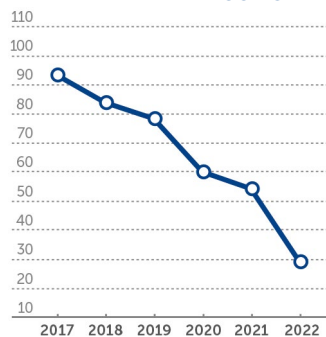
ТЕРНОПІЛЬСЬКА



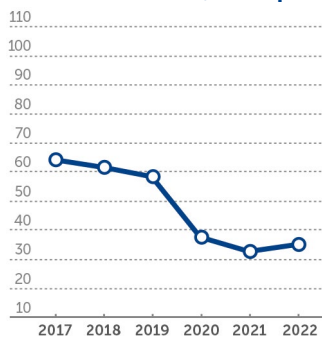
ХАРКІВСЬКА



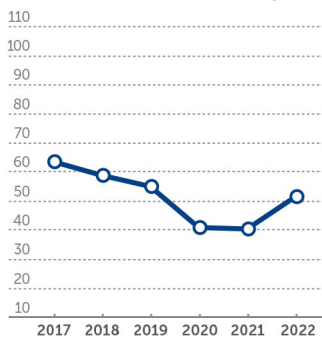
ХЕРСОНСЬКА



ХМЕЛЬНИЦЬКА



ЧЕРКАСЬКА



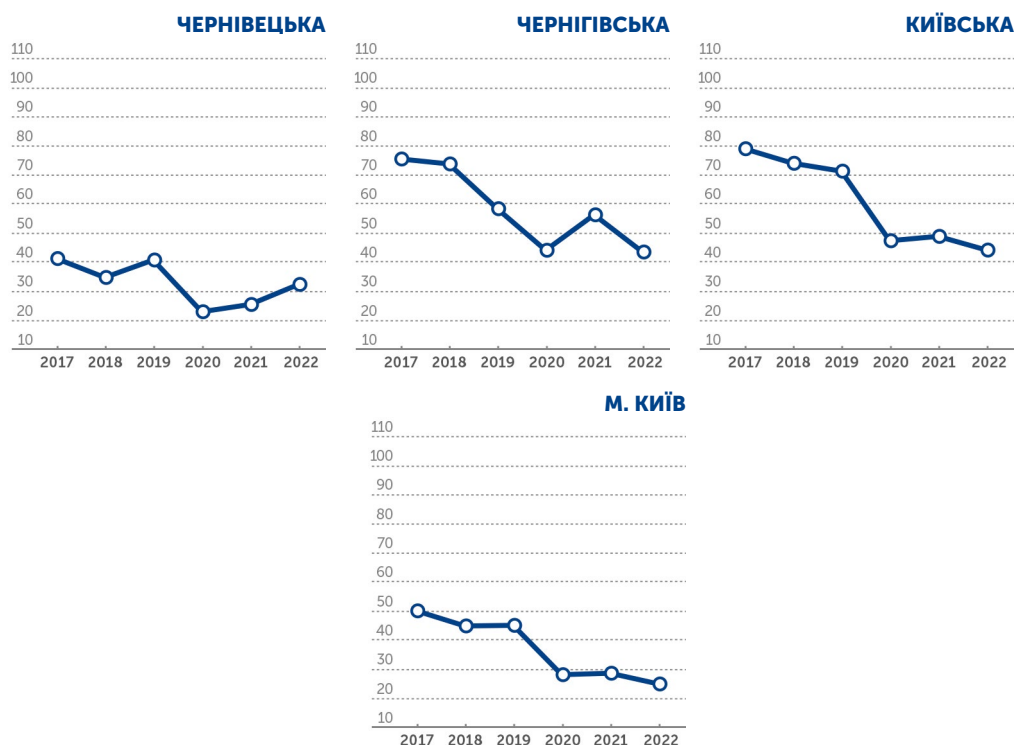


РИС. 2.3. ПОКАЗНИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ У 2017–2022 РР.

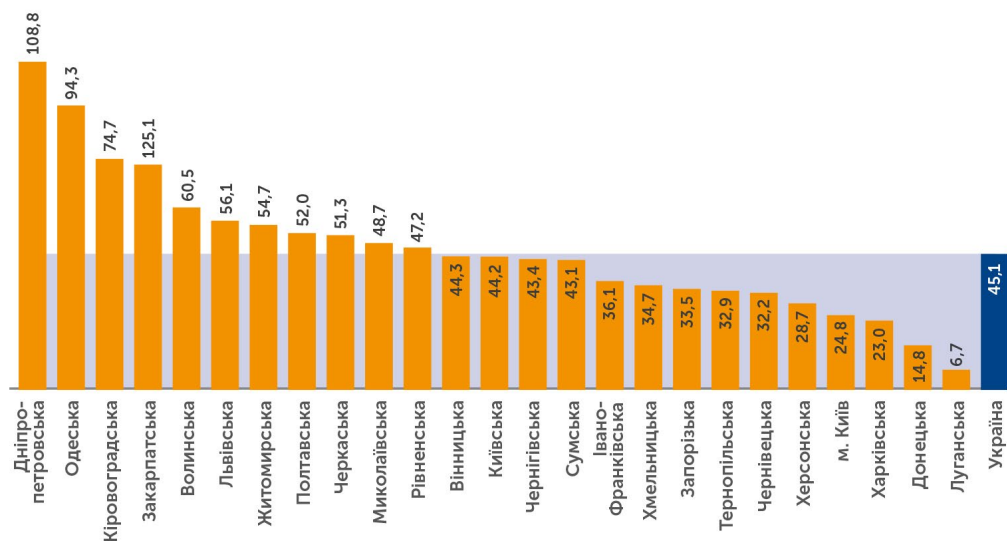


РИС. 2.4. ПОКАЗНИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ У 2022 Р. (РЕЙТИНГ ПО ОБЛАСТЯМ)

Для реєстрації випадків туберкульозу за результатами бактеріологічного підтвердження в Україні використовується форма звітності № 4 «Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II та III категорій хворих (за даними бактеріоскопії і/або культураль-

ного дослідження) ТБ 07». За останні п'ять років спостерігається щорічне зростання бактеріологічного підтвердження випадків ТБ (з 66,9% у 2017 до 73,0% у 2022 році) серед нових випадків та рецидивів легеневих форм туберкульозу.

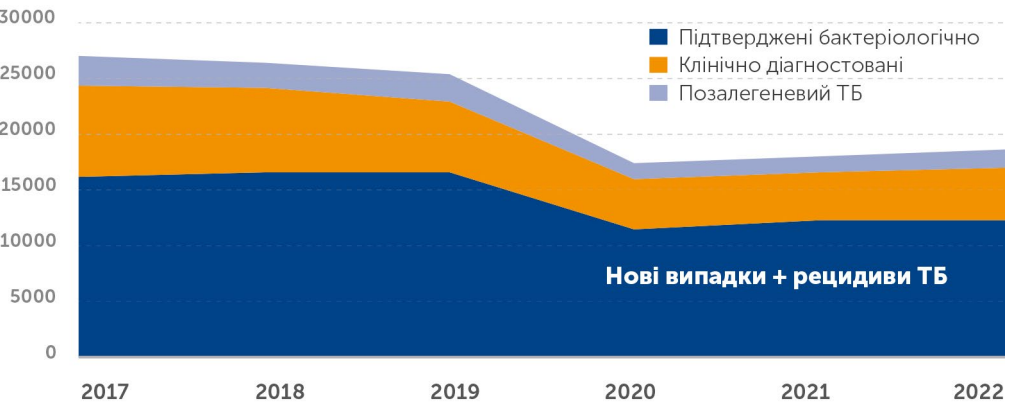


РИС. 2.5. ПОКАЗНИК РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛАБОРАТОРНОГО ПІДТВЕРДЖЕННЯ, 2017–2022 РР.

За даними рисунку 2.5, показники реєстрації, дезагреговані за результатами бактеріологічного підтвердження, йдуть подібною траєкторією зниження, але з різною швидкістю: найшвидше зниження відзначено серед клінічно діагнованих випадків легеневого ТБ.

Щодо показників захворюваності на ТБ серед міського та сільського населення України, то майже в усіх областях України захворюваність на ТБ (нові випадки і рецидиви) серед сільських жителів є вищою на 20–30%, ніж захворюваність міських жителів (рисунком 2.6).

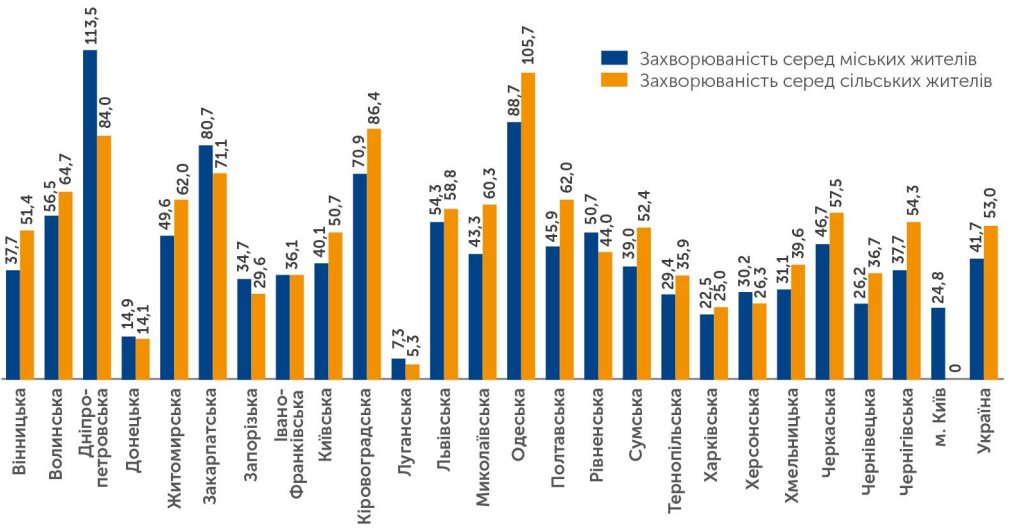


РИС. 2.6. РОЗПОДІЛ ПОКАЗНИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТБ СЕРЕД МІСЬКИХ ТА СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ ЗА ОБЛАСТЯМИ УКРАЇНИ, 2022 Р. (НА 100 000 ВІДПОВІДНОГО НАСЕЛЕННЯ)

Смертність від ТБ

Стабільно висока смертність фіксується у Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Херсонській областях. Це характеризує несприятливу епідеміологічну ситуацію в цих областях.

В середньому в Україні смертність за 2021 рік становила 7,5 на 100 000 населення. Найнижчий показник смертності зафіксовано у Вінницькій, Івано-Франківській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій

областях та Києві. У 14 областях з 25 (56% від усіх) спостерігалось зниження смертності.

Якщо для досягнення цілей стратегії необхідно щорічне та планомірне зниження смертності на -7%, то лише у двох областях, Сумській та Хмельницькій відбулося систематичне зниження в межах норми. В Луганській, Полтавській, Херсонській областях відбулося різке зниження смертності більш ніж на 15%, що вказує на вплив зовнішніх несприятливих факторів. В Чернігівській та

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2018	2019	2020	2021
1	Вінницька	7,5	5,4	5,1	6
2	Волинська	12,9	11,4	7,6	9,1
3	Дніпропетровська	13,2	12,4	10,1	10,9
4	Донецька	12,9	10,9	10,4	9,2
5	Житомирська	10,8	8,8	6,7	8,2
6	Закарпатська	10	10,9	11	10,9
7	Запорізька	11,4	13,3	10	9,7
8	Івано-Франківська	7,6	6	4	3,3
9	Київська	10	8,1	7,4	7,2
10	Кіровоградська	11,8	10	9	11
11	Луганська	14,2	13,7	17,3	11,7
12	Львівська	10,1	9	7	7,9
13	Миколаївська	7,5	6,8	8,1	7,7
14	Одеська	12,1	12,8	10,5	10,6
15	Полтавська	8,5	8	6,6	5,2
16	Рівненська	8,5	7,7	6,5	5,9
17	Сумська	11,4	11	9,1	8,4
18	Тернопільська	5,3	3,7	3,4	2,8
19	Харківська	8,8	7,7	7	7
20	Херсонська	11,7	11,9	11,8	9,9
21	Хмельницька	6,1	6,7	4,4	4,1
22	Черкаська	8,4	7,3	6,1	8,1
23	Чернівецька	7,9	5,8	4,6	4,7
24	Чернігівська	7,4	8	8,3	8,1
25	м. Київ	4,7	4,9	4,1	3,5
	УКРАЇНА	9,4	8,8	7,4	7,5

РИС. 2.7. ПОКАЗНИК СМЕРТНОСТІ ВІД ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ
ЗА АДМІНІСТРАТИВНИМИ ТЕРИТОРІЯМИ.

Запорізькій областях спад був низьким – у межах 2-3%, і потребує додаткових зусиль. В цілому в Україні спостерігається стабільний рівень смертності порівняно з 2020 роком.

Поширеність ТБ

Показник поширеності ТБ протягом останніх шести років має тенденцію до зни-

ження: у 2022 р. поширеність зменшилась на 7,8% порівняно з показниками 2021 р. Найвищий рівень поширеності ТБ було зареєстровано в Одеській (125,1), Миколаївській (87,3), Дніпропетровській (79,2) та Закарпатській (70,9) областях. Порівняно до показників 2021 р., зростання поширеності ТБ зафіксовано у п'яти областях (рисунок 2.8).



РИС. 2.8. ПОШИРЕНІСТЬ УСІХ ФОРМ АКТИВНОГО ТБ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2017–2022 РР. (НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ)

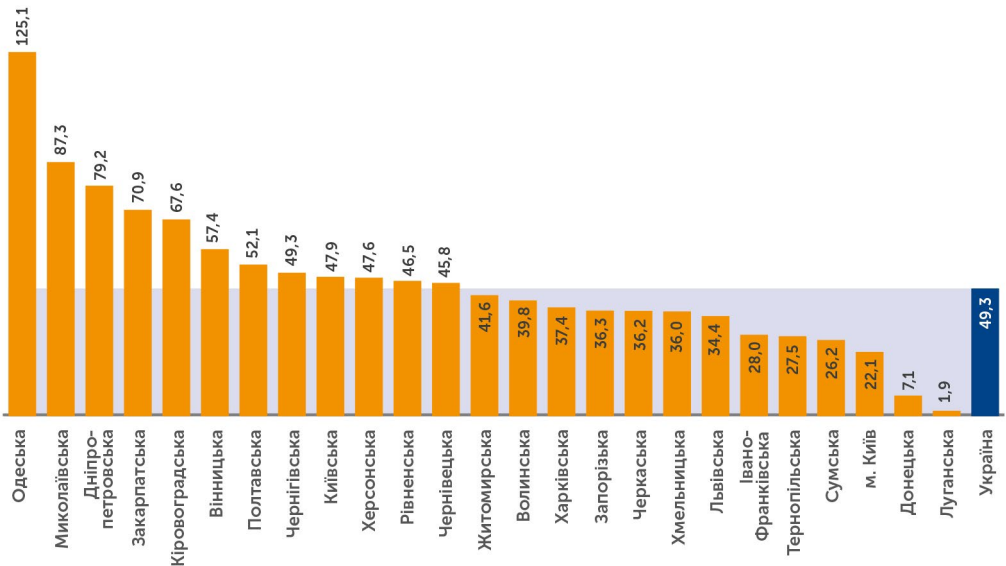


РИС. 2.9. ПОШИРЕНІСТЬ УСІХ ФОРМ АКТИВНОГО ТБ (РЕЙТИНГ ПО ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ, 2022 Р.).

Динаміка за бактеріологічним підтвердженням

З кожним роком в Україні збільшується частка бактеріологічно підтверджених випадків туберкульозу легень, У період 2017–2022 рр. вона зросла з 66,9% до 73,0% відповідно (рисунок 2.10).

У 2022 р. частка лабораторно підтверджених випадків ТБ варіювалася від 62,7% в Кіровоградській до 90,6% у Чернівецькій областях, що свідчить про деякі відмінності у практиці діагностики ТБ. Частково ця різниця пов'язана також з неоднорідністю поширеності ВІЛ-інфекції у країні.

З 25 областей у 22 відзначено збільшення частки бактеріологічно підтверджених випадків (понад 3%), у трьох (Дніпропетровська, Сумська та Кіровоградська) – частка бактеріологічно підтверджених випадків знизилася у 2022р, порівняно до показників 2017 р. (рисунок 2.11).

У 2022 р. частка лабораторно підтверджених випадків ТБ варіювалася від 62,7% в Кіровоградській до 90,6% у Чернівецькій областях, що свідчить про деякі відмінності у практиці діагностики ТБ. Частково ця різниця пов'язана також з неоднорідністю поширеності ВІЛ-інфекції у країні.

З 25 областей у 22 відзначено збільшення частки бактеріологічно підтверджених



РИС. 2.10. РЕЄСТРАЦІЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ТА КЛІНІЧНО ДІАГНОСТОВАНИХ ВИПАДКІВ ТБ (НОВІ ВИПАДКИ І РЕЦИДИВИ ЛЕГЕНЬ) І ЧАСТКА БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ВИПАДКІВ ТБ.

випадків (понад 3%), у трьох (Дніпропетровська, Сумська та Кіровоградська) – частка бактеріологічно підтверджених випадків знизилася у 2022р, порівняно до показників 2017 р. (рисунок 2.11).

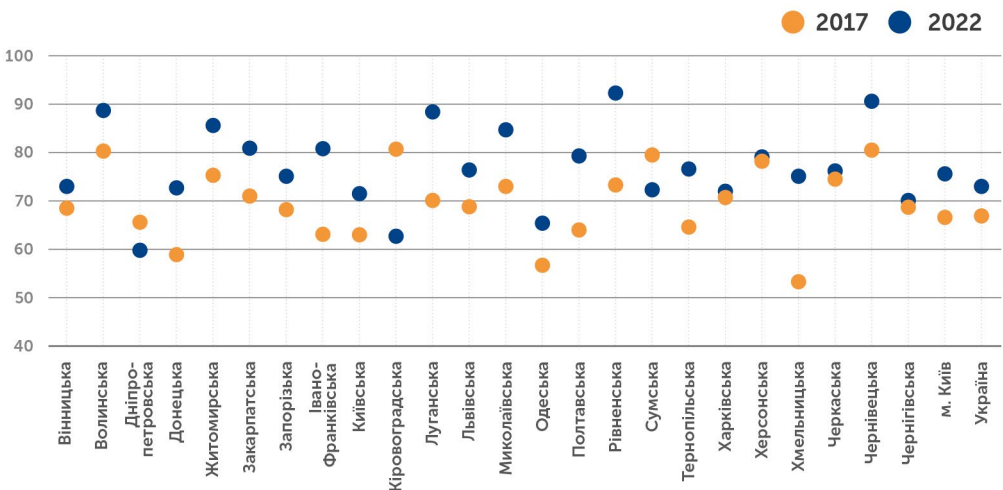


РИС. 2.11. ПОРІВНЯННЯ ЧАСТКИ БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ВИПАДКІВ ТБ ЛЕГЕНЬ (НОВІ ВИПАДКИ І РЕЦИДИВИ) У 2017 ТА 2022 РОКАХ

Динаміка за локалізацією захворювання

У період з 2017 по 2022 рр, на фоні зменшення загальної кількості випадків ТБ, відзначено тенденцію до зменшення кількості випадків позалегенового ТБ у загальній структурі захворюваності з 9,2% у 2017 р. до 8,4% у 2022 р.

У 2022 р, частка випадків позалегенового ТБ варіювала від 3,1% у Чернівецькій до 15,2% у Вінницькій областях.

Загалом, суттєвої зміни частки випадків позалегенового ТБ не відзначено, що свідчить про загальну стабільність діагностики ТБ (рисунок 2.13).

Динаміка за історією лікування

За останні три роки на фоні стабільної кількості зареєстрованих випадків чутливого ТБ відзначено зменшення частки повторно пролікованих пацієнтів до 22,9% у 2022 році, (рисунок 2.14).

Частка виявлення повторних випадків за областями у 2022 р, незначною мірою варіюється: від 17,6% у Житомирській області до 29,1% в Чернівецькій області (рисунок 2.15).



РИС. 2.12. ДИНАМІКА РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ ВИПАДКІВ І РЕЦИДИВІВ ЛЕГЕНЕВОГО І ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ; ЧАСТКА ВИПАДКІВ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ

Частково ці відмінності можна пояснити неоднорідністю ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Проте різкі коливання частки перехворілих в межах області обумовлює деяка нестабільність або зміни практики діагностики чи повідомлення про перехворілих.

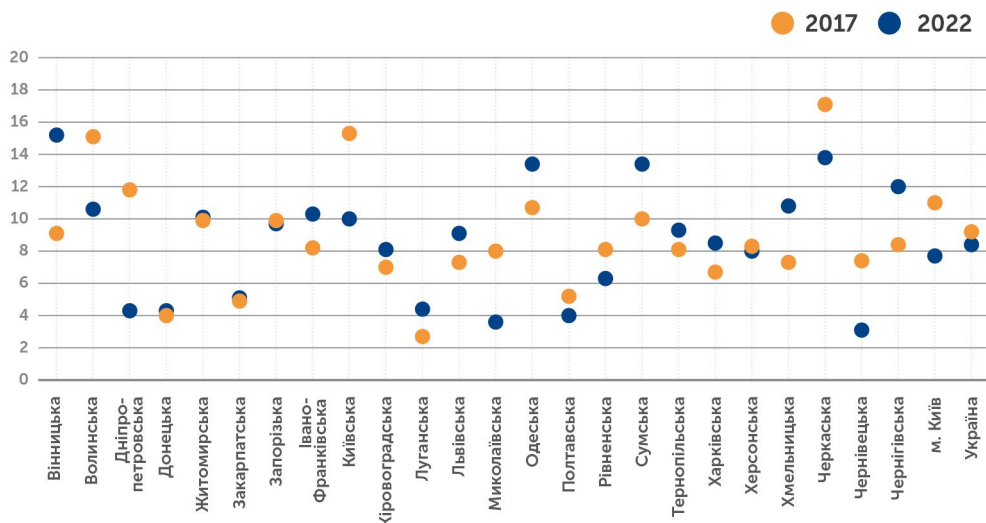


РИС. 2.13. ЧАСТКА ВИПАДКІВ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ У 2017 ТА 2022 РР. ПО ОБЛАСТЯХ



РИС. 2.14. ДИНАМІКА РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ І ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТБ, А ТАКОЖ ЧАСТКИ ПОВТОРНОГО ЛІКУВАННЯ СЕРЕД УСІХ ВИПАДКІВ ТБ

Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей

Абсолютне число випадків ТБ у дітей зменшилось з 463 до 450 порівняно до показників минулого року. Поряд зі збільшенням абсолютної кількості реєстрації нових випадків ТБ та рецидивів захворювання, відзначено незначне збільшення відсотка ТБ у

дітей серед загальної кількості випадків з 2,2% у 2017 р. до 2,4% у 2022 р. (рисунк 2.16).

Часто ТБ не розглядають як можливий діагноз при захворюваннях серед дітей, тому він залишається невиявленим. Важко встановити остаточний діагноз ТБ у дітей, оскільки він рідко підтверджується бактеріологічно.



РИС. 2.16. КІЛЬКІСТЬ І ЧАСТКА ВИПАДКІВ ТБ СЕРЕД ДІТЕЙ ВІКОМ 0–14 РОКІВ (НОВИХ ТА РЕЦИДИВІВ) СЕРЕД ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ ВИПАДКІВ ТБ

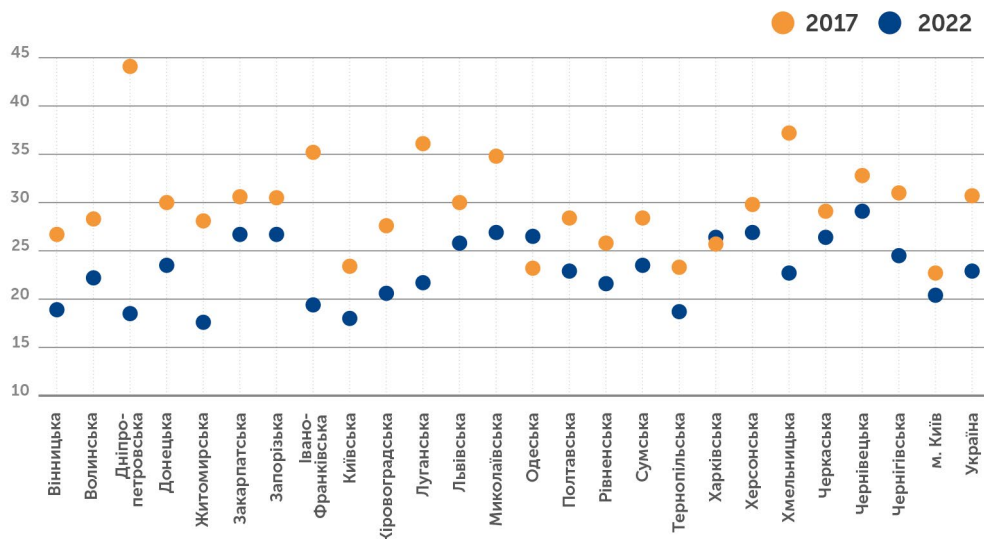


РИС. 2.15. ЧАСТКА РАНІШЕ ПРОЛІКОВАНИХ ВИПАДКІВ ТБ ПО ОБЛАСТЯХ У 2017 І 2022 РР.

Фактичні дані свідчать про те, що у країнах з епідемією ТБ, зокрема в Україні, де відзначають найвищий рівень реєстрації випадків серед молодих вікових груп, а рівень розвитку економіки є невисоким (низький і середній рівень доходу), очікувана частка випадків ТБ серед дітей має становити від 5 до 10%.

Частка нижче 5% передбачає неповний діагноз або неповну звітність про випадки ТБ у дітей. Оскільки останнім часом частка випадків ТБ у дітей на національному рівні постійно була нижчою за очікуваний рівень (принаймні, 5%), можна припустити, що Україна потребує покращення діагностики ТБ серед дітей. При спостереженні за часткою випадків ТБ серед дітей з розподілом за областями було виявлено досить різкі міжрічні коливання у відсотковому відношенні випадків ТБ серед дітей, що свідчить про нестійкість спостереження за динамікою діагностики цього показника.

На регіональному рівні частка виявлення випадків ТБ серед дітей у 2022 р. коливалася від 0,6% у Тернопільській області до 13,2% у

Кіровоградській області. У дев'яти областях частка виявлення випадків ТБ серед дітей знизилася, у семи – залишилася здебільшого стабільною, і у 9 областях – збільшилася, ймовірно, через покращення діагностики ТБ серед дітей.



РИС. 2.18. СПІВВІДНОШЕННЯ ВІКОВИХ ГРУП 0–4 РОКИ ДО 5–14 РОКІВ СЕРЕД ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТБ, В УКРАЇНІ, 2017–2022 РР.

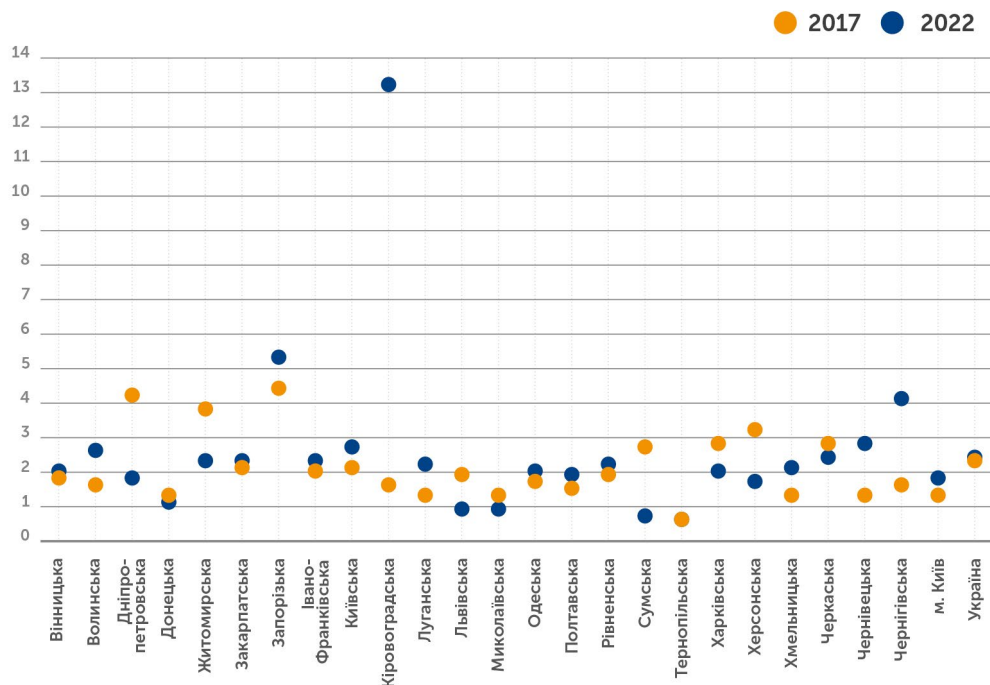


РИС. 2.17. ЧАСТКА ВИПАДКІВ ТБ СЕРЕД ДІТЕЙ (НОВІ ВИПАДКИ І РЕЦИДИВИ ЗАХВОРЮВАННЯ) ПО ОБЛАСТЯХ У 2017 І 2022 РР.

Дані епіднагляду щодо дітей, у яких виявлено ТБ, вважають надійними і точними, а про всі випадки ТБ у дітей звітують, якщо співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років перебуває у діапазоні 1,5–3,0.

У 2017–2022 рр. співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років становило 0,9–0,3.

За поточними статистичними даними відзначено зменшення частки випадків ТБ серед дітей (віком до 17 років) серед усіх нових випадків ТБ та рецидивів захворювання (з 3,3% до 3,1%): у 2022 р. загальний показник по Україні становив 7,9 проти 8,2 на 100 000 дитячого населення у 2021 р., що є нижче на 3,7%. Загалом ТБ діагностовано у 577 дітей проти 610 у минулому році.

Приріст захворюваності серед дітей віком до 17 років відзначено у п'яти областях: Львівській (78,9%), Полтавській (115,4%), Чернівецькій (150%), Кіровоградській (193,1%), Чернігівській (153,8%) та м. Київ (105,6%).

В інших областях спостерігають відносно стабільність або зниження рівня захворюваності у цій віковій категорії.

Динаміка повідомлення про ТБ за статтю

З 2017 по 2022 рр. в Україні коливання показників реєстрації випадків ТБ серед чолові-



РИС. 2.19. КІЛЬКІСТЬ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ І РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ З РОЗПОДІЛОМ ЗА СТАТТЮ

ків та жінок було здебільшого пропорційним; частка всіх нових випадків ТБ і рецидивів захворювання серед чоловіків залишалася стабільною на рівні близько 70%. Проте, у 2022 році частка чоловіків збільшилась до 74,4% (рисунок 2.19).

Найбільша вікова група серед пацієнтів з ТБ – чоловіки віком 35–44 років (рисунок 2.20).

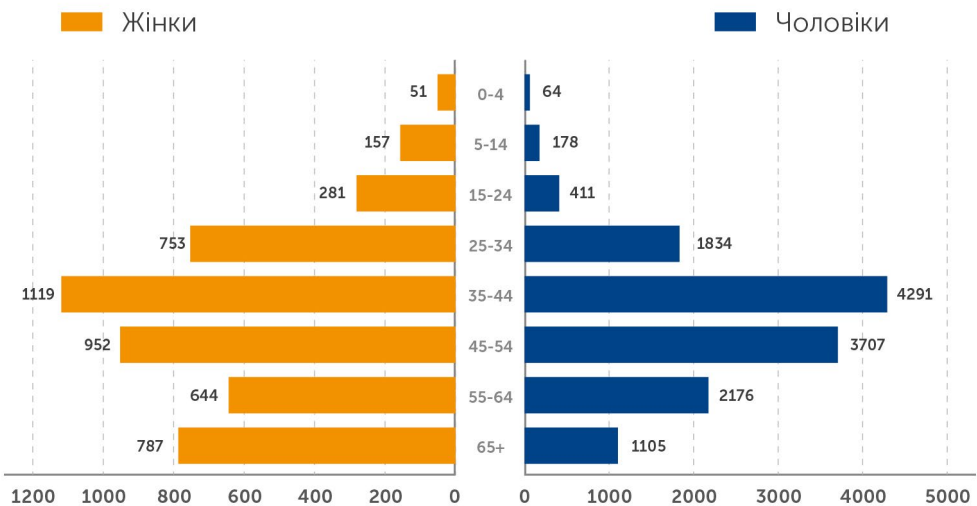


РИС. 2.20. ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВИПАДКИ ТБ (НОВІ ВИПАДКИ ТА РЕЦИДИВИ) В УКРАЇНІ З РОЗПОДІЛОМ ЗА ВІКОМ І СТАТТЮ, 2022 Р.

Динаміка повідомлення про ТБ за віком

На рисунку 2.21 наведено динаміку показників реєстрації нових випадків ТБ і рецидивів захворювання з розподілом за віковими групами. Найбільший тягар ТБ є серед людей віком 35–44 роки. У період з 2017 по 2022 рр. показники захворюваності на ТБ знижувались в усіх вікових групах старше 14 років, але різними темпами: найбільш швидке зниження було відзначено у віковій групі 25–34 роки (–8,0% щорічно) і 15–24 роки (–6,3% щорічно), тоді як у людей старше 45 років з 2020 року спостерігається зростання випадків захворювання на ТБ.

Ця модель тимчасових змін узгоджується із загальним розумінням епідеміології ТБ – «старіння епідемії», що є ознакою зниження тягара ТБ у реальній популяції, ТБ у людей літнього віку найчастіше виникає у результаті реактивації латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ), а, отже, зниження швидкості передачі мало впливає на показники захво-

рюваності на ТБ у цій віковій групі. Навпаки, ТБ у молодших вікових групах є результатом недавнього інфікування, а зниження кількості зареєстрованих випадків ТБ у цих вікових групах передбачає зниження щорічного ризику інфікування, отже, зниження передачі ТБ серед загального населення. Відсутність зниження показників реєстрації випадків ТБ у дітей можна пояснити покращенням діагностики або зміною практики діагностики, підвищенням якості діагностичних процедур ТБ у країні.

Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ

Показник захворювання на ТБ/ВІЛ мав тенденцію до зниження з 13,3 у 2017 році до 7,8 на 100 000 населення у 2022 році. Найвищий рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ відзначено в Одеській області – 34,8 на 100 000 населення, найнижчий – у Луганській області – 1,6 на 100 000 населення (рисунк 2.22).

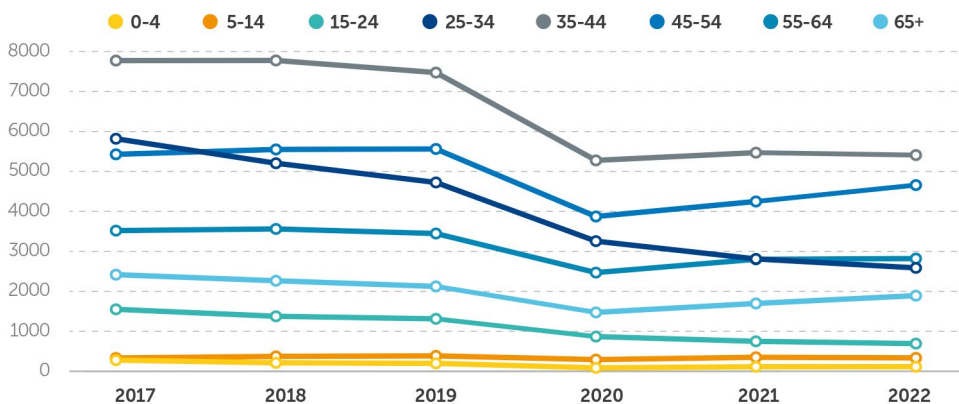


РИС. 2.21. ТЕНДЕНЦІЯ РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ І РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ВІКОВИМ ПОКАЗНИКОМ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ

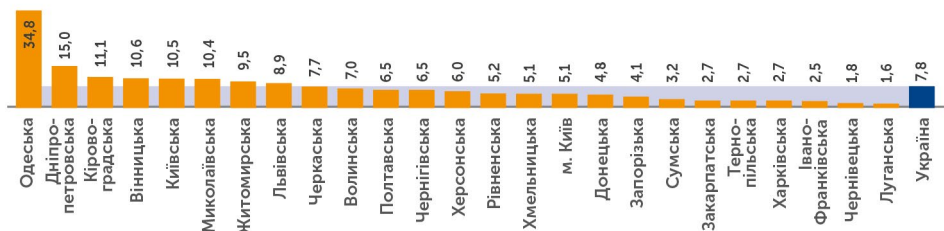


РИС. 2.22. ПОКАЗНИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТБ/ВІЛ В ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ У 2022 Р. НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ

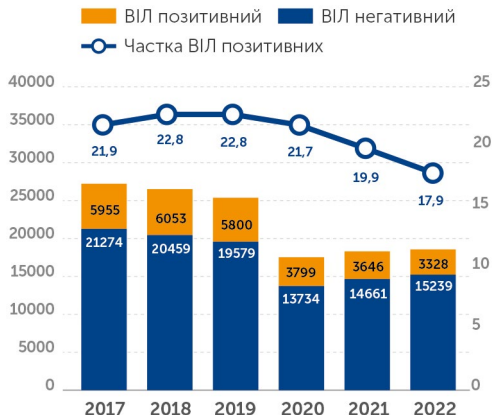


РИС. 2.23. ДИНАМІКА КІЛЬКОСТІ ЗАРЕЄСТРОВАНИХ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ І РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІЛ-СТАТУСУ; ЧАСТКА ВИПАДКІВ ТБ У ЛЮДЕЙ З ПОЗИТИВНИМ ВІЛ-СТАТУСОМ

За даними поточного епідеміологічного нагляду, у період з 2017 по 2022 рр. абсолютна кількість випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ знизилась з 5955 до 3328, як і частка нових випадків ТБ і рецидивів захворювання з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ з 21,9% до 17,9% (рисунк 2.23).

Найвищий показник кількості хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у структурі захворюваності на активну форму ТБ у 2022 р. відзначено в Одеській – 31,4%, Донецькій області – 32,3%, найнижчий – у Чернівецькій – 5,2% та Закарпатській області – 3,6%, тобто спостерігається значна географічна неоднорідність частки ВІЛ-інфікованих серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання між областями. Незважаючи на таку неоднорідність, тенденція поширення ТБ/ВІЛ у період з 2017 по 2022 рр. в областях є досить ста-

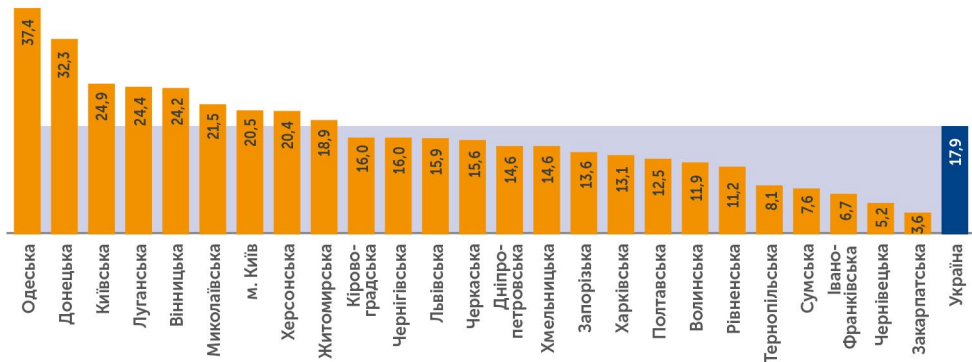


РИС. 2.24. ЧАСТКА ПАЦІЄНТІВ З ТБ/ВІЛ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТБ (НОВІ ВИПАДКИ ТБ І РЕЦИДИВИ ЗАХВОРЮВАННЯ) В ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ У 2022 Р. (%)

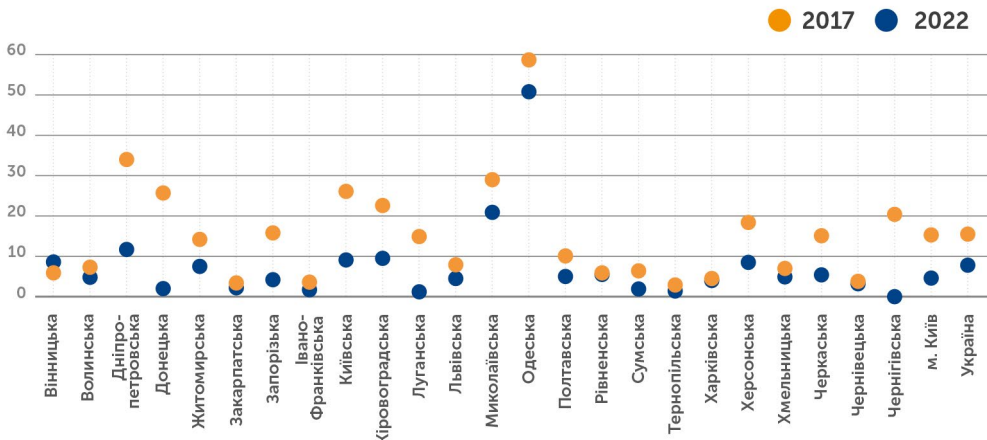


РИС. 2.25. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПОШИРНОСТІ ТБ/ВІЛ ПО ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ ЗА 2017 ТА 2022 РР.

більною: з 25 областей тільки у Вінницькій відзначено зростання поширеності ВІЛ-інфекції. В усіх інших областях був відмічений спад. Показник поширеності усіх форм активного туберкульозу у поєднанні з хворобою, зумовленою ВІЛ у 2022 році становить 7,8 на 100 000 населення (рисунок 2.25).

Динаміка показників захворюваності на МЛС/ШЛС-ТБ

Зі зменшенням кількості зареєстрованих випадків ТБ відзначено зниження абсолютної кількості вперше зареєстрованих випадків МЛС/ШЛС-ТБ в Україні у період з 2017 до 2022 рр. (рисунок 2.26).

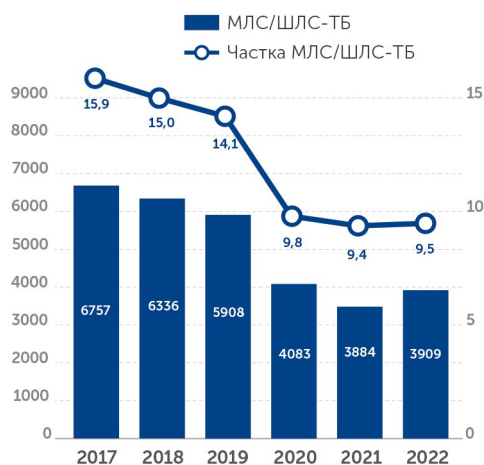


РИС. 2.26. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА ЗАХВОРИВАНОСТІ НА МЛС/ШЛС-ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ

Кількість зареєстрованих випадків ТБ із вперше встановленим діагнозом МЛС-ТБ (Риф-ТБ) та/або ШЛС-ТБ має тенденцію до зниження кожного року, але у 2022 р. абсолютна кількість таких випадків збільшилась на 0,6% порівняно до 2021 р.

За оціночними даними ВООЗ, в Україні у 2021 р. мало бути виявлено принаймні 6800 таких випадків, проте за поточними статистичними даними було зареєстровано лише 3909 випадків. Отже, у 2022 р., як і в минулі роки, було недовиявлено близько 40% випадків МЛС-ТБ.

Протягом останніх шести років частка виявлення МЛС-ТБ серед нових випадків ТБ залишається стабільною, проте частка МЛС-ТБ

серед повторних випадків ТБ має тенденцію до зниження.

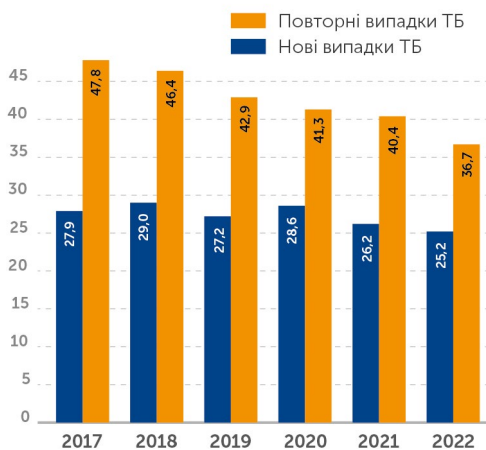


РИС. 2.27. ЧАСТКА МЛС-ТБ СЕРЕД НОВИХ ТА ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТБ У ПЕРІОД З 2017 ПО 2022 РР.

У 2022 р. найбільшу кількість вперше діагностованих випадків МЛС-ТБ, Риф-ТБ та ШЛС-ТБ було зареєстровано у Дніпропетровській (778) та Одеській (449) областях, найменшу кількість – у Луганській (15), Чернівецькій (45) та Тернопільській (47) областях. Порівняно до показників 2021 р., у восьми областях спостерігається зменшення кількості таких випадків, у зв'язку з частковою окупацією цих областей.



РИС. 2.28. КІЛЬКІСТЬ ЗАРЕЄСТРОВАНИХ ХВОРИХ НА ТБ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ МЛС-ТБ, РИФ-ТБ ТА/АБО ШЛС-ТБ В УКРАЇНІ У ПЕРІОД З 2017 ПО 2022 РР.

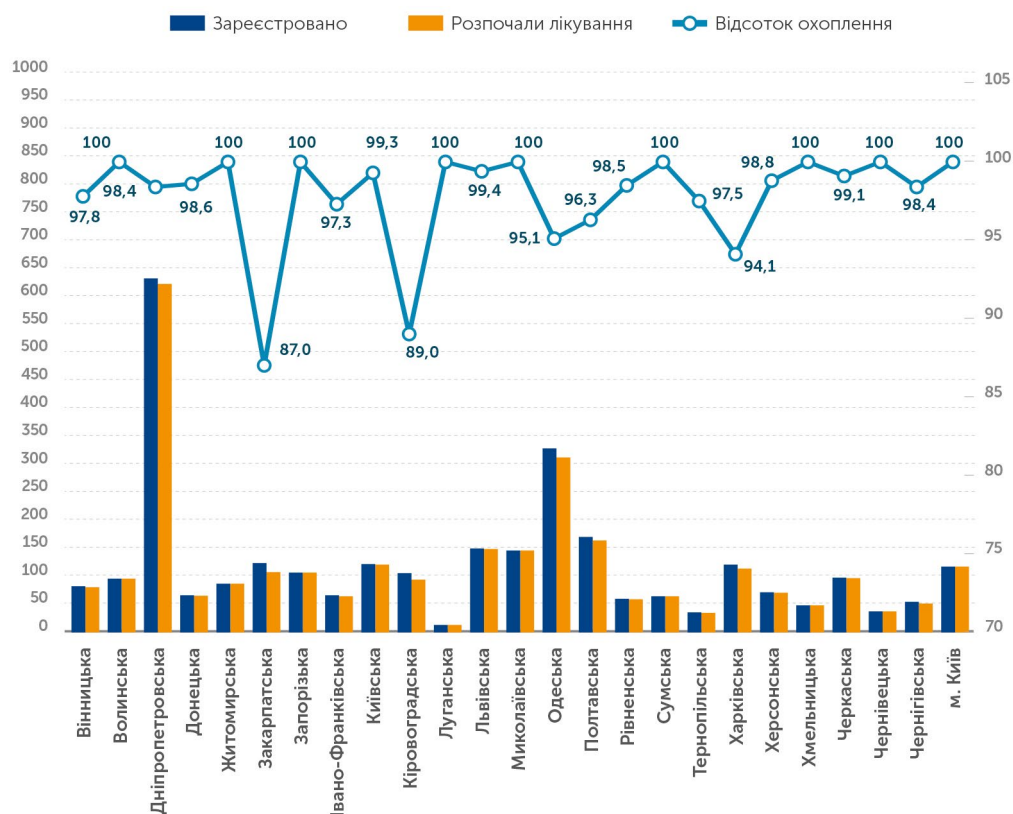


РИС. 2.29. КІЛЬКІСТЬ ЗАРЕЄСТРОВАНИХ ХВОРИХ НА ТБ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ МЛС-ТБ, РИФ-ТБ ТА/АБО ШЛС-ТБ, ЯКІ РОЗПОЧАЛИ ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТІВ ДРУГОГО РЯДУ ПО ОБЛАСТЯХ, 2022 Р.

Нижчі показники охоплення лікуванням із застосуванням препаратів другого ряду відзначено у Закарпатській (87%) та Кіровоградській (89%) областях.

Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених

З 2017 по 2022 рр. кількість зареєстрованих нових випадків ТБ і рецидивів захворювання у в'язницях знизилася з 744 до 362 (рисунок 2.30). У пенітенціарних установах показник реєстрації ТБ знизився з 1222 на 100 000 відповідного населення у 2017 р. до 866 у 2022 р. Серед можливих причин такого скорочення – загальне скорочення кількості ув'язнених в країні, що сприяє зниженню переповненості в'язниць і рівня передачі ТБ серед ув'язнених, а також окупація територій, на яких розташовані заклади.

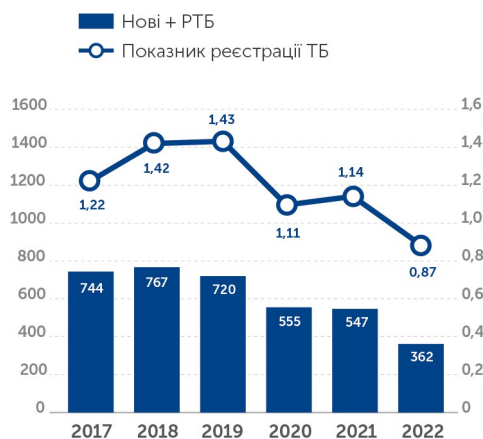


РИС. 2.30. ДИНАМІКА КІЛЬКОСТІ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ У В'ЯЗНИЦЯХ

ДЕТЕРМІНАНТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Охоплення ТМЧ

Охоплення тестом медикаментозної чутливості важливо для хворих на туберкульоз з наступних причин:

• Вибір ефективного лікування.

Тест медикаментозної чутливості дозволяє визначити, які антибіотики чутливі до патогенного штаму туберкульозу у конкретного пацієнта. Це допомагає лікарю обрати оптимальну комбінацію лікарських засобів та дозу для ефективного лікування.

• Уникнення резистентності.

Знання про медикаментозну чутливість штаму туберкульозу дозволяє уникнути неправильного призначення антибіотиків, що може спричинити розвиток медикаментозної резистентності. Відповідне лікування знижує ризик появи мультирезистентних форм туберкульозу, які вилікувати важче та становлять загрозу громадському здоров'ю.

• Покращення прогнозу.

Комплексне тестування медикаментозної чутливості дозволяє швидше виявляти резистентні штами туберкульозу. Це дозволяє розпочати альтернативне лікування, що може покращити прогноз та зменшити ризик ускладнень.

• Контроль за поширенням.

Відомість про медикаментозну чутливість штамів мікобактерій туберкульозу є важливою інформацією для громадського здоров'я, оскільки вона дозволяє виявляти та контролювати поширення резистентних форм туберкульозу, вживати необхідні заходи для запобігання їх появі та поширенню в медичних установах та серед громадськості.

Протягом останніх п'яти років показники охоплення ТМЧ, принаймні, до рифампіцину серед бактеріологічно підтверджених нових і повторних випадків ТБ легень були незмінно високими і перевищували 90%, хоча недостатній для індикатора за стандартами ВООЗ – 100% (рисунк 2.31).

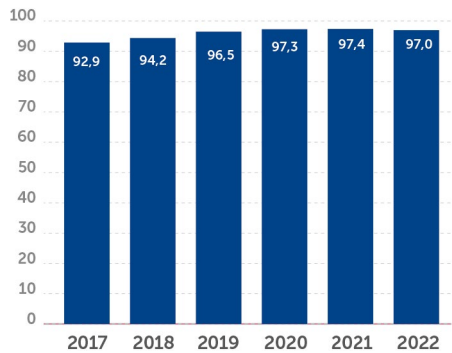


РИС. 2.31. ТЕНДЕНЦІЯ ОХОПЛЕННЯ ТМЧ, ПРИНАЙМНІ – ДО РИФАМПІЦИНУ

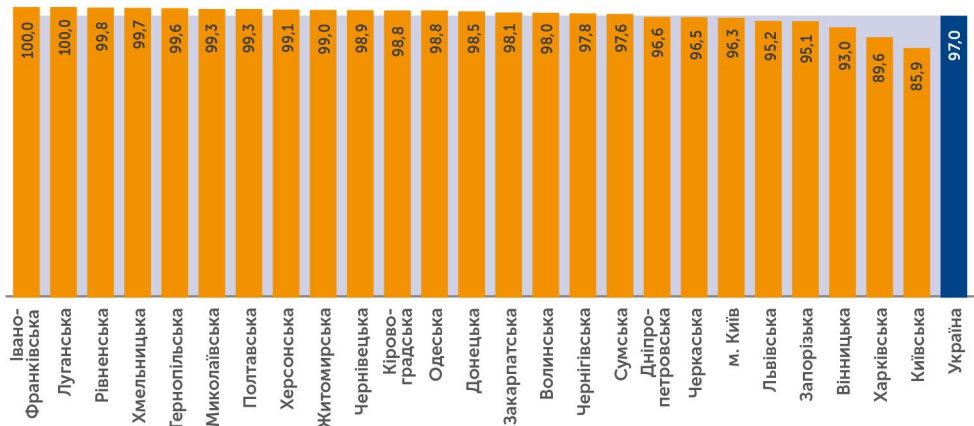


РИС. 2.32. ВІДСОТОК ОХОПЛЕННЯ ТМЧ, ПРИНАЙМНІ ДО РИФАМПІЦИНУ СЕРЕД ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ, 2022 Р.

Найнижчий відсоток охоплення ТМЧ спостерігається у Київській, Харківській та Вінницькій областях (рисунок 2.32).

Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ

За статичними даними у 2022 році показник охоплення молекулярно-генетичним методом (МГМ) зареєстрованих випадків ТБ дещо знизився у порівнянні з трьома попередніми роками, що може бути пов'язане поміж іншим з обмеженим доступом до молекулярно-генетичних методів діагностики в областях з активними бойовими діями або частковою окупацією (рисунок 2.33).

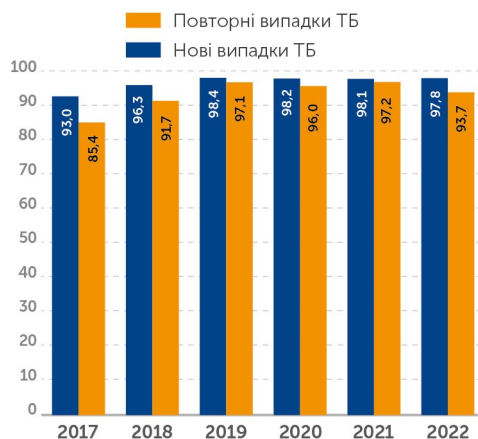


РИС. 2.33. ВІДСОТОК ОХОПЛЕННЯ МГМ ЗАРЕЄСТРОВАНИХ ВИПАДКІВ ТБ, 2017-2022 РР.

РОЗДІЛ 3.

ВІЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

СИСТЕМАТИЧНИЙ СКРИНІНГ НА ТБ СЕРЕД ВИЗНАЧЕНИХ ГРУП РИЗИКУ

В сфері громадського здоров'я систематичний скринінг на ТБ сприяє поліпшенню епідемічної ситуації щодо захворюваності на ТБ за рахунок збільшення показника виявлення активних випадків ТБ, зниження поширеності ТБ, зменшення передачі інфекції та профілактики нових випадків і рецидивів захворювання.

Стратегія боротьби з туберкульозом ВООЗ передбачає систематичний скринінг на туберкульоз в якості центрального компоненту першого рівня, спрямованого на забезпечення ранньої діагностики всіх хворих на туберкульоз. У 2021 р. ВООЗ оновила настанови щодо скринінгу на туберкульоз, щоб допомогти країнам у впровадженні цього найважливішого програмного компоненту шляхом визначення пріоритетних груп ризику та вибору відповідних підходів до скринінгу у світлі нових доказових даних.

Досягнення глобальної цілі елімінації ТБ можливе лише за умови впровадження активних стратегій виявлення випадків ТБ та профілактики, включаючи розслідування контактів із ТБ та лікування ЛТБІ. Відповідно до цілей Стратегії ВООЗ країнам слід досягти щонайменше 90% охоплення систематичним скринінгом на туберкульоз осіб із визначених груп ризику.

Глобальний план з ліквідації ТБ на 2023-2030 рр., розроблений Глобальним партнерством TheGlobal Stop TB Partnership, включає рекомендації щодо критично важливих програмних заходів з протидії ТБ, в тому числі розширення стратегій активного виявлення випадків ТБ, включаючи обстеження контактів, що, в свою чергу, передбачає необхідність додаткових інвестицій, а також покращення якості існуючих заходів у тестуванні на ЛТБІ та профілактичного лікування ТБ.

Глобальний план з ліквідації ТБ на 2023-2030 рр. також пропонує:

- розширення доступу до ранньої діагностики ТБ, в т.ч. на субклінічних стадіях, що включає забезпечення активного виявлення ТБ серед ключових, уразливих та важкодоступних верств населення, регулярного відстеження та обстеження контактів впровадження радіологічних систем автоматизованого виявлення (CAD) на основі штучного інтелекту для скринінгу на ТБ тощо;
- інтеграцію програм скринінгу і тестування на ТБ в інші служби системи громадського здоров'я, із зосередженням уваги на послугах, спрямованих на поширені супутні захворювання або групи ризику, залежно від локального епідеміологічного контексту;
- підтримку децентралізованих людиноорієнтованих моделей профілактики та лікування ТБ на рівні громади та на дому; розширення тестування на ЛТБІ відповідно до стратегії «тестування та лікування» з пріоритетом на ключові і вразливі групи населення та громади, які отримають найбільшу користь від профілактичного лікування ТБ;
- забезпечення універсального доступу до ПЛ ТБІ для дитячих та дорослих контактів з ТБ, ЛЖВ, ключових та вразливих груп населення залежно від локального епідеміологічного контексту тощо;
- розширення використання цифрових систем епідагляду за ТБ у режимі реального часу тощо.

Глобальні цілі, яких необхідно досягти до 2030 року:

- забезпечити 100% охоплення профілактичним лікуванням ТБ відповідних контактів з ТБ;

- забезпечити 100% охоплення профілактичним лікуванням ТБ серед ЛЖВ;
- щонайменше 90% країн світу мають визначити ключові та вразливі групи населення у своїх національних планах боротьби з ТБ, запропонувати конкретні дії та мати відповідні бюджетні лінії та механізми моніторингу тощо.

Зазначені цілі також узгоджуються з пріоритетами, визначеними Планом дій протидії ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2023–2030 рр. (розширення масштабів комплексного профілактичного лікування ТБ, надання першочергової уваги проведенню адресного скринінгу на ТБ серед ключових груп ризику та уразливих груп населення тощо). Очікується, що вищезазначені документи стануть ключовими для узгодження глобальних зусиль із захисту інтересів, таких як майбутня НВР ГА ООН з ТБ у 2023 році.

На сьогодні ВООЗ виділяє дві пріоритетні групи ризику, яким слід надавати перевагу при організації систематичного прицільного скринінгу:

1. Особи з підвищеним ризиком прогресування від інфікування до активного ТБ:

- ВІЛ-інфіковані особи;
- пацієнти із захворюванням на силікоз;
- пацієнти, які починають або планують лікування інгібіторами фактору некрозу пухлини;
- пацієнти, які отримують діаліз;
- пацієнти, які готуються до трансплантації органів або гематологічних трансфузій.

2. Пацієнти з підвищеним ризиком захворювання на ТБ:

- осередкові контакти людей з бактеріологічно підтвердженим ТБ, що зазвичай поділяються на:
 - а) дітей віком до п'яти років;
 - б) дітей віком від п'яти років, підлітків та дорослих;

- ув'язнені, працівники системи охорони здоров'я, іммігранти з країн із високим тягарем ТБ, бездомні та особи, що вживають наркотичні речовини.

З урахуванням рекомендацій ВООЗ Україна оновила нормативно-правову базу з питань туберкульозу та перша в європейському регіоні має оновлені стандарти охорони здоров'я «Туберкульоз», які мають високу доказовість та затверджені наказом МОЗ від 19.01.2023 № 102. Оновлена редакція Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» включає 6 стандартів, серед яких і стандарт систематичного скринінгу на ТБ серед груп підвищеного ризику розвитку ТБ.

З метою оптимізації національних політик у сфері протидії ТБ наказом МОЗ України від 16.02.2022 року № 302 затверджено Порядок організації виявлення туберкульозу та латентної ТБ інфекції, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 30 березня 2022 року за № 366/37702 (далі – Порядок з виявлення ТБ та ЛТБІ). Порядок з виявлення ТБ та ЛТБІ врегулює відповідні правовідносини з питань організації виявлення осіб, хворих на ТБ та осіб із ЛТБІ: документом визначається чіткий порядок здійснення систематичного скринінгу на ТБ на різних організаційних рівнях, визначено функції закладів охорони здоров'я під час здійснення активного та/або пасивного виявлення захворювання на ТБ/ЛТБІ серед визначених груп ризику та загального населення. Завдяки цьому відсоток виявлення людей з туберкульозом у 2022 році зріс на 2,5% у порівнянні із 2021 роком і на 6,8% перевищує зазначений показник 2020 року.

За результатами проведеного фахівцями Центру аналізу системи та якості заходів із систематичного скринінгу на ТБ/ЛТБІ на національному рівні у 2022 році за після узагальнення інформації від обласних (міських) структурних підрозділів з питань охорони здоров'я про загальну кількість осіб з груп ризику розвитку ТБ в регіоні, їх розподіл за групами ризику та результатами систематичного скринінгу на ТБ станом на кінець звітного року (див. «Інформація про загальну кількість осіб з груп ризику розвитку туберкульозу (далі – ТБ), їх розподіл за групами ризику та результатами систематичного скринінгу на

ТБ станом на кінець звітного періоду (кварталу/року) по Україні за 2022 рік», середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед визначених груп ризику в Україні становить 74% (мета – 100%). Найвищі показники охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед визначених груп ризику

захворювання на ТБ зафіксовано у м. Київ (89%), Хмельницькій (94,3%), Івано-Франківській (84,7%) та Житомирській (84,1%) областях, найнижчі – у Луганській (34,7%) та Донецькій (58,4%) областях.

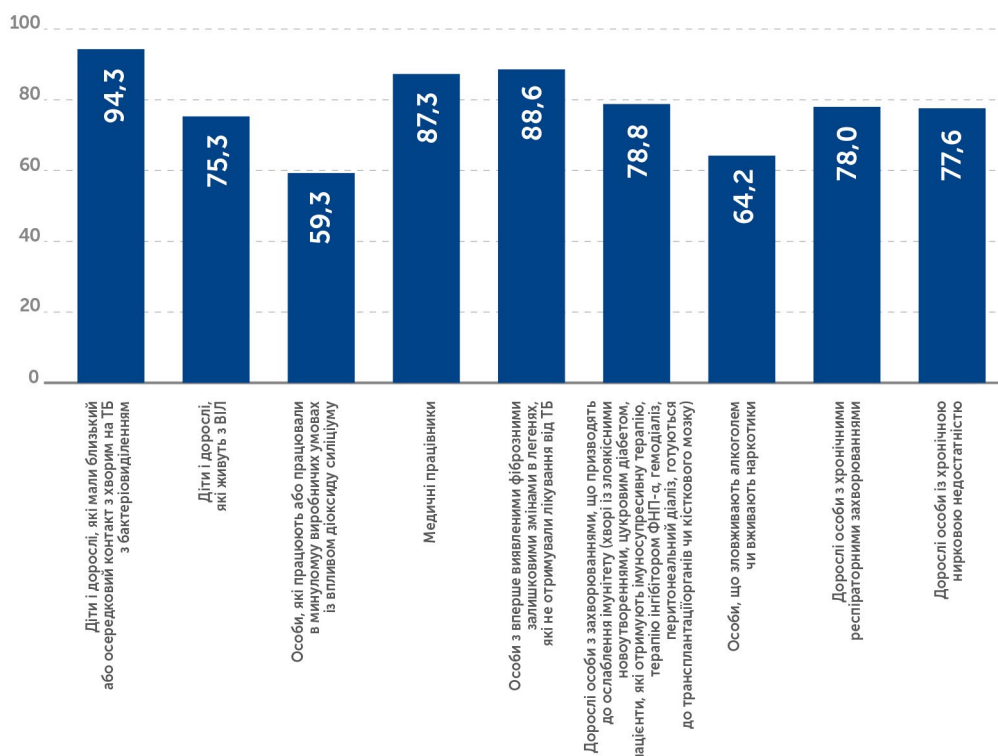


РИС.3.1. ПИТОМА ВАГА ОХОПЛЕННЯ ОБСТЕЖЕННЯМ НА ТБ ВИЗНАЧЕНИХ ГРУП РИЗИКУ, %
(ЗА ДАНИМИ ПАСПОРТНИХ АНКЕТ ОБЛАСТЕЙ ЗА 2022 Р.)

ВІЯВЛЕННЯ ТБ СЕРЕД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед ЛЖВ в Україні у 2022 р. становить 75,3%, що на 10% відсотків менше минулорічного показника – 85,2% (мета ≥90%). ЛЖВ зазнають приблизно у 19–20 разів більшого ризику захворіти на ТБ, ніж люди з негативним ВІЛ-статусом. За даними глобального звіту ВООЗ щодо ТБ, у 2021 р. до 30% усіх летальних наслідків, пов'язаних з ВІЛ, були спричинені ТБ. Таким чином, забезпечення раннього виявлення та лікування ТБ серед ЛЖВ має вирішальне

значення для зменшення показників захворюваності та смертності у цій групі.

За результатами проведеного аналізу у 2022 р. досягнуто цільового значення показника охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед ЛЖВ (≥90%) лише у 6 областях: Чернігівській (100%), Хмельницькій (99%), Київській (97,7%), Кіровоградській, Житомирській та Тернопільській областях по 95%.

Найнижчі показники охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед ЛЖВ зафіксовано у Волинській (35,5%), Чернівецькій (56,5%) та Одеській (59,5%) областях.

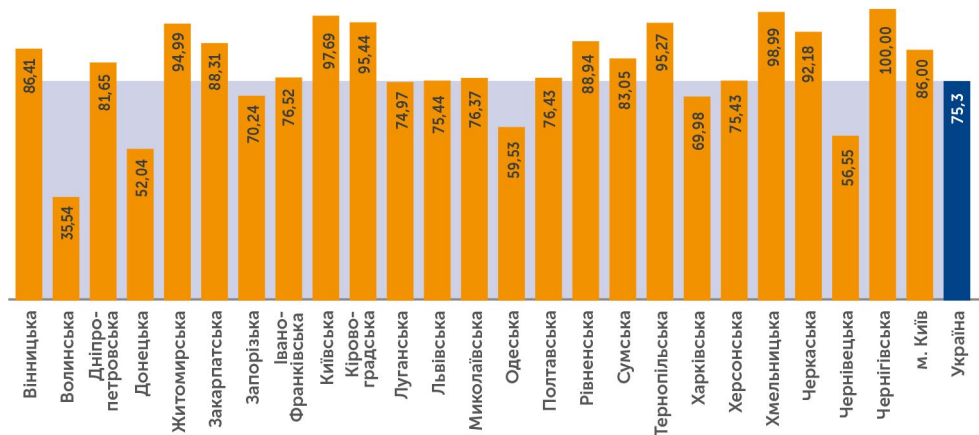


РИС.3.2. ПОКАЗНИКИ ОХОПЛЕННЯ ОБСТЕЖЕННЯМ НА ТБ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ, %
(ЗА ДАНИМИ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЗАГАЛЬНУ КІЛЬКІСТЬ ОСІБ З ГРУП РИЗИКУ РОЗВИТКУ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЗА 2022 Р.)

ВИЯВЛЕННЯ ТБ СЕРЕД ІНШИХ ГРУП РИЗИКУ

За результатами узагальнення інформації про загальну кількість осіб з груп ризику розвитку туберкульозу (далі – групи ризику) в областях, їх розподіл за групами ризику та результатами систематичного скринінгу на туберкульоз станом на кінець 2022 року встановлено, що лише серед дітей і дорослих, які мали близький або осередковий контакт з хворим на туберкульоз досягнуто індикатора ВООЗ щодо охоплення скринінгом на туберкульоз.

Серед інших груп ризику питома вага обстежених складає менше 90 % і найменше обстежених серед наступних груп ризику:

- **мігранти**, в тому числі, внутрішньо переміщені особи (далі – ВПО) обстежені в цілому в Україні лише на 30%. Області, в яких відсоток охоплення зазначеної групи найнижчий: Дніпропетровська та Одеська – всього лише 10% ВПО охоплені скринінгом на туберкульоз, Кіровоградська – 13,6%, Київська – 14,5%, Волинська – 26%, Вінницька – 36%, Рівненська – 39%. Лише у Хмельницькій та Житомирській областях відсоток охоплених наближається до

індикатора ВООЗ (100% та 90% відповідно). Саме ці люди зазнали найбільших жахів війни, тож потребують посиленої уваги щодо медичного обстеження, у т.ч. і на туберкульоз;

- **особи без визначеного місця проживання**, обстежені в цілому в Україні на 49%, найнижчі відсотки охоплення у Кіровоградській (27%), Тернопільській (28%), Львівській (32%), Київській (33,1%). Найкращі показники у Житомирській (100%), Запорізькій (100%) областях та м. Києві (97%);
- **лише половина осіб віком старше 60 років** пройшли скринінг на туберкульоз. Найменше таких осіб охоплені скринінгом у Волинській (22,9%), Київській (28,6%), Кіровоградській (36,9%) областях;
- **особи, які перебувають за межею бідності** (зокрема, особи, які перебувають на обліку як малозабезпечені), охоплені обстеженням на 60%, в т.ч. в Київській області лише на 16,3%, Кіровоградській – на 33,7%, Харківській – 35,6%. В той же час ця ключова група людей пройшла скринінг на туберкульоз у м. Києві у 95,4% випадків, у Хмельницькій області – 91,6%, Житомирській – 90%;

- **низький відсоток охоплення скринінгом на туберкульоз** серед курців (54,1%) та дорослих осіб, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики – 64,2% (мета – 100%). За результатами аналізу залежності «вплив–відповідь», із кожним добовим прийомом 10–20 г алкоголю ризик виникнення ТБ підвищується на 12%. Люди із розладами, пов'язаним із вживанням наркотичних речовин, мають підвищений ризик невдачі лікування, розвитку медикаментозної резистентності та летального наслідку від ТБ через низький рівень дотримання лікування та збіг клінічних, соціально-економічних та структурних факторів ризику.

Якщо вищезазначені групи ризику в якійсь мірі є важкодоступними, то викликає значне занепокоєння низький відсоток охоплення скринінгом на туберкульоз ключових груп, у яких ризик захворюти найвищий і які часто відвідують заклади охорони здоров'я:

- **дорослі особи, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію** (головним чином, шахтарі і працівники металургічної галузі) – обстежені у 59,3% (мета 100%). Майже кожен другий такий працівник залишається не обстежений, а вплив кварцового пилу та силікозу є одними з найсильніших факторів ризику розвитку ТБ: за наявності силікозу відносний ризик становить 2,8–39 залежно від тяжкості захворювання. Дуже важливим є проведення діагностики ТБ на ранніх стадіях у цій групі ризику, оскільки існує велика ймовірність випадків не виявленого ТБ, а також наявності інших легеневих захворювань, які можуть бути виявлені за допомогою скринінгу. Цільового показника у даній групі досягнуто лише у Закарпатській та Запорізькій областях;
- **дорослі особи з захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету** (хворі із злоякісними новоутвореннями, цукровим діабетом, пацієнти, які отримують імуносупресивну терапію, терапію інгібітором ФНП- α , гемодіаліз, перитонеальний діаліз, готуються до транспланта-

ції органів чи кісткового мозку) – 78,8% (мета – 100%). За даними систематичних оглядів, ризик розвитку ТБ у пацієнтів із цукровим діабетом коливається від 1,5 до 2,0–3,1, менший ризик відзначено у пацієнтів з контрольованим цукровим діабетом. В жодному регіоні не досягнуто цільового показника. Високий показник (95%) виявлено у Житомирській та Хмельницькій областях.

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед осіб із вперше виявленими фіброзними залишковими змінами у легенях, які раніше не отримували лікування ТБ, в Україні у 2022 р. становить 88,6% (мета – 100%). Досягнуто цільового значення показника у Закарпатській, Івано-Франківській, Одеській, Тернопільській, Хмельницькій областях.

Класичне визначення, що хворобі легше запобігти, ніж її лікувати, є актуальним і в питаннях боротьби з ТБ. Право на медичні профілактичні заходи закріплено в Європейській хартії прав пацієнтів, у статті 1 якої йдеться, що «кожна людина має право на належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання». А нинішній курс трансформації передбачає орієнтацію не на хвороби, а на здоров'я кожного конкретного пацієнта. Однак, аналізуючи інформацію з областей щодо скринінгу на латентну туберкульозну інфекцію (далі – ЛТБІ) та профілактичне лікування ТБ інфекції (далі – ПЛ ТБІ) стає зрозумілим, що питанням профілактики ТБ не приділяється належна увага як зі сторони сімейного лікаря так і інших професіоналів в галузі медицини.

Профілактичне лікування туберкульозу отримали лише 84,9% дітей і дорослих, які мали близький або осередковий контакт з хворим на туберкульоз з бактеріовиділенням і лише третина дітей до 5 років серед цієї категорії осіб. Для зазначеної категорії осіб підтвердження ЛТБІ не є обов'язковою умовою, але може здійснюватися, при визначенні показань до призначення ПЛ ТБІ.

Низька питома вага охоплених ПЛ ТБІ серед дорослих осіб, які отримують лікування імуносупресантами – 53%, які готуються до трансплантації органів чи кісткового мозку – 60,0%, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом

діоксида кремнію (головним чином, шахтарі і працівники металургічної галузі) – 61,8%.

Ці тривожні дані спонукають до термінових та скоординованих дій, інвестицій та впровадження комплексних підходів до профілактики, виявлення та діагностики ТБ і ЛТБІ. За розрахунковими даними ВООЗ, в Україні щороку недовиявляють близько 20–24% випадків ТБ, а вплив супутньої пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 посилив кризу недовиявлення ТБ в Україні. Це свідчить про необхідність більш активного підходу до раннього виявлення ТБ та пояснює необхідність проведення систематичного скринінгу в осіб визначених груп ризику розвитку ТБ.

Відстеження та систематичний скринінг на ТБ контактних осіб

Осередкові та близькі контакти людей із захворюванням на ТБ мають високий ризик інфікування та подальшого розвитку активної форми ТБ. Згідно національних стандартів та рекомендацій ВООЗ, всі осередкові та близькі контакти пацієнтів з бактеріологічно підтвердженим ТБ мають бути охоплені систематичним скринінгом на ТБ та пройти оцінювання щодо відповідності критеріям для призначення ПЛ ТБІ. Рекомендований ВООЗ рівень цільового значення показника щодо обстеження осіб, які перебувають на обліку через контакти з хворими на активний ТБ,

становить 5–6 контактних осіб на 1 індексний випадок при їх 100-відсотковому обстеженні. Додатковим критерієм для оцінювання якості виявлення та обстеження контактних осіб може служити середній регіональний показник розміру домогосподарства.

За даними регіональних паспортних анкет, у 2022 р. лише у чотирьох областях із 25 досягнуто значення індексу виявлених та обстежених контактів на 1 індексний випадок ТБ на рівні або вище за середній регіональний показник розміру домогосподарства: у Полтавській (5,26 проти 2,35 відповідно), Хмельницькій (4,63 проти 2,63 відповідно), Черкаській (3,11 проти 2,34 відповідно) та Луганській (2,70 проти 2,30 відповідно) областях. Критично низький рівень відстеження контактів зафіксовано в м. Київ (0,48 проти 2,63 відповідно), Київській (0,56 проти 2,63 відповідно), Вінницькій (0,75 проти 2,46 відповідно), Івано-Франківській (0,77 проти 2,99 відповідно), Волинській (0,87 проти 3,03 відповідно), Дніпропетровській (0,90 проти 2,36 відповідно), Дніпропетровській (0,9 проти 2,36 відповідно) областях.

В цілому по Україні цей показник складає 1,58 проти 2,18 у 2021 році та свідчить про неналежний рівень відстеження та обстеження контактних осіб, в результаті чого третина контактних осіб залишилася поза увагою медичних працівників, серед яких висока ймовірність наявності джерел інфікування.

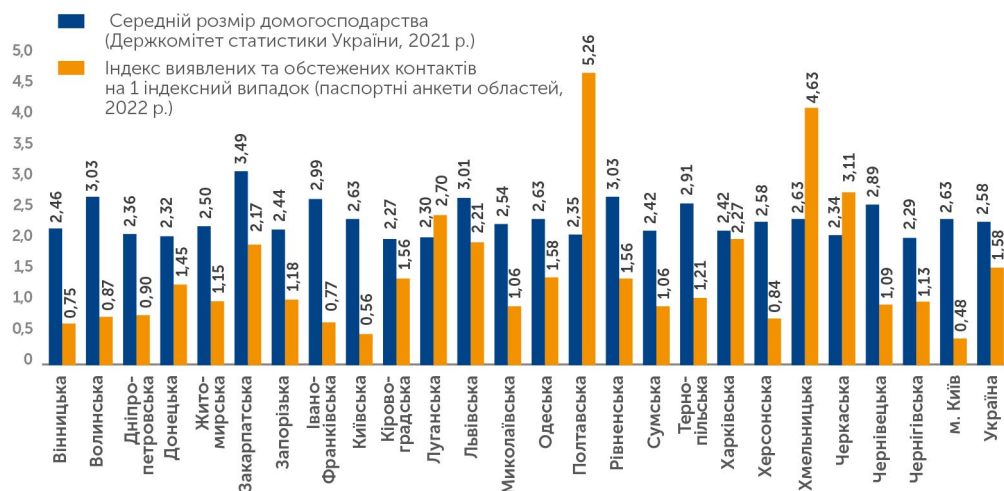


РИС. 3.3. СЕРЕДНІЙ ІНДЕКС ВІЯВЛЕНИХ ТА ОБСТЕЖЕНИХ КОНТАКТІВ НА ОДИН ІНДЕКСНИЙ ВИПАДОК (ДАНІ ПАСПОРТНИХ АНКЕТ ОБЛАСТЕЙ, 2022 Р.)

За результатами проведеного аналізу встановлено, що серед незначної кількості виявлених контактних осіб охоплення обстеженням на ТБ складає 94,3% (мета – 100%). Питома вага контактних дітей віком

до 5 років, яким було проведено клінічне оцінювання щодо ТБ, в середньому по Україні у 2022 р. становить 93,1% (мета – 100%). Лише в 13 областях досягнуто цільового значення показника.

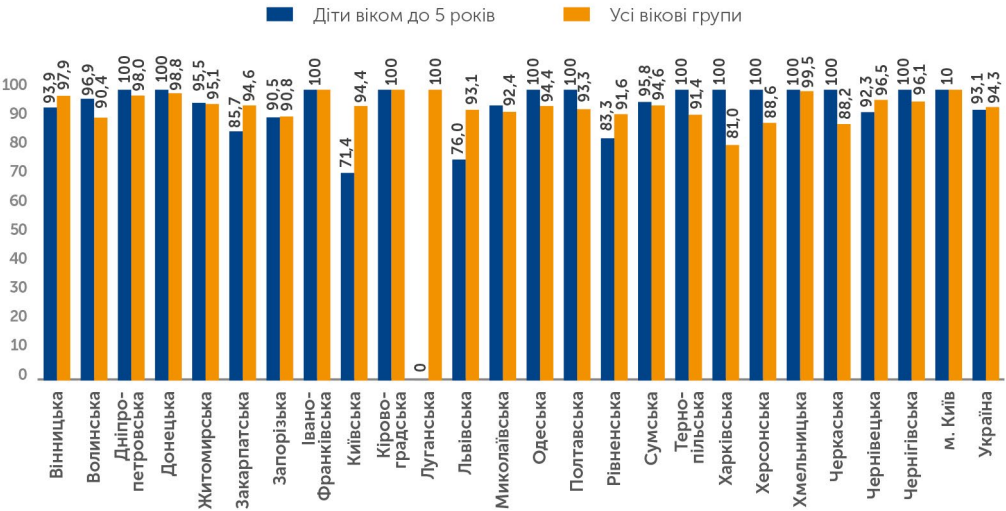


РИС. 3.4. ВІДСОТОК ОХОПЛЕННЯ ОБСТЕЖЕННЯМ НА ТБ ОСЕРЕДКОВИХ КОНТАКТІВ, 2022 Р.

Про важливість клінічного оцінювання на ТБ контактних осіб (огляд, анкетування, радіологічне обстеження органів грудної порожнини, мікробіологічна діагностика за наявності легеневих симптомів – бактеріоскопія та/або молекулярно-генетичне дослідження GeneXpert MTB/RIF) свідчить

висока захворюваність серед зазначеної когорти осіб та яка має тенденцію до зростання, починаючи з 2018 року. Так у 2022 році захворюваність на ТБ серед контактних зросла майже у 2 рази у порівнянні із 2020 роком та склала 18,8 на 1000 контактних проти 9,9.

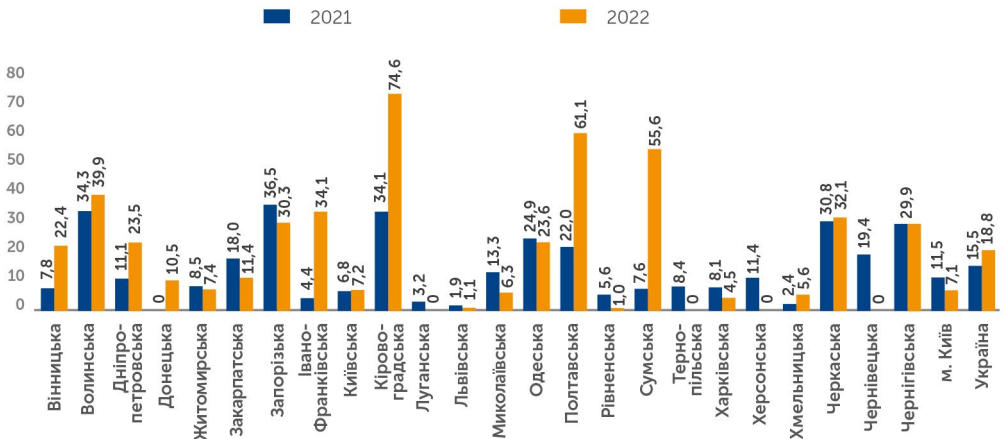


РИС. 3.5. ПОКАЗНИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТБ СЕРЕД КОНТАКТНИХ ОСІБ У 2022 РОЦІ У ПОРІВНЯННІ ІЗ 2021 РОКОМ (НА 1000 КОНТАКТНИХ)

Діти та підлітки мають особливе значення під час проведення скринінгу контактів через високу поширеність ТБ у наймолодших вікових групах та важливість швидкої діагностики і призначення лікування через ризик швидкого прогресування захворювання у дітей віком <5 років. Також важли-

вим є початок ПЛ ТБІ, якщо захворювання на ТБ виключено. За даними областей, питома вага контактних дітей віком <5 років, в яких було проведено клінічне оцінювання на ТБ, в середньому по Україні у 2022 р. становить 93,1% (мета – 100%), а охоплення ПЛ ТБІ контактних дітей віком <5 років – 88,4%.

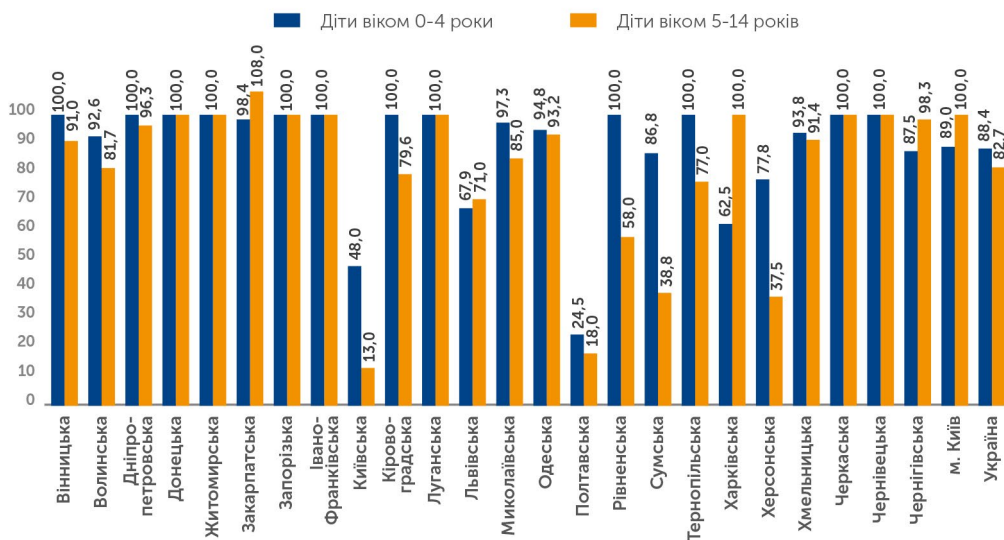


РИС. 3.6. ВІДСОТОК ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ ДІТЕЙ 0-4 ТА 5-14 РОКІВ В РОЗРІЗІ ОБЛАСТЕЙ, 2022 РІК

ДІАГНОСТИКА ТБ

Послуги з діагностики туберкульозу здійснюється багаторівневою мережею мікробіологічних лабораторій, що функціонують на базі регіональних та районних медичних закладів.

На виконання Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1414-р, пункту 13 плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 листопада 2020 року № 1463-р, та з метою упорядкування діяльності лабораторної мережі, країна розпочала перехід з чотирирівневої лабораторної мережі з діагностики туберкульозу на трирівневу.

Станом на 01.01.2023 року в Україні функціонує:

- 423 мікробіологічних лабораторій I рівня, з них 44 ДКВСУ;
- 1 мікробіологічна лабораторія II рівня;
- 27 мікробіологічних лабораторій III рівня, з них 2 ДКВСУ;
- Референс-лабораторія з діагностики туберкульозу МОЗ України.

Через активні бойові дії було зруйновано 2 регіональні мікробіологічні лабораторії з діагностики ТБ МОЗ у м. Маріуполь та Лисичанськ. На тимчасово окупованій території знаходиться мікробіологічна лабораторія з діагностики ТБ ДКВСУ у м. Гола Пристань.

З метою забезпеченості функціонування лабораторій з діагностики ТБ та надання

лабораторних послуг в рамках гранту Глобального фонду протягом 2022 року було закуплено витратні матеріали.

Для молекулярно-генетичних досліджень – 23 271 613,39 гривень:

- картриджі Xpert/MBT/Ultra;
- картриджі Xpert/MBT/XDR.

Для культуральних досліджень – 22 488 291,44 гривень:

- витратні матеріали для визначення мікобактерій туберкульозу на аналізаторі мікробіологічному автоматичному BD BACTEC;
- витратні матеріали для визначення чутливості до препаратів першого та другого ряду на аналізаторі мікробіологічному автоматичному BD BACTEC;
- тести для ідентифікації мікобактерій туберкульозного комплексу;
- набір штативів для «гніздового» розміщення комплектів пробірок в апараті BD BACTEC MGIT 960.

**НОРМАТИВНЕ ВРЕГУЛЮВАННЯ
ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТБ**

Ефективні та результативні алгоритми діагностики ТБ є ключовими компонентами діагностичного каскаду, який забезпечує точну та швидку діагностику пацієнтів із туберкульозом і призначення відповідної терапії.

Для досягнення цілей Стратегії подолання туберкульозу ВООЗ рекомендує застосовувати діагностичні експрес-тести на виявлення ТБ для всіх, хто має ознаки та симптоми туберкульозу, і що всі пацієнти з бактеріологічно підтвердженим захворюванням на ТБ повинні проходити тестування медикаментозної чутливості (далі-ТМЧ) до рифампіцину, а для всіх пацієнтів зі стійким до рифампіцину ТБ слід проводити ТМЧ до фторхінолонів та препаратів групи А.

З 2022 року країна відмовилась від методу мікроскопія для виявлення ТБ, почала використовувати молекулярно-генетичні методи (тести Xpert/MBT/RiF/Ultra) у якості первинного діагностичного тесту для вияв-

лення ТБ. Станом на 01.01.2023 у закладах, що здійснюють виявлення ТБ інстальовано 327 систем GeneXpert.

Удосконалення діагностики туберкульозу у дітей має важливе значення для забезпечення ефективного лікування маленьких пацієнтів.

ВООЗ рекомендувала дослідження калу в якості нового типу зразку нарівні з мокротинням (відхаркуваним або індукованим), носоглотковим аспіратом або шлунковим аспіратом для тесту Xpert Ultra як початковий діагностичний аналіз на ТБ та для визначення резистентності до рифампіцину у дітей з ознаками й симптомами ТБ легень. Зразки калу можна легко отримати, і вони містять *Mycobacterium tuberculosis* із проковтнутого мокротиння.

З боку Центру за підтримки гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією вжито низку системних заходів для впровадження цього інноваційного методу:

- закуплено системи GeneXpert та картриджі Xpert Ultra, контейнери для біоматеріалів для всіх областей;
- розроблено СОПи відповідно до рекомендацій ВООЗ та Глобальної лабораторної ініціативи (Порядок збору і транспортування зразків калу для дослідження на платформі GeneXpert, дослідження калу на наявність *M.tuberculosis* та стійкості до рифампіцину за використанням картриджів XpertMTB/RiF/Ultra на платформі GeneXpert);
- забезпечено переклад на українську мову «Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу. Модуль 5: Ведення туберкульозу в дітей і підлітків», «Практичний посібник з обробки зразків калу для діагностики ТБ в дітей»;
- розроблено спільно з керівником Центральної референс-лабораторії МОЗ України та спеціалістами організації PATH методичні рекомендації «Використання альтернативних зразків в картриджах GeneXpert MBT/RiF і GeneXpert MBT/

З/П	НАЗВА АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ОДИНИЦІ (ОБЛАСТІ/МІСТА)	ВСЬОГО	ЗАКЛАДИ МОЗ		ДКВСУ	МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ МІНОБОРОНИ УКРАЇНИ
			ФТИЗІОПУЛЬМОНОЛОГІЧНІ ЦЕНТРИ, ЦЕНТРАЛЬНІ РАЙОННІ ТА МІСЬКІ ЛІКАРНІ	СНІД ЦЕНТРИ		
1	Вінницька	15	12	2	1	
2	Волинська	10	8	1	1	
3	Дніпропетровська	29	20	4	5	
4	Донецька	17	14	3		
5	Житомирська	12	9	1	1	1
6	Закарпатська	10	9	1		
7	Запорізька	10	7	2	1	
8	Івано-Франківська	11	9	1	1	
9	Київська	16	13	3		
10	Кіровоградська	11	8	2	1	
11	Луганська	6	5	1		
12	Львівська	15	12	1	1	1
13	Миколаївська	11	9	1	1	
14	Одеська	20	14	4	1	1
15	Полтавська	11	9	1	1	
16	Рівненська	13	10	2	1	
17	Сумська	10	8	1	1	
18	Тернопільська	11	7	1	3	
19	Харківська	18	14	1	2	1
20	Херсонська	8	5	1	2	
21	Хмельницька	13	10	2	1	
22	Черкаська	9	7	1	1	
23	Чернівецька	9	7	1	1	
24	Чернігівська	14	11	2	1	
25	м. Київ	12	9	1	1	1
26	Академія медичних наук	3				
27	ЦГЗ	3				
ВСЬОГО		327	246	41	29	5

РИС. 2.7. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО КІЛЬКОСТІ ОБЛАДНАННЯ GENEXPERT В УКРАЇНІ
СТАНОМ НА 01.01.2023 Р.

RIF ULTRA для діагностики легеневого і позалегового туберкульозу та туберкульозу у дорослих і дітей в Україні»;

- проведено навчання з лабораторними фахівцями регіональних протитуберкульозних служб щодо методики досліджень із залученням керівника Центральної референс-лабораторії МОЗ України.

З червня 2022 року зазначена методика виявлення туберкульозу у дітей стала доступна у всіх областях.



РИС. 3.7. ВИЯВЛЕННЯ ТБ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, 2021-2022 РОКИ

Відсоток виявлення ТБ серед дітей у 2022 році збільшився, незважаючи на війну, велику кількість дітей, що вимушені були з батьками іммігрувати за кордон, відсутність статистичної інформації з тимчасово окупованих територій.

Для забезпечення призначення ефективної схеми лікування необхідно збільшення кількості випадків ТБ, підтверджених бактеріологічно.

Щорічно частка бактеріологічно підтверджених випадків зростає, проте не досягає показника ВООЗ – 80%, до 2025 р. – 90%.

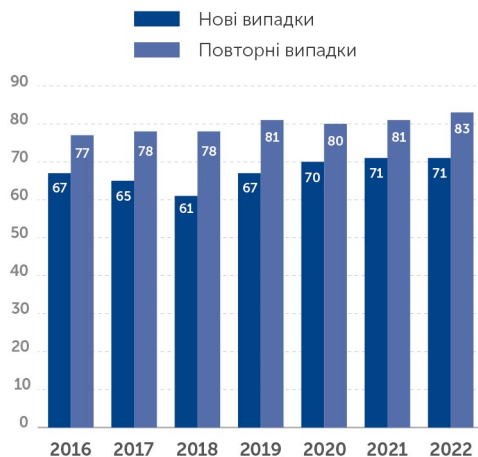


РИС. 3.8. ЧАСТКА БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ВИПАДКІВ ТБ (НОВІ І РЕЦИДИВИ ЗАХВОРЮВАННЯ), 2016–2022 РР. (%)

За даними обліково-звітних форм, частка бактеріологічного підтвердження ТБ в Україні сягає 70% серед нових випадків, 83% – серед повторних.

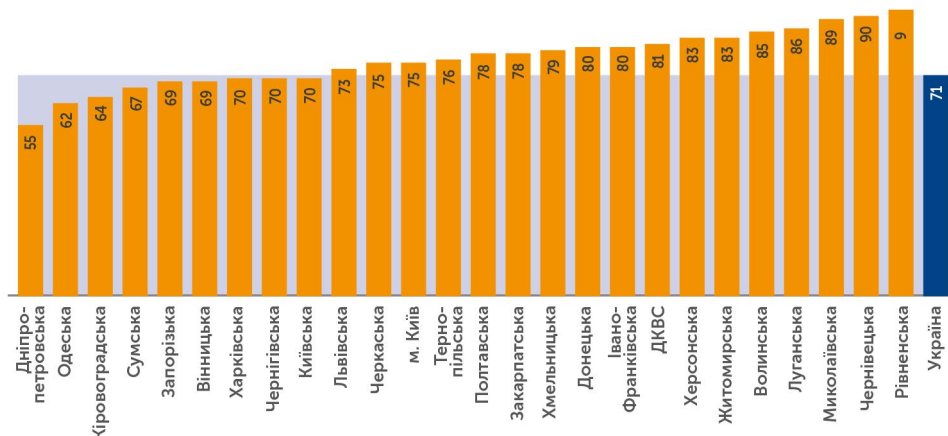


РИС. 3.9. ЧАСТКА БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ВИПАДКІВ ТБ ЛЕГЕНЬ (НОВІ ВИПАДКИ ТБ), 2022 Р.

Порівняно до двох попередніх років, показник бактеріологічного підтвердження випадків ТБ становить:

- **нові випадки:** у 2022 р. – 70%; у 2021 р. – 70%;
- **рецидиви захворювання:** у 2022 – 83%; у 2021 р. – 81%;
- **інші:** у 2022 р. – 83%; у 2021 р. – 85%.

Цільового показника ВООЗ у 2022 р. було досягнуто у Волинській, Житомирській, Миколаївській, Рівненській, Чернівецькій областях. Підвищення показників було відзначено у Вінницькій, Київській, Кіровоградській, Херсонській областях. Низький рівень бактеріологічного підтвердження серед нових випадків легеневого ТБ зазначено у закладах Одеської, Дніпропетровської (рисунок 3.9).

Ефективне лікування туберкульозу та мультирезистентного туберкульозу залежить від швидкої діагностики та ефективного лікування резистентних інфекцій.

Методи тестування фенотипічної чутливості до лікарських засобів на основі культури наразі є золотим стандартом виявлення стійкості до лікарських засобів.

ТМЧ до протитуберкульозних препаратів необхідні служать трьом основним цілям;

по-перше, їх можна використовувати, щоб керувати вибором хіміотерапії, яку буде призначено пацієнту;

по-друге, вони важливі для підтвердження того, що резистентність до ліків виникла, коли пацієнт не продемонстрував задовільної відповіді на лікування;

по-третє, може бути використаний для спостереження за резистентністю до ліків, що виникає.

У 2022 році ТМЧ здійснювалось до наступних протитуберкульозним препаратам Повна лінійка препаратів до яких здійснюється тестування складається з H, R, E, Z, Am, Lfx, Cm, Mfx 0,25,1,0, Lzd, Dlm, Bdq, Cfx, Pt.

НАЗВА ПРЕПАРАТУ	КІЛЬКІСТЬ ТМЧ	КІЛЬКІСТЬ СТІКИХ ВИПАДКІВ	% СТІКОСТІ
Фторхінолони	3909	1009	25,8%
Лінезолід	2956	34	1,15%
Клофазімін	2956	11	0,37%
Бедаквілін	2926	7	0,23%
Деламанід	2951	20	0,6%

РИС. 2.7. ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО КІЬКОСТІ ОБЛАДНАННЯ GENEXPERT В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2023 Р.

ЗОВНІШНЯ ОЦІНКА ЯКОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Зовнішня оцінка якості лабораторних досліджень гарантує точність, достовірність і надійність результатів тестування на туберкульоз. Це важливий аспект для лікарів, адже на підставі отриманих у лабораторії результатів вони можуть прийняти компетентні рішення, від яких безпосередньо залежать здоров'я й життя пацієнтів. У 2022 році в рамках підготовки до міжнародної акре-

дитації ISO15189 лабораторії з діагностики туберкульозу регіональних протитуберкульозних закладів Дніпропетровської, Харківської областей та м. Київ були залучені та успішно виконали щорічну міжнародну програму із зовнішньої оцінки якості лабораторних досліджень, використовуючи міжнародну контрольну панель, що біла надіслана Супранаціональної референс-лабораторії ВООЗ з діагностики туберкульозу (м. Гаутінг, Німеччина).

**Основні завдання щодо
удосконалення лабораторної
діагностики ТБ ВООЗ на 2023 рік:**

- Повномасштабний перехід на картриджі Xpert MTB / RIF Ultra у якості первинного діагностичного тесту для всіх дорослих і, особливо, дітей, ВІЛ-інфікованих пацієнтів з симптомами ТБ.
- Оптимізація лабораторної мережі ТБ з розрахунком оптимальної потреби в діагностичних технологіях для кожного регіону.
- Розширення доступу ТБ пацієнтів до ПЛР діагностики гепатиту.
- Удосконалення системи ЗОЯ для мережі лабораторій GeneXpert.
- Впровадження лабораторних інформаційних систем.
- Підготовка лабораторій ТБ до міжнародної акредитації ISO 15189.
- Впровадження секвенування на національному рівні.

РОЗДІЛ 4.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ

СТРУКТУРА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Незважаючи на активне запровадження нових підходів до організації надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню, передбачених Державною стратегією розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1414-р, мережа ПТЗ все ще повністю не оптимізована та складається з протитуберкульозних диспансерів (ПТД), туберкульозних лікарень, фтизіатричних кабінетів у закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, та санаторіїв для хворих на ТБ.

За даними форми № 47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (далі – форма), затвердженої наказом МОЗ України від 27.07.2006 № 524, що подається щорічно Департаментами охорони здоров'я ОДА та КМДА, кількість закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) для надання медичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні у 2022 р. становила 31, у 2021 р. – 39; крім того, кількість ПТД у 2022 р. становила 25 закладів, тоді як у 2021 р. – 31, а 22 з них мали стаціонарні відділення (у 2021 р. – 24).

У 2022 р. кількість туберкульозних лікарень для дорослих становила 4 (у 2021 р. – 7), кількість туберкульозних лікарень для дітей – 0 (у 2021 р. – 1).

Кількість ЗОЗ, що мали у своєму складі протитуберкульозні кабінети, у 2022 р. становила 319, а у 2021 р. – 389.

Кількість санаторіїв для хворих на ТБ становила 25 (у 2021 р. – 32).

Таким чином, порівняно до показників 2021 р., у 2022 р. кількість ЗОЗ для надання медичної допомоги хворим на ТБ зменшилась на 8 закладів (-20,5 %), кількість ПТД скоротилася на 6 закладів (-19,4 %), туберкульозних лікарень для дорослих – на 3 (-42,9 %),

протитуберкульозних кабінетів – на 70 (-18,0 %), санаторіїв для хворих на ТБ – на 7 (-21,9 %), у 2022 році туберкульозні лікарні для дітей в Україні відсутні, у 2021 році працювала лише 1 дитяча тублікарня в м. Києві.

СТАН РЕФОРМУВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ

На виконання пункту 3 Плану заходів щодо Державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню, схваленого розпорядженням Кабінету Міністрів України за № 1463-р від 18.11.2020 р., щодо здійснення заходів з реорганізації регіональних протитуберкульозних закладів, що передбачає злиття всіх протитуберкульозних закладів відповідного регіону (Автономної Республіки Крим, областей, м. Києва та Севастополя (крім закладів, що належать до сфери управління Мін'юсту) в єдиний в регіоні протитуберкульозний заклад, що має статус регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру (далі – регіональний фтизіопульмонологічний центр), утворений як комунальне некомерційне підприємство, що надає і координує надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню в регіоні, утворено 23 регіональних фтизіопульмонологічних центрів.

У Чернігові рішенням одинадцятої сесії восьмого скликання від 22 вересня 2022 року №44-11/V прийнято рішення про реорганізацію комунального некомерційного підприємства «Чернігівський обласний медичний центр соціально значущих та небезпечних хвороб» ЧОР шляхом приєднання до КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР та створення відокремленого підрозділу «Центр фтизіатрії», в якому передбачено 40 стаціонарних ліжок для госпіталізації хворих на туберкульоз.

В той же час не завершена реорганізація протитуберкульозних закладів у Харків-

ській області. Рішенням III сесії VIII скликання Харківської обласної ради № 46-VIII від 04 березня 2021 року «Про деякі питання оптимізації протитуберкульозної служби Харківської області» прийнято рішення про об'єднання протитуберкульозних закладів області в КНП Харківської обласної ради «Обласний протитуберкульозний диспансер №1» (далі – КНП ХОР «ОПТД№1») з наданням йому статусу комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр».

У зв'язку з тим, що не всі фтизіатричні заклади було об'єднано, продовжують надавати протитуберкульозну допомогу ще два протитуберкульозні диспансери та одна туберкульозна лікарня:

- Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласний протитуберкульозний диспансер №3» – надає амбулаторну і стаціонарну допомогу (80 ліжок) мешканцям Зміївського району Чугуївської ОТГ;

- Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер №7» – надає амбулаторну допомогу мешканцям м. Харкова (Харківська МТГ);

- Державний заклад охорони здоров'я «Обласна туберкульозна лікарня» на 80 ліжок (фінансується із обласного бюджету).

Окрім КНП ХОР «ОПТД№1» в області надають фтизіатричну допомогу зазначені вище окремі протитуберкульозні заклади, туберкульозні відділення центральних районних лікарень, туберкульозні відділення психіатричних лікарень.

Таким чином, на кінець 2022 року план із реорганізації ПТЗ було виконано на 96,0 % (у 24 з 25 областей).

Середній термін госпіталізації пацієнтів з ТБ у 2022 р. становив 48,6 днів, що є на 22,2 % менше, ніж у 2021 р (62,5 днів).

Однак, необхідно зазначити, що середнє перебування хворого на ліжку для дорослих складає 48,1 днів, а для дітей – 70,3, що є достатньо тривалим та не відповідає сімейно-орієнтованим моделям медичної допомоги, що охоплюють втручання, обрані на підставі потреб, цінностей і переваг дитини або підлітка та його сім'ї чи опікуна.

Факторами, які сприяли подальшому скороченню терміну госпіталізації у 2022 р., було визначення чітких критеріїв госпіталізації відповідно до Стандартів надання медичної допомоги при ТБ, впровадження інноваційних коротких режимів лікування ТБ та подальше удосконалення механізмів фінансування медичних послуг для ПТЗ за програмою медичних гарантій, що не пов'язано з кількістю місць для госпіталізації у закладі та його обігом.

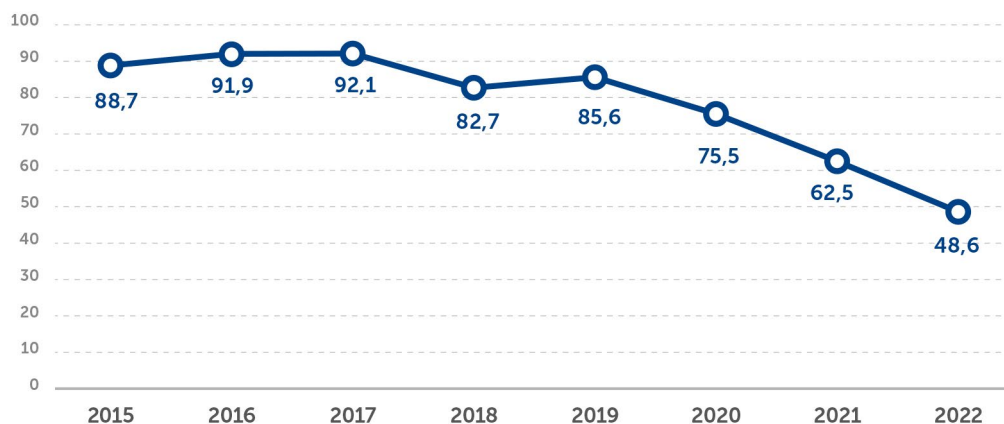


РИС. 4.1. СЕРЕДНІЙ ТЕРМІН ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ТБ У 2015–2022 РР.
(ДАНІ ФОРМИ №47-ЗДОРОВ «ЗВІТ ПРО МЕРЕЖУ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ»)

Зазначені зміни механізмів фінансування сприяли подальшому скороченню кількості місць для госпіталізації хворих на туберкульоз, починаючи з 2020 року, чого не спостерігали за минулі періоди. Загалом у системі ПТЗ МОЗ України в 2022 р. залишилося 3659 місць для госпіталізації хворих на туберкульоз, що на 22,0 % менше, ніж у 2021 р. (4694) та на 43,7 % менше у порівнянні з 2020 роком (6494).

Процес реорганізації мережі ПТЗ позначився і на кількості персоналу. Зокрема, кількість лікарів-фтизіатрів у 2022 р. скоро-

тилася до 1070 осіб або на 13,4 % порівняно до 2021 р. (1235), а в порівнянні з 2020 роком (1541) на 30,6 %. Показник забезпеченості лікарями-фтизіатрами у системі закладів МОЗ України у 2022 році склав 0,26 на 10 000 нас., 2021 р. становив 0,30 на 10 000 населення, тоді як у 2020 р. – 0,37 (тобто у 2022 показник знизився на 29,7 % порівняно до показників 2020 р.).

При цьому цей показник був нижчим за середній у країні у Миколаївській – 0,19 на 10 000 населення, у Донецькій – 0,17, у Чернігівській – 0,18.

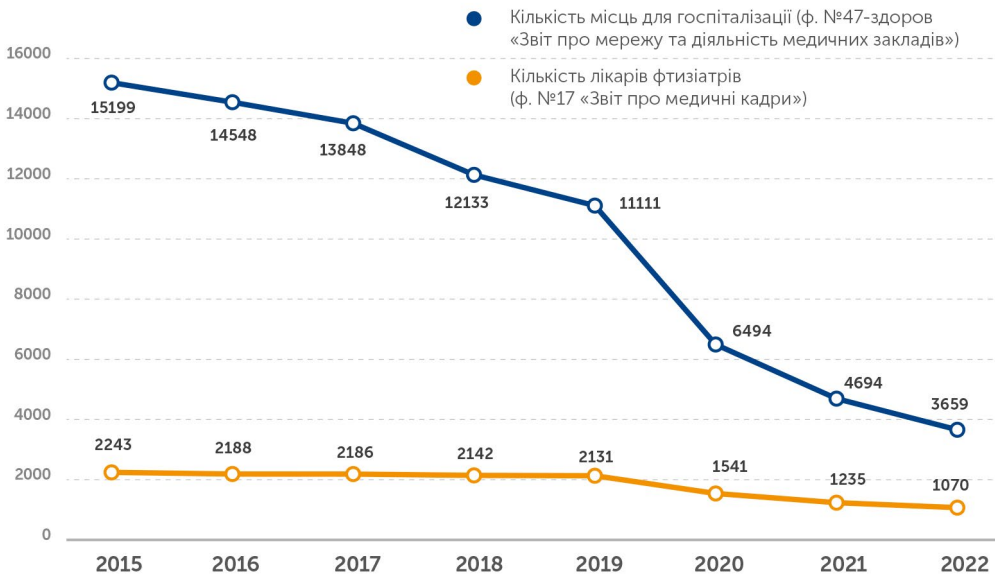


РИС. 4.2. ДИНАМІКА ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ТА КАДРОВОГО РЕСУРСУ (ЛІКАРІ-ФТИЗІАТРИ) СИСТЕМИ ПТЗ МОЗ УКРАЇНИ ЗА 2015–2022 РР.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ

Ефективне лікування туберкульозу – основна складова у досягненні цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, а саме цілі № 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці» щодо подолання туберкульозу до 2030 року. Не менш амбітні цілі ставить і Стратегія ВООЗ «Покласти край туберкульозу» (далі – Стратегія ВООЗ), що має на меті припинення глобальної епідемії туберкульозу до 2035 року, розробка

якої була ініційована ВООЗ у 2014 році та активно впроваджується в країнах Європейського регіону ВООЗ, в тому числі в Україні. Згідно класичним законам епідеміології подолання інфекції можливе при умові ефективного впливу на одну із ланок епідемічного процесу: джерело інфекції, шляхи передачі та сприйнятливий організм. Стосовно туберкульозу – то це джерело інфекції: максимально виявити і ефективно пролікувати.

Ефективність лікування в когортах хворих на ТБ та лікарсько-стійкий ТБ в Україні зали-

шається низькою. Україна не досягла цільового показника НПТ на 2020 р. — ефективності лікування, у тому числі стійких форм ТБ, 80%, а також цільового показника для Європейського регіону ВООЗ — успішності лікування Риф/МЛС-ТБ 75% до 2020 р.

Однак покращення показників успішності лікування спостерігалось в таких когортах: когорта 2015–2019 рр. (із 75% до 79% серед хворих на ТБ), когорта 2014–2019 рр. (із 46% до 61% серед хворих на Риф-ТБ), когорта 2014–2019 рр. (із 25% до 34% серед хворих на ШЛС-ТБ), когорта 2015–2020 рр. (із 63% до 67% серед хворих на ВП/ТБ).

Причинами несприятливих результатів у випадках Риф-ТБ та ШЛС-ТБ були смерть, неефективність лікування та втрата з-під нагляду. Високий показник втрат з-під нагляду може свідчити про те, що пацієнт-орієнтована модель надання допомоги є не належною та не відповідає індивідуальним уподобанням пацієнтів.

Збільшення кількості випадків ТБ, виявлених після смерті (15%), та зростання кількості смертей протягом року після встановлення діагнозу (23%) свідчить про те, що найбільш вразливі групи населення не отримали користі від покращення, що спостерігається. Досі існує значна нерівність у доступі до діагностики та медичної допомоги.

Враховуючи зазначене та зважаючи на наявність доказових даних щодо повільного покращення ситуації, в усіх країнах Європейського регіону ВООЗ існує нагальна необхідність впровадження більш новаторських та ефективних підходів до лікування ТБ, зокрема ЛС-ТБ, з метою підвищення ефективності лікування та запобігання розвитку та поширенню резистентності необхідне впровадження заходів щодо формування прихильності пацієнтів до лікування, а також навчання пацієнтів, членів їх сімей заходам інфекційного контролю.

ВПРОВАДЖЕННЯ ОРІЄНТОВАНОГО НА ЛЮДИНУ ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ

Інтегрована пацієнт-орієнтована допомога та профілактика є ключовим елементом стратегії ВООЗ з ліквідації ТБ та спрямовані на забезпечення всім хворим на ТБ доступу до недорогих високоякісних медичних послуг відповідно до їхніх потреб

і переваг. Це додатково підкріплюється дорожньою картою ВООЗ щодо ліквідації туберкульозу, яка закликає до розробки та впровадження інтегрованих сімейно- та громадо-орієнтованих стратегій.

Відповідно до Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 №1414-р передбачено запровадження нових підходів до організації надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню з акцентом на впровадженні пацієнт-орієнтованих моделей лікування хворих на ТБ та ефективних моделей амбулаторного лікування.

Надання послуг хворим на туберкульоз має базуватися на підході, орієнтованому на людину, як основоположному принципі якісної системи охорони здоров'я, що ґрунтується на наступних принципах:

- **повага до цінностей і переконань пацієнта** (залучення пацієнтів до прийняття клінічних рішень, визнання їхнього права на власні переконання, потреби, приватність життя, гідність, відсутність дискримінації);
- **координація та інтеграція догляду** (ефективне використання ресурсів через координацію допомоги та співробітництво з вузькими спеціалістами, захист інтересів пацієнта);
- **інформація, комунікація, навчання** (інформація про клінічний стан, прогрес і прогноз; інформація про процеси лікування/допомоги; інформація, яка потрібна для збільшення самостійності пацієнта, самопомоги та зміцнення здоров'я);
- **фізичний комфорт, зменшення болю** (рівень фізичного комфорту для пацієнтів має велике значення, Найважливішими для пацієнтів визначено три аспекти: управління болем; допомога в повсякденній діяльності та забезпеченні щоденних життєвих потреб; медичний заклад і його атмосфера);

- **емоційна підтримка**, зменшення страху (страх і тривожність, пов'язані з хворобою, можуть бути так само виснажливими, як і фізичні наслідки, Тому медичним працівникам слід звертати особливу увагу на тривогу пацієнта щодо власного фізичного стану, лікування та прогнозу, щодо впливу хвороби на родину, на занепокоєння пацієнта фінансовими наслідками хвороби, Потрібно намагатися підтримати пацієнта та зменшити рівень його тривоги);
- **залучення сім'ї та друзів** (лікар має враховувати потребу пацієнта залучити рідних до прийняття рішення стосовно лікування, Без залучення сім'ї неможливо також організувати надання якісної медичної допомоги пацієнтам із хронічними захворюваннями, які часто пов'язані із способом життя);
- **безперервність та наступність догляду** (пацієнти непокояться, коли мають переходити між різними ланками або закладами надання медичної допомоги, Тому саме сімейний лікар може найкраще виконувати функцію кейс-менеджера пацієнта – зібрати і систематизувати всю релевантну медичну інформацію і передати колегам зрозумілу, повну інформацію щодо існуючих захворювань, ліків, алергій, фізичних обмежень, дієтичних потреб пацієнта тощо, Необхідно скоординувати поточне лікування та надання додаткових послуг пацієнтові після виписки, На постійній основі надавати пацієнту інформацію щодо доступу до клінічної, соціальної, фізичної та фінансової підтримки);
- **своєчасний та безбар'єрний доступ** (пацієнтам важливо знати, що вони зможуть отримати доступ до допомоги, коли це необхідно, Тому варто подбати, аби забезпечити пацієнта інформацією стосовно безперешкодного доступу до місця розташування амбулаторій і лікарень, наявності миського транспорту, простоти планування візитів, запису на прийом, доступності направлень до спеціалістів або спеціалізованих служб.

Ключова філософія пацієнт орієнтованого підходу – «нічого про мене без мене».

Лікувати не хворобу, а пацієнта – до цього спрямовує лікарів пацієнт-орієнтована модель у медицині.

Інтегрована людино-орієнтована допомога спрямована на забезпечення всім людям, які хворіють на туберкульоз, доступу до високоякісних медичних послуг відповідно до їхніх потреб, індивідуальних вподобань та цінностей і заохоченням до активної ролі самих пацієнтів й їх сімей у прийнятті рішень щодо процесу лікування. Переважною є децентралізована модель лікування туберкульозу в амбулаторних умовах.

За результатами узагальнення інформації про стан виконання заходу 2 завдання 16 Плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 листопада 2020 р. № 1463-р (далі – План заходів), встановлено, що відсоток хворих з підтвердженням діагнозом туберкульозу, в тому числі з використанням інтерактивних методів, з першого дня призначення лікування (далі – амбулаторне лікування) залишається на низькому рівні і не досягає індикатора виконання, який встановлено на рівні 65%. Виконання заходу не потребує додаткового фінансування, а лише організаційно – методичних заходів, насамперед, зі сторони структурних підрозділів з питань охорони здоров'я.

Показник забезпечення амбулаторним лікуванням з першого дня призначення лікування в цілому по Україні у 2022 році склав для чутливого туберкульозу 55,7%, для лікарсько-стійкого туберкульозу 36,1%, що в середньому становить 45,9%.

Найкращі показники охоплення амбулаторним лікуванням у Сумській області, де пацієнти з чутливим туберкульозом у 84,9% лікуються амбулаторно з першого дня, а пацієнти із лікарсько стійким туберкульозом – у 63,3%, у Кіровоградській області, де зазначені показники складають відповідно 72,3% та 79,0%, Чернігівській – 73,2% та 31,8%, м. Київ – 76,4% та 61,5%. Незначна кількість пацієнтів з лікарсько-стійким туберкульозом

лікується амбулаторно з першого дня у Вінницькій області, де показник складає лише 4,4%, у Житомирській (6,6%), Хмельницькій (9,1%) та Львівській – 9,6%.

Розвиток системи амбулаторної допомоги хворим на туберкульоз – це один із тих стратегічних кроків, які робить держава задля подолання туберкульозу. І цей процес потребує активної участі сімейного лікаря.

Амбулаторна допомога хворим на туберкульоз надається в рамках реалізації програми медичних гарантій на надання наступних гарантованих пакетів послуг:

- супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги;
- діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у амбулаторних та стаціонарних умовах, що реалізується регіональними фтизіопульмонологічними центрами.

Станом на 01.05.2023 лише 40 % (512 із 1275) центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД) уклали договори із Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) на надання медичної допомоги за напрямом «Супровід і лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги». Однак є об-

ласті, де цей відсоток значно вищий: Миколаївська – 72%, Вінницька – 63% Чернігівська – 60%, Донецька – 54%, Черкаська – 51%, Закарпатська – 50%, що свідчить про високий організаційний рівень в цих областях.

Людиноорієнтовані варіанти лікування, у тому числі цифрові інструменти, що сприяють прихильності до лікування

Одним із ключових елементів людиноорієнтованої моделі надання допомоги є зменшення кількості непотрібних госпіталізацій та диверсифікація допоміжних варіантів лікування. Сучасні методи лікування в Україні демонструють прогрес у напрямку людиноорієнтованості завдяки реформуванню системи протидії ТБ та переходу до амбулаторної моделі надання допомоги. З цією метою використовуються такі людиноорієнтовані варіанти лікування ТБ, як DOT у закладі охорони здоров'я, DOT удома та цифрові інструменти, що сприяють прихильності до лікування (DAT), такі як відео-контрольоване лікування (VST) за допомогою Viber, WhatsApp, Skype та смарт-органайзерів для таблеток. У 2018 р. смарт-органайзери для таблеток були вперше впроваджені (хвиля 6 проєкту «TB Reach», PATH 2018–2020) у 2 областях України. Пізніше протягом 2019–2022 рр.

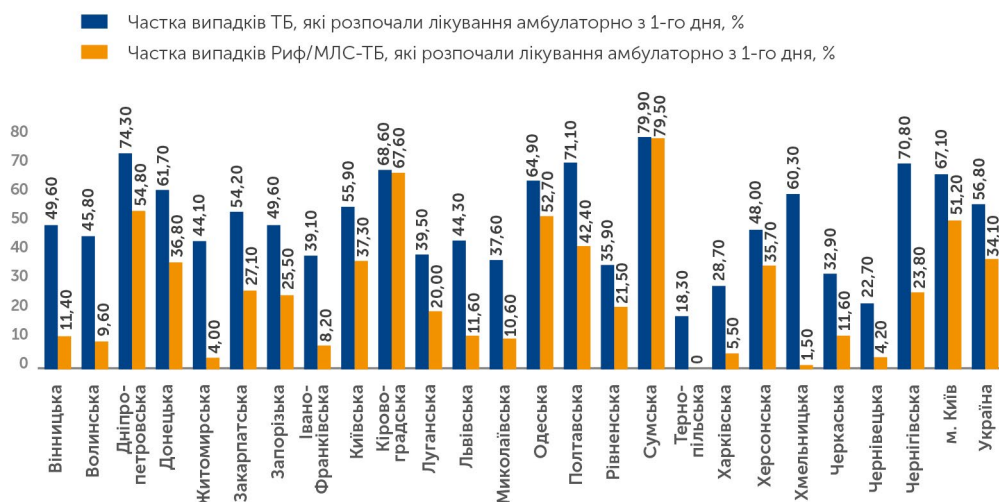


РИС. 4.3. ВПРОВАДЖЕННЯ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНИХ МОДЕЛЕЙ ЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ (ДАНИ ПАСПОРТНИХ АНКЕТ ОБЛАСТЕЙ ЗА 2022 Р.)

використовувався цифровий застосунок (SureAdhere) (ASCENT, PATH) для продовження роботи з використанням смарт-органайзерів для таблеток та VST. У 2022 р. смарт-органайзери для таблеток вже були доступні для використання в інших 8 областях (PATH за підтримки USAID у рамках проекту «Підтримка зусиль у протидії ТБ в Україні»). За даними (регіональне дослідження ВООЗ, 2021), 45% амбулаторних пацієнтів отримували лікування з використанням VST.

Таким чином, асинхронну систему слід розглядати як таку, що відповідає вимогам комунікації та конфіденційності. Крім того, розширення використання смарт-органайзерів для таблеток від проектного до рутин-

ного програмного рівня може бути можливим варіантом в умовах війни і переміщення людей всередині країни та за її межами. Можна розглянути доцільність залучення ОГС та громад, що постраждали від ТБ, до початкового навчання та менторства на початковому етапі використання DAT для підтримки медичного персоналу. Отже, такі послуги можуть стати частиною стандартизованого пакету немедичних послуг для людей із ТБ на рівні громади.

Частка пацієнтів, які отримували лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв'язку (VOT), у 2022 році збільшилась та у середньому становить 47% (у 2021 – 42,1%, у 2020 році – 23,2%).

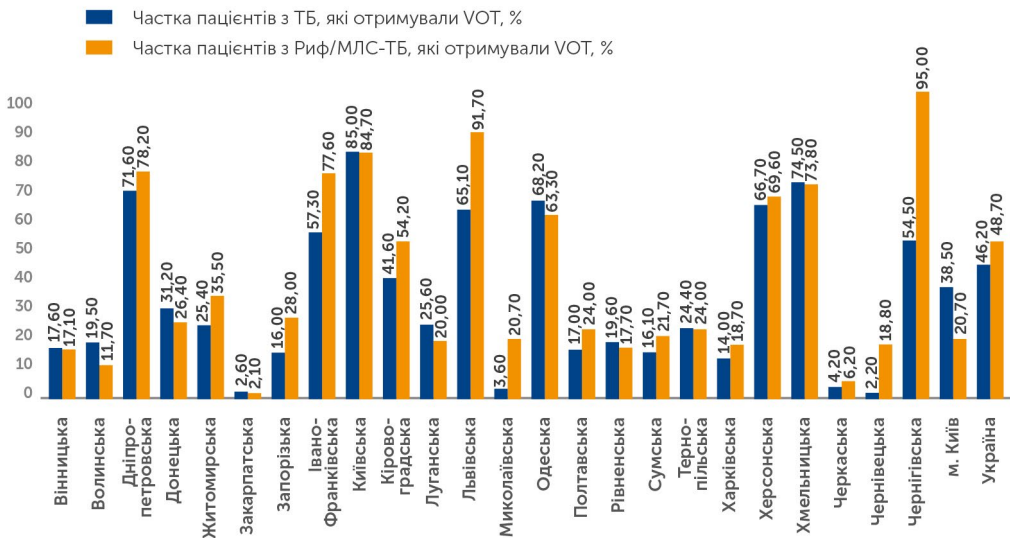


РИС. 4.4. ВПРОВАДЖЕННЯ VOT В УКРАЇНІ (ДАНИ ПАСПОРТНИХ АНКЕТ ОБЛАСТЕЙ ЗА 2022 Р.)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ТБ

Протягом 2022 року на всій підконтрольній території України реалізовувалися програмні активності з медико-психосоціального супроводу пацієнтів із туберкульозом з метою формування та збереження прихильності їх до лікування, забезпечення потреби в контрольованому лікуванні та зменшення випадків втрачених для подальшого спостереження.

У зв'язку з запровадженням воєнного стану в Україні, у найкоротші терміни було

напрацьовано зміни до підходів реалізації послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом, на даний період. Зокрема, впровадження в рамках надання послуг медико-психосоціального супроводу видачі протитуберкульозних препаратів для пацієнтів з туберкульозом, на 30 днів та застосування дистанційних методів нагадування щодо щоденного прийому ліків (телефонні дзвінки, смс нагадування тощо) DOT-провайдерів неурядових організацій, які реалізують програмні активності в областях; видачі мотиваційно-

го набору за безперервний прийом протитуберкульозних препаратів клієнтам проекту, які не отримували щоденного контрольованого DOT (в тому числі на рівні ЗОЗ, які є провайдером послуг) на даний період; застосування більш індивідуального підходу до забезпечення потреб пацієнтів з туберкульозом, підвищення вартості мотиваційного набору для пацієнтів, а також визначення можливості здійснення закупівель у областях, де неможливе проведення тендерів тощо.

Особливої актуальності, в даних умовах, також набуло створення для пацієнтів з туберкульозом з числа внутрішньо переміщених осіб можливостей для ефективного формування та підтримки прихильності до лікування, утримання під медичним наглядом та мінімізації ризиків втрати для подальшого спостереження через надання послуг медико-психосоціального супроводу. Для вирішення даного завдання було визначено внутрішнє переміщення одним з критеріїв відбору пацієнтів з туберкульозом для надання послуг медико-психосоціального супроводу. Відповідно, була сформована рекомендація щодо необхідності всім пацієнтам з цієї категорії запропонувати послуги медико-соціального супроводу у найкоротший термін з часу їх прибуття до певного регіону України.

Всього, із взятих на лікування 19167 хворих, протягом 2022 року на супроводі у цивільному секторі перебували 13522 (70,5%) пацієнтів, із них із чутливим туберкульозом послуги медико-психосоціального супроводу отримували 9844 (66,2%) та 3678 (85,7%) пацієнтів із лікарсько-стійким туберкульозом.

Втрачено з-під спостереження 1256 (6,6%) пацієнтів в цілому по країні (перевищення цільового показника втрат по країні сталося виключно за рахунок високого рівня «відривів» в найнебезпечніших для життя областях через бойові дії, а саме Донецький (29,0%), Луганський (71,0%), Херсонський (24,5%), Харківський (10,2%), Чернігівський (9,3%)). Серед втрачених від подальшого спостереження по країні – 5,8% випадків чутливого туберкульозу та 9,1% лікарсько-стійкого. Треба зауважити, що в 1,7 разів частіше втрачалися пацієнти, які отримували послуги медико-психосоціального супроводу, причому лікарсько-стійкі форми процесу втрачалися частіше, ніж чутливі. Втрати лікарсько-стійких випадків туберкульозу, які отримували послуги медико-психосоціального супроводу склали 284 (7,7%) проти 108 (17,6%) випадків, які дані послуги не отримували. Втрати лікарсько-чутливих випадків туберкульозу, які отримували послуги супроводу, склали 459 (4,7%) проти 405 (8,0%) випадків, які дані послуги не отримували. Широкі міграційні процеси під час військових дій в країні стали, певно, найвагомішою причиною таких втрат (Закарпатська область – 11,8% чутливого туберкульозу та 13,4% лікарсько-стійкого), але отримання послуг медико-психосоціального супроводу позитивним чином відбилося на втриманні пацієнтів на лікуванні, навіть, в найтяжчі для країни часи.

Впровадження програмних активностей відбувалося в рамках реалізації проекту Глобального фонду для боротьби з туберкульозом та малярією «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні» на 2021-2023рр., Міжнародної організації PATH, а також за фінансування місцевих бюджетів.

Основними послугами, які надавалися пацієнтам під час супроводу у 2022 році були: оцінка потреб пацієнта та складання плану індивідуального супроводу, DOT (доставка та контроль прийому протитуберкульозних препаратів) для 30% клієнтів з числа осіб, що перебувають на медико-психосоціальному супроводі, контроль проходження клієнтом проміжної та фінальної діагностики, видача мотивації за безперервний прийом протитуберкульозних препаратів у вигляді продуктивних наборів або сертифікатів мереж супермаркетів, компенсація транспортних витрат, компенсація мобільного та інтернет зв'язу, оцінка психо-емоційного стану, компенсація дороговартісних обстежень, виробів медичного призначення, консультації психолога на всіх етапах лікування, консультації юриста на всіх етапах лікування, індивідуальні соціальні послуги за потребою клієнта (пошук житла, відновлення документів, надання одягу, оформлення інвалідності тощо), розшук пацієнтів, які були

втрачені для подальшого спостереження. Ефективність медико-психосоціального супроводу хворих на туберкульоз як технології впливу на рівень відривів від лікування доводять результати лікування пацієнтів з туберкульозом.

Так, загальна кількість випадків чутливого туберкульозу, когорти 2021 року склали 14602. Із них отримували послуги медико-психосоціального супроводу – 9754 (66,8%) пацієнтів, не отримували – 4848 (33,2%). Ефективне лікування чутливого туберкульозу в групі, охопленій послугами медико-психосоціального супроводу, складало 86,8%, що в 1,5 рази вище, ніж у групі не охопленій супроводом – 58,1%. Відсоток втрачених для подальшого спостереження був у 3,0 рази вище там, де послуги медико-психосоціального супроводу не надавалися – 10,7% проти 3,6%. Питома вага померлих у 5,2 разів була вищою в групі пацієнтів, які не були охоплені послугами медико-психосоціального супроводу – 24,9% проти 4,8%. Випадки невдалого лікування в 1,3 рази частіше траплялися в групі, яка не була охоплена даними послугами – 6,0% проти 4,8%.

Загальна кількість випадків лікарсько-стійкого туберкульозу, когорти 2019 року склали 7386. Із них отримували послуги медико-психосоціального супроводу – 4441 (60,1%) пацієнтів, не отримували – 2945 (39,9%). Ефективне лікування лікарсько-стійкого туберкульозу в групі з охопленням послугами медико-психосоціального супроводу складало 84,0%, що в 2,5 рази вище, ніж у групі порівняння – 33,4%. Втрачено з-під спостереження в 4,6 разів більше хворих, які не отримували послуги медико-психосоціального супроводу – 23,0 % проти 5,0%. Питома вага померлих у 5,0 разів була вищою в групі хворих, які не були охоплені послугами медико-психосоціального супроводу – 26,2% проти 5,2%. Невдале лікування лікарсько-стійкого туберкульозу в 3,0 разів частіше траплялося в групі хворих, які не мали доступу до супроводу – 17,1% проти 5,7%.

Загальна кількість випадків лікарсько-стійкого туберкульозу, когорти 2020 року склали 4760. Із них отримували послуги медико-психосоціального супроводу – 3647 (76,6%) па-

цієнтів, не отримували – 1113 (23,4%). Ефективне лікування лікарсько-стійкого туберкульозу в групі з охопленням послугами медико-психосоціального супроводу складало 79,8%, що в 2,7 разів вище, ніж у групі хворих, які послуги супроводу не отримували – 29,2%. Втрачено з-під спостереження в 3,5 разів більше хворих, які не отримували послуги медико-психосоціального супроводу – 20,8 % проти 5,9%. Невдале лікування лікарсько-стійкого туберкульозу в 1,5 разів частіше траплялося в групі хворих, які не мали доступу до супроводу – 8,9% проти 6,1%.

Також, у 2022 році було продовжено роботу щодо реалізації Плану переходу на державне фінансування послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом. Так, з метою скерування та координації дій центральних органів влади, основних реципієнтів та інших партнерів щодо впровадження послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом в рамках реалізації плану переходу на державне фінансування було розроблено Дорожню карту впровадження даних послуг в рамках реалізації плану переходу на державне фінансування. Дорожня карта включала в себе покроковий алгоритм реалізації плану переходу з визначенням очікуваних результатів, строків виконання та відповідальних.

В ході реалізації Дорожньої карти здійснювалось напрацювання нормативно-правової бази. Так, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 09.02.2022 року № 103 було внесено відповідні зміни до Порядку використання коштів програми КПКВК 2301040 «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». Центром у співпраці з Основними реципієнтами та партнерами було напрацьовано Порядок надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом та пакет супровідних документів.

Також, було розроблено Методологію розрахунку вартості послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом та обрахування Граничного тарифу.

Медико-психосоціальний супровід хворих на туберкульоз є важливою складовою ведення пацієнтів з туберкульозом та по-

требує більш високої уваги та подальшого удосконалення задля підвищення результатів ефективності лікування пацієнтів з туберкульозом.

ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Загальна мета лікування туберкульозу (ТБ) полягає у досягненні одужання без рецидивів для всіх пацієнтів, припиненні передачі *M. tuberculosis* та запобіганні набуття (або розширення) додаткової медикаментозної стійкості.

В Україні усі послуги з лікування надаються відповідно до принципів, рекомендованих ВООЗ, включно з людино-орієнтованою медичною допомогою та підтримкою, інформованою згодою, принципів належної клінічної практики та регулярним моніторингом пацієнтів щодо ефективності та безпеки схеми лікування.

Україна є однією з перших країн, яка адаптує нові рекомендації ВООЗ щодо лікування ТБ, а також впроваджує та роз-

гортає короткострокові схеми лікування Риф-ТБ.

Так, в умовах повномасштабної війни, одна з перших країн в європейському регіоні ВООЗ, розпочала впровадження по всій країні операційного дослідження "Оцінка ефективності та безпеки лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу режимом ВРaL в Україні" з застосуванням інноваційного режиму ВРaL. Це стало значним прогресом не тільки в національному, а й у глобальному масштабі, що дає змогу пацієнтам з Риф/МЛС-ТБ підвищити ефективність лікування (до 90 % за даними клінічних досліджень) та скоротити тривалість лікування з 18-20 місяців до 6-9 місяців.

Крім цього триває операційне дослідження «Оцінка ефективності та безпеки модифікованих короткострокових схем лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу в Україні» (країнова когорта), попередні результати якого також показують високу ефективність лікування (більше 90 %)

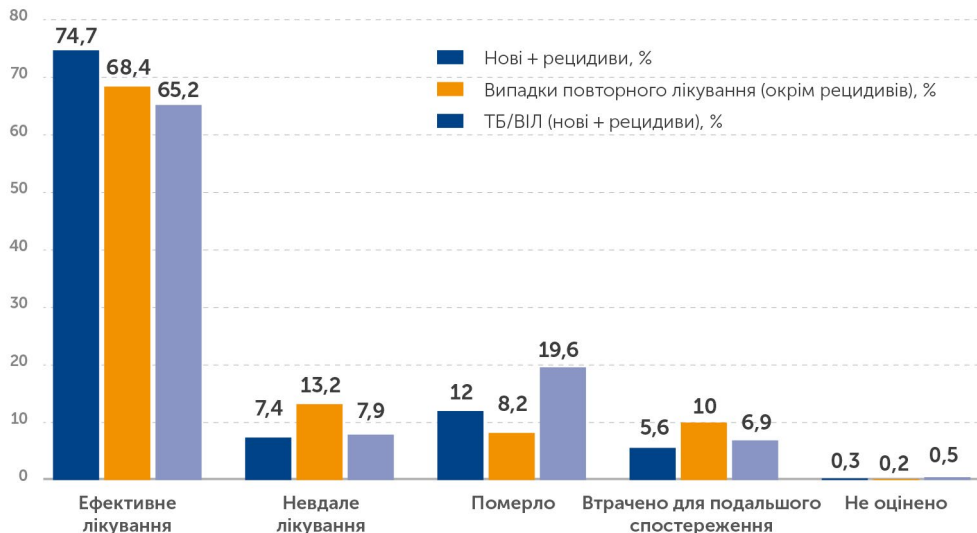


РИС. 4.5. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ ТБ, ЯКІ БУЛО ЗАРЕЄСТРОВАНО У 2022 Р. (ДАНІ З РЕЄСТРУ ХВОРИХ НА ТБ)

Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання протягом останніх років залишається практично незмінним і становить 74,7% від останньої когорти (2021 р.).

Варто зауважити, що у 2022 році на ефективність лікування значно вплинула війна росії проти України, у оскільки інфраструктура та людські ресурси протитуберкульозної служби, у тому числі лікарні і кабінети DOT,

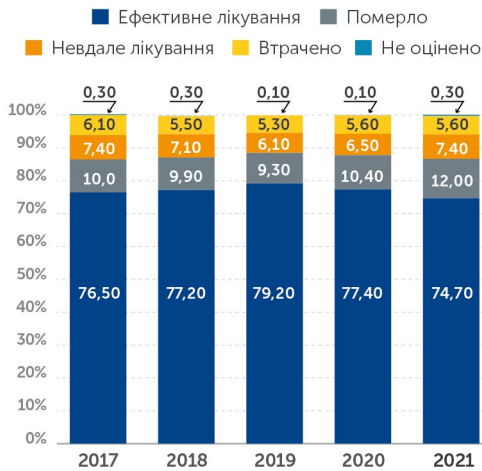


РИС. 4.6. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ, %, КОГОРТИ 2017–2021 РР.

істотно постраждали внаслідок війни; наприклад, Херсонська, Донецька та Луганська протитуберкульозні лікарні не працювали. Це створило додаткові труднощі в організації як стаціонарного, так і амбулаторного лікування. НПТ намагається оперативно вирішувати проблему нестачі місць, що виникає; наприклад, інфекційні лікарні в Харкові та Запоріжжі за потреби виділяють ліжка для пацієнтів із ТБ для інфекційних відділень.

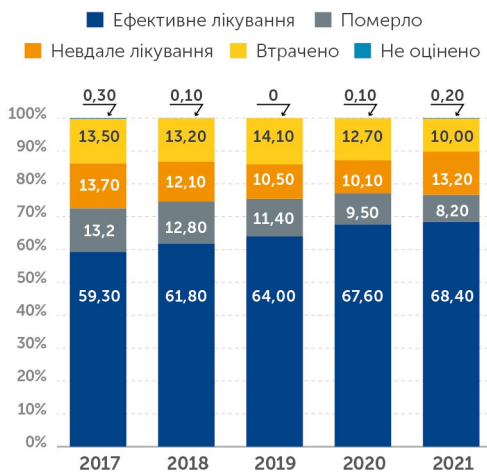


РИС. 4.7. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ВИПАДКІВ ПОВТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ТБ (ОКРІМ РЕЦИДИВІВ), %, КОГОРТИ 2017–2021 РР.

Покращення результатів лікування відмічається серед повторно пролікованих випадків (крім рецидивів) — із 59,3% у когорті 2017 р. до 68,4% у когорті 2021 р. було обумовлене зменшенням кількості смертей з 13,2 % у 2017 до 8,2 % у 2021, втрат для подальшого спостереження з 14,1 % у 2019 до 10,0 % у 2021 (рис. 4.6), проте загальна ефективність лікування все ще нижче глобального цільового показника ВООЗ у 90%.

Показники ефективності лікування дітей з ТБ підвищилися і протягом останніх трьох років стабільно перевищують 95% (рис. 4.8). У 2021 р. ефективність лікування ТБ (нові випадки та рецидиви захворювання) у дітей віком 0–14 років становить 95,1%.



РИС. 4.8. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ (0–14 РОКИ), %, КОГОРТИ 2017–2021 РР.

Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання також підвищився у пенітенціарних установах до 79,4% у 2020 р., але у пацієнтів 2021 року реєстрації за даними реєстру хворих на ТБ спостерігається зниження показника ефективного лікування до 70,9% за рахунок випадків, результат лікування яких не оцінений у зв'язку з неможливістю відслідкувати результат лікування внаслідок окупації частки території України (рис. 4.9).

Ефективність лікування туберкульозу може варіюватися залежно від різних факторів, включаючи статеву приналежність.

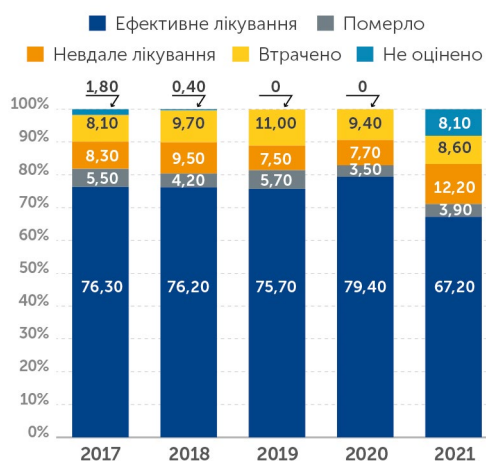


РИС. 4.9. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПЕНІТЕНЦІАРНИХ УСТАНОВАХ, %, КОГОРТИ 2017–2021 РР.

Статистичні дані ВООЗ свідчать, що чоловіки стикаються з більшим ризиком розвитку туберкульозу, ніж жінки, і серед чоловіків більше випадків смерті від туберкульозу. Чоловіки також можуть бути вразливіші до туберкульозу через гендер-

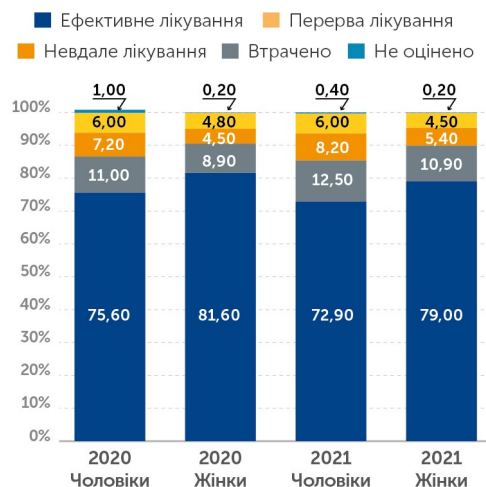


РИС. 4.10. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА СТАТТЮ, %, КОГОРТИ 2020–2021 РР.

но-професійні професії, наприклад, роботу у шахтах, мігрувати у пошуках роботи, що є чинником перерв у лікуванні туберкульозу, можуть бути більш схильними до шкідливих звичок, таких як куріння**.

Загальні статистичні дані в Україні також підтверджують, що ефективність лікування туберкульозу у жінок є на 6 % вищою, ніж у чоловіків. (рис. 4.10).

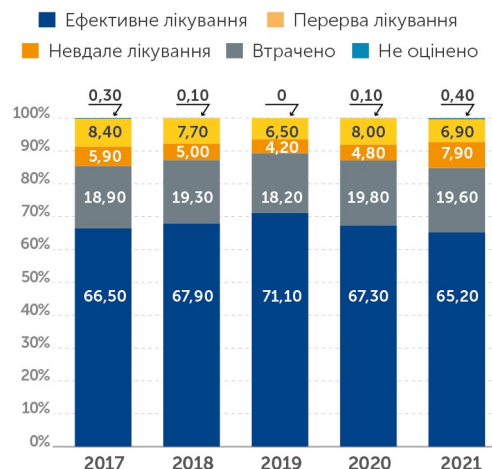


РИС. 4.11. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ/ВІЛ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ, %, КОГОРТИ 2017–2021РР.

Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів ТБ/ВІЛ знизився у пацієнтів 2021 року до 65,2% з 71,1% у 2019 р. (рис. 4.11). Це погіршення обумовлено зниженням ефективності лікування серед усіх пацієнтів, а також збільшенням частки пацієнтів з невдачею лікування.

Протягом останніх десяти років показник ефективності лікування МЛС–ТБ був нижчим за цільовий показник ВООЗ (75%). Він був зіставним для двох останніх когорт (2017–2018 рр.) та становив до 50%.

У 2019–2020 роках використовувались нові схеми, препарати були у достатній кількості, знизилась терміни лікування, тому знизився відсоток невдач лікування майже втричі з 22,3 у 2018 році до 8,5 у 2020. Питомі ваги летальних наслідків залишилась на рівні 2018 року – 15,5%, тоді як частка

** https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery_lukuvannia_TB_report.pdf

ВПС пацієнтів зменшилась на 27%, (рисунк 4.12).



РИС. 4.12. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ МЛС-ТБ, %, КОГОРТИ 2017–2020 РР.

Наведені результати зобов'язують країну мобілізувати ресурси і зусилля для забезпечення загального доступу до швидкої та якісної діагностики ТБ та ЛС-ТБ, а також до відповідного та своєчасного лікування для всіх пацієнтів відповідно до профілю резистентності.

Серед основних причин, що обумовлюють низькі показники ефективності лікування як серед випадків ТБ, так і серед МЛС/Риф-ТБ, слід зазначити наступне:

- **висока частка людей із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ з надзвичайно високим рівнем смертності.** Приблизно 20% нових випадків та рецидивів ТБ у річних когортах 2016–2021 рр. припадає на людей із ВІЛ-асоційованим ТБ;
- **субоптимальний рівень бактеріологічного підтвердження,** що призводить до недостатньої діагностики випадків ЛС-ТБ, у яких лікування протитуберкульозними препаратами першого ряду (ПТП 1 ряду) є неефективним.
- **пізнє виявлення хворих на ТБ на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)** – це одна з основних причин низької ефективності лікування,

високих показників смертності на першому році спостереження та встановленні діагнозу ТБ посмертно;

- **недоліки організації лікування малодоступних для органів охорони здоров'я верств населення** (наприклад, бездомні, мігранти, ромське населення, особи, що повернулися з місць позбавлення волі), зокрема недостатнє використання можливостей проектів медико-психосоціальної підтримки хворих під час лікування на місцях та відсутність оптимальних заходів соціального захисту з боку держави і місцевих органів самоврядування для зазначеної категорії хворих;
- **обмежені можливості щодо організації моніторингу та управління побічними реакціями на АМБП,** особливо на амбулаторному етапі, зокрема через нестачу ресурсів, географічні та логістичні обмеження доступу до своєчасного моніторингу;
- **попередні механізми фінансування протитуберкульозних закладів (ПТЗ),** які підтримували практику тривалої і часто необґрунтованої госпіталізації, що суперечить пацієнт-орієнтованому підходу та сприяє внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на ТБ резистентними до АМБП штамми *Mycobacterium tuberculosis*;
- **недостатній рівень обізнаності населення щодо ТБ,** як наслідок – високий рівень стигматизації та самостигматизації, недостатня мотивація для своєчасного проходження діагностики та початку лікування.

Тестування на ВІЛ хворих на ТБ та охоплення АРТ пацієнтів з ТБ/ВІЛ

Для забезпечення ефективного надання послуг із боротьби з ТБ і ВІЛ ВООЗ рекомендує проведення тестування на ВІЛ в усіх хворих на ТБ; надання АРТ хворим на ТБ з позитивним ВІЛ-статусом, проведення регулярного скринінгу на ТБ у ЛЖВ, надання ПЛ ТБІ для ЛЖВ, які не хворіють на активну форму ТБ.

З 2011 по 2014 рр. показники тестування хворих на ТБ та ВІЛ підвищилися з 74,5 до 96,9% і залишаються на рівні 99%. У 2022 р. тестуванням на ВІЛ було охоплено 98,7% пацієнтів.

Стабільне підвищення показників охоплення АРТ серед пацієнтів з коінфекцією

ТБ/ВІЛ почалося з 2013 р., а до кінця 2022 р. становило 92,2%, досягнувши встановленого у 90% глобального цільового показника (рисунок 3.42).

Дані з 2011 по 2014 рр. включають усі випадки ТБ, а з 2015 по 2022 рр. – нові випадки ТБ та рецидиви захворювання.

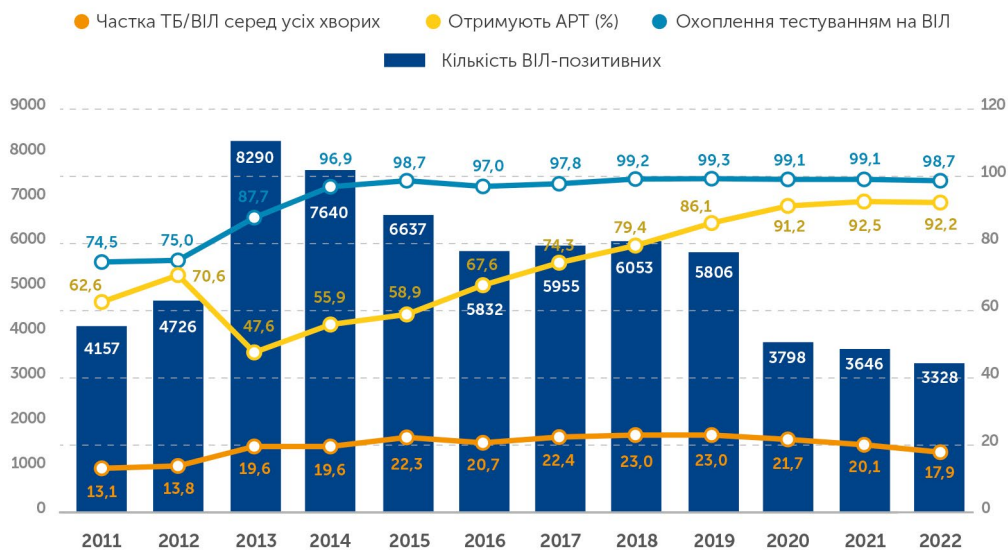


РИС. 4.13. СПІЛЬНІ ЗАХОДИ БОРЬБИ З ТБ/ВІЛ, 2011-2022 РР.

Результати лікування хворих на ТБ

У 2022 році кількість випадків, які розпочали лікування МЛС-ТБ препаратами другого ряду зменшилась у порівнянні з попередніми роками.

На 36% знизилась частка випадків лікування МЛС-ТБ препаратами другого ряду з числа підтверджених раніше, тоді як частка випадків з числа вперше зареєстрованих порівняно до показників 2021 р., зменшилась на 7% що, ймовірно, обумовлено повномасштабним впровадженням нових АМБП, нових короткострокових схем, а також покращенням ефективності лікування.

Було проаналізовано причини нерозпочатого лікування випадків ТБ препаратами другого ряду за останні п'ять років та відзначено, що поширеною причиною є смертність до початку лікування (26,2%),



РИС. 4.14. КІЛЬКІСТЬ ВИПАДКІВ ЛІКУВАННЯ МЛС-ТБ ПРЕПАРАТАМИ ДРУГОГО РЯДУ У ПЕРІОД З 2017 ПО 2022 РР.



РИС. 4.15. СТРУКТУРА ПРИЧИН, З ЯКИХ НЕ БУЛО РОЗПОЧАТО ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТАМИ ДРУГОГО РЯДУ, %, ПЕРІОД З 2017 ПО 2022 РР.

відмова від препаратів другого ряду (24,4%) та інші причини.

Найвищі показники ефективності лікування серед всіх випадків чутливого ТБ, в

яких розпочато лікування у 2021 р., зафіксовано у Дніпропетровській (79,6%), Сумській (79,9%), Запорізькій (81,8%) та Тернопільській областях (80,5%).

Погіршення показників ефективності лікування серед всіх випадків ТБ порівняно до результатів когорти 2020 р. зафіксовано у 18 областях.

Серед всіх випадків ТБ, в яких розпочали лікування у 2021 р., найнижчих показників невдачі лікування на рівні рекомендованих ВООЗ у 3–5% досягнуто у Донецькій (3,0%), Запорізькій (3,6%), Миколаївській та Луганській (по 4,6%) областях, тоді як у Хмельницькій, Закарпатській, Івано-Франківській та Черкаській областях показник невдачі лікування фактично вдвічі перевищує рекомендований ВООЗ та становить 11,1%, 12,0%, 11,4% та 17,6% відповідно.

Значення показника смертності серед всіх випадків ТБ на рівні менше 5% не досягнуто, тоді як найвищі показники зафіксовано у Херсонській (17,6%), Донецькій (16,6%) та Житомирській (16,5) областях.

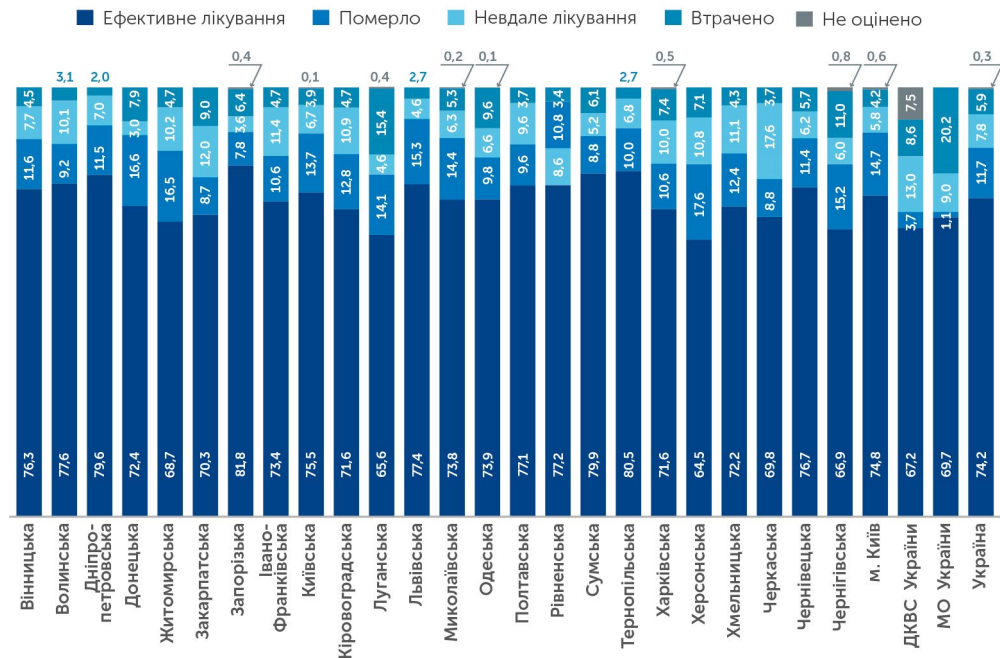


РИС. 4.16. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ ТБ, ЯКІ БУЛИ ЗАРЕЄСТРОВАНІ У 2021 Р. ЗА ОБЛАСТЯМИ, % (ДАНІ ВЗЯТІ З РЕЄСТРУ ХВОРИХ НА ТБ)

Додатковим критерієм якості ведення випадків ТБ є показник втрачених для подальшого спостереження (ВПС).

Основною метою є досягнення показника перерваного лікування на рівні 3%. У когорті 2021 р. серед всіх випадків ТБ досягнуто цільового значення зазначеного показника у Дніпропетровській (2,0%), Львівській (2,7%) та Тернопільській (2,7%) областях, Критично високими є показники ВПС у Луганській (15,4%), Чернігівській (11,0%), Одеській (9,6%) та Закарпатській (9,0%) областях.

Найвищі показники ефективності лікування серед випадків ТБ (нові та рецидиви) когорти 2021 р., що фактично наближаються до цільового показника ВООЗ у 85% для Європейського регіону, зафіксовано у Тернопільській (81,0%) та Запорізькій (82,9%) областях.

Зниження рівня ефективності лікування серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання порівняно до показників

аналогічного періоду 2020 р. виявлено у дев'ятнадцяти областях. Лише у шести областях ефективність лікування таких випадків покращилась.

Найнижчого показника невдачі лікування серед нових випадків ТБ і рецидивів захворювання (мета – 3–5%) досягнуто в Запорізькій (3,3%), Донецькій (2,8%), Львівській (4,5%) та Луганській (по 4,5%) областях.

Найвищого показника невдачі лікування серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання у когорті 2021 р. зафіксовано у Житомирській (10,4%), Закарпатській (11,0%), Кіровоградській (10,2%), Хмельницькій (10,1%), Івано-Франківській (10,9%), Харківській (10,0%) та Черкаській (15,9%) областях.

Показника смертності серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання на рівні менше 5% не досягнуто, найвищі показники смертності зафіксовано у Херсонській (по 18,3%), Донецькій (17,0%) та Житомирській (17,8%) областях.

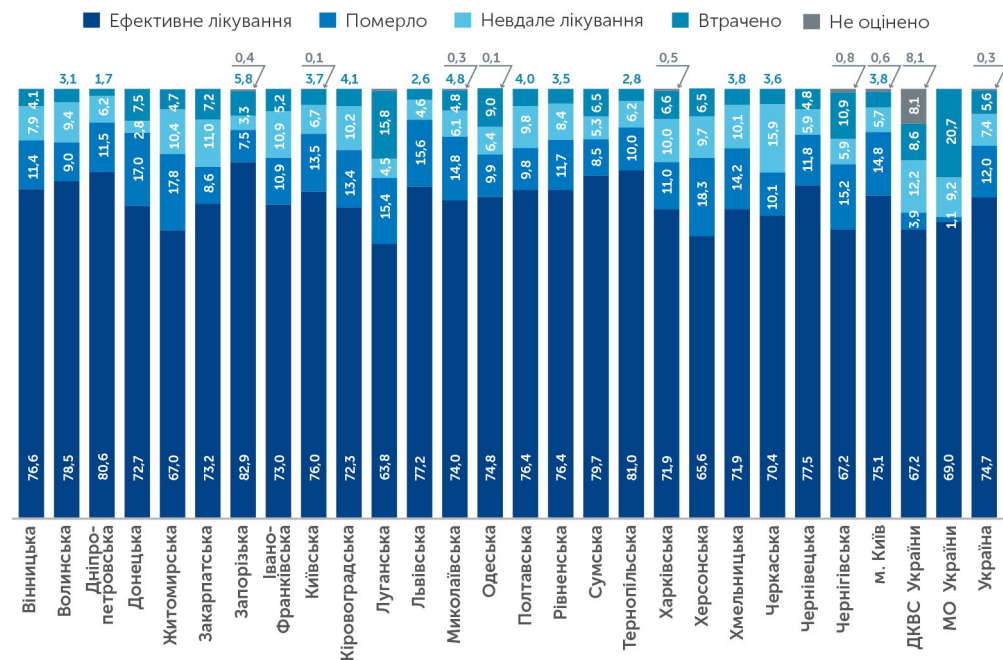


РИС. 4.17. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ ТБ (НОВІ ТА РЕЦИДИВИ) ЗА ОБЛАСТЯМИ, %, КОГОРТА 2021 Р.

За індикатором показника ВПС серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання досягнуто цільового значення у Дніпропетровській (1,7%), Львівській (2,6%) та Тернопільській (2,8%) областях, а наближення до цільових значень – у Волинській (3,1%), Київській (3,7%), Рівненській (3,5%), Хмельницькій (3,8%), Черкаській (3,6%) областях та м. Київ (3,8%),

Найвищі показники ВПС серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання зафіксовано в Луганській (15,8%) та Чернігівській (10,9%) областях.

Серед випадків повторного лікування ТБ (за виключенням рецидивів) у когорті 2021 р. найвищого показника ефективності лікування досягнуто у Житомирській (83,7%), Луганській (85,0%), Львівській (84,4%), Полтавській (85,7%) та Рівненській (84,6%) областях, найнижчого показника – у Закарпатській (58,2%), Запорізькій (57,1%) та Херсонській (52,8%) областях.

Цільового показника невдачі лікування серед випадків повторного лікування ТБ

на рівні рекомендованих 3–5% досягнуто в Львівській (3,1%), Сумській (4,3%) та Вінницькій (4,8%) областях, тоді як у переважній більшості областей цей показник є значно гіршим та має найвищі значення – у Волинській (20,0%), Херсонській (22,2%) та Черкаській (27,3%) областях.

Найнижчих показників смертності серед випадків повторного лікування ТБ, що відповідає цільовим значенням до 5%, в когорті 2021 р. досягнуто у Донецькій (4,5%), Луганській (0%), Рівненській (2,6%), Хмельницькій (1,8%), Черкаській (1,5%) та Житомирській (4,1%) областях.

За індикатором показника ВПС серед повторних випадків захворювання досягнуто цільового значення у когорті 2020 р. (мета – 3%) у Тернопільській, Полтавській, Сумській (по 0%), Івано-Франківській (1,8%), Рівненській (2,6%) та Волинській (2,9%),

Найгірші показники за даним індикатором виявлено у Донецькій (22,7%), Запорізькій (19,0%), Одеській (17,7%) та Харківській (16,3%) областях.

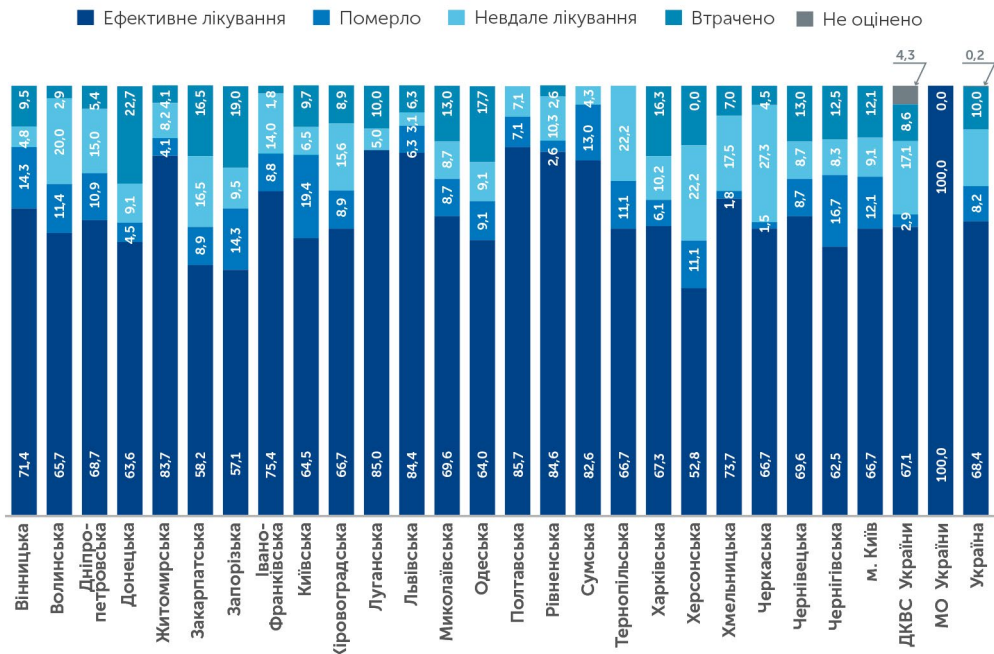


РИС. 4.18. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТБ (КРІМ РЕЦИДИВІВ) ЗА ОБЛАСТЯМИ, %, КОГОРТА 2021 Р.

Серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) когорти 2021 р. в жодному регіоні не досягнуто цільового показника ефективності лікування,

У Закарпатській області ефективність лікування серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ становить 81,8%, найнижчі показники до 55,5% у Кіровоградській, Луганській та Харківській областях.

В шести областях досягнуто цільових показників невдачі лікування на рівні рекомендованих 3–5% – Закарпатській, Донецькій, Запорізькій, Луганській, Львівській та м.Київ, але у Київській, Тернопільській та Волинській областях цей показник вищий за 14,0%.

Летальні наслідки серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) в когорти 2021 р, відповідно до цільового показника (5%) не були зареєстровано в жодному регіоні.

Найнижче значення цього показника у Волинській області (8,7%); в решті областей значення цього показника коливалось від

9,1% (Закарпатська область) до 35,8% (Луганська область).

Не зареєстровано випадків ВПС серед осіб з коінфекцією ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) в Тернопільській та Чернівецькій (0%) областях, в решті областей значення цього показника коливалось від 2,2% (Волинська область) до 15,4% (Івано-Франківська область).

Показники ефективності лікування дітей залишаються на високому рівні. У 2021 р, загальний показник по Україні становить 95,1% проти 95,8% у 2020 році, За 2021 рік було 5 летальних наслідків серед дітей у п'яти областях України – Дніпропетровському, Житомирському, Закарпатському, Одеському та Кіровоградському.

Наступним важливим показником ефективності протитуберкульозних заходів на рівні країни є ефективність лікування хворих на МЛС-ТБ.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ефективність лікування таких хворих має

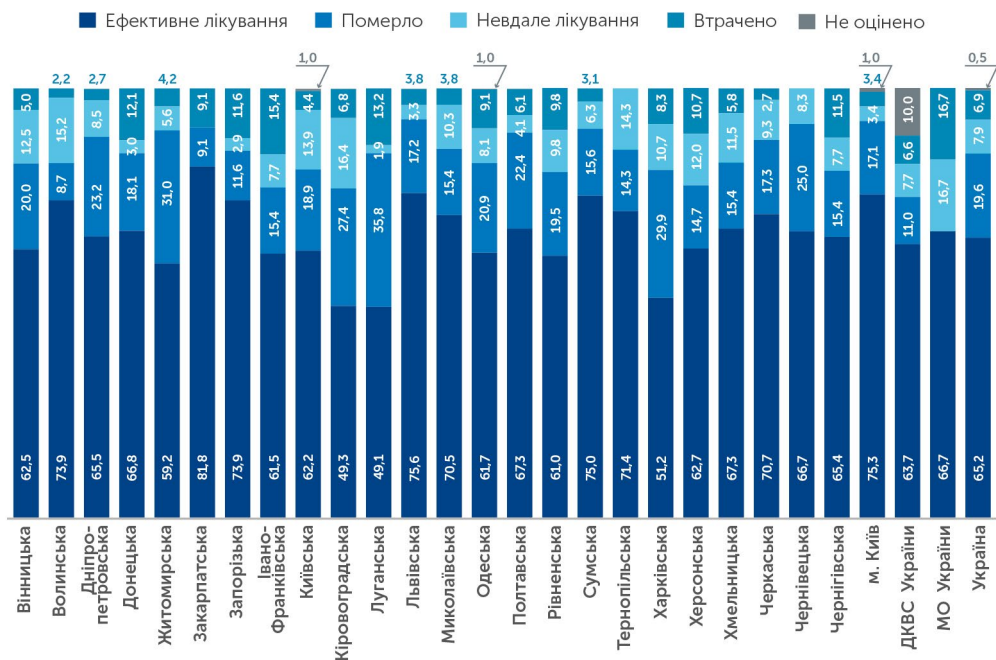


РИС. 4.19. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ КОІНФЕКЦІЇ ТБ/ВІЛ (НОВІ ТА РЕЦИДИВИ) ЗА ОБЛАСТЯМИ, %, КОГОРТА 2021 Р.

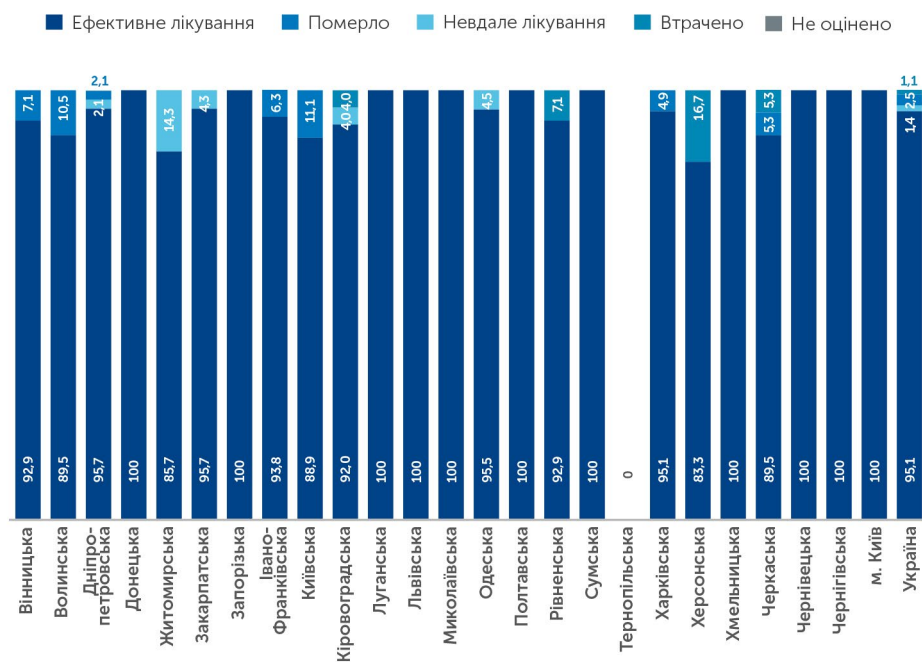


РИС. 4.20. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТБ (НОВІ ТА РЕЦИДИВИ) У ДІТЕЙ ВІКОМ 0–14 РОКІВ ЗА ОБЛАСТЯМИ, %, КОГОРТА 2021 Р.

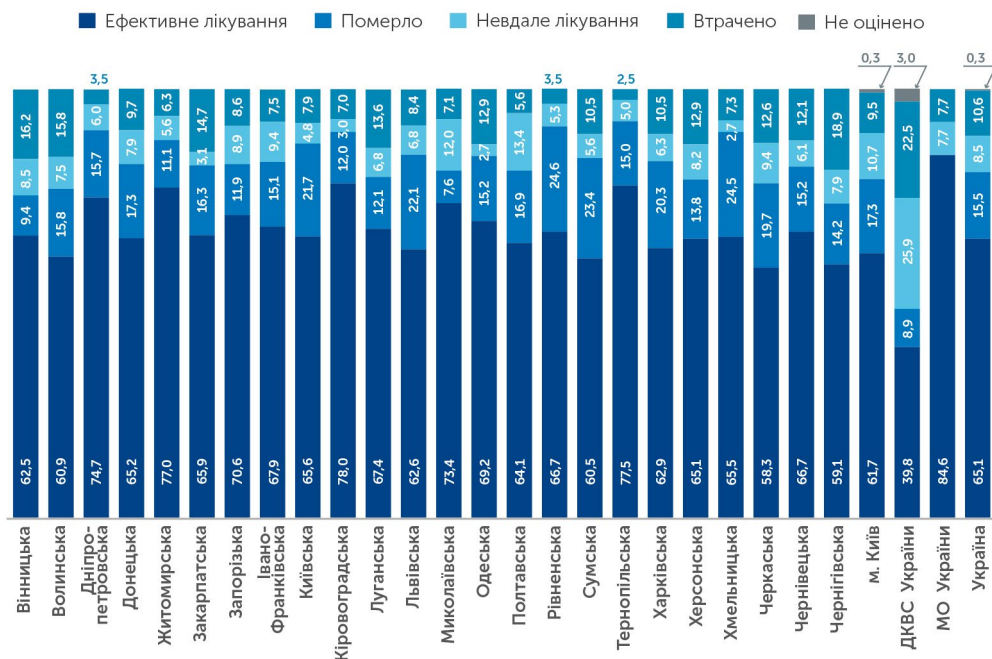


РИС. 4.21. СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ВСІХ ВИПАДКІВ МЛС-ТБ, %, КОГОРТА 2020 Р.

становити не менше 75%. За останні два роки ефективність лікування стійких форм ТБ значно покращилась за рахунок впровадження короткострокових режимів лікування з використанням нових препаратів.

У когорті 2020 р, ефективність лікування всіх випадків МЛС-ТБ становить 65,1%, що на 6% вище рівня 2019 р, (61,4%). Найвищі показники зафіксовано у Кіровоградській (78%), Житомирській (77%) та Тернопільській

(77,5%) областях; найнижчі показники – в установах ДКВС України (39,8%) Черкаській (58,3%) та Чернігівській області (59,1%).

У трьох областях досягнуто цільового значення у 3–5% показника ВПС (перерване лікування) – Дніпропетровському, Рівненському та Тернопільському, а найвищий рівень ВПС виявлено в установах ДКВС України (22,5%), у Чернігівській (18,9%) та Вінницькій (16,2%) областях.

РОЗДІЛ 5.

ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ

Інфекційний контроль за туберкульозом (далі – ІК ТБ) – це система організаційних, протиепідемічних та профілактичних заходів, спрямованих на попередження передавання та інфікування мікобактеріями туберкульозу здорових осіб, суперінфекції хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз.

Медичні працівники закладів охорони здоров'я або пацієнти, які отримують медичну допомогу в цих закладах піддаються вищому ризику інфікуванню *M. tuberculosis*, саме тому впровадження заходів інфекційного контролю є запорукою створення безпечного середовища для надання та отримання медичної допомоги.

Доведено, що трьохрівнева система заходів контролю, що включає адміністративний компонент, інженерний компонент та індивідуальний захист, знижує ризик передавання та інфікування *M. tuberculosis*. Необхідно впроваджувати заходи ІК ТБ як частину загальної програми з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (далі – ПІІК) у всіх закладах охорони здоров'я.

У зв'язку з повномасштабним військовим вторгненням російської федерації в Україну у 2022 році фахівці Центру не проводили моніторингові візити до протитуберкульозних закладів. Нижченаведені показники є результатом проведеного аналізу отриманих даних від протитуберкульозних закладів, які вони надали згідно з запропонованою формою.

Необхідні заходи щодо ІК ТБ в Україні регламентовані Стандартом інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз (далі – Стандарт інфекційного контролю за туберкульозом), затвердженого наказом МОЗ від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за №408/33379 (зі змінами).

Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року затверджена розпорядженням Кабінету міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1415-р. Профілактика інфекційних хвороб, для яких характерним є аерогенний шлях інфікування, регламентована Заходами та Засобами щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затвердженого наказом МОЗ від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393 (зі змінами).

Підходи до знезараження повітря ультрафіолетовими бактерицидними опромінювачами в приміщеннях закладів охорони здоров'я регламентовано Санітарно-протиепідемічними правилами і нормами використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 травня 2021 року № 882, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28 липня 2021 року за № 978/36600.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», запроваджено комплексний підхід у впровадженні системи профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

АДМІНІСТРАТИВНИЙ КОМПОНЕНТ

Комплекс заходів, спрямованих на запобігання утворенню інфекційних аерозолів та поширенню інфекційних хвороб.

Першочерговим кроком впровадження адміністративних заходів ІК ТБ є створення відділу з інфекційного контролю (далі – ВІК) відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1323/36945.

За отриманими даними, ВІК створений та визначений його керівник у 19 з 25 закладів, проте відзначається дефіцит кадрів у всіх областях. В жодному закладі ВІК не був сформований у повному обсязі у складі керівника, лікаря-епідеміолога, помічника лікаря-епідеміолога, клінічного фармацевта, сектору з покращення гігієни рук, координатора з навчання та підготовки працівників з ПІІК, статиста. Госпітальний епідеміолог наявний у 80% закладів. Найбільш критичною позицією залишається укомплектування ВІК клінічним фармацевтом – лише 10 закладів (40%) мають такого спеціаліста у штаті (у 2021 році 24% закладів мали клінічного провизора).

Невирішеним питанням залишається підготовка фахівців з інфекційного контролю. Так, близько 100 працівників ВІК потребують відповідного навчання.

План дій з ІК ТБ був розроблений та затверджений наказом керівника у протитуберкульозних закладах всіх областей, проте лише в 15 областях він був актуальним на 2022 рік (в інших областях план не оновлювався у 2022 році або був затверджений вже у 2023 році). У планах дій зазначено 374 кількісних індикатори, з яких реалізовано у 2022 році 92,2%.

Кількість розроблених стандартних операційних процедур (далі – СОП), що стосуються питань ІК ТБ становить 674, з них переглянуті та/або оновлені у 2022 році – 69,1%. Кількість розроблених чек-листів моніторингу дотримання СОП – 327, що становить 48,5% від потреби.

СОП та чек-листи до них зазвичай носять формальний характер – не впровадженні в роботу закладу, не проводиться фактичний моніторинг за дотриманням

працівниками СОП відповідно до розроблених чек-листів.

Проведено зонування приміщень закладів відповідно до ризиків інфікування туберкульозом та наявний відповідний наказ керівника щодо затвердження зон високого ризику у 24 з 25 закладів (окрім Чернівецької області – дані відсутні).

Загальна площа зон високого ризику становить 73 494,6 м², що на 24,4% менше, ніж було зазначено у 2021 році, що може бути пов'язано з реорганізацією та/або оптимізацією протитуберкульозних закладів.

Загальна кількість палат становить 1 425 (що на 14,6% менше, ніж у 2021 році). Ізолятори складають 8,7% від загальної кількості палат (у 2021 році цей показник становив 7,8%), шість закладів не мають ізоляторів (Івано-Франківська, Київська, Сумська, Черкаська, Чернігівська, Чернівецька області), одномісні палати від загальної кількості становлять 19,6% (у 2021 році – 11,5%), 33,3% – палати розраховані на три та більше пацієнтів.

Відповідно абзацу 28 пункту 2 розділу II Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом, у стаціонарі слід суворо дотримуватися правил роздільного, ізольованого розміщення та перебування пацієнтів – пацієнти з бактеріовиділенням мають бути ізольовані в одномісних палатах. Дозволяється застосовувати когортну ізоляцію не більше двох пацієнтів в одній палаті за умови підтвердження ідентичного профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду за допомогою молекулярно-генетичних методів діагностики туберкульозу.

Загальна кількість працівників в протитуберкульозних закладах становить 4 817 осіб, що на 18,8% менше, ніж у 2021 році. Співвідношення кількості лікарів до сестер/братів медичних складає 1:1,9.

Середня тривалість лікування у стаціонарі пацієнтів з лікарсько-чутливим туберкульозом (далі – ЧТБ) зменшилася на 10,3 дні (61,5 та 51,2 днів відповідно), проте досі значно перевищує рекомендовані терміни тривалості лікування пацієнтів з ЧТБ у стаціонарі.

Найбільша тривалість перебування на стаціонарному лікуванні пацієнтів з ЧТБ у Запорізькій – 98,5 днів (у 2021 році – 106,7 днів), Чернівецькій – 76,5 днів (у 2021 році – 60 днів) та Черкаській – 75,7 днів (у 2021 році – 76,9 днів) областях. Найкращі показники у Львівській та Волинській областях, де тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з ЧТБ

становить 27,1 та 28,9 днів відповідно. Попри те, що в загальному по Україні тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з ЧТБ зменшилася у порівнянні з попереднім роком, у чотирьох областях (Чернівецькій, Донецькій, Дніпропетровській та Закарпатській областях) спостерігається тенденція до збільшення тривалості стаціонарного лікування.

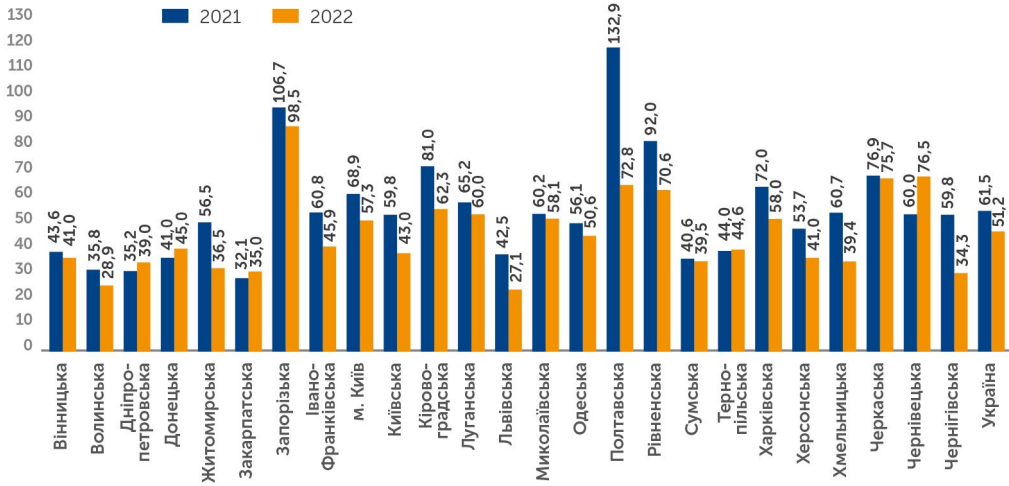


РИС. 5.1. ТРИВАЛІСТЬ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЧТБ, У 2022 РОЦІ В РОЗРІЗІ ОБЛАСТЕЙ

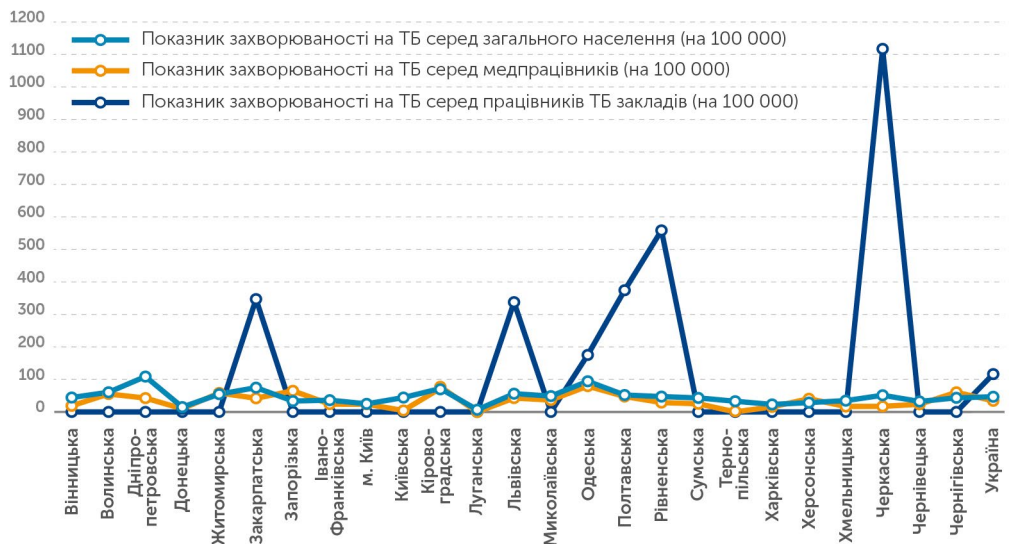


РИС. 5.2. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТБ, У 2022 РОЦІ В РОЗРІЗІ ОБЛАСТЕЙ

Відповідно абзацу 16 пункту 2 розділу II Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом, одним з найбільш ефективних заходів адміністративного компоненту ІК ТБ є радикальний перегляд політики госпіталізації з наданням пріоритету амбулаторному лікуванню туберкульозу.

В 2022 році зареєстровано 8 нових випадків захворювання на туберкульоз серед медичних працівників протитуберкульозних закладів охорони здоров'я, що складає 116,9 на 100 тис. працівників протитуберкульозних закладів (у 2021 році цей показник становив 143 на 100 тис. працівників). Захворюваність на туберкульоз серед працівників протитуберкульозних закладів охорони здоров'я на 100 тис. працівників протитуберкульозних закладів охорони здоров'я у 2022 році становить: Черкаська область – 1117,3, Рівненська область – 558,7, Полтавська область – 374,5, Одеська область – 175,4, Львівська область – 337,8 та Закарпатська область – 347, 2.

Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я загальної лікувальної мережі становить 34,5 на 100 тис. працівників (у 2021 році – 33 на 100 тис. працівників). Захворюваність на туберкульоз серед загального населення по Україні становить 45,1 на 100 тис. населення (у 2021 році – 35,5 на 100 тис. населення).

На противагу зменшенню показника захворюваності на туберкульоз серед працівників протитуберкульозних закладів у 2022 році відзначається збільшення цього показника серед працівників загальної лікувальної мережі та серед загального населення по Україні в цілому, що потребує швидких та рішучих дій у попередженні інфікування туберкульозом.

ІНЖЕНЕРНИЙ КОМПОНЕНТ

Вентиляція

Природня вентиляція використовується у всіх протитуберкульозних закладах, однак практично не проводиться контроль за ефективністю її використання.

Механічна припливно-витяжна вентиляція облаштована в багатьох протитуберкульозних закладах, але знаходиться в неробочому стані або працює неефективно,

вмикається лише періодично, не обслуговується відповідно до вимог.

Вентиляційні системи в протитуберкульозних закладах обслуговують незначну частину зон високого ризику передавання туберкульозу – 11%. У зв'язку з відсутністю відповідних приладів /обладнання та/або визначених та відповідно навчених відповідальних осіб, оцінка роботи вентиляційних систем (кратність повітрообміну, напрямок руху повітря тощо) майже не проводиться або проводиться формально.

Механічна припливно-витяжна вентиляція у відділеннях для пацієнтів з ТБ облаштована у семи областях, з них, лише у трьох вона знаходиться у робочому стані і лише у двох експлуатується відповідно вимог Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом.

Механічна припливно-витяжна вентиляція у лабораторіях, які проводять дослідження на туберкульоз, організована у 15 областях, з них у 14 вона знаходиться у робочому стані та експлуатується відповідно вимог. Проте моніторинг кратності повітрообміну проводиться лише у восьми областях, що може свідчити про фактичну відсутність контролю та належного обслуговування вентиляційних систем у більшості закладів.

Механічна вентиляція у приміщеннях, де проводяться аерозольгенеруючі процедури, наявна у семи областях, у шести з них вона знаходиться у робочому стані та експлуатується відповідно вимог Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом.

Ультрафіолетове бактерицидне випромінювання

За 2022 рік рівень оснащення зон високого ризику передавання туберкульозу екранованими ультрафіолетовими бактерицидними опромінювачами (далі – УФБ-опромінювачі) по Україні складає 94,9% (у 2021 – 96,5%, у 2020 році – 92,62%).

УФ-радіометри наявні у всіх протитуберкульозних закладах та використовуються для оцінки ефективності роботи ультрафіолетових бактерицидних ламп (далі – УФБ-лампи). У 2022 році 91,6% УФБ-опромінювачів були перевірені щодо ефективності їхньої роботи. Розрахунок часу

роботи відкритих УФБ-опромінювачів проводився у 18 областях.

Визначення рівнів ультрафіолетового бактерицидного випромінювання в нижній частині приміщень при роботі екранованих УФБ-опромінювачів проводилося у 22 областях.

При використанні екранованих бактерицидних опромінювачів в зонах високого ризику передавання туберкульозу використовуються засоби для перемішування повітря в приміщеннях у чотирьох протитуберкульозних закладах (16%). Лише 50,3% екранованих УФБ-опромінювачів вмикаються поза межами приміщень, в яких використовуються (у 2021 році цей показник становив 47,2%).

Індивідуальний (респіраторний) захист

Відповідно до отриманих даних, забезпеченість протиаерозольними респіраторами станом на 01 січня 2023 року (запас респіраторів до кількості місяців) по областях в середньому складає 27,9 (у 2021 році – 11,75; у 2020 році – 6,62).

Враховуючи отримані дані щодо кількості медичних співробітників протитуберкульозних закладів та їхню середньомісячну потребу в респіраторах, визначено, що в середньому по Україні на одного співробітника протитуберкульозних закладів на місяць передбачено 7,5 респіраторів (у 2021 році – 5,5 респіраторів). Проте цей показник різниться в областях: від 1,3 в Кіровоградській області до 21,6 в місті Київ. У чотирьох областях (16%) середньомісячна потреба в респіраторах на одного співробітника складала менше 3 респіраторів.

З усіх медичних працівників протитуберкульозних закладів тільки 87,4% пройшли навчання щодо респіраторного захисту у 2022 році (у 2021 році цей показник становив – 76,6%).

У всіх закладах були визначені відповідальні особи за проведення фіт тестування та наявні набори і розчини для його проведення (у 2022 році було закуплено на 17,9 % більше розчинів для фіт тестування, ніж витрачено), проте лише 65,9% працівників протитуберкульозних закладів пройшли фіт тестування у 2022 році.

ВИСНОВКИ

Без сумніву, значних наслідків зазнала вся система охорони здоров'я України в результаті повномасштабного військового вторгнення російської федерації в Україну, що призвело до руйнування інфраструктури, відтоку кадрових ресурсів та посилило вже наявні проблеми. Але незважаючи на це, заклади охорони здоров'я продовжують свою роботу і основна мета – зробити ці умови роботи безпечними з точки зору мінімізації ризиків інфікування, насамперед, туберкульозом.

За результатом проведеного аналізу отриманих від протитуберкульозних закладів охорони здоров'я даних, були визначені та систематизовані основні проблеми та перешкоди щодо впровадження заходів з ПІІК.

Адміністративний компонент

1. Не створені або неуккомплектовані фахівцями відділи з інфекційного контролю, що створює труднощі для впровадження всіх інших заходів з інфекційного контролю.
2. Формальне ведення документів (СОП, чек-листів), які не впроваджені в роботу закладів, не проводиться моніторинг за їх дотриманням.
3. Не дотримуються вимоги щодо одномісного розміщення пацієнтів відповідно до Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом.
4. Значне перевищення рекомендованої тривалості стаціонарного лікування пацієнтів з ЧТБ і, як наслідок, підвищення ризиків інфікування туберкульозом (для працівників) та розвитку суперінфекції (для пацієнтів).

Інженерний компонент

1. Відсутня механічна припливно-витяжна вентиляція у зонах високого ризику інфікування туберкульозом у переважній більшості областей.
2. Не виділяються необхідні кошти для експлуатації та обслуговування вже наявної механічної вентиляції.

3. Не виконуються ті заходи інженерного компоненту, які цілком можуть бути реалізовані за наявних умов:

- насамперед мова йде про вимірювання ефективності та безпечності роботи УФБ – опромінювачів. Враховуючи, що необхідне обладнання в закладах наявне, а відповідальні фахівці проходили відповідну підготовку – в багатьох закладах і областях ця активність ігнорується, використання УФБ – опромінювачів проводиться без відповідних замірів та розрахунків.

- не поводиться моніторинг за станом повітря закритих приміщень.

Індивідуальний захист

Попри зазначений високий рівень охоплення навчанням та підготовкою працівників щодо респіраторного захисту, якість даних, що були надані протитуберкульозними закладами щодо кількості респіраторів, кількості респіраторів класу захисту FFP2 та FFP3, а також кількості моделей респіраторів свідчить про низький рівень обізнаності стосовно респіраторного компоненту ІК ТБ та його фактичного впровадження.

РОЗДІЛ 6.

АНАЛІЗ ВИКОНАННЯ ІНДИКАТОРІВ ЗА ЦІЛЯМИ ООН

Для оцінки виконання індикаторів країною використовувалися такі ключові індикатори:

- 1. Діагностика та лікування дитячого туберкульозу.
- 2. Діагностика та лікування МЛС-ТБ.
- 3. Профілактична терапія для дітей віком до 5 років (2020-2022).
- 4. Профілактична терапія (ПТ) серед ЛЖВ.

5. Цілі діагностики та лікування туберкульозу.

Індикатори розраховувалися з 2018-2022 рр., окрім показника «Профілактична терапія для дітей віком до 5 років», який охоплював 2020-2022 рр.

Для виконання кожної мети було визначено спочатку амбіційні цілі країни на 5 років. Національні цілі представлені нижче.

№	ЦІЛІ:	2018	2019	2018	2019	2020	2018-2022 ЗАГАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ
1	Діагностика та лікування дитячого туберкульозу	700	700	900	900	900	4100
2	Діагностика та лікування МЛС-ТБ	7926	8398	8870	9436	9342	43972
3	Профілактична терапія для дітей віком до 5 років	1400	1400	1340	1280	1220	6640
4	Профілактична терапія (ПТ) серед ЛЖВ	13795	18740	25973	41091	46631	146230
5	Цілі діагностики та лікування туберкульозу	30400	29300	27100	25100	23200	135100

ТАБЛИЦЯ 1. НАЦІОНАЛЬНІ ЦІЛІ ЩОДО ВИКОНАННЯ ЦІЛЕЙ ООН

Для рівноцінного вимірювання виконання індикаторів, кількість населення України була розрахована за 5 років і, виходячи з кількості населення кожної області, було розраховано коефіцієнт, відповідно до розмірів області.

Відсоткове співвідношення цілей для кожної конкретної області було розраховано з урахуванням саме такого коефіцієнту.

При виконанні цілей чітко простежується кілька періодів:

- до 2019 року (до COVID-19) – найкращі показники;
- 2020 рік (COVID-19) – спад виконання;
- 2021 рік–період відновлення, а саме, невелике зростання показників (але не досягнуто рівня в період до COVID-19);
- 2022 рік–початок війни – спад виконання.

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022	
							АБС. ЗНАЧ.	%
1	Вінницька	1 568 723	1 553 309	1 538 331	1 522 038	1 502 430	7 684 831	4,0
2	Волинська	1 035 729	1 032 602	1 028 693	1 024 669	1 018 628	5 140 321	2,7
3	Дніпропетровська	3 227 831	3 203 168	3 173 339	3 138 726	3 093 176	15 836 240	8,3
4	Донецька***	1 927 467	1 905 521	1 883 713	1 883 713	1 883 713	9 484 127	5,0
5	Житомирська	1 232 008	1 220 962	1 208 981	1 196 264	1 179 801	6 038 016	3,2
6	Закарпатська	1 255 322	1 253 969	1 250 958	1 247 296	1 241 643	6 249 188	3,3
7	Запорізька	1 722 382	1 705 047	1 686 612	1 665 726	1 637 673	8 417 440	4,4
8	Івано-Франківська	1 374 770	1 370 526	1 365 371	1 358 383	1 349 096	6 818 146	3,6
9	Київська	1 748 505	1 762 161	1 775 265	1 782 751	1 789 300	8 857 982	4,7
10	Кіровоградська	949 835	939 134	926 694	913 713	897 297	4 626 673	2,4
11	Луганська***	692 940	684 622	676 148	666 801	666 801	3 387 312	1,8
12	Львівська	2 511 238	2 503 651	2 493 714	2 479 380	2 459 763	12 447 746	6,6
13	Миколаївська	1 140 609	1 130 381	1 119 147	1 107 679	1 091 106	5 588 922	2,9
14	Одеська	2 372 015	2 369 248	2 366 170	2 357 047	2 340 332	11 804 812	6,2
15	Полтавська	1 405 991	1 392 601	1 379 140	1 363 691	1 344 445	6 885 868	3,6
16	Рівненська	1 159 587	1 156 241	1 151 901	1 147 396	1 140 724	5 755 849	3,0
17	Сумська	1 092 092	1 079 226	1 066 055	1 051 260	1 033 580	5 322 213	2,8
18	Тернопільська	1 049 061	1 042 628	1 035 444	1 027 311	1 018 462	5 172 906	2,7
19	Харківська	2 678 371	2 659 962	2 642 825	2 618 198	2 583 325	13 182 681	6,9
20	Херсонська	1 045 549	1 036 208	1 026 481	1 015 275	1 000 166	5 123 679	2,7
21	Хмельницька	1 271 246	1 261 542	1 251 539	1 240 624	1 225 666	6 250 617	3,3
22	Черкаська	1 216 734	1 202 722	1 188 508	1 174 637	1 157 115	5 939 716	3,1
23	Черновецька	903 636	901 309	898 567	893 501	887 392	4 484 405	2,4
24	Чернігівська	1 011 536	997 203	982 752	968 159	950 773	4 910 423	2,6
25	м. Київ	2 893 215	2 909 512	2 926 053	2 920 873	2 910 994	14 560 647	7,7
УКРАЇНА							189 970 760	100

**ТАБЛИЦЯ 2. СПІВВІДНОШЕННЯ НАСЕЛЕННЯ (КОЕФІЦІЄНТ) КОЖНОЇ ОБЛАСТІ
ДО ЗАГАЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ КРАЇНИ (%) ДЛЯ РОЗРАХУНКУ ЧАСТКИ
У ВИКОНАННІ ПОКАЗНИКА**

Вплив зовнішніх несприятливих чинників позначився на ситуації в Україні й, відповідно, на виконанні індикаторів як в областях, так і по країні в цілому. Також аналіз індикаторів дозволяє виявити вузькі місця програми, і

області, над якими необхідно попрацювати додатково, а саме, індикатори, які відображалися в низьких показниках по всіх областях, тобто це були системні бар'єри, що вимагали комплексного і цілісного підходу.

*** Дані надані з урахуванням підконтрольних Уряду України територій.

Так, наприклад, аналіз загального виконання індикаторів від найвищого до найменшого виглядає так:

- Профілактична терапія для дітей віком до 5 років (2020–2022)–88%;
- Цілі діагностики та лікування ТБ – 78%;
- Діагностика та лікування дитячого туберкульозу – 60%;
- Діагностика та лікування МЛС–ТБ – 55%;
- Профілактичне лікування ТБ серед ЛЖВ – 34%.

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
1	Вінницька	74,1	109,4	46,7	43,9	35,7	59,0
2	Волинська	84,5	68,7	61,6	98,6	65,7	75,8
3	Дніпропетровська	173,0	142,1	66,6	75,9	78,6	102,3
4	Донецька***	40,1	57,3	24,5	11,1	6,7	25,9
5	Житомирська	139,2	121,3	17,5	24,5	52,4	65,2
6	Закарпатська	82,6	78,2	27,0	87,9	71,0	68,3
7	Запорізька	190	186	130	160	72,6	144
8	Івано-Франківська	59,7	67,7	18,6	74,3	34,1	49,6
9	Київська	79,8	98,3	47,8	50,2	50,2	62,9
10	Кіровоградська	58,6	99,6	72,9	150,4	414,6	167,0
11	Луганська***	88,0	32,0	31,1	31,1	6,2	35,5
12	Львівська	50,2	61,1	18,7	10,2	22,1	30,2
13	Миколаївська	63,1	34,0	41,5	41,5	18,9	38,9
14	Одеська	142,6	149,5	64,4	53,7	78,7	93,1
15	Полтавська	43,3	27,6	15,3	18,4	39,8	28,2
16	Рівненська	42,5	66,1	29,4	51,4	44,0	45,9
17	Сумська	66,2	71,3	11,9	47,5	11,9	39,1
18	Тернопільська	21,0	10,5	16,3	0,0	8,2	10,7
19	Харківська	72,0	74,1	80,0	80,0	19,2	64,3
20	Херсонська	68,8	127,0	28,8	32,9	20,6	51,5
21	Хмельницька	39,1	43,4	13,5	20,3	30,4	28,2
22	Черкаська	123,3	77,6	60,4	88,8	49,7	77,9
23	Черновецька	48,4	12,1	4,7	14,1	37,7	22,7
24	Чернігівська	77,3	71,7	25,8	34,3	73,0	54,6
25	м, Київ	35,5	44,8	13,1	2,9	18,9	21,3
	УКРАЇНА	83,3	83,3	41,9	51,4	50,0	59,9

ТАБЛИЦЯ 3-1. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ (%)

Найкращі показники: Кіровоградська (167%); Запорізька (144%); Дніпропетровська (102,3%) області.

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
1	Вінницька	39,6	44,4	27,9	20,9	29,1	31,9
2	Волинська	75,1	60,8	46,3	42,3	45,9	53,3
3	Дніпропетровська	128,1	122,6	83,5	65,7	107,9	100,4
4	Донецька***	96,9	81,2	66,5	49,5	17,2	60,7
5	Житомирська	82,1	57,3	37,9	40,0	42,7	51,1
6	Закарпатська	80,2	69,2	42,5	36,8	48,9	54,5
7	Запорізька	112,1	104,4	62,0	48,7	34,5	70,4
8	Івано-Франківська	36,6	32,2	15,4	24,2	26,0	26,6
9	Київська	73,0	64,5	38,5	40,1	34,7	49,2
10	Кіровоградська	108,6	98,1	68,0	45,2	56,6	73,8
11	Луганська***	106,0	107,4	68,8	55,2	9,0	67,3
12	Львівська	53,7	44,0	29,9	32,4	33,2	38,1
13	Миколаївська	128,1	107,6	75,1	82,8	68,0	91,0
14	Одеська	121,9	118,3	73,5	70,5	79,1	91,3
15	Полтавська	67,5	67,9	42,0	41,5	59,0	55,0
16	Рівненська	38,3	27,5	14,5	18,9	26,2	24,7
17	Сумська	66,1	56,9	42,2	36,3	30,5	45,6
18	Тернопільська	38,0	26,7	15,3	16,0	20,0	22,7
19	Харківська	72,2	60,7	36,2	37,4	24,7	45,2
20	Херсонська	140,7	135,0	94,0	70,7	36,5	93,0
21	Хмельницька	60,6	46,3	27,4	20,6	19,5	33,9
22	Черкаська	68,9	50,2	31,3	36,6	42,4	45,2
23	Черновецька	26,2	30,3	13,4	19,3	20,4	21,7
24	Чернігівська	75,5	55,7	47,9	29,9	29,8	46,6
25	м. Київ	49,9	45,3	26,4	22,4	21,0	32,2
	УКРАЇНА	79,3	70,5	46,1	41,1	41,8	54,8

ТАБЛИЦЯ 3-2. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ МЛС-ТБ

Найкращі показники: Дніпропетровська область (100%), потім слідують Херсонська (93%), Одеська (91,3%) та Миколаївська (91%).

з/п	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
1	Вінницька	51,6	106,2	66,8	43,2	74,6	60,1
2	Волинська	160,1	109,8	75,8	67,4	116,5	83,1
3	Дніпропетровська	136,9	222,9	40,3	78,0	134,9	114,0
4	Донецька***	100,3	76,8	31,2	40,8	70,5	73,0
5	Житомирська	11,7	103,2	195,9	58,2	100,7	87,7
6	Закарпатська	163,5	235,3	157,1	107,2	185,4	90,9
7	Запорізька	15,1	31,7	3,7	9,8	17,0	78,7
8	Івано-Франківська	104,0	21,8	59,4	36,1	62,4	56,4
9	Київська	86,6	53,7	21,1	31,7	54,9	78,8
10	Кіровоградська	612,0	131,3	90,7	165,5	286,2	90,1
11	Луганська***	50,2	61,3	0,0	21,9	37,9	65,5
12	Львівська	37,6	34,6	47,6	23,0	39,8	77,3
13	Миколаївська	129,3	92,9	103,0	62,9	108,8	87,7
14	Одеська	229,5	140,9	194,0	109,1	188,7	159,8
15	Полтавська	125,5	73,2	29,4	44,8	77,5	66,5
16	Рівненська	147,9	131,6	70,4	68,1	117,8	63,8
17	Сумська	122,4	89,1	172,4	73,5	127,2	71,6
18	Тернопільська	35,6	123,4	114,4	52,0	89,9	48,1
19	Харківська	8,6	14,6	5,9	5,6	9,8	52,7
20	Херсонська	221,2	66,6	21,3	61,4	106,1	89,8
21	Хмельницька	154,2	187,5	74,7	81,0	140,0	63,3
22	Черкаська	159,8	15,0	60,2	46,2	79,9	70,1
23	Черновецька	25,3	23,2	0,0	9,6	16,6	43,9
24	Чернігівська	54,8	150,9	44,3	48,3	83,5	77,3
25	м, Київ	31,2	40,8	10,7	16,1	27,9	51,1
	УКРАЇНА	107,8	92,0	63,2	51,1	88,4	78,7

**ТАБЛИЦЯ 3-3. ПРОФІЛАКТИЧНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ВІКОМ ДО 5 РОКІВ
(2020-2022)**

Найкращі показники: в Одеській (159,8%) та Закарпатській (90,9%) областях.

Цей індикатор є відносно новим і став вимірюватися з 2020 р. з використанням паспортних анкет областей. У виконанні цього індикатора спостерігалися значні розбіжності

за роками у більшості областей. і враховувалася насамперед рівномірність та сталість виконання індикатора: в Одеській та Закарпатській областях не знижувалося нижче 100%.

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
1	Вінницька	41,7	29,1	11,5	7,6	7,6	14,3
2	Волинська	19,0	18,2	12,4	6,8	5,1	9,9
3	Дніпропетровська	140,4	83,8	140,8	87,5	61,7	93,3
4	Донецька***	119,2	97,9	58,9	34,5	7,4	46,3
5	Житомирська	43,5	33,1	21,7	12,9	9,6	18,9
6	Закарпатська	19,6	11,2	8,8	4,7	3,3	7,2
7	Запорізька	62,1	40,2	21,9	15,6	14,0	23,7
8	Івано-Франківська	15,0	10,9	4,2	5,0	4,5	6,4
9	Київська	48,8	46,0	32,1	25,4	22,0	30,4
10	Кіровоградська	97,2	85,1	51,0	27,2	22,1	43,8
11	Луганська***	32,9	24,2	8,6	10,9	0,0	10,8
12	Львівська	12,8	12,5	4,9	5,3	4,1	6,5
13	Миколаївська	137,9	84,3	61,6	36,5	20,7	51,6
14	Одеська	135,1	120,9	175,7	91,1	84,2	111,9
15	Полтавська	29,8	21,9	14,0	7,0	9,6	13,1
16	Рівненська	22,7	22,0	11,4	9,0	8,9	12,4
17	Сумська	14,7	27,2	12,9	8,9	7,6	12,1
18	Тернопільська	4,8	7,8	8,3	3,9	4,6	5,5
19	Харківська	26,2	17,6	14,9	10,4	6,2	12,3
20	Херсонська	65,3	67,0	64,0	28,9	2,9	35,2
21	Хмельницька	29,5	23,8	13,6	2,8	3,6	10,2
22	Черкаська	79,2	55,4	31,3	15,0	14,3	28,9
23	Черновецька	14,4	15,8	7,2	3,5	23,2	13,0
24	Чернігівська	88,2	73,2	54,0	31,2	3,5	37,2
25	м, Київ	176,4	103,3	42,8	31,5	24,3	54,1
	УКРАЇНА	69,2	50,8	44,0	26,3	19,4	34,4

**ТАБЛИЦЯ 3-4. ПРОФІЛАКТИЧНА ТЕРАПІЯ (ПЛ ТБ)
СЕРЕД ЛЖВ**

Найкращі показники: в Одеській (112%) та Дніпропетровській (93%) областях.

Цей індикатор найскладніший у виконанні, частково тому, що ведення та контроль

ЛЖВ виходить за рамки НТП і є прерогативою лікарів ВІЛ центрів.

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
1	Вінницька	66,2	73,5	47,5	39,8	71,7	60,1
2	Волинська	84,9	82,4	66,7	86,9	96,3	83,1
3	Дніпропетровська	101,7	107,1	90,9	102,5	178,3	114,0
4	Донецька***	91,2	85,6	76,3	77,7	24,3	73,0
5	Житомирська	104,9	96,5	65,2	76,5	92,6	87,7
6	Закарпатська	85,3	89,8	72,4	90,7	121,6	90,9
7	Запорізька	99,5	90,5	71,5	72,5	51,8	78,7
8	Івано-Франківська	70,1	64,8	40,6	45,3	58,3	56,4
9	Київська	91,4	92,3	62,1	73,6	70,4	78,8
10	Кіровоградська	93,5	98,1	75,5	71,2	113,3	90,1
11	Луганська***	90,6	81,1	65,5	67,2	11,3	65,5
12	Львівська	80,1	81,2	60,8	75,2	90,5	77,3
13	Миколаївська	99,3	99,4	70,9	86,1	79,1	87,7
14	Одеська	175,7	179,1	127,4	159,6	152,8	159,8
15	Полтавська	77,4	68,8	51,1	52,2	83,1	66,5
16	Рівненська	68,7	69,0	48,4	57,4	75,6	63,8
17	Сумська	84,4	81,1	57,9	62,8	68,4	71,6
18	Тернопільська	54,8	57,4	31,2	40,2	55,7	48,1
19	Харківська	61,9	62,2	48,5	50,8	35,8	52,7
20	Херсонська	111,3	105,8	85,7	90,3	45,5	89,8
21	Хмельницька	78,2	75,9	52,7	48,8	55,9	63,3
22	Черкаська	75,5	73,6	58,5	60,5	82,4	70,1
23	Черновецька	42,9	52,6	33,0	38,5	52,4	43,9
24	Чернігівська	95,2	76,1	59,4	84,8	68,1	77,3
25	м, Київ	58,4	62,3	42,9	46,0	42,3	51,1
	УКРАЇНА	87,2	86,6	64,7	72,9	80,0	78,7

ТАБЛИЦЯ 3-5. ЦІЛІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Найкращі показники: стабільно реєструвалися на Одещині та не опускалися нижче 100%, також непогано виконувалось у Дніпропетровській області з підсумковим показником 114%.

ВИСНОВОК

Аналіз виконання індикаторів виконання цілей ООН може визначити і виявити ситуацію по країні в цілому, а також для кожної конкретної області і виявити слабкі місця, де необхідно сконцентрувати зусилля.

ВИСНОВКИ

Протитуберкульозна служба України за останні декілька років зазнала чималих викликів. Перш за все, нам вдалося гідно вистояти під натиском пандемії коронавірусу та зберегти непохитними досягнення України у подоланні туберкульозу, а також, в цілому, зберегти стійкість програм.

Разом з тим, ми продовжуємо впроваджувати важливі реформи у сфері охорони здоров'я, спрямовувати дії щодо сучасних підходів у профілактиці, діагностиці та лікуванні туберкульозу у формуванні державної політики. Насамперед, це стосується відмови від застарілих методів виявлення туберкульозу, а також суттєвого скорочення терміну лікування. Завдяки новим коротким режимам лікування, ми безупинно продовжуємо впроваджувати нові стандарти надання медичної допомоги, які сфокусовані саме на потребах людини з туберкульозом.

Сьогодні протитуберкульозна служба і вся країна мужньо дає відсіч новим викликам, яких зазнає Україна через повномасштабну війну російської федерації проти України. Ворог безжально руйнує людські життя, наносить значних збитків та руйнівних пошкоджень системі охорони здоров'я. На стійкість програм продовжують суттєво впливати такі негативні явища як втрата кадрового потенціалу, руйнування будівель медичних закладів, пошкоджене медичне та діагностичне обладнання, а також часткове знищення життєво важливих медичних препаратів, порушення логістичних маршрутів.

Попри це, долаючи наявні труднощі, пов'язані з наслідками військової агресії проти України, протитуберкульозна служба та неурядові організації продовжують ефективно працювати, а наші пацієнти продовжують отримувати необхідні медико-соціальні послуги.

СТРАТЕГІЧІ ДОСЯГНЕННЯ В СФЕРІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Приведено у відповідність до європейського законодавства **новий Закон України**

«Про подолання туберкульозу» №9147, в якому:

- концептуально змінено підхід від протидії до подолання туберкульозу, імплементовано положення Глобальної стратегії боротьби з ТБ ВООЗ;
- закладено міжсекторальний підхід до подолання туберкульозу;
- зміцнено державні гарантії лікування для людей, які хворіють на ТБ;
- посилено соціальний захист медичних працівників;
- використано дестигматизуючу, засновану на правах людини термінологію (на законодавчому рівні ми говоримо людина з туберкульозом замість хворий на туберкульоз);
- створюються умови для навчання здобувачів освіти, зокрема дітей, які хворіють на туберкульоз;
- створено підґрунтя для залучення представників неурядового сектору до надання підтримуючих послуг з ТБ; та інше.

Оновлено Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз» (наказом МОЗ України № 102 від 19.01.2023). Україна першою в Європейському регіоні ВООЗ оновила національні стандарти з надання медичної допомоги при ТБ відповідно до останніх новітніх рекомендацій ВООЗ. Чому це важливо? – Забезпечення швидкої адаптації і впровадження стандартів допомоги відповідно до рекомендацій ВООЗ сприятиме можливості для людей в усьому світі мати рівний доступ до інноваційного та більш сучасного лікування. І насамперед, це важливо для України, адже повномасштабна війна спричинила міграційну кризу і ми дбаємо про те, щоб наші громадяни мали можливість лікуватися за сучасними підходами незалежно від того, де вони перебувають.

Впроваджено інноваційні режими лікування BPaLM/BPaL в рамках рутинного програмного використання, завдяки яким

тривалість лікування лікарсько-стійкого туберкульозу скорочується майже втричі, а також підвищуються шанси успішного одужання. Ці режими містять інноваційний препарат Претоманід, завдяки якому тривалість лікування суттєво скорочується. В Україні вже забезпечено доступ до цього препарату, проте для глобальної відповіді на туберкульоз, важливо щоб всі країни світу гарантували безперервний доступ до препарату Претоманід, і, що не менш важливо, за прийнятними цінами. Наразі, вартість препарату в різних країнах відрізняється в десятки разів, і це створює бар'єри доступу і його обмежене використання, тому ми маємо об'єднати зусилля для того, щоб вартість препарату була справедливою.

Стигма та дискримінація – основні бар'єри доступу до медичної допомоги.

В Україні з метою комплексного підходу до вирішення проблеми стигми та дискримінації проведено національне дослідження щодо визначення рівня стигми. За результатами цього дослідження розроблено план подолання стигми, а також Інформаційну стратегію з ТБ включно з заходами для вирішення цих питань. Попри це, з метою формування та розвитку дестигматизуючої, заснованої на правах людини та гендерно-чутливої мови спілкування про всі аспекти туберкульозу, наразі в Україні впроваджуються Національні рекомендації дестигматизуючої термінології у сфері протидії туберкульозу, до онлайнкурсів для медиків включені питання толерантного ставлення до людей з ТБ. На рівні медичних закладів впроваджується «Політика запобігання і подолання стигми і дискримінації у медичних закладах», яка є необхідною складовою для отримання державного фінансування в межах Програми медичних гарантій.

Важливим аспектом є вирішення соціальних та фінансових проблем людей та сімей.

Україна на шляху вирішення соціальних та фінансових проблем людей та сімей. Вже в поточному році держава вперше надаватиме медико-соціальні послуги людям з туберкульозом за кошти державного бюджету.

Міністерство охорони здоров'я України, не зважаючи на складну економічну ситуацію, здійснило безпрецедентний крок щодо підтримки людей, які отримують лікування від туберкульозу, виділивши кошти в рамках програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». При цьому забезпечено нормативно-правове врегулювання для державної стійкості цього напрямку – затверджено пакет відповідних документів з урахуванням рекомендацій ВООЗ.

Послуги медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом спрямовані на формування прихильності до лікування у пацієнтів з туберкульозом, утримання їх на лікуванні та мінімізації ризиків втрати для подальшого спостереження, що є важливим фактором покращення результатів лікування. Адже пацієнти, які отримують такі послуги, частіше завершують повний курс лікування та не мають епізодів пропусків прийому протитуберкульозних препаратів. Особливого значення надання цих послуг набуло в умовах дії воєнного стану, коли пацієнти з туберкульозом стикнулися з проблемою внутрішнього переміщення, втрати роботи, зниження якості життя, збільшення психологічного навантаження тощо.

Медико-соціальний супровід або підтримуюче лікування довело свою високу ефективність в рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Нажаль, цей підхід не знайшов свого відображення в програмах усіх країн, тому не лише люди з ТБ в Україні, а також всіх інших національностей в усьому світі не отримують належного доступу до послуг медико-соціального супроводу. Саме тому, ми наполегливо звертаємо увагу на важливість включення медико-соціальних послуг до національних програм громадського здоров'я, як це зробила Україна, навіть в умовах обмеженого бюджету у зв'язку з війною проти України.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ ДО ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ ТБ

Захворюваність на ТБ в Україні займає 4 місце в Єврозоні і наша країна включе-

на до переліку країн високого пріоритету ВООЗ щодо лікарсько-стійкого ТБ. За оцінками експертів, існують ризики суттєвого підвищення рівню захворюваності.

Внаслідок воєнних дій, часткової окупації та атак на систему охорони здоров'я в ряді областей, де обмежений через війну доступ до медичної допомоги, зафіксовано зменшення рівня реєстрації випадків ТБ в низці областей. В той же час, частина території України окуповані росією, тому інформація щодо наявного доступу до сучасного лікування на тих територіях є недоступною. За попередніми даними без лікування можуть залишатися більше 300 людей з чутливим та більше 300 людей зі стійким туберкульозом.

Таким чином, одним із важливих напрямків діяльності національної ТБ програми є налагодження роботи щодо виявлення ТБ серед ВПО як групи підвищеного ризику захворювання на ТБ. З цієї метою вже нормативно врегульовано визначення ВПО як групи підвищеного ризику захворюваності на ТБ, реалізуються національні рекомендації щодо скринінгу та виявлення ТБ серед ВПО, проводиться постійний моніторинг інформації, узагальнюються кращі практики, залучаються ресурси міжнародної технічної допомоги.

Ще одним важливим напрямком є забезпечення широкого доступу до швидкого виявлення пацієнтів з туберкульозом, і в цьому напрямку Україна повністю перейшла на діагностику за допомогою молекулярно-генетичних тестів відповідно до рекомендацій ВООЗ. Нормативно це врегульовано положеннями нового Стандарту надання медичної допомоги при ТБ. У результаті широкого впровадження цього методу ми отримали можливість ставити правильний діагноз людям в терміни до 3-х днів замість місяця, що сприяє призначенню ефективного лікування у більш короткі терміни, а значить – більше можливостей для успішного завершення і врятовані життя українців.

У заклади, що здійснюють виявлення туберкульозу інстальовано 284 системи GeneXpert, на рівні районів 172 системи, підтримується логістика біологічного матеріалу. Неукомплектованими системами

GeneXpert лише лабораторії, що знаходяться на тимчасово окупованих територіях.

Разом із тим, одним з пріоритетних є питання забезпечення безперервності лікування та діагностики туберкульозу, вчасних поставок протитуберкульозних препаратів, витратних матеріалів для діагностики туберкульозу та їх подальшого розподілу, доставки до закладів охорони здоров'я в умовах реагування на виклики, пов'язані зі збройною агресією росії проти України. Внаслідок збройних атак росією порушуються логістичні маршрути доставки біологічного матеріалу для діагностики туберкульозу та доставка ліків. Адже своєчасне виявлення джерела інфекції та ефективне лікування – запорука подолання туберкульозу та досягнення взятих зобов'язань в рамках прийнятої на Зустрічі високого рівня Генеральної Асамблеї ООН в 2018 році Політичної декларації з питань боротьби з туберкульозом відповідно до Цілей Розвитку Тисячоліття щодо ліквідації недуги до 2030 року.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ ДО СУЧАСНОГО ІННОВАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ

Україна впродовж багатьох років демонструвала лідерство щодо забезпечення доступу до сучасних інноваційних ліків, що і надалі залишається нашим пріоритетом, незважаючи на вплив війни.

З державного бюджету на закупівлю протитуберкульозних препаратів виділено 18,4 млн доларів США.

Здійснена реєстрація всіх сучасних лікарських засобів для лікування лікарсько-стійкого ТБ (Bdq, Cfx, Dlm, Pretomanid), номенклатурний перелік містить дитячі препарати для лікування медикаментозно-стійкого туберкульозу.

Нормативно врегульовано реєстрацію лікарських засобів в Україні за процедурою прискореної реєстрації ВООЗ.

Міністерство охорони здоров'я України щорічно проводить огляд та актуалізацію номенклатури протитуберкульозних препаратів.

До початку війни проти України фінансування на закупівлю препаратів для лікування МЛУ-ТБ: у цивільному секторі потреби

на 100% покривалися за рахунок коштів державного бюджету; в пенітенціарному секторі потреби на 100% покривалися за рахунок коштів державного бюджету та за рахунок коштів Глобального фонду до 2022 року; станом на сьогодні всі ліки покриваються за рахунок коштів Глобального фонду.

З введенням в дію наказу МОЗ від 19.01.2023 №102 «Про затвердження стандартів в охороні здоров'я туберкульозі» в країні розпочалося повномасштабне програмне впровадження наднових інноваційних коротких схем лікування як чутливого, так і лікарсько-стійкого туберкульозу.

Реалізуючи принципи людино орієнтованого підходу в наданні медичної допомоги людям з туберкульозом, Україна першою в Європейському регіоні привела національні стандарти медичної допомоги при туберкульозі у відповідність до найостанніших рекомендацій ВООЗ 2022 року та забезпечила людям з туберкульозом лікування за найновішими, найефективнішими схемами, яке триває тепер лише від 4 до 9 місяців, замість 6-20 місяців. Це вагоме досягнення на шляху подолання туберкульозу.

Україна є одним із лідерів впровадження інноваційних модифікованих короткострокових режимів лікування мультирезистентного ТБ (МКРЛ), а також інноваційного режиму лікування ВРaL.

В цілому, Україною вжито комплекс ефективних, дієвих заходів, щодо покращення якості надання медичної допомоги людям з туберкульозом.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕХАНІЗМУ БАГАТОСЕКТОРАЛЬНОЇ ПІДЗВІТНОСТІ (MAF-TV)

Україна демонструє лідерство в створенні політично сприятливого середовища для подолання ТБ, для цього було прийнято в цьому році новий Закон про подолання ТБ, яким, зокрема, передбачається багатогалузева та багатосекторальна співпраця та вводиться відповідний термін.

Багатогалузевий і багатосекторальний підхід до подолання туберкульозу – спосіб організації державних заходів щодо подолання туберкульозу, при якому сфера відповідальності держави за дотримання

епідемічного благополуччя населення поділена між центральними та відповідними місцевими органами виконавчої влади, які безпосередньо не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), і є керованою іншими відомствами (у сфері соціального захисту, освіти, охорони довкілля, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, виконання покарань і пробації, внутрішніх справ тощо).

Подолання туберкульозу залежить від консолідованої співпраці центральних міністерств та відомств та відповідними місцевими органами виконавчої влади не тільки медичної галузі, а й сфери соціального захисту, освіти тощо.

Таким чином, **в основні засади державної політики у сфері подолання туберкульозу закладено багатогалузеву та багатосекторальну співпрацю.**

На виконання рекомендацій Політичної декларації з питань ТБ 2018 року Україна однією з перших країн в регіоні розпочала запуск розробленого ВООЗ Механізму багатосекторальної підзвітності для ліквідації ТБ. Так, у 2020–2021 рр. МОЗ та партнери запустили MAF-TV та провели базове оцінювання в рамках MAF-TV; у 2021 р. ключові пріоритети MAF-TV були обговорені з зацікавленими сторонами в різних секторах на національному рівні у рамках національного діалогу; спільними зусиллями державного і недержавного секторів розроблено Дорожню карту «Розвиток системи багатосекторального співробітництва та підзвітності для подолання туберкульозу в Україні», з урахуванням впливу війни на систему охорони здоров'я. Наразі, незважаючи на війну, процес запровадження цього механізму на рівні держави продовжується.

Національна рада з питань протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу — постійний консультативно-дорадчий орган при Кабінеті Міністрів України, який має повноваження підтримувати координацію мультисекторального реагування на ТБ на національному рівні. Вона була офіційно призначена для координації мультисекторальних заходів із протидії ТБ в Україні та надавала значну підтримку в проведенні оцінювань у рамках MAF-TV та розробленні дорожньої карти.

В умовах значного поширення ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів (ВГ) в Україні Державною стратегією протидії цим захворюванням до 2030 року, яка затверджена Постановою КМУ, визначений вектор щодо комплексного подолання ТБ, ВІЛ та ВГ, а також реагування на ТБ і супутні захворювання за допомогою інтегрованих та спільних заходів для забезпечення справедливої та якісної охорони здоров'я.

РОЗВИТОК ПОТЕНЦІАЛУ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА ТА ВЗАЄМОДІЯ У ПОДОЛАННІ ТБ

Протягом останніх років політика держави та національної програми спрямована на розвиток потенціалу громадянського суспільства та спільнот, розбудову партнерства. Залучення представників неурядового сектору є важливою складовою у процесі формування протитуберкульозної політики, зокрема у контексті удосконалення правового середовища, надання послуг соціального супроводу для людей з ТБ, а також інформаційних кампаній, спрямованих на зміну громадської думки для подолання стигми.

На сьогоднішній день є сформоване партнерство як з регіональними організаціями громадянського суспільства, так і на рівні держави, зокрема через постійно діючу робочу групу з координації виконання Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри

з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу до 2030 року при Центрі громадського здоров'я та Платформу «Партнерство Зупинимо Туберкульоз. Україна», яка на сьогодні об'єднує понад 75 організацій громадянського суспільства.

Така взаємодія сприяє масштабуванню та впровадженню людино орієнтованих підходів з охопленням найуразливіших груп населення, що у результаті сприятиме створенню умов рівного доступу до медичної та соціальної допомоги у протидії ТБ.

ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА РІВНІ ОРГАНІЗАЦІЙ СПІЛЬНОТ

Україна є передовою країною у підтримці розвитку та впровадження моніторингу на рівні спільнот, зокрема, через інноваційні цифрові технології. Така безпрецедентна підтримка дозволила організаціям, що працюють з людьми з ТБ, запровадити наймасштабніший у регіоні моніторинг силами спільнот. Через цифрові рішення ReACT та Onelmpact з'явилася можливість від пацієнтів, лікарів та оточення людей з ТБ швидко отримувати інформацію про наявні бар'єри у доступі до послуг для людей з ТБ та оперативно на них реагувати, тим самим підтримуючи прихильність до продовження лікування. Отримані дані також сприяють удосконаленню нормативної бази.

ВИКЛИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЙНОЮ І ВІДПОВІДІ НА НИХ

Основний виклик – збройна агресія російської федерації проти України, яка надзвичайно негативно вплинула на всі сфери життя українців. Критичних змін зазнала і галузь протитуберкульозної допомоги:

- **пошкодження закладів охорони здоров'я**, що надають допомогу людям з туберкульозом, у 15 областях України, серед цих областей не тільки прикордонні області з росією, а й по всій території України;
- **підлив дамби Каховської ГЕС та екологічна катастрофа** у Херсонській області, загрози рф щодо радіаційного забруднення Запорізької області;
- **нерівномірне навантаження на систему охорони здоров'я в областях** та міграція медиків і пацієнтів (найбільше ТБ-закладів постраждали на сході та півдні, більшість ВПО шукають притулку на заході);
- **загроза поширенню інфекційних захворювань**, в тому числі ТБ, через скупчення людей в сирих укриттях, недостатнє харчування та постійні стреси, за даними 6 міс 2023 р. ми вже відмічаємо зростання захворюваності на ТБ на 13%;
- **акцент медичної допомоги зміщується** на травми, рани, опіки, переломи тощо;
- **відсутність або обмеження громадського транспорту** стало бар'єром для пересування та доступу до медичних закладів; близько 20% населення України мають обмежений доступ до медичної допомоги;
- **підвищився ризик переривання лікування**: доступ до ліків і медичних працівників обмежений або відсутній у районах, де тривають запеклі бої, частина пацієнтів перебувають на тимчасово окупованих територіях або на території рф (за оціночними даними близько 300 людей з лікарсько-стійкими формами ТБ можуть мати обмежений доступ до лікування на окупованій росією території);
- **порушення ланцюгів і систем постачання ліків**;
- **відсутність достатнього контролю за прийманням протитуберкульозних препаратів**, відсутність належного моніторингу за лікуванням, що може призвести до невиліковування ТБ і його подальшого поширення;
- **недостатнє фінансування** протитуберкульозних послуг;
- **необхідність в дорогому обладнанні** для повноцінних діагностичних послуг на базі ТБ-служби.

НАШІ ПЛАНИ

Продовжити впровадження реформи системи охорони здоров'я, включно із протитуберкульозною службою.

При цьому ми робимо фокус на амбулаторні моделі надання медичної допомоги при ТБ – кожен другий пацієнт починає лікуватися амбулаторно (65%) з першого дня, значно оптимізовано ліжковий фонд протитуберкульозних закладів. Проте проблемою залишається відновлення матеріально-технічної бази через ворожі атаки та оснащення закладів. Ми вдячні країнам за допомогу, яка надається для посилення спроможності медичної системи.

Впровадження людино-орієнтованих підходів є основою всієї діяльності в країні, проте залишаються невирішеними базові речі, такі як відновлення житла, доступ до тепла, світла, до медичної допомоги.

Фінансування протитуберкульозної допомоги в повному обсязі з урахуванням безпрецедентної фінансової безпорототної допомоги, яку ми отримуємо від донорів.

Зокрема, Глобальний фонд виділив додатково для ресурсів державного бюджету більше 50 млн доларів США для сталого доступу до послуг в умовах поточних викликів.

При цьому, все ще залишаються прогалини у фінансуванні і важливо продовжи-

ти інвестиції в Україну та національну протитуберкульозну програму України.

Налагодження транскордонного співробітництва, адже через міграційну кризу більше 7 млн українців виїхали за кордон. Найбільшу кількість хворих виявлено у Молдові, Чехії, Польщі, Німеччині, ми дякуємо цим країнам за прихисток та турботу за наших людей в складні часи.

Разом з Євро ВООЗ ми налагодили обмін даними з кожною країною, проте необхідно продовжувати працювати в цьому напрямку, щоб жоден хворий не залишився поза увагою медичних систем, подолання стресу, при цьому люди стикаються з низкою бар'єрів у доступі до медичної та соціальної допомоги за кордоном (від мовних бар'єрів до недостатньої інформації як звернутися за медичною допомогою, складністю процедури отримання ліків, не завжди системи охорони здоров'я орієнтовані на виявлення та лікування ТБ, адже в Європі ця хвороба зустрічається значно рідше, ніж в Україні).

Розвиток досліджень та доказових інноваційних підходів до подолання ТБ.

Реалізація багатосекторального підходу із залученням міністерств, відомств, різних секторів, громадськості до подолання туберкульозу.

УКРАЇНА ПЕРЕМОЖЕ!



Посібник виконаний в рамках реалізації проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Прискорити темпи зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ВІЛ за рахунок забезпечення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики і лікування туберкульозу, шляхом розширення доказової медичної профілактики, діагностики та лікування ВІЛ та створення стійкої та життєздатної системи охорони здоров'я»

Матеріал підготовлений – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Дизайн посібника – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Замовник – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

ПОСІБНИК РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО

© ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

У разі використання інформаційних матеріалів посилання на ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» обов'язкове.



www.phc.org.ua