



ЦЕНТР  
ГРОМАДСЬКОГО  
ЗДОРОВ'Я

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



# ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

АНАЛІТИЧНО-СТАТИСТИЧНИЙ  
ДОВІДНИК ЗА 2023 РІК

КИЇВ 2024

Дізнатися більше на [www.phc.org.ua](http://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 2023 рік**

КИЇВ – 2024

## ПРО ЦЕНТР

Державна установа «**Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України**» (далі – Центр) є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, головним завданням якого є діяльність у сфері громадського здоров'я та забезпечення потреб населення, а саме: здійснення епідеміологічного нагляду, виконання повноважень щодо захисту населення від інфекційних та неінфекційних хвороб, лабораторній діяльності, біологічної безпеки та біологічного захисту.

Центр виконує організаційно-методичні функції у сфері громадського здоров'я. Центр утворений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2015 року № 604 «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

### ЦЕНТР ВИКОНУЄ ФУНКЦІЇ:

- головної експертної установи у сфері громадського здоров'я;
- головної установи Міністерства охорони здоров'я України у сфері протидії небезпечним, особливо небезпечним, соціальним, новим інфекційним та неінфекційним хворобам;
- біологічного захисту та біологічної безпеки, імунопрофілактики (включаючи епідеміологію інфекційних хвороб керованих засобами специфічної профілактики);
- лабораторної діагностики інфекційних хвороб;
- гігієнічних та мікробіологічних аспектів здоров'я людини, пов'язаних з довкіллям та умовами середовища життєдіяльності людини;
- національного координатора Міжнародних медико-санітарних правил;
- координації реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я.

### 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»:

Даниленко Олексій	заступник директора
Терлеєва Яна	завідувач відділу управління та протидії туберкульозу
Прилепіна Людмила	в.о. начальника сектору аналітики відділу статистики та аналізу
Недоспасова Ольга	лікар-статистик відділу статистики та аналізу
Сакальська Ольга	лікар-фтизіатр відділу управління та протидії туберкульозу
Медведєва Олеся	лікар-фтизіатр відділу управління та протидії туберкульозу
Галстян Вікторія	головний фахівець відділу управління та протидії туберкульозу
Кампос-Родрігес Наталія	завідувач сектору діагностики туберкульозу
Горбачевський Артем	завідувач відділу антимікробної резистентності та інфекційного контролю

# ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ</b>	<b>6</b>
<b>ЗВЕРНЕННЯ</b>	<b>8</b>
<b>РОЗДІЛ 1. УКРАЇНА У КОНТЕКСТІ ВИКОНАННЯ МІЖНАРОДНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ</b>	<b>10</b>
Глобальний контекст у 2022 році	10
Україна у контексті глобального звіту про туберкульоз за 2023 рік	11
Аналіз ключових показників	12
Досягнення цілей засідання ООН	14
Встановлення нових цілей на період 2023-2027 рр.	15
<b>РОЗДІЛ 2. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2024 Р.</b>	<b>16</b>
<b>Основні епідеміологічні показники</b>	<b>16</b>
Захворюваність на ТБ	16
Смертність від ТБ	22
Поширеність ТБ	23
Динаміка за бактеріологічним підтвердженням	23
Динаміка за локалізацією захворювання	24
Динаміка за історією лікування	25
Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей	26
Динаміка повідомлення про ТБ за статтю	28
Динаміка повідомлення про ТБ за віком	28
Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ	29
Динаміка показників захворюваності на МЛС/ШЛС-ТБ	31
Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених	32
<b>Детермінанти туберкульозу</b>	<b>32</b>
Охоплення ТМЧ	32
Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ	33
<b>РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ</b>	<b>34</b>
<b>Вакцинація БЦЖ</b>	<b>34</b>
<b>Виявлення, діагностика та профілактичне лікування ТБ інфекції</b>	<b>34</b>
<b>РОЗДІЛ 4. ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ</b>	<b>37</b>
<b>Систематичний скринінг на ТБ серед визначених груп ризику</b>	<b>37</b>
<b>Відстеження та систематичний скринінг на ТБ контактних осіб</b>	<b>40</b>

---

Діагностика ТБ	43
Ключові стратегічні напрямки удосконалення лабораторної діагностики в Україні	44
<b>РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ</b>	<b>47</b>
Стан реформування протитуберкульозної служби України та її структура	47
Організація лікування хворих на ТБ	49
Впровадження орієнтованого на людину підходу до лікування	50
Медико-соціальний супровід пацієнтів з ТБ	53
Результати лікування туберкульозу	55
Тестування на ВІЛ хворих на ТБ та охоплення АРТ пацієнтів з ТБ/ВІЛ	63
<b>РОЗДІЛ 6. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ</b>	<b>64</b>
Адміністративний компонент	65
Інженерний компонент	67
Вентиляція	67
Ультрафіолетове бактерицидне випромінювання	68
Індивідуальний (респіраторний) захист	69
<b>Висновки</b>	<b>69</b>
<b>РОЗДІЛ 7. МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА</b>	<b>73</b>
Основні компоненти системи моніторингу і оцінки	73
Завдання системи моніторингу і оцінки	73
Використання сучасних технологій	73
Важливість інтеграції з іншими програмами	73
Висновок	78
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>79</b>
Стратегічні досягнення в сфері протидії туберкульозу	79
Забезпечення доступу до виявлення та діагностики ТБ	81
Забезпечення доступу до сучасного інноваційного лікування	82
Запровадження Механізму багатосекторальної підзвітності (MAF-TB)	82
Розвиток потенціалу громадянського суспільства та взаємодія у подоланні ТБ	83
Впровадження цифрових технологій на рівні організацій спільнот	88
<b>ВИКЛИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЙНОЮ І ВІДПОВІДІ НА НИХ</b>	<b>89</b>
<b>НАШІ ПЛАНИ</b>	<b>90</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

<b>BPaL</b>	комплексний режим лікування Bdq+Pa+Lzd (бедаквілін+претоманід+лінезолід)
<b>BPaLM</b>	комплексний режим лікування Bdq+Pa+Lzd+Mfx (бедаквілін+претоманід+лінезолід+моксифлоксацин)
<b>COVID-19</b>	скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARSCoV-2
<b>LF-LAM</b>	ліпоарабіноманановий тест бокового зсуву (тест сечі LM-LAM)
<b>АМБП</b>	антимікобактеріальні препарати
<b>АРТ</b>	антиретровірусна терапія
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ВПС</b>	втрачені для подальшого спостереження
<b>ГВК</b>	група високопріоритетних країн
<b>Глобальний фонд</b>	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
<b>ДКВС України</b>	заклади охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України
<b>ЗКЯ</b>	зовнішній контроль якості
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ІК</b>	інфекційний контроль
<b>ЛЖВ</b>	люди, що живуть з ВІЛ
<b>ЛС-ТБ</b>	лікарсько-стійкий туберкульоз
<b>ЛТБІ</b>	латентна туберкульозна інфекція
<b>МГМ</b>	молекулярно-генетичний метод
<b>МіО</b>	моніторинг і оцінювання
<b>МЛС-ТБ</b>	туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (раніше використовували термін «мультирезистентний туберкульоз»)
<b>МОЗ України</b>	Міністерство охорони здоров'я України

---

<b>НУО</b>	неурядові організації
<b>Підтримка лікування</b>	підхід, спрямований на підтримку пацієнтів, які приймають призначені дози АМБП, з метою формування у них прихильності до лікування й підвищення його ефективності. Підтримка лікування повинна надаватись в контексті людино-орієнтованої медичної допомоги (історично цю групу заходів визначали як DOT – directly observed treatment – лікування під безпосереднім наглядом)
<b>ПЛ ТБІ</b>	профілактичне лікування туберкульозної інфекції
<b>ПМД</b>	первинна медична допомога
<b>РФПЦ</b>	регіональний фтизіопульмонологічний центр
<b>ПТЗ</b>	протитуберкульозні заклади
<b>Риф-ТБ</b>	рифампіцин-резистентний туберкульоз
<b>ТБ</b>	туберкульоз
<b>ТМЧ</b>	тест на медикаментозну чутливість
<b>Центр</b>	Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
<b>ШЛС-ТБ</b>	туберкульоз із широкою лікарською стійкістю: стійкість до будь-якого фторхінолону та щонайменше до одного з додаткових препаратів групи А (бедаквіліну та/або лінезоліду) у доповнення до множинної лікарської стійкості або рифампіцин-резистентного туберкульозу
<b>пре-ШЛС-ТБ</b>	туберкульоз із пре-широкою лікарською стійкістю: стійкість до будь-якого фторхінолону (левофлоксацину та/або моксифлоксацину) у доповнення до множинної лікарської стійкості або рифампіцин-резистентного туберкульозу





## ДОРОГІ КОЛЕГИ ТА ДРУЗІ!

Маю за честь представити вам національний довідник з туберкульозу, який підсумовує наші здобутки, вказує на недоліки та спонукає до активних подальших дій в напрямку подолання туберкульозу у відповідності до Цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019.

Цей, 2023 рік був надзвичайно не простим для всіх нас через безпрецедентний виклик – збройна агресія росії проти України. Як і вся країна, ми вистояли, ми робили все, щоб не зменшувати темпи на шляху до перемоги над «малим» ворогом, задля великої Перемоги. Це стало справжньою перевіркою на міцність та показало, що швидка адаптація і забезпечення доступу до надання якісної комплексної медичної допомоги, орієнтованої на потреби людей, в умовах загроз, що виникли через повномасштабну війну росії проти України, має ключове значення. А для цього необхідний комплексний та багатосторонній підхід.

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 залучення

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.

2023 рік був завершальним стосовно реалізації плану заходів щодо виконання Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 листопада 2020 року № 1463-р, що в цілому зумовило реорганізацію регіональних протитуберкульозних закладів, внаслідок якої створено єдині в кожній області регіональні фтизіопульмонологічні центри, оптимізацію системи лабораторної діагностики туберкульозу, розширено доступ до людино-орієнтованого лікування туберкульозу в амбулаторних умовах, удосконалено нормативно-правову базу у частині забезпечення профілактики, діагностики та лікування.

Переломним моментом на шляху подолання туберкульозу стало прийняття Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні», коли ми від намірів протидії туберкульозу перейшли до його подолання. 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.

І нехай кожен наш внесок в цей процес, кожен результат буде наближати нас до досягнення цілей, а Україну до Перемоги!

### ЖИТТЯ ПЕРЕМОЖЕ!

**Генеральний директор Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»  
Михайло РОСАДА**

## РОЗДІЛ 1.

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

### ГЛОБАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ У 2022 РОЦІ

За спостереженнями ВООЗ, 2022 рік ознаменувався періодом відновлення та пом'якшення негативного впливу COVID-19 на кількість людей, хворих на туберкульоз. У 2022 році туберкульоз все ще був другою провідною причиною смерті від інфекційних захворювань після COVID-19. Згідно зі звітом ВООЗ, у 2022 році було зареєстровано 7,5 мільйонів людей з ТБ, що є найвищим показником з того часу, як ВООЗ розпочала глобальний моніторинг туберкульозу в середині 1990-х років.

Кількість зареєстрованих випадків у 2022 році включає значну кількість людей, які захворіли на туберкульоз у попередні роки, але діагностика та лікування яких були відкладені через перебої, пов'язані з COVID-19 (рис. 1.1).

У всьому світі туберкульоз спричинив приблизно 1,30 мільйона смертей (1,18–

1,43 мільйона) у 2022 році. Це менше, ніж 1,4 мільйона у 2020 та 2021 роках, і майже повернулося до доковідного рівня у 2019 році (рис. 1.2).

За оцінками, збій, пов'язаний з COVID-19, призвів до майже півмільйона додаткових смертей від туберкульозу за три роки (2020–2022 роки)

У звіті використовувалися динамічні моделі для конкретних країн для оцінки захворюваності та смертності від туберкульозу за період 2020–2022 років для 26 країн, які повідомили про значне абсолютне зниження випадків туберкульозу у 2020 або 2021 роках, що значно перевищує тенденції до 2020 року.

Це Афганістан, Ангола, Азербайджан, Бангладеш, Бразилія, Камбоджа, Колумбія, Індія, Індонезія, Казахстан, Кенія, Киргизстан, Лесото, Малайзія, Мексика, Монголія, М'янма, Непал, Пакистан, Перу, Філіппіни, Таїланд, Україна, Узбекистан, В'єтнам і Зімбабве.

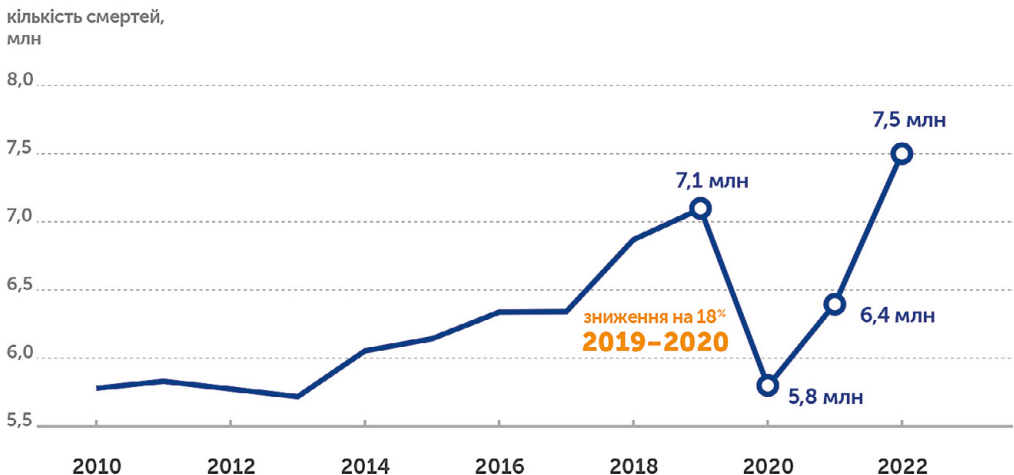
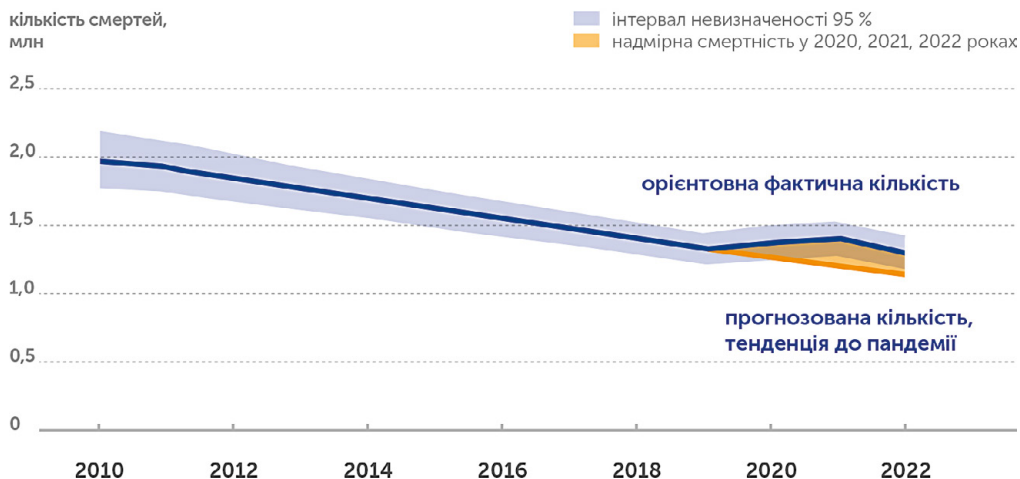


РИС. 1.1. ГРАФІК ГЛОБАЛЬНОГО ВІДНОВЛЕННЯ РЕЄСТРАЦІЇ ВИПАДКІВ ТБ

Результати моделювання узгоджуються з раніше опублікованими висновками ВООЗ: зниження кількості випадків туберкульозу через COVID-19 різко зросло в постковід-

ний період, і так само зростання смертності від туберкульозу через COVID-19 повернулося до вихідних показників.



**РИС. 1.2. ЗРОСТАННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЧЕРЕЗ ЗБІЙ, ПОВ'ЯЗАНИЙ З COVID-19**

### УКРАЇНА У КОНТЕКСТІ ГЛОБАЛЬНОГО ЗВІТУ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА 2023 РІК

Ефективне лікування туберкульозу – основна складова у досягненні цілі 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.

У своєму щорічному звіті ВООЗ ділить країни на 3 умовні категорії: з високим тягарем ТБ; з високим тягарем ТБ і ВІЛ; а також високим тягарем ЛС ТБ. У звіті 2023 року Україна все ще входить до списку 12 країн з високим тягарем ЛС ТБ, серед яких також Азербайджан, Білорусь, Казахстан, Непал, Перу, Молдова, російська федерація, Сомалі, Таджикистан, Узбекистан, Зімбабве.

Крім того, ВООЗ зазначає, що Україна входить до списку десяти країн, на які припадає близько 70% світового розриву між передбачуваним глобальним числом людей, у яких щороку розвивається ЛС ТБ (випадки захворювання на ЛС ТБ) та загальним числом людей, які розпочали лікування у 2022 році. Це наступні країни: Китай, народно-демократична республіка Корея, Індія, Індонезія, М'янма, Нігерія, Пакистан, Філіппіни, Україна та В'єтнам. Відповідно, ВООЗ рекомендує домогтися істотного прогресу в усуненні цього розриву, за допомогою поліпшення охоплення тестуванням на лікарську стійкість і поліпшенням доступу до лікування.

### АНАЛІЗ КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ

Аналіз ключових показників захворюваності та смертності перебуває в перехідному етапі, коли віха 2020 року минула, але ще не досягла нової віхи у 2025 році стратегії End TB, водночас, коли цілі 2020 року все ще залишаються не повністю досягнутими в усьому світі.

Так, наприклад, метою 2020 року було зниження смертності на 35% і Україна перебуває між досягненнями Європи та світу (рис. 1.3).

Також метою 2020 року було досягнення зниження рівня захворюваності на 20% у порівнянні з 2015 роком, в Європейському регіоні цей показник досягнутий, тоді як в Україні та світі він ще не досягнутий (рис. 1.4).

ВООЗ закликає країни посилити заходи для досягнення Цілей та закликає їх дотримуватися зниження рівня захворюваності щонайменше на 4-5% щорічно до 2025 року, зниження смертності мінімум на 7% щорічно.

**Відповідно до стратегії боротьби з туберкульозом, ВООЗ має на меті досягти таких цілей у 2025 році:**

- Зниження рівня захворюваності на 50% порівняно з 2015 роком;
- А також зниження смертності на 75% в порівнянні з 2015 роком.

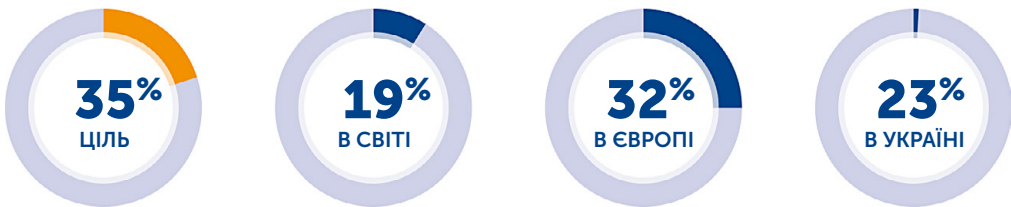


РИС. 1.3. ВІДСОТОК ЗНИЖЕННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПОРІВНЯНО З 2015 РОКОМ

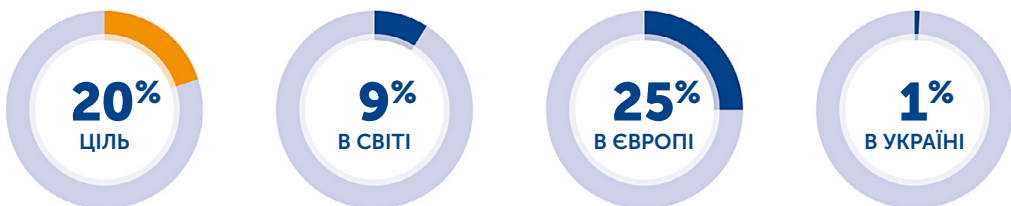


РИС. 1.4. ВІДСОТОК ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОРІВНЯННІ З 2015 РОКОМ

За розрахунками фахівців ВООЗ рівень захворюваності та смертності на 100 000 населення в Україні залишається високим порівняно з Європейським регіоном, але нижчим, ніж у світі (рис. 1.5).



РИС. 1.5. ПОКАЗНИКИ ОЦІНОЧНОЇ СМЕРТНОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА 100 ТИСЯЧ НАСЕЛЕННЯ

Порівняльний аналіз виконання ключових показників за 2022 рік виявив сильні сторони програми в країні, до яких належать:

- збільшення реєстрації нових випадків, що відповідає світовим тенденціям, та відображає здатність Національної програми відображати виклики та швидко відновлюватися;
- діагностика за рекомендованими ВООЗ методами вища, ніж у регіоні та світі;
- збільшення кількості пацієнтів, які перебувають на короткострокових режимах, що в кінцевому підсумку має призвести до кращих результатів лікування, а також

до покращення показників успішності лікування мультирезистентного туберкульозу в країні;

- значне збільшення фінансування програми, що відображає постійну увагу та підтримку на національному та міжнародному рівнях.

Незважаючи на те, що у 2022 році доступ до короткострокових схем покращився, лікування звичайними довшими схемами зменшилося і вимагає додаткової уваги з боку програми.

Також зменшився доступ до профілактичного лікування, що також може бути пов'язано з початком війни та внутрішньою міграцією населення.

	В СВІТІ	В ЄВРОПІ	В УКРАЇНІ
Захворюваність на ТБ у 2022 році у порівнянні з 2021 роком	▲ +1.9%	▼ -1.6%	▲ +2,5%
Смертність від ТБ у 2022 році у порівнянні з 2021 роком	▼ -6.40%	▼ -11%	▼ -4.1%
Діагностика швидкими тестами, рекомендованими ВООЗ	47%	74%	95%
Кількість осіб, яким встановлено діагноз ЛС-ТБ	▲ +7.1%	▼ -5%	▼ -3.4%
Кількість осіб, які розпочали лікування ЛС-ТБ	▲ +10%	▼ -4.1%	▼ -13%
Кількість осіб, які розпочали лікування ЛС-ТБ короткими режимами	30%	7.3%	30%
Ефективність лікування ЛЧ-ТБ	87%	69%	75%
Ефективність лікування ЛС-ТБ	64%	55%	65%
Кількість осіб, які розпочали ПЛ ТБІ	▼ +31%	▼ -27%	▼ -32%
Фінансування	▲ +1%	▲ +5.1%	▲ +14%

**ТАБЛИЦЯ 1.1.** ПОРІВНЯННЯ КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ

## ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ ЗАСІДАННЯ ООН

Глобальні цілі боротьби з туберкульозом, визначені на 2018–2022 роки на першій На-радї високого рівня ООН з питань туберку-

льозу, значною мірою не були досягнуті, а цілі Стратегії ліквідації туберкульозу взагалі не досягнуті.

Нижче наводимо порівняльний аналіз реалізації Цілей у світі та в Україні.



Цілі діагностики та лікування туберкульозу



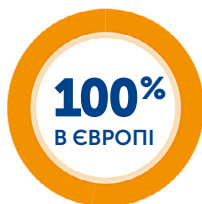
Цілі діагностики та лікування дитячого туберкульозу



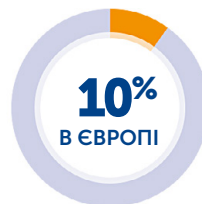
Цілі діагностики та лікування МЛУ ТБ



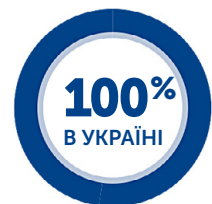
Цілі профілактичного лікування для <5 років



Цілі профілактичного лікування для ЛЖВ



Цілі профілактичного лікування для >5 років



Цілі профілактичного лікування для всіх груп

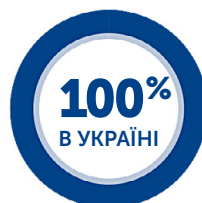


РИС. 1.6. ВІДСОТОК ВИКОНАННЯ ЦІЛЕЙ ЗАСІДАННЯ ООН

Аналіз виконання індикаторів Цілей ООН показав, що в Україні добре виконуються показники профілактичного лікування для груп старше 5 років, і завдяки цьому показник профілактичного лікування виконується в цілому.

При цьому ПЛ ТБ для дітей є вищим, ніж у світі, але не досяг 100% виконання, а ПЛ ТБ серед ЛЖВ нижчий, ніж у світі – 34%, тоді як у світі він досяг 100% вико-

нання і був єдиним показником, який був досягнутий серед інших цілей ООН щодо туберкульозу. бальні цілі боротьби з туберкульозом, визначені на 2018–2022 роки на першій нараді високого рівня ООН з питань туберкульозу, значною мірою не були досягнуті, а цілі Стратегії ліквідації туберкульозу взагалі не досягнуті.

Нижче наводимо порівняльний аналіз реалізації Цілей у світі та в Україні.

### ВСТАНОВЛЕННЯ НОВИХ ЦІЛЕЙ НА ПЕРІОД 2023-2027 РР.

Враховуючи отримані уроки, ООН поставила перед собою завдання досягти нових цілей, які планується досягти до 2027 року. Як і в попередньому циклі, планується розробка індивідуальних Цілей для кожної конкретної країни, необхідно буде адаптувати національні стратегії, плани на від-

повідність Цілям ООН, а також розробити дорожню карту з визначенням цільових річних показників відповідно до національних цілей.

Перелік цілей та напрямів досягнення цілей ООН на 2027 рік представлений нижче (таб. 1.2).

ІНДИКАТОР	ГЛОБАЛЬНА ЦІЛЬ
Охоплення лікуванням туберкульозу	90% до 2027 року
Охоплення профілактичним лікуванням туберкульозу пріоритетних груп (осередкові та близькі контакти з людиною із захворюванням на ТБ; ЛЖВ)	90% до 2027 року
Охоплення експрес діагностикою туберкульозу	100% до 2027 року
Охоплення пакетом медичних і соціальних пільг для людей із захворюванням на туберкульоз	100% до 2027 року
Наявність нових безпечних та ефективних вакцин від туберкульозу	Початок впровадження, бажано впродовж 5 років
Щорічне фінансування всеохоплюючого доступу до якісної профілактиці, діагностики, лікуванню та догляду за туберкульозом	22 мільярди доларів США до 2027 року, 35 мільярдів доларів США до 2030 року
Щорічне фінансування досліджень у сфері туберкульозу	5 мільярдів доларів США до 2027 року

ТАБЛИЦЯ 1.2. ГЛОБАЛЬНІ ЦІЛІ ООН НА 2023-2027 РОКИ



## РОЗДІЛ 2.

# ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2024 Р.

**Епіднагляд за туберкульозом – це систематичний і безперервний збір, аналіз, звітування та використання даних, пов'язаних з інфікуванням та захворюванням населення на туберкульоз.**

### Це важливо:

- для надійного моніторингу епідемічної ситуації з туберкульозу на національному, регіональному та глобальному рівнях;
- для оцінки прогресу в досягненні національних, регіональних і глобальних цілей, пов'язаних з ТБ;
- для оцінки ефективності роботи протитуберкульозних служб; а також для інформування щодо планування, бюджетування, політики, програмних і клінічних заходів.

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 2023 рік, а також в ди-

наміці за 2019-2023, які поділяються на такі блоки:

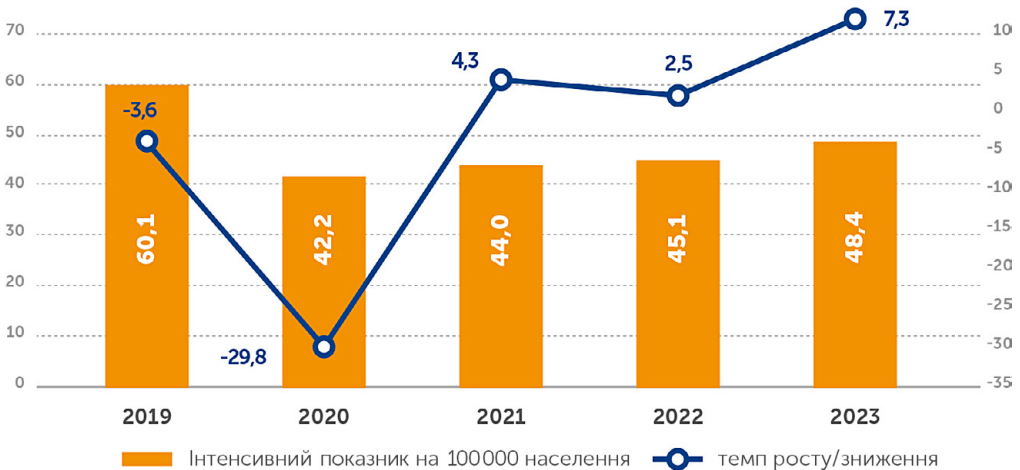
- показники епідемічної ситуації щодо ТБ (реєстрація нових випадків, смертність від туберкульозу);
- соціально-демографічні показники (вік, стать, місце проживання);
- показники своєчасного виявлення туберкульозу (туберкульоз серед контактних та інших ключових груп та груп підвищеного ризику розвитку ТБ).

Для об'єктивної оцінки протитуберкульозної програми показники слід розглядати комплексно, у взаємозв'язку та з урахуванням впливу зовнішніх (іноді несприятливих, таких як, наприклад, військова агресія росії проти України) факторів.

## ОСНОВНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ

### Захворюваність на ТБ

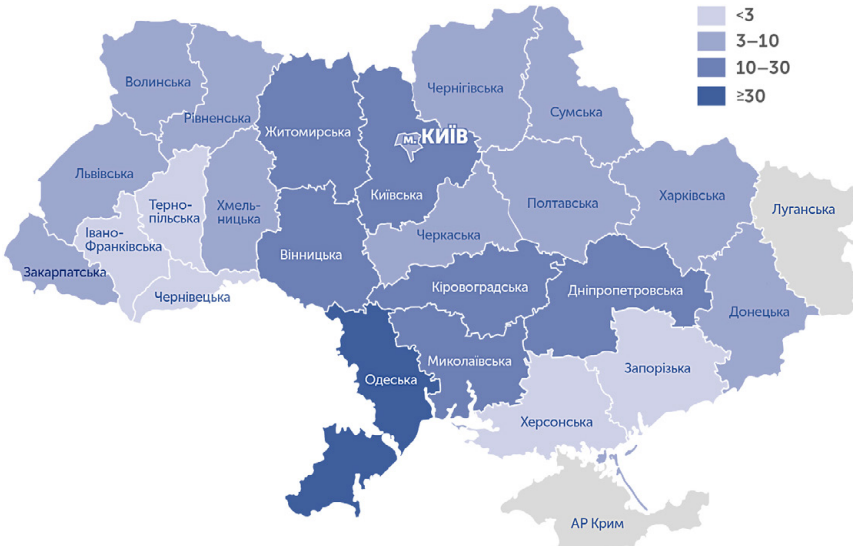
За даними поточного епідеміологічного нагляду, у 2023 році захворюваність на ТБ



**РИС. 2.1.** ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНІСТІ НА ТБ (НОВІ ВИПАДКИ ТА РЕЦИДИВИ) ЗА ПЕРІОД 2019–2023 РР. (ПОКАЗНИК НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ ТА ВІДСОТКИ ПРИРОСТУ)

склала 48,4 на 100 тисяч населення (нові випадки та рецидиви) та зросла на 7,3% у порівнянні з 2022 роком (45,1 на 100 тис. населення). Наочно спостерігається вплив військових дій на отримання населенням медичних послуг, що відображається на даних захворюваності у тих областях Укра-

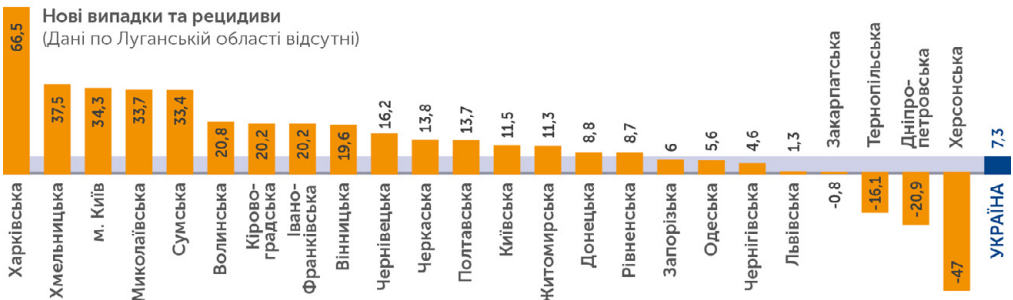
їни, в яких має місце тимчасова окупація частини територій. Найбільші показники захворюваності та ТБ на 100 тисяч населення спостерігаються у Дніпропетровській (86,1), Кіровоградській (92,1) та Одеській (99,6) областях. Найнижчі – у Херсонській (15,2) та Донецькій (16,1) (карта 1).



**КАРТА 2.1.** РОЗПОДІЛ ПОКАЗНИКА ЗАХВОРИВАНІСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВКЛЮЧАЮЧИ ЙОГО РЕЦИДИВИ, СЕРЕД УСЬОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА 2023 РІК (НА 100 ТИСЯЧ НАСЕЛЕННЯ)

Зміни варіюють від області до області і залежать від ряду факторів, найбільш вагомим з яких є негативний вплив війни. Не дивлячись на те, що Дніпропетровська область одна із лідерів за показником захворюваності, в регіоні, все одно спостерігається спад захворюваності у порівнянні з 2022 роком. Крім того, має місце значне зниження показника

захворюваності в Херсонській області (на 47%), що, ймовірно, пов'язано з окупацією та деокупацією частини території та міграційними процесами серед населення регіону. Значне зростання захворюваності на ТБ, – від 30% і вище, спостерігається у Миколаївській, Сумській, Харківській та Хмельницькій областях та м.Києві.



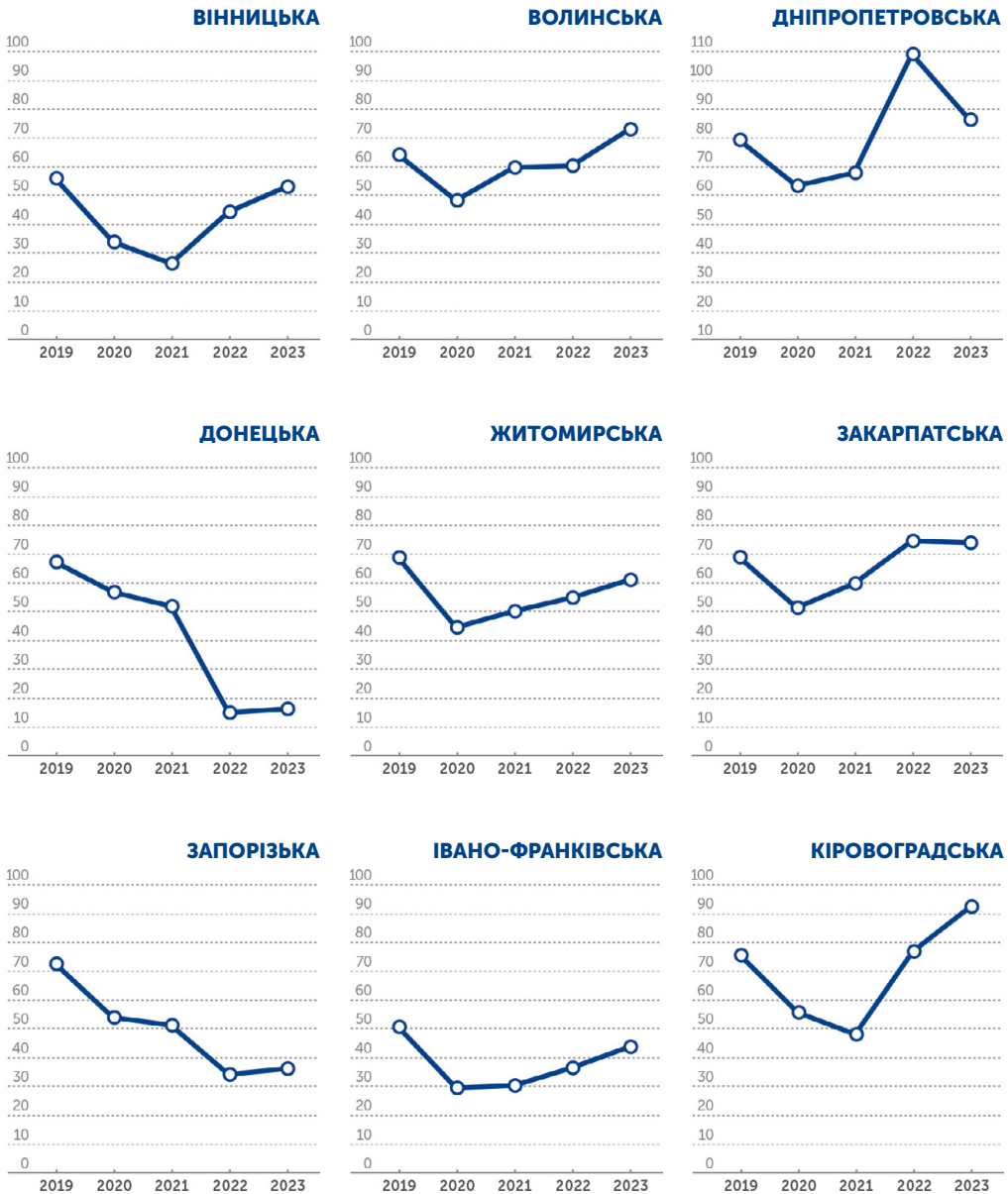
**РИС. 2.2.** ПРИРІСТ ПОКАЗНИКА ЗАХВОРИВАНІСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВКЛЮЧАЮЧИ ЙОГО РЕЦИДИВИ, СЕРЕД УСЬОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА 2023 РІК В ПОРІВНЯННІ З 2022 РОКОМ

За останні п'ять років і особливо під впливом війни та міграційних процесів серед населення окупованих регіонів найбільший спад відзначено у Луганській, Донецькій, Запорізькій та Херсонській областях.

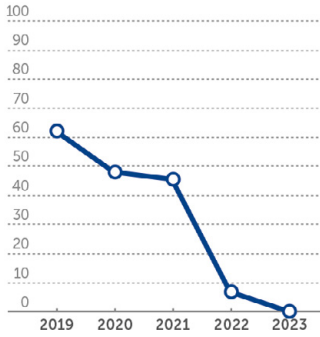
Натомість маємо зростання у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Кіровоград-

ській, Львівській, Полтавській, Черкаській областях.

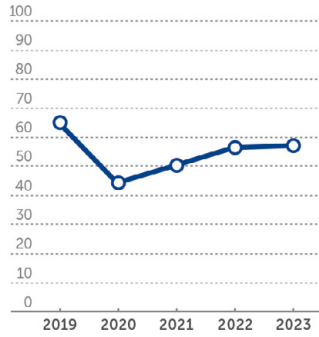
На рисунку 2.3 наведено криві коливання показників захворюваності на ТБ на 100 000 населення у період з 2019 по 2023 роки. Тенденція реєстрації ТБ в усіх областях є послідовною, проте з різними темпами змін.



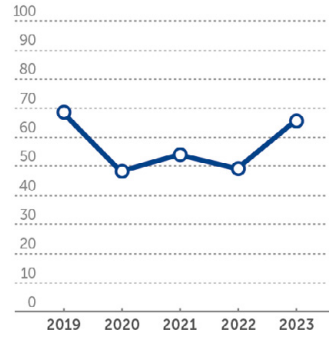
**ЛУГАНСЬКА**



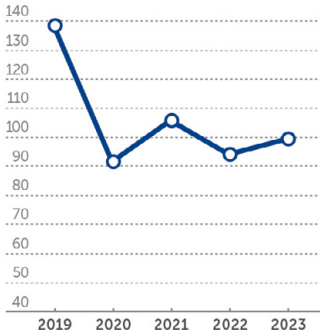
**ЛЬВІВСЬКА**



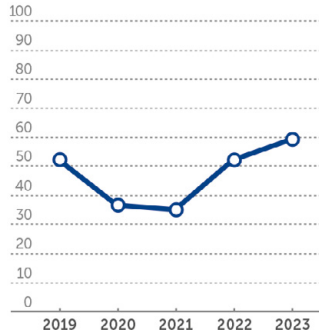
**МИКОЛАЇВСЬКА**



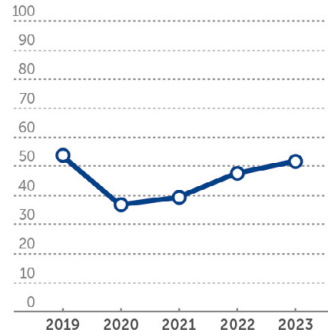
**ОДЕСЬКА**



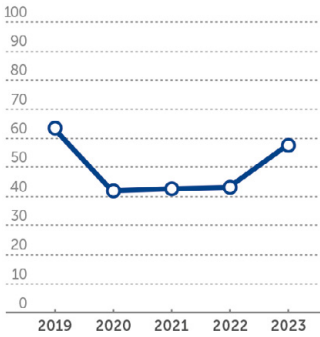
**ПОЛТАВСЬКА**



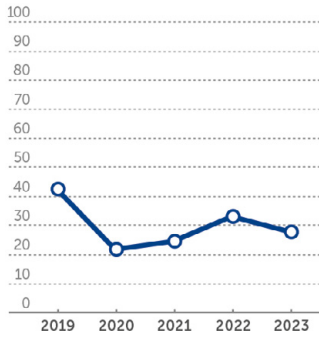
**РІВНЕНСЬКА**



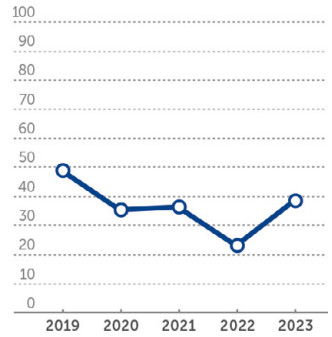
**СУМСЬКА**



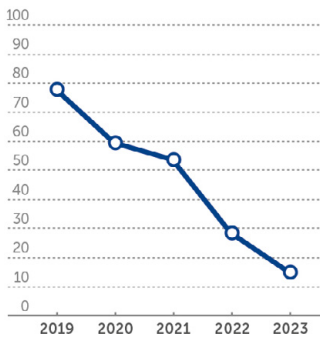
**ТЕРНОПІЛЬСЬКА**



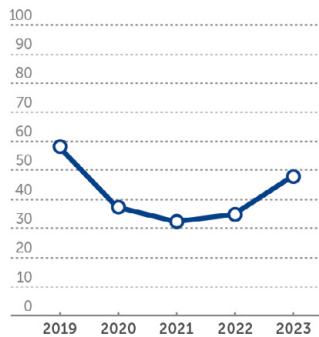
**ХАРКІВСЬКА**



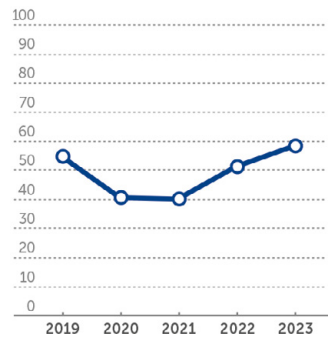
**ХЕРСОНСЬКА**

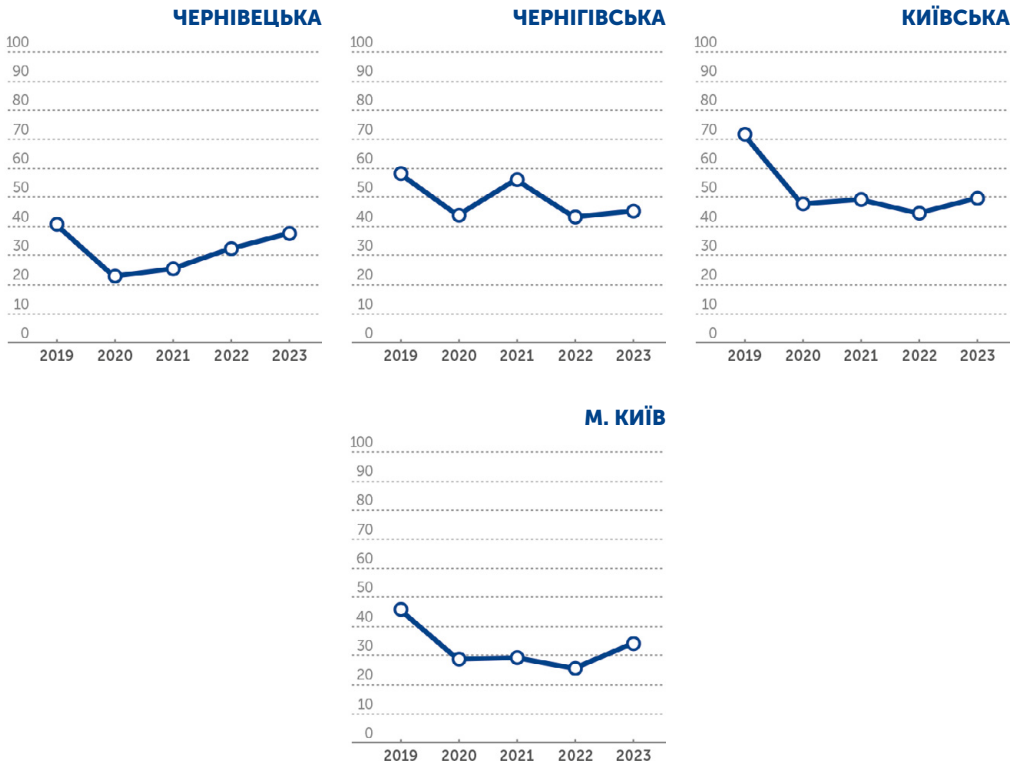


**ХМЕЛЬНИЦЬКА**

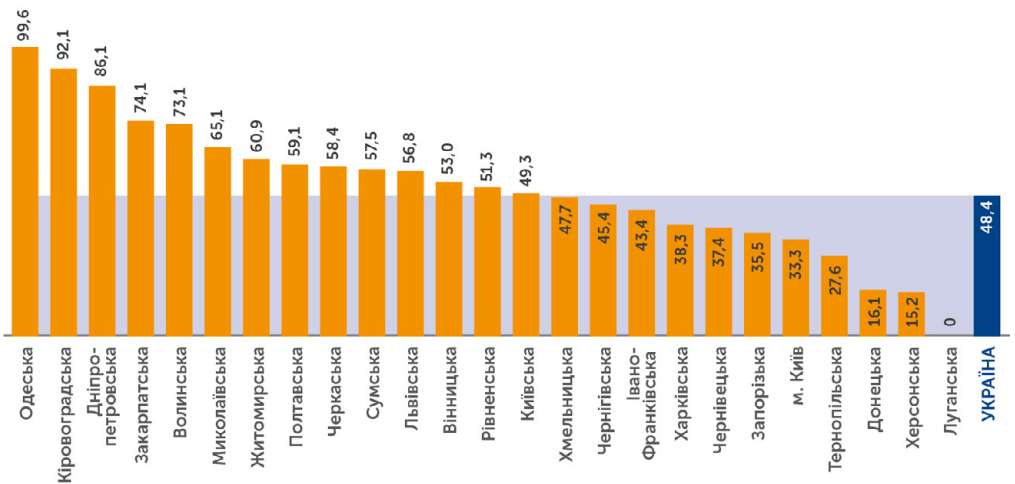


**ЧЕРКАСЬКА**





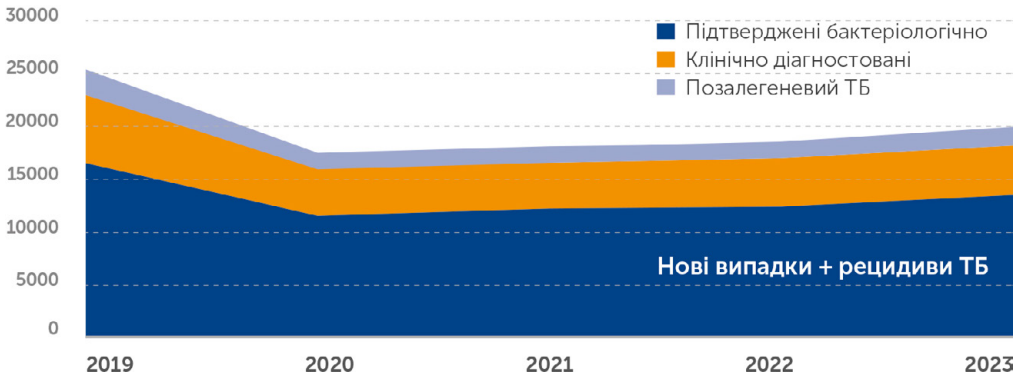
**РИС. 2.3.** ПОКАЗНИК ЗАХВОРЮВАНІСТІ НА ТБ НА 100 ТИСЯЧ НАСЕЛЕННЯ ЗА АДМІНІСТРАТИВНИМИ ТЕРИТОРІЯМИ У 2019–2023 РР.



**РИС. 2.4.** ПОКАЗНИК ЗАХВОРЮВАНІСТІ 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 культурального дослідження) ТБ 07». За останні п'ять

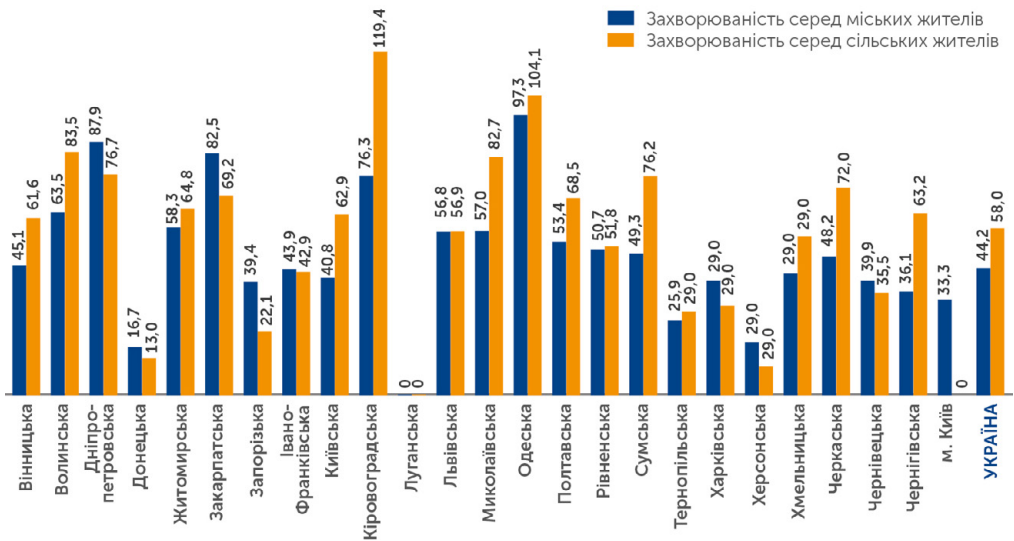
років спостерігається щорічне зростання бактеріологічного підтвердження випадків ТБ (з 72,0% у 2019 до 73,9% у 2023 році) серед нових випадків та рецидивів легеневих форм туберкульозу, що є позитивним критерієм та свідчить про покращення лабораторної діагностики ТБ.



**РИС. 2.5.** ПОКАЗНИК РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ ВИПАДКІВ ТА РЕЦИДИВІВ ТБ НА 100 ТИСЯЧ НАСЕЛЕННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛАБОРАТОРНОГО ПІДТВЕРДЖЕННЯ, 2019–2023 РР.

За даними рисунку 2.5, показники реєстрації, дезагреговані за результатами бактеріологічного підтвердження, йдуть подібною траєкторією. Щодо показників захворюваності на ТБ серед міського та сільського на-

селення України, то майже в усіх областях України захворюваність на ТБ (нові випадки і рецидиви) серед сільських жителів є вищою на 25–30%, ніж захворюваність міських жителів (рис. 2.6).



**РИС. 2.6.** РОЗПОДІЛ ПОКАЗНИКА ЗАХВОРИВАНІСТІ НА ТБ СЕРЕД МІСЬКИХ ТА СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ ЗА РЕГІОНАМИ УКРАЇНИ, 2023 Р. (НА 100 000 ВІДПОВІДНОГО НАСЕЛЕННЯ)

### Смертність від ТБ

Стабільно висока смертність фіксується у Дніпропетровській, Закарпатській, Кіровоградській, Одеській, Миколаївській та Чернігівській областях. Це характеризує несприятливу епідемічну ситуацію в цих регіонах. В середньому в Україні смертність за 2023 рік становила 6,9 на 100 тисяч населення. Найнижчий показник смертності зафіксовано у Херсонській, Запорізькій, Тернопільській, Сумській, Донецькій областях та м. Києві.

У 9 регіонах з 25 (36% від усіх) спостері-

галось зниження смертності у порівнянні з показником 2022 року. Якщо для досягнення цілей стратегії необхідне щорічне та планомірне зниження смертності на -7%, то лише у двох областях, Сумській та Львівській, відбулося зниження в межах норми. В Луганській, Донецькій та Херсонській областях відбулося різке зниження смертності більш ніж на 50%, що вказує на вплив військових дій в цих регіонах. У деяких інших областях (Житомирська, Закарпатська, Кіровоградська, Полтавська) зростання показників смертно-

З/П	АДМІНІСТРАТИВНІ ТЕРИТОРІЇ	2020	2021	2022	2023
1	Вінницька	5,1	6	7,5	7,3
2	Волинська	7,6	9,1	8,1	8,7
3	Дніпропетровська	10,1	10,9	14,4	14,3
4	Донецька	10,4	9,2	3,6	3,5
5	Житомирська	6,7	8,2	9,1	12,9
6	Закарпатська	11	10,9	14,5	14,2
7	Запорізька	10	9,7	7,3	3,5
8	Івано-Франківська	4	3,3	3,7	5,5
9	Київська	7,4	7,2	7,3	5,4
10	Кіровоградська	9	11	15,2	12,0
11	Луганська	17,3	11,7	1,0	0,0
12	Львівська	7	7,9	8,0	6,7
13	Миколаївська	8,1	7,7	11,2	9,1
14	Одеська	10,5	10,6	14,1	14,1
15	Полтавська	6,6	5,2	8,3	9,0
16	Рівненська	6,5	5,9	7,5	5,3
17	Сумська	9,1	8,4	5,2	4,7
18	Тернопільська	3,4	2,8	4,5	3,8
19	Харківська	7	7	5,8	6,5
20	Херсонська	11,8	9,9	5,5	2,2
21	Хмельницька	4,4	4,1	5,1	6,4
22	Черкаська	6,1	8,1	5,0	5,3
23	Чернівецька	4,6	4,7	6,3	6,0
24	Чернігівська	8,3	8,1	9,5	9,7
25	м. Київ	4,1	3,5	3,6	4,0
	<b>УКРАЇНА</b>	<b>7,4</b>	<b>7,5</b>	<b>7,2</b>	<b>6,9</b>

**ТАБЛИЦЯ 2.1.** ПОКАЗНИК СМЕРТНОСТІ ВІД ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ ЗА АДМІНІСТРАТИВНИМИ ТЕРИТОРІЯМИ

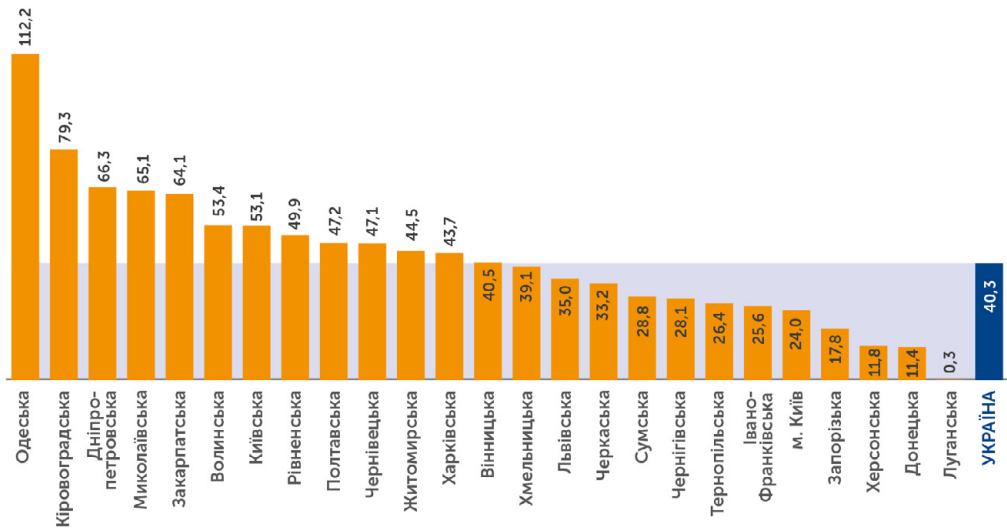
сті може бути пов'язане із зростанням рівня захворюваності. В цілому в Україні спостерігається загальне зниження показника смертності порівняно з 2020 роком, серед причин якого також може бути міграція населення та зміна демографічної ситуації.

**Поширеність ТБ**

Показник поширеності ТБ протягом останніх шести років має тенденцію до зниження: у 2023 р. показник поширеність зменшилась на 8,2% порівняно з показником 2022 р. Найвищий рівень поширеності ТБ було зареєстровано в Одеській (112,2), Кіровоградській (79,3), Миколаївській (65,1), Дніпропетровській (66,3) та Закарпатській (64,1) областях. Порівняно до показників 2022 р., зростання поширеності ТБ зафіксовано у Волинській та Кіровоградській областях (рис. 2.7).



**РИС. 2.7. ПОШИРЕНІСТЬ УСІХ ФОРМ АКТИВНОГО ТБ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2019–2023 РР. (НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ)**



**РИС. 2.8. ПОШИРЕНІСТЬ УСІХ ФОРМ АКТИВНОГО ТБ (РЕЙТИНГ ПО РЕГІОНАХ УКРАЇНИ, 2023 Р.)**

**Динаміка за бактеріологічним підтвердженням**

Бактеріологічне підтвердження діагнозу туберкульозу легень є ключовим етапом у діагностиці цього захворювання. Воно включає в себе мікроскопічне, культуральне та молекулярне дослідження зразків. Ці

методи дозволяють точно діагностувати захворювання, проблему його чутливості до ліків і контролювати ефективність лікування. Комбінування цих методів дозволяє досягти високої точності в діагностиці туберкульозу легенів та розробити найефективнішу стратегію лікування.



У період 2017–2023 рр. частка бактеріологічно підтверджених випадків легеневого ТБ зростає з 66,9% у 2017 році до 73,9% у 2023 році.

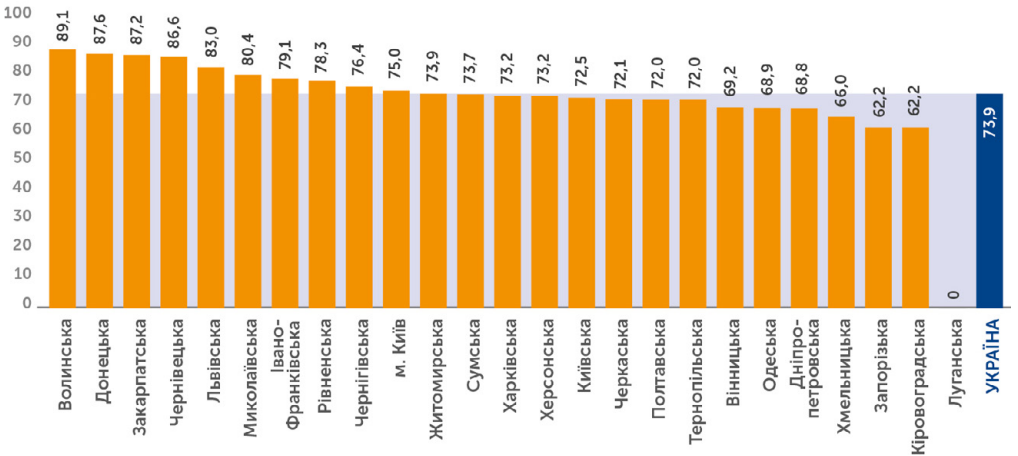
Покращенню діагностики ТБ сприяло збільшенням доступу до діагностичних послуг, застосуванням стратегій активного виявлення випадків туберкульозу, таких як скринінгові програми в групах ризику, підвищенням рівня обізнаності та навчання медичних працівників, тощо.

Підвищення частки бактеріологічно підтверджених випадків туберкульозу є важливим кроком на шляху до подолання ТБ.

У 2023 р. частка лабораторно підтверджених випадків ТБ варіювалася від 62,2% в Кіровоградській до 89,1% у Волинській областях, що свідчить про деякі відмінності у практиці діагностики ТБ. Частково ця різниця пов'язана також з неоднорідністю поширеності ВІЛ-інфекції у країні.



**РИС. 2.9.** РЕЄСТРАЦІЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ТА КЛІНІЧНО ДІАГНОСТОВАНИХ ВИПАДКІВ ТБ (НОВІ ВИПАДКИ І РЕЦИДИВИ ЛЕГЕНЬ) І ЧАСТКА БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ВИПАДКІВ ТБ



**РИС. 2.10.** ЧАСТКА БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ВИПАДКІВ ТБ ЛЕГЕНЬ (НОВІ ВИПАДКИ І РЕЦИДИВИ). РЕЙТИНГ ПО РЕГІОНАХ УКРАЇНИ, 2023 РІК

**Динаміка за локалізацією захворювання**

Відсоток випадків позалегенового туберкульозу порівняно із загальною кількістю випадків туберкульозу зменшується з 2019 по 2022 рік. Однак у 2023 році спостерігається незначне зростання, повертаючись

до відсотка, який спостерігався у 2020 році. У 2020 році спостерігалось значне скорочення випадків як легеневого, так і позалегенового туберкульозу, що можна пояснити впливом пандемії COVID-19 на системи охорони здоров'я та діагностику ТБ. З 2021 року кількість випадків туберкульозу почи-

нає стабілізуватися з невеликою тенденцією до зростання, особливо помітною у 2023 році.

Незважаючи на коливання абсолютних цифр, відсоток випадків позалегенового ТБ відносно загальної кількості випадків ТБ залишається відносно стабільним із незначними коливаннями.

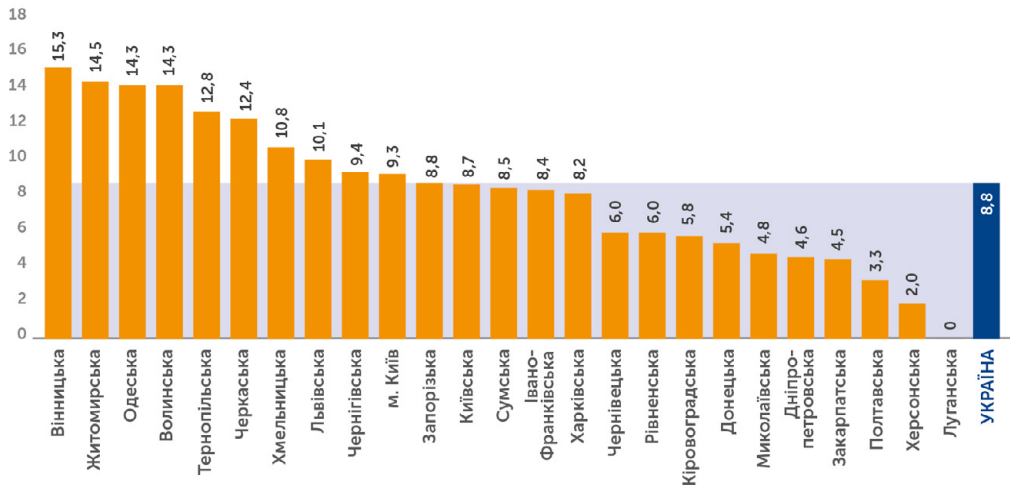
У 2023 році частка випадків позалегенового ТБ варіювала від 2,0% у Херсонській області до 15,3% у Вінницькій.

Відсоток випадків позалегенового туберкульозу був відносно стабільним, що свідчить про постійну частку цих випадків серед загальної кількості випадків туберкульозу протягом багатьох років.

Візуалізація (рис. 2.12) допомагає зрозуміти розподіл і визначити регіони, які потребують більшої уваги до активізації заходів щодо виявлення позалегенових форм туберкульозу.



**РИС. 2.11.** ДИНАМІКА РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ ВИПАДКІВ І РЕЦИДИВІВ ЛЕГЕНЕВОГО І ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ; ЧАСТКА ВИПАДКІВ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ



**РИС. 2.12.** ЧАСТКА ВИПАДКІВ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ СЕРЕД НОВИХ ВИПАДКІВ ТА РЕЦИДИВІВ. РЕЙТИНГ ПО РЕГІОНАХ УКРАЇНИ, 2023 РІК

**Динаміка за історією лікування**

За останні чотири роки на фоні зростання кількості зареєстрованих випадків чулливого туберкульозу було відзначено зменшення частки повторних випадків до 4,7% у 2023 році, що відображено на рисунку 2.13. Частка виявлення повторних випадків

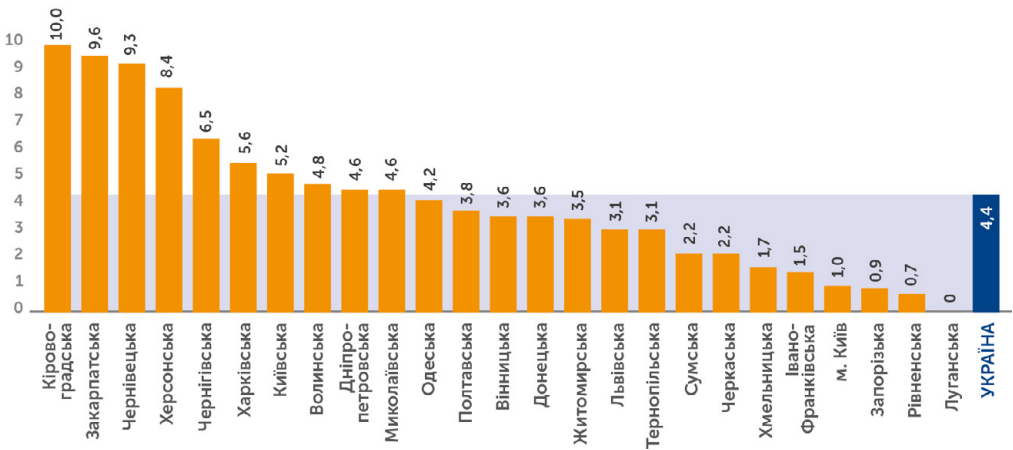
у 2023 році у розрізі областей незначною мірою варіюється: від 0,7% у Рівненській області до 10,0% в Кіровоградській області (рис. 2.14). Ці відмінності можна пояснити деякою нестабільністю або практикою діагностики чи повідомлення про перехворілих в різних регіонах.



**РИС. 2.13.** ДИНАМІКА РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ І ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТБ, А ТАКОЖ ЧАСТКА ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ СЕРЕД УСІХ ВИПАДКІВ ТБ



**РИС. 2.15.** КІЛЬКІСТЬ І ВІДСТОК ВИПАДКІВ ТБ СЕРЕД ДІТЕЙ ВІКОМ 0–14 РОКІВ (НОВИХ ТА РЕЦИДИВІВ) СЕРЕД ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ ВИПАДКІВ ТБ

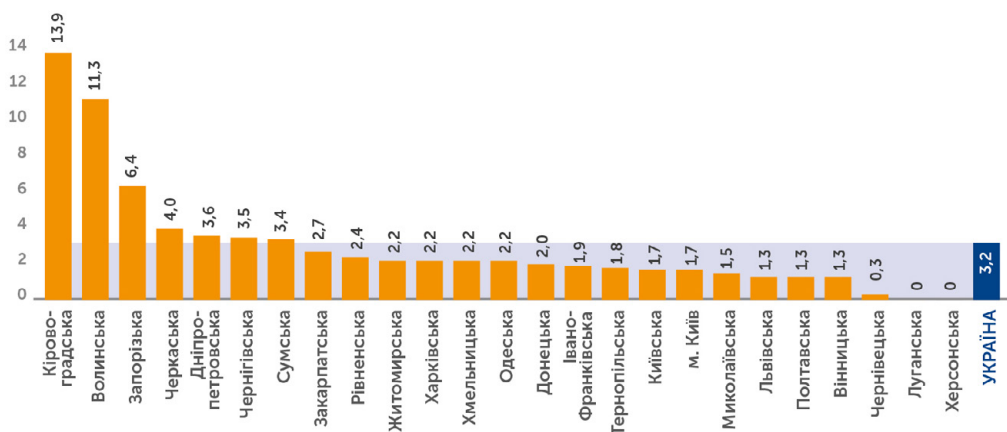


**РИС. 2.14.** ЧАСТКА ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТБ (РЕЙТИНГ ПО РЕГІОНАХ УКРАЇНИ, 2023 Р.)

**Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей**

Абсолютне число випадків ТБ у дітей збільшилось з 450 до 639 порівняно до показників минулого року. Поряд зі збільшенням абсолютної кількості реєстрації нових випадків ТБ та рецидивів захворювання, відзначено збільшення відсотка ТБ у дітей серед загальної кількості випадків з 2,3% у 2019 році до 3,2% у 2023 році (рис. 2.15).

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. 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



**РИС. 2.16.** ЧАСТКА ВИПАДКІВ ТБ СЕРЕД ДІТЕЙ (НОВІ ВИПАДКИ І РЕЦИДИВИ ЗАХВОРЮВАННЯ) РЕЙТИНГ ПО РЕГІОНАХ УКРАЇНИ, 2023 Р.

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 непостійність спостереження за динамікою діагностики цього показника.

На регіональному рівні частка виявлення випадків ТБ серед дітей у 2023 році коливалася від 0,3% у Чернівецькій області до 13,9% у Кіровоградській області. У чотирьох областях частка виявлення випадків ТБ серед дітей знизилася, у шести – залишилася здебільшого стабільною, і у 15 регіонах – збільшилася, ймовірно, через покращення діагностики ТБ серед дітей.

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 2019–2023 рр. співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років становило 0,5–0,3.

За поточними статистичними даними відзначено збільшення частки випадків ТБ серед дітей (віком до 17 років) серед усіх нових випадків ТБ та рецидивів захворювання з 3,2% у 2019 до 4,2% у 2023 році. Загальний показник по Україні становить 11,4 проти 7,9 на 100 тисяч дитячого населення у 2021 р., що є вище на 44,3%. Загалом ТБ діагностовано у 835 дітей проти 577 у минулому році.

Приріст захворюваності серед дітей віком до 17 років відзначено у чотирнадцяти областях. В інших 11 областях спостерігається відносна стабільність або зниження рівня захворюваності у цій віковій категорії.



**РИС. 2.17.** СПІВВІДНОШЕННЯ ВІКОВИХ ГРУП 0–4 РОКИ ДО 5–14 РОКІВ СЕРЕД ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТБ, В УКРАЇНІ, 2019–2023 РР.

**Динаміка повідомлення про ТБ за статтю**

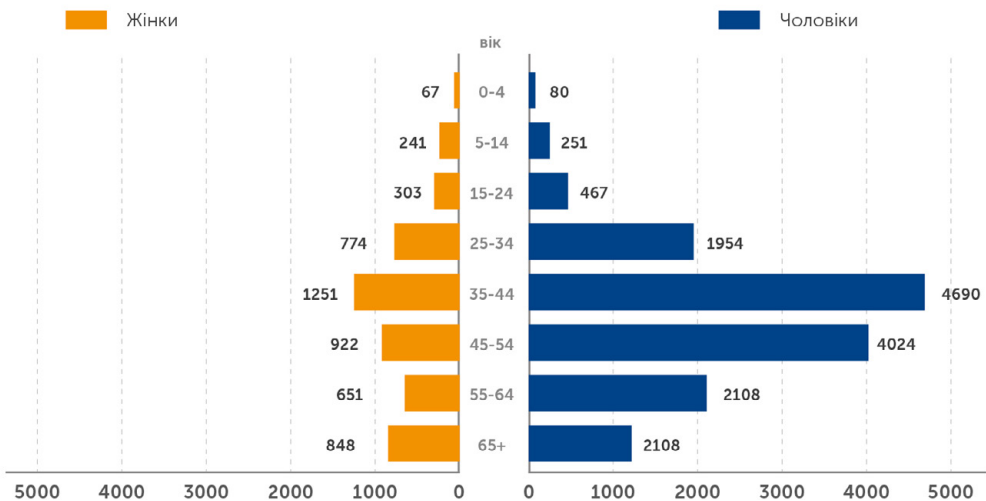
З 2019 по 2023 рр. в Україні коливання показників реєстрації випадків ТБ серед чоловіків та жінок було здебільшого пропорційним; частка всіх нових випадків ТБ і рецидивів захворювання серед чоловіків залишалася стабільною на рівні близько 70%. Проте, у 2022-2023 роках частка чоловіків збільшилась до 74,5% (рис. 2.18).

Дані свідчать про те, що чоловіки непропорційно хворіють на туберкульоз порівняно з жінками, і цей розрив ще збільшився за останні два роки.

Найбільша вікова група серед пацієнтів з туберкульозом – чоловіки віком 35–44 років (рис. 2.19).



**РИС. 2.18.** КІЛЬКІСТЬ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ І РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ З РОЗПОДІЛОМ ЗА СТАТТЮ



**РИС. 2.19.** ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВИПАДКИ ТБ (НОВІ ВИПАДКИ ТА РЕЦИДИВИ) В УКРАЇНІ З РОЗПОДІЛОМ ЗА ВІКОМ І СТАТТЮ, 2023 Р.

**Динаміка повідомлення про ТБ за віком**

На рисунку 2.20 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 2023 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.

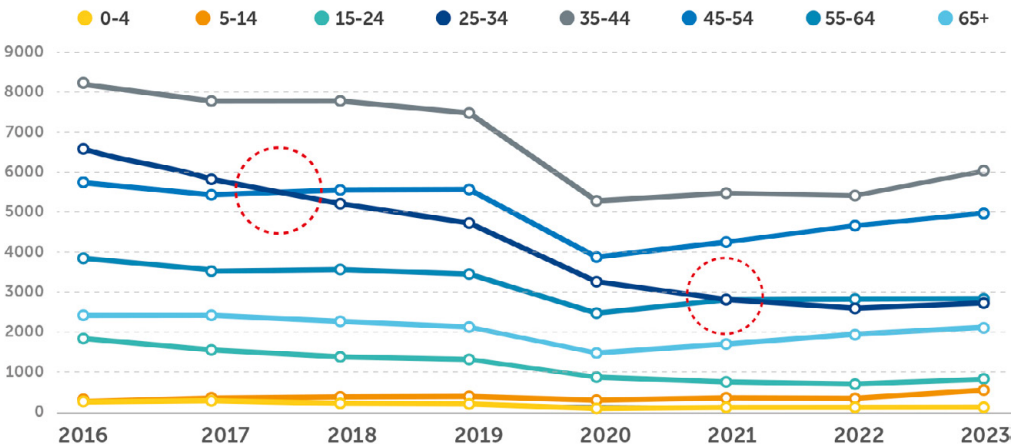
Ця модель тимчасових змін узгоджується із загальним розумінням епідеміології ТБ – «старіння епідемії», що є ознакою зниження тягаря ТБ у реальній популяції,

ТБ у людей літнього віку найчастіше виникає у результаті реактивації латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ), а, отже, зниження швидкості передачі мало впливає на показники захворюваності 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.



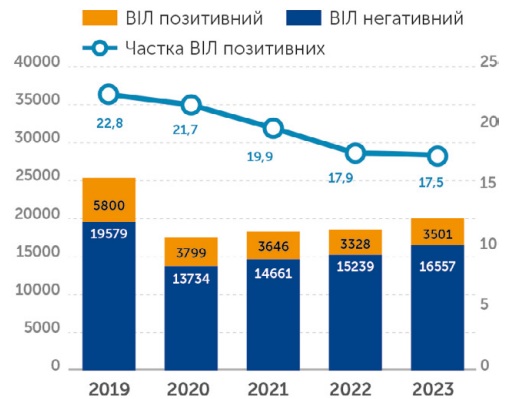
**РИС. 2.20.** ТЕНДЕНЦІЯ РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ І РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ ОЗ А ВІКОВИМ ПОКАЗНИКОМ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ

**Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ**

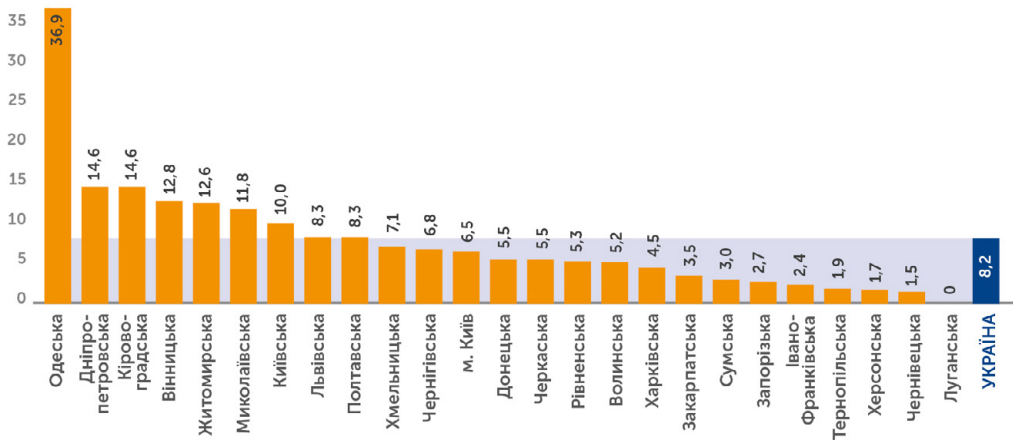
За даними поточного епідеміологічного нагляду, у період з 2019 по 2023 рр. абсолютна кількість випадків коінфекції ТБ/ВІЛ знизилась з 5800 до 3501, як і частка нових випадків ТБ і рецидивів захворювання з коінфекцією ВІЛ/ТБ з 22,8% до 17,5% (рис.2.21).

Показник захворювання на ТБ/ВІЛ мав тенденцію до зниження з 13,2 у 2019 році до 8,2 на 100 000 населення у 2023 році.

Найвищий рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ відзначено в Одеській області – 36,9 на 100 000 населення, найнижчий – у Чернівецькій області – 1,5 на 100 000 населення (рис. 2.22).



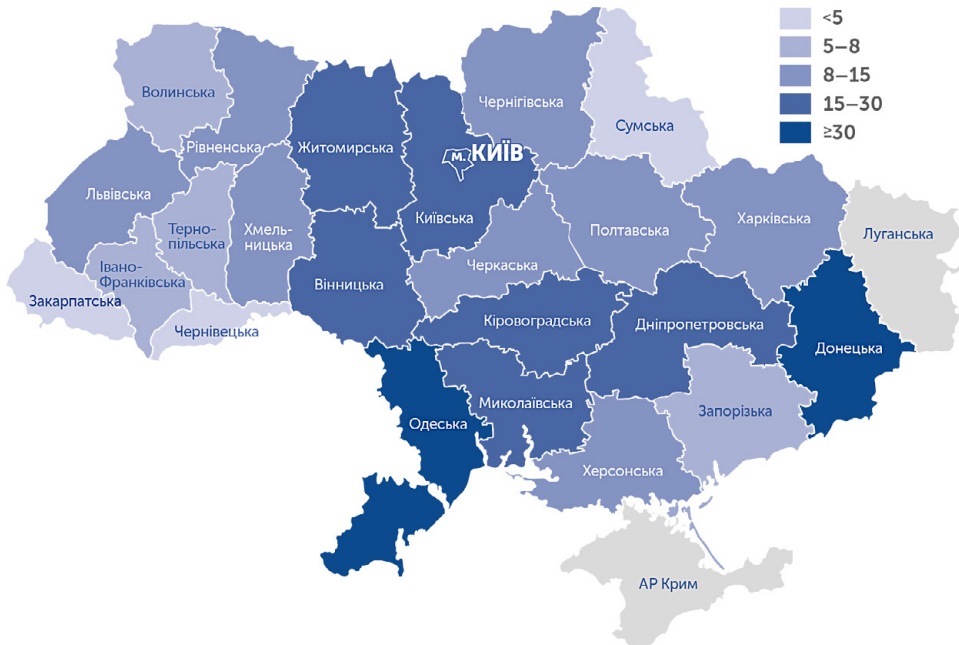
**РИС. 2.21.** ДИНАМІКА КІЛЬКОСТІ ЗАРЕЄСТРОВАНИХ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ І РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІЛ-СТАТУСУ. ЧАСТКА ВИПАДКІВ ТБ У ЛЮДЕЙ З ПОЗИТИВНИМ ВІЛ-СТАТУСОМ



**РИС. 2.22.** РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТБ/ВІЛ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ У 2023 Р. (НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ)

Найвищий показник кількості хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у структурі захворюваності на активну форму ТБ у 2023 р. відзначено в Одеській – 37,3% та Донецької області – 33,9%, найнижчий – у Чернівець-

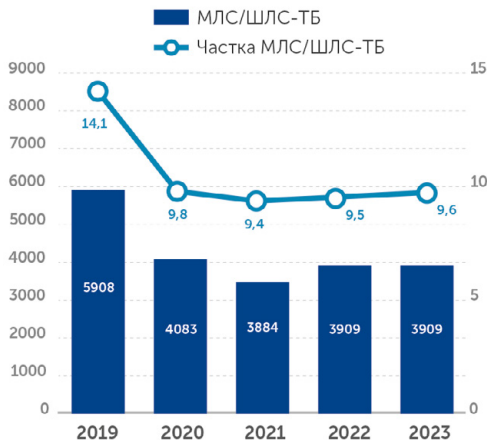
кій – 2,7% та Закарпатській області – 4,6%, тобто спостерігається значна географічна неоднорідність частки ВІЛ-інфікованих серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання між областями (рис. 2.23).



**РИС. 2.23.** ЧАСТКА ВИПАДКІВ ТБ/ВІЛ У СТРУКТУРІ ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ НОВИХ ВИПАДКІВ ТА РЕЦИДИВІВ ТБ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ У 2023 РОЦІ, %

**Динаміка показників захворюваності на МЛС/ШЛС-ТБ**

Кількість вперше зареєстрованих випадків МЛС-ТБ (Риф-ТБ) та/або пре-ШЛС/ШЛС-ТБ в Україні у період з 2020 року залишається стабільним. У 2023 році було зареєстровано 3924 таких випадків (рис. 2.24).

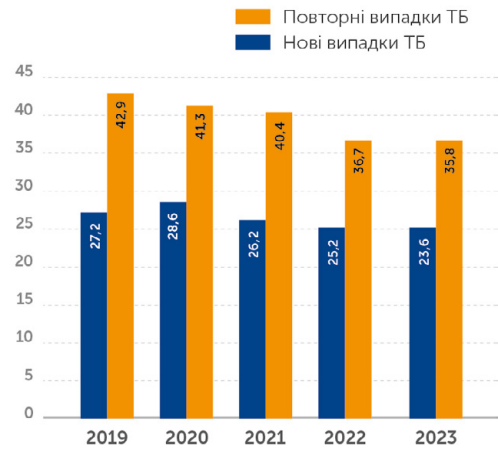


**РИС. 2.24. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА ЗАХВОРЮВАНІСТІ НА МЛС/ШЛС-ТБ НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ**

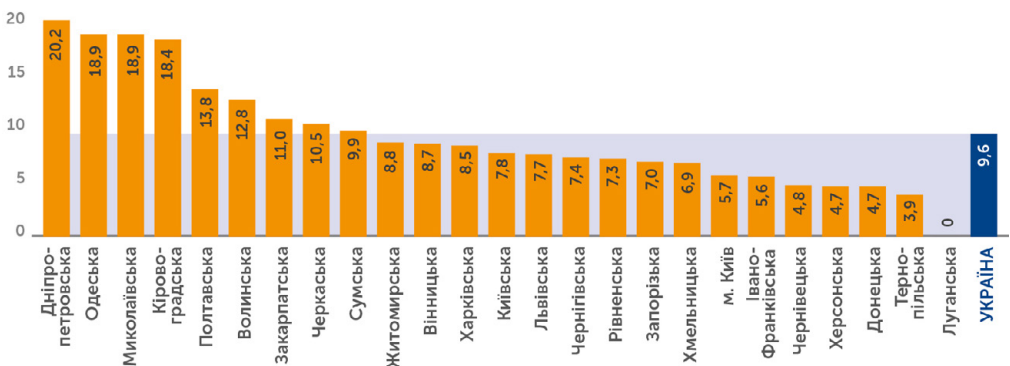
За оціночними даними ВООЗ, в Україні у 2021 р. мало бути виявлено принаймні 6800, а у 2022 році 7500, а у 2023 році 13000 ви-

падків МЛС/ШЛС-ТБ, проте за поточними статистичними даними було зареєстровано лише 3884 та 3909 та 3924 випадків відповідно. Отже, у 2023 році було недовиявлено близько 70% випадків МЛС/ШЛС-ТБ.

Протягом останніх шести років частка виявлення МЛС-ТБ (Риф-ТБ) та/або пре-ШЛС/ШЛС-ТБ як серед нових випадків ТБ так і серед повторних має тенденцію до зниження (рис. 2.25).



**РИС. 2.25. ЧАСТКА МЛС-ТБ СЕРЕД НОВИХ ТА ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТБ У ПЕРІОД З 2019 ПО 2023 РР.**



**РИС. 2.26. РІВЕНЬ РЕЄСТРАЦІЯ ВИПАДКІВ МЛС-ТБ, РИФ-ТБ ТА/АБО ПРЕ-ШЛС/ ШЛС-ТБ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ (НА 100 ТИСЯЧ НАСЕЛЕННЯ)**

У 2023 р. найбільшу кількість вперше діагностованих випадків МЛС-ТБ (Риф-ТБ) та/або пре-ШЛС/ШЛС-ТБ було зареєстровано у Дніпропетровській (625) та Одеській (443) областях, найменшу кількість – у Чернівець-

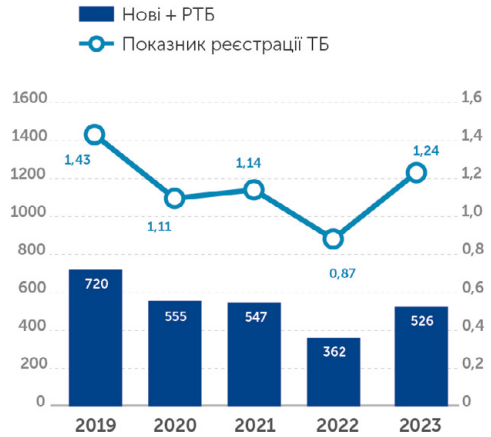
кій (43) та Тернопільській (40) областях. Порівняно до показників 2022 р., у тринадцяти областях спостерігається зменшення кількості таких випадків, у зв'язку з міграцією населення внаслідок військових дій.



### Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених

З 2019 по 2023 рр. кількість зареєстрованих нових випадків туберкульозу і рецидивів захворювання у в'язницях знизилася з 720 до 526 (рис. 2.27). У пенітенціарних установах показник реєстрації ТБ знизився з 1434 на 100 000 відповідного населення у 2017 р. до 1240 у 2023 р.

Зниження у 2020-2022 роках може бути пов'язане з обмеженнями через пандемію COVID-19, що могли вплинути на діагностику та реєстрацію нових випадків. Також 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. Зростання у 2023 році може свідчити про покращення діагностичних заходів після пандемії або про реальне зростання числа випадків.



**РИС. 2.27.** ДИНАМІКА КІЛЬКОСТІ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ У В'ЯЗНИЦЯХ

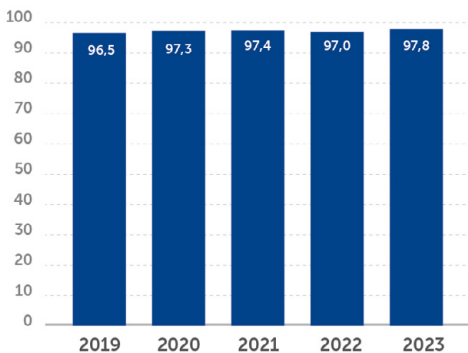
### ДЕТЕРМІНАНТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

#### Охоплення ТМЧ

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

- **Вибір ефективного лікування**

Тест медикаментозної чутливості дозволяє визначити, до яких антибіотиків



**РИС. 2.28.** ТЕНДЕНЦІЯ ОХОПЛЕННЯ ТМЧ, ПРИНАЙМНІ – ДО РИФАМПІЦИНУ

чутливий патогенний штам туберкульозу у конкретного пацієнта. Це допомагає лікарю обрати оптимальну комбінацію лікарських засобів та дозу для ефективного лікування.

- **Уникнення резистентності**

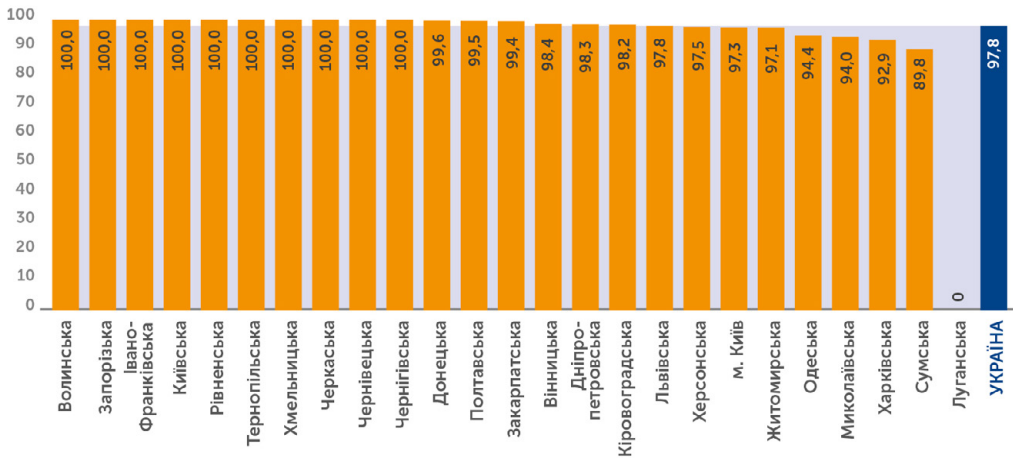
Знання про медикаментозну чутливість штаму туберкульозу дозволяє уникнути неправильного призначення антибіотиків, що може спричинити розвиток медикаментозної резистентності. Відповідне лікування знижує ризик появи мультирезистентних форм туберкульозу, які вилікувати важче та становлять загрозу громадському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



**РИС. 2.29.** ВІДСОТКОМ ОХОПЛЕННЯ ТМЧ, ПРИНАЙМНІ ДО РИФАМПІЦИНУ СЕРЕД ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ, 2023 Р.

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.

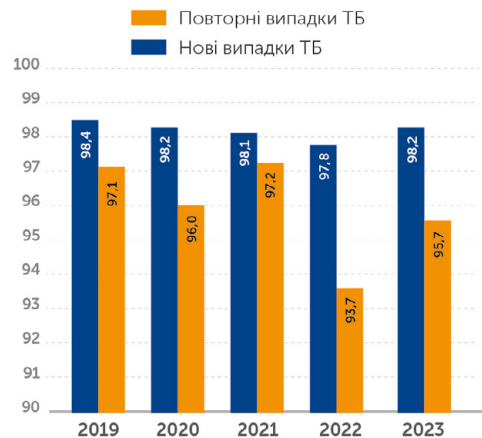
Протягом останніх п'яти років показники охоплення ТМЧ, принаймні, до рифампіцину серед бактеріологічно підтверджених нових і повторних випадків туберкульозу легень були незмінно високими і перевищували 95%, хоча недостатній для індикатора за стандартами ВООЗ – 100% (рис. 2.28).

Найнижчий відсоток охоплення ТМЧ спостерігається у Одеській, Миколаївській, Харківській та Сумській областях (рис. 2.29).

### Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ

За статистичними 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,

але у 2023 році спостерігається збільшення відсотка охоплення діагностикою за допомогою молекулярно-генетичних методів (рис. 2.30).



**РИС. 2.30.** ВІДСОТКОМ ОХОПЛЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИМ МЕТОДОМ (МГМ) ЗАРЕЄСТРОВАНИХ ВИПАДКІВ ТБ, 2019-2023 РР.

## РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

### ВАКЦИНАЦІЯ БЦЖ

Для захисту дитячого організму від розвитку тяжких генералізованих форм ТБ, таких як туберкульозний менінгіт та міліарний ТБ, що можуть призводити до летальних випадків, проводиться масова імунізація новонароджених вакциною БЦЖ.

Оскільки при народженні у дитини можуть бути тимчасові протипокази до проведення БЦЖ, то варто оцінювати показник охоплення щепленням у дітей першого року життя. В Україні даний показник у 2023 році становив 83,5 %, що на 12,5 % більше, ніж у 2022 році (71%), що може пояснюватись активною інформаційною кампанією та посилення координації зі сторони Центру. Проте цей показник все ще залишається нижчим за рекомендований ВООЗ 95%. При цьому є регіони, де відсоток охоплен-

ня вакцинацією у дітей першого року життя становить більше 95%, це Херсонська область (96,7%) та Сумська (96,2%), також майже досягнуто показник у Хмельницькій області (94,8%). Найнижчий показник у Житомирській області (74,6%), Київській (76,7%), Закарпатській (77,7%) та Запорізькій (77,8%).

### ВИЯВЛЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТБ ІНФЕКЦІЇ

За оцінкою ВООЗ, приблизно четверта частина населення світу інфікована *M. tuberculosis*.

Ризик захворювання на ТБ після інфікування залежить від декількох факторів, найважливішим з яких є ослаблений імунологічний статус.

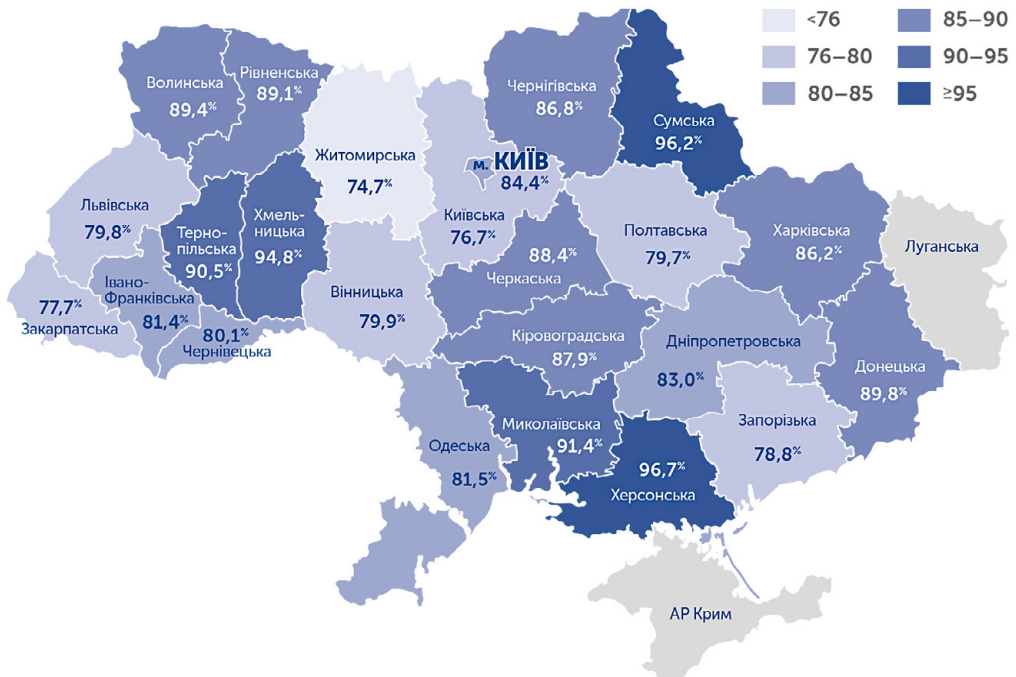
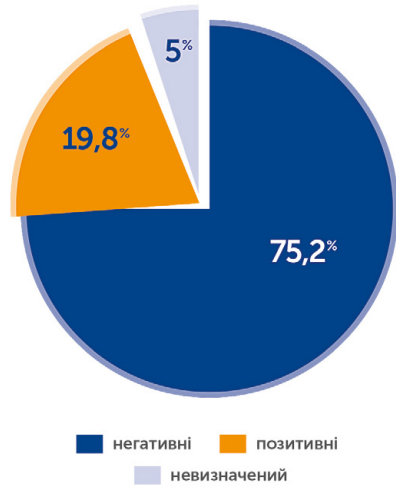


РИС. 3.1. ВІДСТОК ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ БЦЖ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

На наявність ТБ-інфекції з подальшим лікуванням обстежуються контакти індексного випадку з бактеріовиділенням, ЛЖВ, особи, яким планується призначити лікування інгібіторами ФНП-а, діаліз, трансплантація органів або кісткового мозку та пацієнти із силікозом, оскільки це ті групи, де найвищий ризик прогресування від ТБ-інфекції до ТБ.

За допомогою тестування на ТБ-інфекцію можна виявити осіб, які матимуть найбільшу користь від профілактичного лікування (далі – ПЛТ). Проте це не стосується дітей до 5 років, та ЛЖВ, так як ці групи мають найвищий ризик розвитку ТБ, тому тестування на ТБ-інфекцію в цих є не обов'язковим, а охоплення профілактичним лікуванням повинно наблизитись до 100 %.

У 2023 році розпочалось впровадження тестів з вивільнення гамма-інтерферону (далі – ТВГІ) для діагностики ТБ-інфекції на базі Центрів контролю та профілактики хвороб у перших 9 областях: Вінницькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській та у м. Києві. Було проведено близько 1000 тестувань серед груп підвищеного ризику прогресування від ТБ-інфекції до ТБ. Виявлено ТБ-інфекцію у 19,8 %, що спростовує міф про 95 % інфікування населення України.



**РИС. 3.2.** РЕЗУЛЬТАТИ ТЕСТУВАНЬ ЛТБІ ЗА ДОПОМОГОЮ ТВГІ НА БАЗІ ЦКПХ У 2023 РОЦІ

Однак, аналізуючи інформацію з регіонів щодо скринінгу на ЛТБІ та призначення профілактичного лікування ТБ стає зрозумілим, що профілактиці ТБ приділяється недостатньо уваги як зі сторони фахівців первинної медичної допомоги, так і спеціалізованої. Так, профілактичне лікування туберкульозу отримали лише 83,4% дітей і дорослих, які мали близький або осередко-



**РИС. 3.3.** КАСКАД ОБСТЕЖЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОНТАКТНИХ ОСІБ У 2023 Р.

вий контакт з хворим на туберкульоз з бактеріовиділенням.

Також низьким залишається відсоток охоплення профілактичним лікуванням дітей до 5 років, які мали контакт з особою з бактеріовиділенням (83,9%).

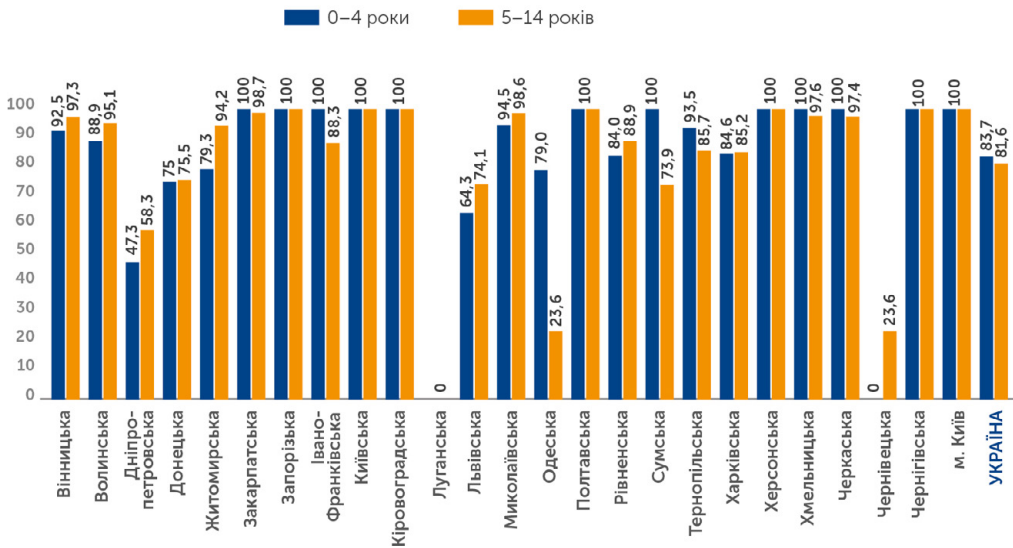
При цьому є значна кількість регіонів, які досягли виконання даного показника у 2023 році на 100%. Це Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська області та м Київ.

Найнижчий відсоток охоплення профілактичним лікуванням дітей до 5 років, які мали контакт з особою з бактеріовиділенням у 2023 році був у Чернівецькій області (0%), де із 4 контактних дітей до 5 років,

яким було показано профілактичне лікування, жодна дитина не отримала таке лікування.

Також низькі показники були у Дніпропетровській області (47,3%), Львівській (64,3%), Донецькій (75%), Одеській (78,9%) та Житомирській (79,2%).

Низька питома вага охоплених ПЛТБ серед дітей (старше 12 місяців), підлітків та дорослих, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ – 11,7%, дорослих осіб, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію (головним чином, шахтарі і працівники металургічної галузі) – 13,3%, які отримують лікування інгібітором ФНП-а – 60%, які отримують гемодіаліз, перитонеальний діаліз – 71,4%.



**РИС. 3.4.** ВІДСТОК ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ ДІТЕЙ 0-4 ТА 5-14 РОКІВ В РОЗРІЗІ ОБЛАСТЕЙ, 2023 РІК

## РОЗДІЛ 4.

# ВІЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

### СИСТЕМАТИЧНИЙ СКРИНІНГ НА ТБ СЕРЕД ВИЗНАЧЕНИХ ГРУП РИЗИКУ

Виявлення та своєчасна діагностика туберкульозу є пропуском до подолання ТБ. Це не лише основна складова епідпроцесу при туберкульозі, вплив на яку призведе до викорінення хвороби, а й ключові елементи успішної боротьби з цією хворобою, що дозволяє знизити її вплив на індивідуальне та громадське здоров'я. Подолання туберкульозу до 2030 року у відповідності до Цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019 має стати реальністю. З прийняттям Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні» ми перейшли від намірів до реальних дій з подолання ТБ.

Профілактика ТБ та систематичний скринінг на ТБ є пріоритетними напрямками в подоланні ТБ, що є наскрізними і в Плані дій щодо боротьби з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2023–2030 рр..

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 з змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 553 від 01.04.2024 (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 2023 році зріс на 7% у порівнянні із 2022 роком і на 10% перевищує зазначений показник 2021 року. Центр щорічно узагальнює інформацію про загальну кількість осіб з груп ризику розвитку туберкульозу в регіонах, їх розподіл за групами ризику та результатами систематичного скринінгу на туберкульоз.

Однак, результати узагальнення зазначеної інформації за 2023 рік викликають стурбованість, оскільки **відсоток охоплення осіб із груп ризику розвитку ТБ скринінгом на ТБ в цілому знизився із 78% до 76,6% у порівнянні з 2022 роком, насамперед, за рахунок:**

- дорослих осіб із захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету (хворі із злоякісними новоутвореннями, цукровим діабетом, пацієнти, які отримують імуносупресивну терапію, терапію інгібітором ФНП-а, гемодіаліз, перитонеальний діаліз, готуються до трансплантації органів чи кісткового мозку), де відсоток охоплення зменшився на 10 і складає 80%. Найнижчі показники у Рівненській (34%), Сумській (46,3%), Закарпатській (53,9%) областях;
- дорослих осіб з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ. Низький відсоток охоплення скринінгом таких осіб у Київській (54,4%), Чернівецькій (61,5%);
- дорослих осіб, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики, де скринінгом на ТБ охоплено лише половина когорти. Найнижчі показники у Закарпатській (43,7%), Волинській (46%), та у прифронтових областях;

- дорослих осіб, які перебувають у закладах охорони здоров'я психоневрологічного профілю, де охоплення скринінгом складає лише 54%. Найнижчі показники охоплення у Волинській (8,4%) та Закарпатській (32,6%) областях.

**Низьким залишається відсоток охоплення скринінгом на ТБ наступних ключових та вразливих груп населення:**

- діти і дорослі, які живуть з ВІЛ охоплені обстеження лише на 79,7%, найнижчі показники у Чернігівській (37,6%), Волинській (45,6%), Одеській (48,8%), Тернопільській (56,6%) областях;
- дорослі особи, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію (головним чином, шахтарі і працівники металургічної галузі) – 62,5%, найнижчі показники в Одеській (17%), Київській (32%), Чернівецькій (44,4%), Волинській (44,9%) областях;
- мігранти, в тому числі, внутрішньо переміщені особи – 51,5%, найнижчі показники у Закарпатській (12,6%), Одеській (19,6%), Волинській (34,2%) областях;

- особи, які перебувають за межею бідності (зокрема, особи, які перебувають на обліку як малозабезпечені) – 48,3%. Найнижчі показники в Одеській (10%), Закарпатській (32,9%), Тернопільській (49,7%).

Для досягнення амбіційної цілі ліквідації туберкульозу до 2030 року, існує гостра необхідність інтенсифікації виявлення випадків цього захворювання.

Однією з таких стратегічних цілей є систематичне обстеження на туберкульоз у групах високого ризику та вразливих верствах населення. 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;



**РИС. 4.1. ВОХОПЛЕННЯ СКРИНІНГОМ НА ТБ В УКРАЇНІ, 2023Р.**

- підтримку децентралізованих людино-орієнтованих 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 отримують 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).

#### **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.

За розрахунковими даними ВООЗ, в Україні щороку недовиявляють близько 20–24% випадків ТБ, а негативний вплив, спричинений військовою агресією росії проти України, посилив кризу недовиявлення ТБ в Україні.

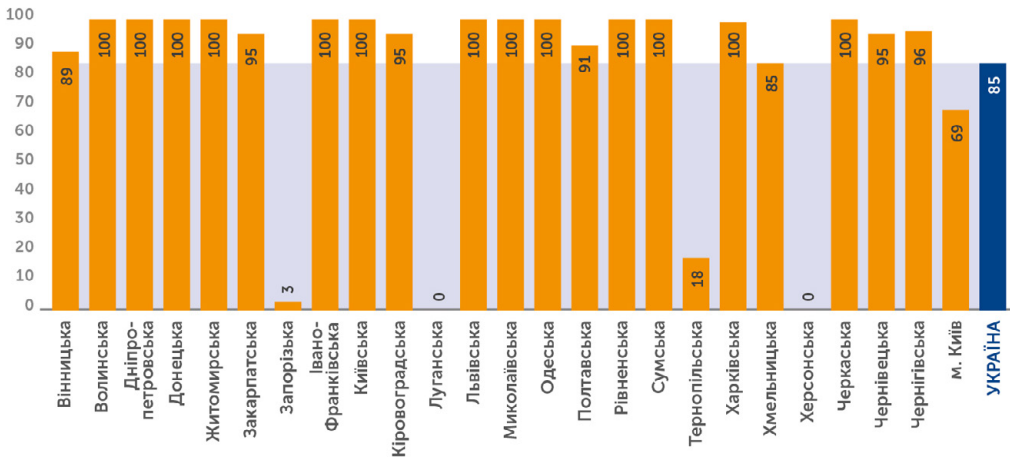
Це свідчить про необхідність більш активного підходу до раннього виявлення ТБ та пояснює необхідність проведення систематичного скринінгу в осіб визначених груп ризику розвитку ТБ.

Налагоджено роботу щодо виявлення ТБ серед ВПО як групи ризику. З цією метою проводиться постійний моніторинг інформації, узагальнюються кращі практики, залучаються ресурси міжнародної технічної допомоги.

Нам вдалося охопити скринінгом на ТБ 85% осіб серед ВПО, які перебувають в місцях тимчасового проживання, на кінець 2023 року за допомогою ресурсів гранту ГФ.

За кошти ГФ підтримувалась робота флуоромобілей та транспортування біологічного матеріалу, що сприяло підвищенню виявлення ТБ.





**РИС. 4.2.** ВІДСОТОК ОБСТЕЖЕННЯ НА ТБ ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У МІСЦЯХ ТИМЧАСОВОГО ПЕРЕБУВАННЯ В УКРАЇНІ, 2023Р.

### 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 ПЛТБ.

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 слугити середній регіональний показник розміру домогосподарства.

За даними регіональних паспортних анкет, у 2023 р. лише у чотирьох регіонах із 25 досягнуто значення індексу виявлених та обстежених контактних осіб на 1 індексний випадок ТБ на рівні або вище за середній регіональний показник розміру домогосподарства лише у 3-х областях: у Хмельницькій (4,42 проти 2,63 відповідно) Полтавській (3,97 проти 2,35 відповідно), Одеській (3,88

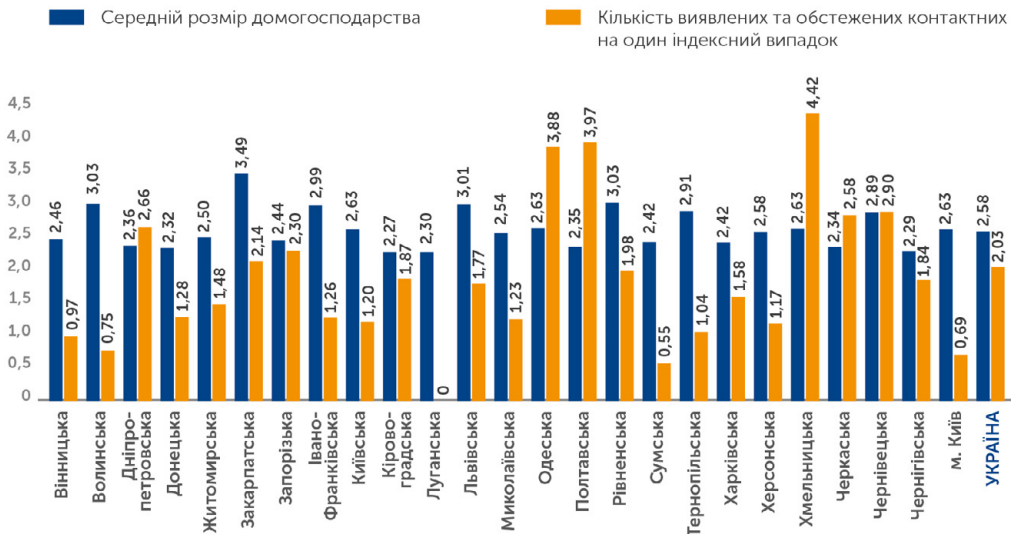
проти 2,63), Дніпропетровській (2,66 проти 2,36), Черкаській (2,85 проти 2,34 відповідно), Чернівецькій областях. Критично низький рівень відстеження контактів зафіксовано в м. Київ (0,69 проти 2,63 відповідно), Волинській (0,75 проти 3,03 відповідно), Вінницькій (0,97 проти 2,46 відповідно), Київській (1,2 проти 2,63 відповідно), Івано-Франківській (1,26 проти 2,99 відповідно), областях.

В цілому по Україні цей показник складає 2,03 проти 1,58 у 2022 році та свідчить про незначне покращення відстеження та обстеження контактних осіб, однак частина контактних осіб залишилася поза увагою медичних працівників, серед яких висока ймовірність наявності джерел інфікування.

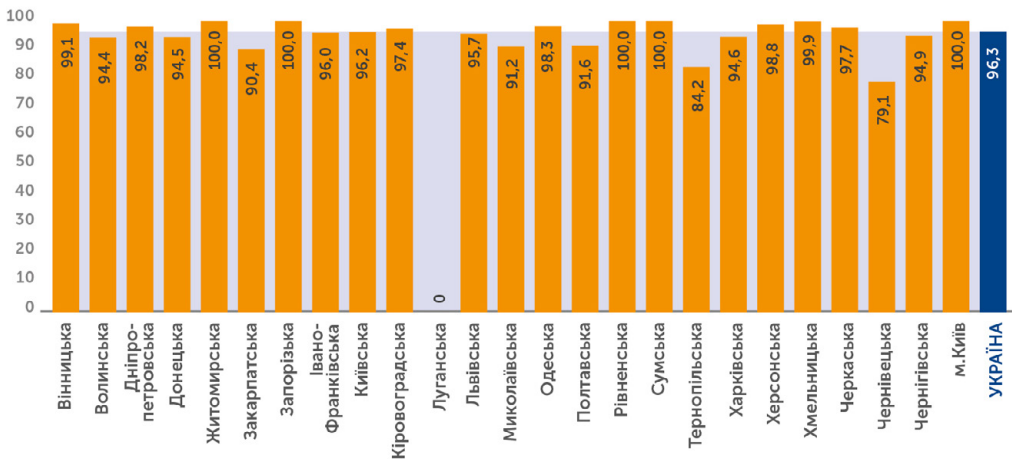
За результатами проведеного аналізу встановлено, що серед незначної кількості виявлених контактних осіб охоплення обстеженням на ТБ складає 96,3% (мета – 100%).

Питома вага контактних дітей віком до 5 років, яким було проведено клінічне оцінювання щодо ТБ, в середньому по Україні у 2023 р. становить 93,9% (мета – 100%).

Про важливість обстеження на ТБ контактних осіб (огляд, анкетування, радіологічне обстеження органів грудної порожнини, мікробіологічна діагностика, зокрема моле-



**РИС. 4.3.** СЕРЕДНІЙ ІНДЕКС ВІЯВЛЕНИХ ТА ОБСТЕЖЕНИХ КОНТАКТІВ НА ОДИН ІНДЕКСНИЙ ВИПАДОК (РЕГІОНАЛЬНІ ПАСПОРТНІ АНКЕТИ, 2023 Р.)

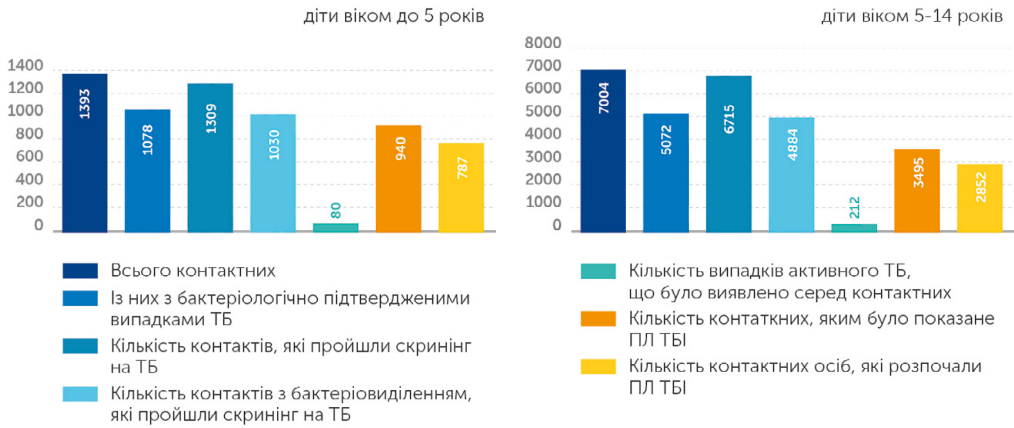


**РИС. 4.4.** ОХОПЛЕННЯ СКРИНІНГОМ ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ, КОНТАКТНИХ З ЛЮДЬМИ, ХВОРИМИ НА ТБ, %, 2023Р.

кулярно-генетичне дослідження GeneXpert MTB/RIF) свідчить висока захворюваність серед зазначеної когорти осіб та має тенденцію до зростання, починаючи з 2018 року.

Так у 2023 році захворюваність на ТБ серед контактних зросла майже у 2,6 рази у порівнянні із 2020 роком та склала 26,4 на

1000 контактних проти 9,9. Діти та підлітки мають особливе значення під час проведення скринінгу контактних 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.

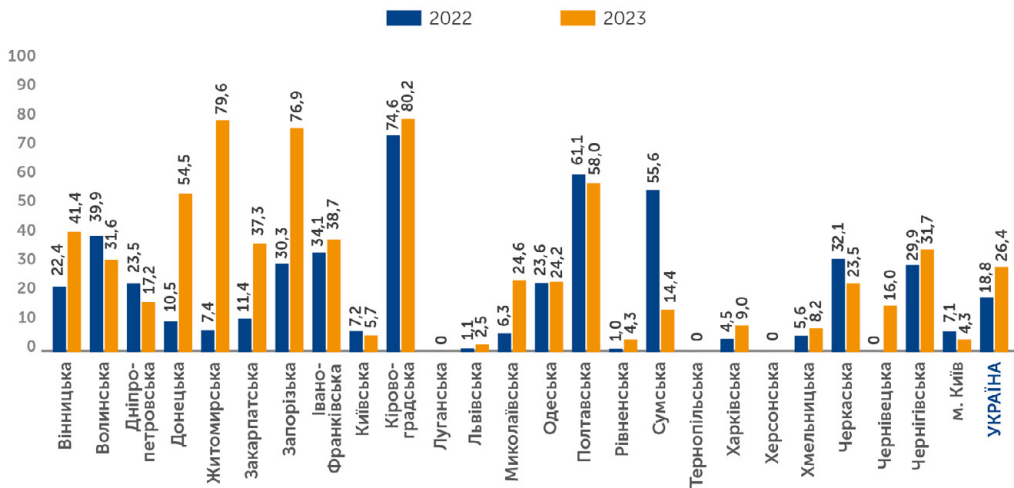


**РИС. 4.5.** КАСКАД СИСТЕМАТИЧНОГО СКРИНІНГУ НА ТБ, 2023Р.

За даними регіонів, питома вага контактних дітей віком <5 років, в яких було проведено скринінг на ТБ, в середньому по Україні у 2023 р. становить 95,9 % (мета – 100%), що майже на 3 % відсотки більше, ніж у порівнянні з 2022 роком (93,1%). Більшість регіонів досягли 100 % охоплення скринінгом на ТБ дітей до 5 років, які мали контакт з особою з бактеріовиділенням: Вінницький, Житомирський, Запорізький, Івано-Франківський, Київський, Кіровоградський, Миколаївський, Полтавський, Одеський, Рівненський, Сумський, Харківський, Херсонський,

Хмельницький, Черкаський, Чернівецький, Чернігівський та м. Київ. Найнижчий показник у Закарпатській області (70,4%) та Тернопільській (88,2%).

Ці тривожні дані спонукають до термінових та скоординованих дій, оскільки можуть становити значний ризик для системи громадського здоров'я в цілому. 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,



**РИС. 4.6.** ПОКАЗНИК ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТБ СЕРЕД КОНТАКТНИХ ОСІБ У 2023 РОЦІ У ПОРІВНЯННІ ІЗ 2022 РОКОМ (НА 1000 КОНТАКТНИХ)

зменшення передачі інфекції та профілактики нових випадків і рецидивів захворювання.

**Подальші кроки в напрямку покращення виявлення та діагностики ТБ:**

- створення аналітичних панелей із можливістю дезагрегації інформації про систематичний скринінг на туберкульоз на рівні закладу охорони здоров'я;
- впровадження надання мобільних діагностичних послуг, інтегрованих із систематичним скринінгом на туберкульоз, для ключових груп населення та груп підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз, зокрема із залученням громадських організацій;
- розроблення та впровадження механізму залучення громадських та благодійних організацій до забезпечення систематичного скринінгу і активного виявлення випадків туберкульозу;
- виявлення контактів на один індексний випадок туберкульозу – 2,58;
- використовувати організаційний та фінансовий потенціал територіальних громад у здійсненні заходів з подолання ТБ;
- впровадити ініціативи подолання ТБ «Територіальна громада вільна від ТБ»

**ДІАГНОСТИКА ТБ**

Діяльність лабораторної мережі з діагностики туберкульозу регулюється Законом України від 14.07.2023 № 3269-IX «Про подолання туберкульозу в Україні» «Про ліквідацію туберкульозу в Україні» та наказом МОЗ України від 12.03.2024 № 422 «Деякі питання утворення трирівневої лабораторної мережі з діагностики туберкульозу у системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню»

Мережа організована за територіальним принципом і складається з 262 лабораторій.

**Лабораторна структура включає:**

- периферійні лабораторії, що виконують молекулярно-генетичні дослідження з виявлення туберкульозу, використовую-

чи тести Ultra як первинний діагностичний тест;

- регіональні лабораторії здійснюють дослідження для підтвердження діагнозу «Туберкульоз» та контролю за лікуванням і використовують усі методи (посів на рідкі поживні середовище, генотипове та фенотипове тестування медикаментозної чутливості мікобактерії туберкульозу до протитуберкульозних препаратів (далі – ТМЧ)).
- референс лабораторія з діагностики туберкульозу здійснює методичне керівництво діяльності мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу другого та першого рівнів, визначає стратегії та тактики діагностики туберкульозу в Україні; координує системи управління якістю у лабораторіях, здійснює моніторинг спектра лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу.

З 2023 році функції референс лабораторії з діагностики туберкульозу передано до Референс-лабораторії діагностики туберкульозу, бактеріальних, паразитарних та особливо небезпечних патогенів ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (далі – референс-лабораторія).

Референс-лабораторія отримала атестат акредитації на відповідність вимогам ISO 15189.

У 2023 році фахівці референс лабораторії успішно пройшли міжнародну зовнішню оцінку якості лабораторних досліджень, ви-



**РИС. 4.7. СХЕМА ЛАБОРАТОРНОЇ МЕРЕЖІ З ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

користовуючи контрольну панель, що була надіслана Супранациональною лабораторією ВООЗ з діагностики ТБ м. Гаутінг, Німеччина.

### КЛЮЧОВІ СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ В УКРАЇНІ

Для удосконалення лабораторної діагностики туберкульозу ВООЗ визначив 3 основні напрями:

- 1) забезпечення доступу до швидкого і точного виявлення ТБ;
- 2) забезпечення загального доступу до ТМЧ;
- 3) підвищення доступу та якості до лабораторних послуг.

В Україні встановлено 287 систем GeneXpert для виявлення туберкульозу.

Системи працюють в закладах охорони здоров'я різних галузей: МОЗ України, Мінюсту (пенітенціарна система), Міністерства оборони України, Національній академії медичних наук України, Національній спеціалізованій дитячій лікарні та центрах СНІДу.

Для лікарів та населення розроблено інтерактивну онлайн-карту лабораторій, що здійснюють діагностику ТБ.

Google карта містить детальну інформацію про кожну лабораторію, де встановлено GeneXpert (назва закладу охорони здоров'я, місцезнаходження,

адресу, контактну інформацію) у всіх регіонах\*.

### Для забезпечення надання якісних лабораторних послуг:

- впроваджено автоматичні відповіді результатів досліджень клініцистам (GXAlert);
- проводиться навчання лабораторних фахівців;
- забезпечено лабораторії витратними матеріалами;
- системи підтримуються у робочому стані (щорічне здійснюється ТО обладнання).

Відповідно до алгоритму діагностики ТБ, кожна регіональна лабораторія здійснює фенотипове ТМЧ на аналізаторі Bactec до всіх препаратів, рекомендованих ВООЗ, включаючи Dlm, Bdq, Lzd, Cfz. Повна лінійка препаратів до яких здійснюється тестування складається з H, R, Z, Am, Lfx, , Mfx 0,25,1,0, Lzd, Dlm, Bdq, Cfz.

У грудні 2023 року за участю міжнародних експертів на базі референс-лабораторії здійснено валідацію методики ТМЧ до претоманіду (Pa). Після отримання рекомендацій ВООЗ щодо критичних концентрацій для здійснення ТМЧ до Pa. З II кварталу референс-лабораторія розпочала здійснювати тестування до Pa у рутинній практиці.

Для проведення молекулярного ТМЧ використовується платформа GeneXpert і картриджі XDR.

Назва препарату	Виявлено ЛСТБ	Кількість стійких випадків	% стійкості, 2022	% стійкості, 2023
Фторхінолони	3 417	1 121	25,8%	32,81%
Лінезолід		41	1,15%	1,2%
Клофазімін		14	0,37%	0,41%
Бедаквілін		9	0,23%	0,27%
Деламанід		22	0,6%	0,65%

**ТАБЛИЦЯ. 4.1.** ВІДСОТOK СТІЙКОСТІ ДО ПРЕПАРАТІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЛС-ТБ

\* <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1PxzSpqNhJzJfJj-DwbkV6l7P-Dx7Mls&ll=49.2778803914129%2C30.227114027986436z=6>

Усі лабораторії країни, де здійснюються дослідження на ТБ, забезпечені необхідним обладнанням, витратними матеріалами та реактивами для проведення генотипового та фенотипового ТМЧ.

У 2024 році заплановано оновлення лабораторного обладнання та регулярне здійснення технічне обслуговування лабораторного обладнання.

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

Частка бактеріологічно підтверджених випадків у 2023 році – на рівні 2022 року. Цільовий показник ВООЗ – 80%, до 2025 р. – 90%.

**Основні причини недосягнення показника є:**

- не налагоджено систему відбору пацієнтів за клінічними ознаками для здійснення досліджень на туберкульоз та недотримання алгоритму діагностики;
- доставка до мікробіологічної лабораторії з діагностики ТБ 2 рівня неякісного біоматеріалу та у недостатній кількості внаслідок порушення методики збору біоматеріалу;
- недообстеженість людей, які живуть з ВІЛ та дітей віком до 5 років;

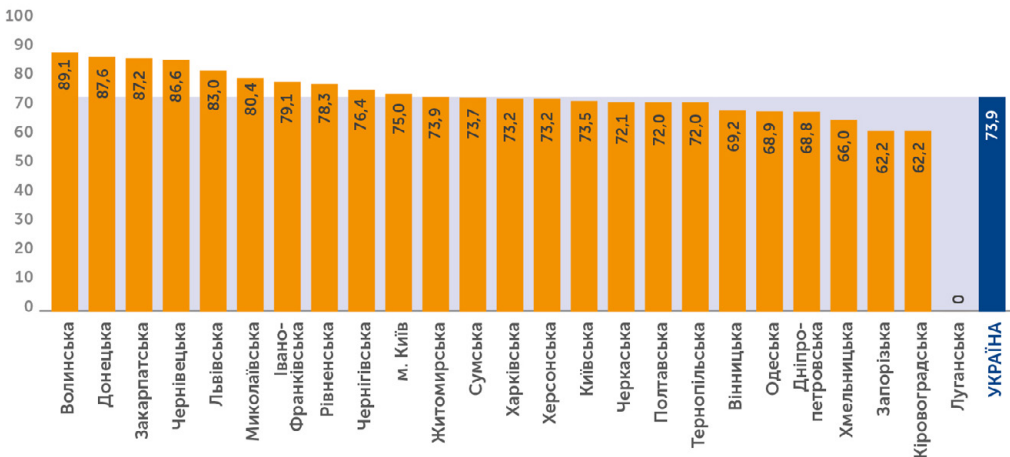
- недотримання процедур обробки діагностичного матеріалу;
- встановлення діагнозу «туберкульоз» після смерті пацієнта;
- при формуванні звітів не враховані критерії бактеріологічного підтвердження випадку туберкульозу.

За даними обліково-звітних форм, частка бактеріологічного підтвердження ТБ в Україні сягає 71,31% серед нових випадків, 83% – серед повторних.

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

- **нові випадки:**  
у 2023 р. – 71,31%; у 2022 р. – 70%;
- **рецидиви захворювання:**  
у 2023 – 81,4%; у 2022 – 81,1%;
- **інші:**  
у 2023 р. – 81,8%; у 2022 р. – 83%;

Цільового показника ВООЗ бактеріологічного підтвердження діагнозу легеневого ТБ у 2023 р. було майже досягнуто у Волинській області (89,1%). Високий рівень бактеріологічного підтвердження у Закарпатській (87,2%), Донецькій (87,6%), Чернівецькій (86,6%) областях.



**РИС. 4.8.** ВІДСОТОК БАКТЕРІОЛОГІЧНО ПІДТВЕРДЖЕНИХ ВИПАДКІВ ТБ ЛЕГЕНЬ (НОВІ ВИПАДКИ ТА РЕЦИДИВИ ТБ), 2023 Р.

**Основні заходи для забезпечення надання якісних послуг з лабораторної діагностики ТБ:**

1. Проведення зовнішньої оцінки якості лабораторних досліджень;
2. Забезпечення системи менеджменту якості;
3. Ефективне функціонування лабораторної інформаційної системи;
4. Розвиток людських ресурсів у мережі лабораторій з діагностики туберкульозу;
5. Наставницькі візити та аудит і оцінка якості лабораторних послуг для виявлення та усунення недоліків.

У 2023 році усі регіональні лабораторії з діагностики туберкульозу отримали сертифікат про успішне проходження зовнішньої оцінки якості лабораторних досліджень (далі – ЗОЯ). Наразі триває черговий раунд оцінювання лабораторій.

Успішне виконання ЗОЯ дозволяє попередити систематичні проблеми, забезпечити об'єктивність даних та виявити аспекти, що потребують поліпшення.

Три лабораторії з діагностики туберкульозу Харківської, Житомирської областей та м. Київ надіслали пакет документів до Національного агентства з акредитації України для проходження акредитації ISO 15189:22.

**Основні завдання щодо удосконалення лабораторної діагностики ТБ на 2024 рік:**

1. Оновити програму зовнішньої оцінки якості, а саме: стандартизувати контрольні панелі для системи GeneXpert і включити претаманід до списку препаратів для ТМЧ;
2. Впровадити секвенування на базі референс-лабораторії з діагностики туберкульозу;
3. Впровадити ТМЧ до претаманіду на регіональному рівні;
4. Підготувати лабораторії до акредитації ISO 15189;
5. Впровадити інформаційну систему LIMS на регіональному рівні.

## РОЗДІЛ 5.

# ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ

### СТАН РЕФОРМУВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ ТА ЇЇ СТРУКТУРА

Законом України «Про подолання туберкульозу в Україні» чітко визначено, що регіональний фтизіопульмонологічний центр – єдиний на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці (Автономна Республіка Крим, область, місто Київ або Севастополь) заклад охорони здоров'я спроможний мережі госпітального округу, що функціонує в організаційно-правовій формі комунального некомерційного підприємства, який координує надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню відповідного регіону та забезпечує надання медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей із туберкульозом в амбулаторних та стаціонарних умовах за договором про медичне обслуговування населення. Підґрунтям до цього було 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, про виконання якої прозвітувалися всі регіони, окрім Харківської області.

Однак, 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 структурними підрозділами з питань охорони здоров'я ОДА та КМДА, кількість закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) для надання медичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні у 2023 р. становить 30, у 2022 р. – 31. Проявність 4 ЗОЗ прозвітувалася Харківська область, по два заклади в Миколаївській області та м. Києві.

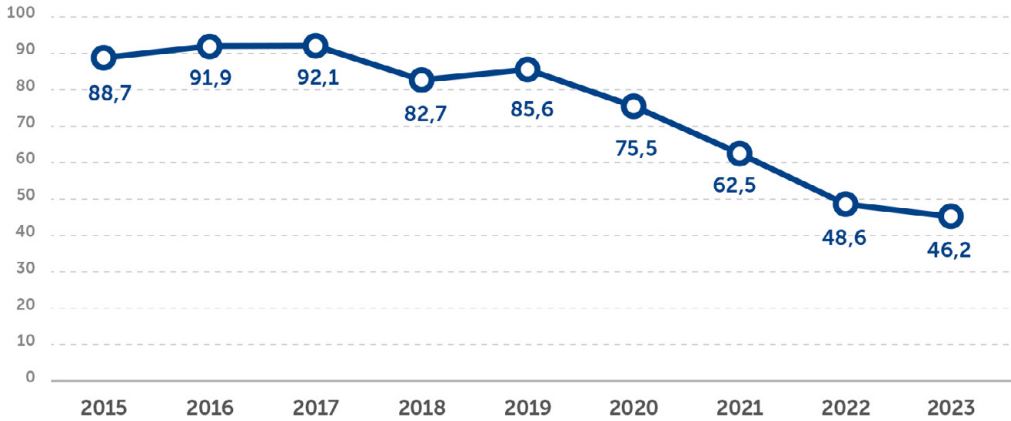
Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я ОДА прозвітувалися про 22 санаторії (Житомирська – 2, Закарпатська – 1, Київська – 4, Луганська – 2, Полтавська – 7, Херсонська – 5, Чернівецька – 1) для хворих на туберкульоз, в яких розгорнуто 3665 ліжок, в той час як згідно інформації про виконання Плану заходів щодо Державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню, схваленого розпорядженням Кабінету Міністрів України за № 1463-р від 18.11.2020 р. відмічалася значно менша кількість санаторіїв. Це підтверджує організаційну недосконалість системи звітності на рівні регіонів.

Середній термін госпіталізації пацієнтів з ТБ у 2023 р. становив 46,2 днів, що є на 5 % менше, ніж у 2022 р (48,6 днів). Також необхідно зазначити, що середнє перебування хворого на ліжку для дорослих складає 45,7 днів проти 48,1 днів у 2022 році, а для дітей – 65,5 проти 70,3 у 2022 році, що свідчить про зменшення термінів госпіталізації, проте все ще є досить 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 2023 р., було впровадження інноваційних коротких режимів лікування ТБ та подальше удосконалення механізмів фінансування медичних послуг для РФПЦ за програмою медичних гарантій, що не пов'язано з кількістю місць для госпіталізації у закладі та його обігом.

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





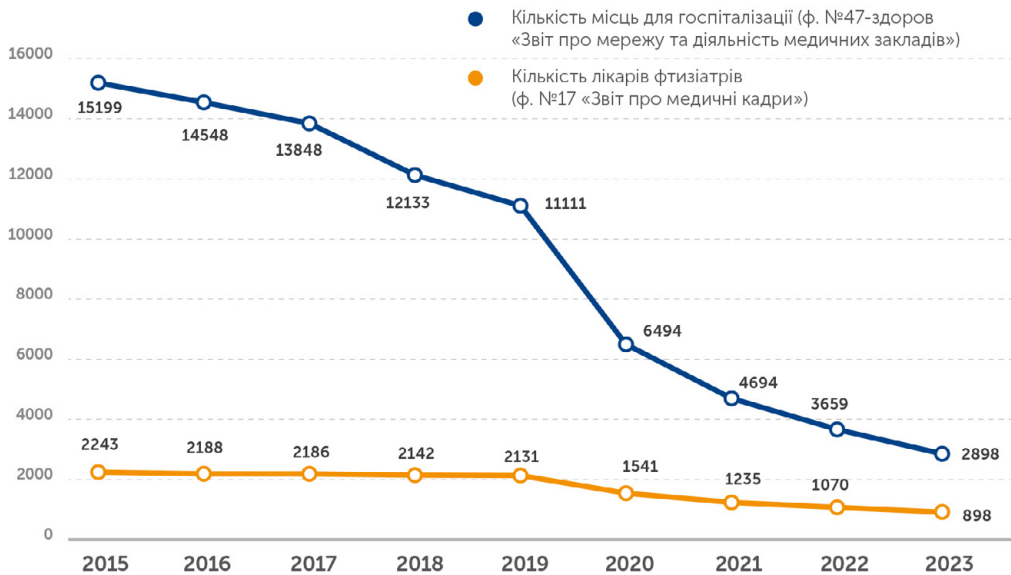
**РИС. 5.1.** СЕРЕДНІЙ ТЕРМІН ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ТБ У 2015–2023 РР. (ДАНИ ФОРМИ №47-ЗДОРОВ «ЗВІТ ПРО МЕРЕЖУ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ»)

у системі РФПЦ України в 2023 р. залишилося 2898 місць для госпіталізації хворих на туберкульоз, що на 20,8 % менше, ніж у 2022 р. (3659) та на 65 % менше у порівнянні з 2020 роком (6494).

Процес реорганізації мережі РФПЦ позначився і на кількості персоналу. Зокрема, кількість лікарів-фтизіатрів у 2023 р. скоротилася до 898 осіб або на 16% порівняно

до 2022 р. (1070), а в порівнянні з 2020 роком (1541) на 41,7 %.

Показник забезпеченості лікарями-фтизіатрами у системі закладів МОЗ України у 2023 році склав 0,22 на 10 000 нас., 2022 р. становив 0,26 на 10 000 населення, тоді як у 2020 р. – 0,37 (тобто у 2023 показник знизився на 40,5 % порівняно до показників 2020 р.). Цей показник був нижчим за серед-



**РИС. 5.2.** ДИНАМІКА ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ТА КАДРОВОГО РЕСУРСУ (ЛІКАРІ-ФТИЗІАТРИ) СИСТЕМИ ПТЗ МОЗ УКРАЇНИ ЗА 2015–2023 РР.

ній по країні у Волинській – 0,19 на 100 тис. населення, у Донецькій – 0,15, Київській – 0,16, у Миколаївській – 0,16, Херсонській – 0,18, Черкаській – 0,16, Чернігівській – 0,16, м Київ – 0,15. При цьому у деяких регіонах даний показник значно перевищував середній по країні, зокрема у Закарпатській – 0,33 на 100 тис. населення, у Івано-Франківській – 0,36, у Харківській – 0,36, Чернівецькій – 0,34.

## **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.

### **Серед компонентів, на яких необхідно зосередити увагу:**

- не дивлячись на те, що доступ до короткострокових режимів лікування покращився у 2022 році, лікування звичайними тривалішими схемами залишається і потребує додаткової уваги НТП;
- знизився показник охоплення профілактичним лікуванням, що також може бути пов'язано з початком війни та внутрішньою міграцією населення.

В Україні не досягається рекомендована ВООЗ ефективність лікування у 85% ні чутливого ТБ, ні ЛС ТБ. Так, ефективність лікування нових випадків та рецидивів 2022

року реєстрації склала 77,8%. Досягнуто ефективності лікування у 85% лише одною областю – Рівненською. Ефективність лікування випадків ЛС ТБ 2021 року реєстрації склала 65,2%. Кращих показників досягнуто у Кіровоградській (76%), Хмельницькій (75,4%), Миколаївській, Житомирській, Полтавській областях (по 73%).

В Україні медична допомога людям, які хворіють на туберкульоз, заснована на принципах доказовості та найновіших досягненнях галузі.

### **Україна перша на теренах Європейського Союзу запровадила нові Стандарти у лікуванні туберкульозу, засновані на найновіших рекомендаціях ВООЗ.**

В Стандартах передбачено застосування інноваційних режимів лікування з використанням найновіших протитуберкульозних препаратів. Завдяки цьому тривалість лікування пацієнтів з лікарсько-стійкою формою туберкульозу скорочується майже втричі: з 18–24 місяців до 6–9 місяців, а чутливого до 4 місяців, що позитивно впливає на прихильність пацієнтів до лікування та покращує ефективність лікування. Окрім цього, ці режими надають багато більше шансів на одужання (до 90% за даними результатів клінічних досліджень).

Для лікування лікарсько-чутливого ТБ стало можливим застосування короткого режиму лікування на основі новітнього препарату рифапентин, який показаний для дітей, старше 14 років та дорослих з легеневою формою ТБ.

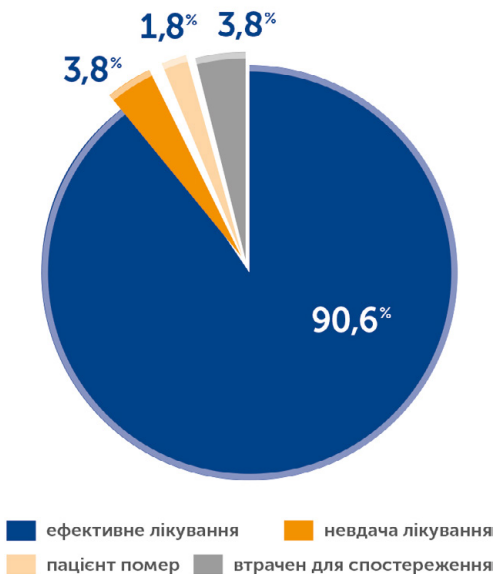
Програмно впроваджено інноваційні режими лікування ВPaLM/ВPaL в рамках рутинного використання, в тому числі у пенітенціарному секторі, завдяки яким тривалість лікування лікарсько-стійкого туберкульозу скорочується майже втричі, підвищуються шанси вилікування.

Загалом у 2023 році схеми лікування з претоманідом (ВPaL/M) за даними ІС СЗХ було призначено 1449 пацієнтам (34 % від всіх МЛС-ТБ) та попри війну забезпечено безперервність реалізації двох операційних досліджень мКРЛ та ВPaL – набір в рамках країнової когорти, долікування та динамічний медичний нагляд за пацієнтами регіональної когорти мКРЛ ВООЗ та долікування та динамічний медичний

нагляд за пацієнтами ВРАЛ. Проміжні результати та кращий досвід України щодо впровадження МКРЛ та ВРАЛ було представлено в листопаді 2023 року на конференції Юніон, та на заходах навколо конференції в Парижі.



**РИС. 5.3.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ ЛС-ТБ ЗА СХЕМОЮ МКРЛ



**РИС. 5.4.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ ЛС-ТБ ЗА СХЕМОЮ ВРАЛ

## 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 було 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 непокоються, 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 міського транспорту, простоти планування візитів, запису на прийом, доступності направлень до спеціалістів або спеціалізованих служб.

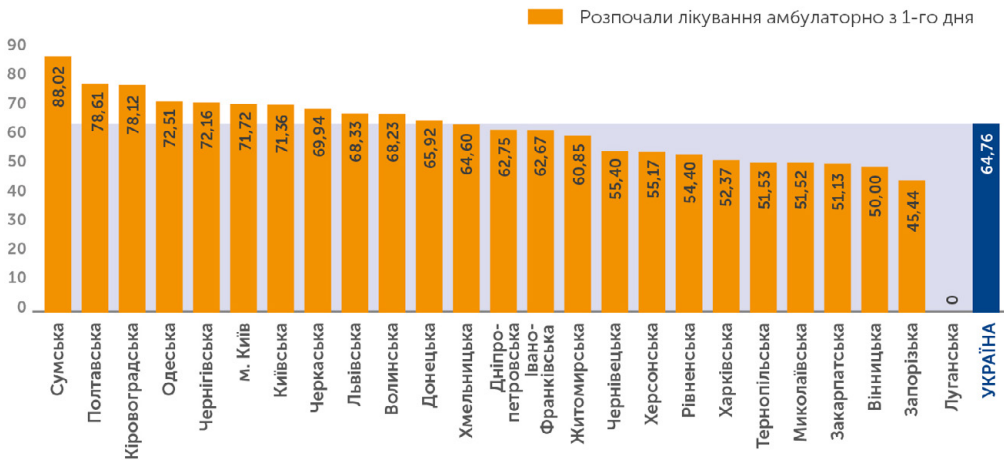
### **Ключова філософія пацієнт орієнтованого підходу — «нічого про мене без мене».**

### **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 підтвердженим діагнозом туберкульозу, в тому числі з використанням інтерактивних методів, з першого дня призначення лікування (далі – амбулаторне лікування) досяг індикатора виконання, який встановлено на рівні 65% проти 45,9% у 2022 році.

Найкращі показники охоплення амбулаторним лікуванням у Сумській області, де 88 % пацієнтів з туберкульозом розпочинають лікування амбулаторно з першого дня, у Полтавській – 79 %, у Кіровоградській області – 78%, Одеській – 73 %, Чернігівській та м. Київ – 72, у Київській області – 71% та у Черкаській – 70%. Найнижчий відсоток пацієнтів, які розпочинають лікування амбулаторно з першого дня у Запорізькій області, де показник складає лише 45 %, у Вінницькій (50 %), у Закарпатській (51%), Тернопільській, Харківській та Миколаївській – 52 %.



**РИС. 5.5.** ВПРОВАДЖЕННЯ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНОВАНИХ МОДЕЛЕЙ ЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ У 2023 Р.

Частка пацієнтів, які отримували підтримку лікування з використанням інтерактивних методів у 2023 році залишилась на рівні минулих років, та становить 43,6% (у 2022 – 44%, у 2021 році – 42,2%), що свідчить про недостатнє використання людино орієнтованих методів підтримки пацієнтів, адже інтерактивні методи є надзвичайно зручними як для людей з ТБ так і для медичних працівників та сприяє більшій прихильності до лікування. У рамках проєкту USAID «Підтримка зусиль у протидії ТБ в Україні» впроваджується смартфон-застосунок SureAdhere для відеоспостереження за прийомом препаратів. Розвиток системи амбулаторної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз – це один із тих стратегічних кроків, які робить держава задля подолання туберкульозу. І цей процес потребує активної участі сімейного лікаря.

**Амбулаторна допомога людям, які хворіють на туберкульоз надається в рамках реалізації програми медичних гарантій на надання наступних гарантованих пакетів послуг:**

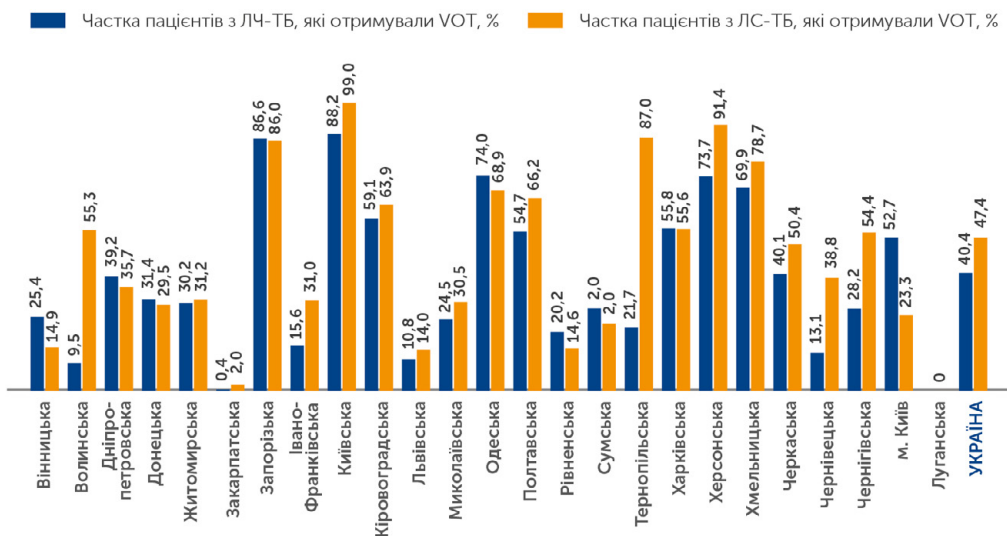
- супровід та лікування дорослих та дітей із туберкульозом, на первинному рівні медичної допомоги;
- діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у амбулаторних та

стаціонарних умовах, що реалізується регіональними фтизіопульмонологічними центрами.

Станом на червень 2024 року лише 26,6% (663 із 2491) 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 області, де цей відсоток значно вищий: Донецька – 65%, Миколаївська – 53%, Чернігівська – 48%, Вінницька – 41% Черкаська – 43%, що свідчить про високий організаційний рівень в цих регіонах.

Однак, необхідно наголосити, що потенціал первинної медичної допомоги використовується недостатньо. Є ризики щодо невиконання ЦСР в частині визнання, що подолання ТБ вимагає прискорення прогресу на шляху до всезагального охоплення послугами охорони здоров'я, зокрема, за допомогою сильної та стійкої первинної медичної допомоги із застосуванням міжсекторальних підходів, що враховують детермінанти ТБ залучають людей, уражених ТБ, та громадянське суспільство, а також охоплює людей, хворих на ТБ або з ризиком захворювання на ТБ, рівним доступом до високоякісних послуг наближених до їхнього повсякденного середовища, що дає їм змо-



**РИС. 5.6.** ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ ПІДТРИМКИ ЛІКУВАННЯ (VOT) В УКРАЇНІ (ДАНИ ПАСПОРТНИХ АНКЕТ РЕГІОНІВ ЗА 2023 Р.)

гу повною мірою користуватися перевагами наукових досягнень і не відчувати фінансових труднощів.



**РИС. 5.7.** ВІДСОТОК ЛЮДЕЙ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ТА ОТРИМУЮТЬ АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ У 2023 Р.

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ТБ

Протягом 2023 року на всій підконтрольній території України реалізовувалися програмні активності з медико-психосоціального супроводу пацієнтів із туберкульозом.

Послуги медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом спрямовані на формування прихильності до лікування у пацієнтів туберкульозом, утримання їх на лікуванні та мінімізації ризиків втрати для подальшого спостереження, 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 даних 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.

В 2023 році Центром вперше в Україні була здійснена закупівля послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним 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 близько 12 млн гривень в рамках програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями».

Для можливості здійснення закупівлі даних послуг було проведено значну підготовчу роботу. Так, Міністерством охорони здоров'я України за участі Державної установи «Центр громадського здоров'я» та партнерських організацій було підготовлено ряд нормативно-правових документів. Зокрема, наказ від 13.04.2023 № 692 «Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», наказ від 04.04.2023 № 632 «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», наказ від 11.08.2023 №1444 «Про затвердження Граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом».

У період з жовтня 2023 по лютий 2024 року в шести регіонах України (Закарпатська, Запорізька, Київська, Львівська, Полтавська та Рівненська області) послуги медико-психосоціального супроводу в рамках державної закупівлі отримали 418 пацієнтів з чутливим туберкульозом та 72 пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом. За цей час пацієнти з чутливим туберкульозом отримали 4254 послуги, а пацієнти з мультирезистентним туберкульозом – 621 послугу, серед яких: оцінка потреб отримувача послуг та складання індивідуального плану надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів, оцінка психо-емоційного стану отримувача послуг, консультування з питань туберкульозу, консультування щодо прихильності до лікування, організація постачання та контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів та проведення опитування щодо наявності побічних реакцій на протитуберкульозні препарати, контроль вчасного проходження моніторингу, лікування та супровід, за потреби, отримувача послуг для госпіта-

лізації та проходження клінічного моніторингу стану, мотиваційні пакети у вигляді сертифікатів до мереж закладів з торгівлі продовольчими товарами або продуктових наборів за безперервний прийом протитуберкульозних препаратів, скретч-картки поповнення мобільного та/або інтернет зв'язку, послуги психолога, юридичні послуги, індивідуальні послуги, повернення отримувача послуг до лікування.

Також впровадження програмних активностей з медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом відбувалося у 2023 році 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 ПАТН, а також за фінансування місцевих бюджетів.

Серед пацієнтів з туберкульозом, які розпочали лікування у 2022 році та отримували послуги медико-психосоціального супроводу за кошти міжнародної технічної допомоги були 9145 пацієнтів з чутливим туберкульозом та 3830 з мультирезистентним. З них у 2022 році закінчили лікування або були вилікувані 7301 та 2105 пацієнти відповідно.

Основними послугами, які надавалися пацієнтам під час супроводу у 2023 році за кошти міжнародної технічної допомоги 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 продуктових наборів або сертифікатів мереж супермаркетів, компенсація транспортних витрат, компенсація мобільного та інтернет зв'язку, 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 до-

кументів, 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.

Медико-психосоціальний супровід хворих на туберкульоз є важливою складовою ведення пацієнтів з туберкульозом та потребує більш високої уваги та подальшого удосконалення задля підвищення результатів ефективності лікування пацієнтів з ТБ.

### РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

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

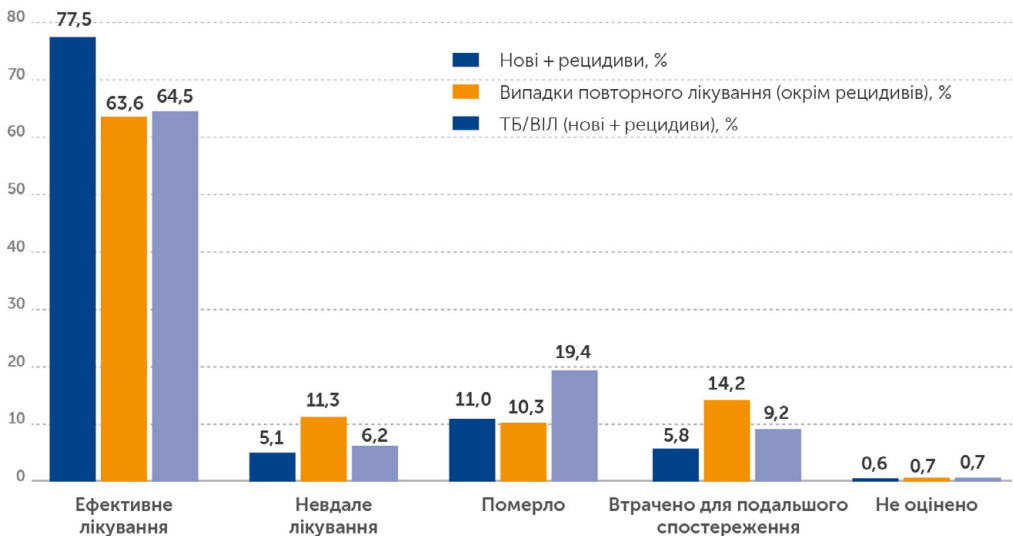
Україна є однією з перших країн, яка адаптує нові рекомендації ВООЗ щодо лікування ТБ, а також впроваджує та розгортає короткострокові схеми лікування Риф-ТБ.

Так, в умовах повномасштабної війни, Україна одна з перших країн в європейському регіоні ВООЗ, розпочала впровадження

по всій країні операційного дослідження «Оцінка ефективності та безпеки лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу режимом ВPaL в Україні» з застосуванням інноваційного режиму ВPaL. 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.

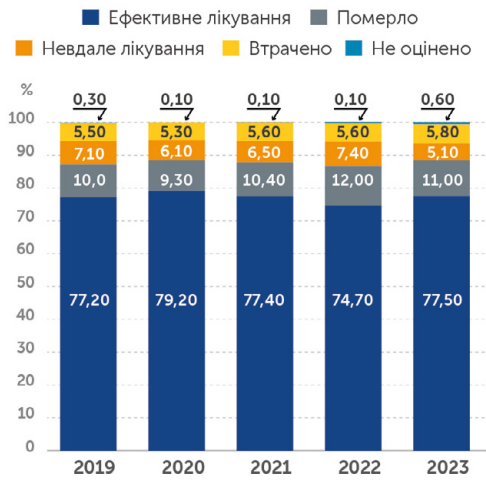
Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання протягом останніх років залишається практично незмінним і становить 77,5% від останньої когорти (2022 р.).

Варто зауважити, що у 2022-2023 роках на ефективність лікування значно вплинула війна росії проти України, оскільки інфраструктура та людські ресурси протитуберкульозної служби, у тому числі лікарні і кабінети DOT, 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



**РИС. 5.8.** ВІДСОТOK ЛЮДЕЙ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ТА ОТРИМУЮТЬ АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ У 2023 Р.





**РИС. 5.9.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТА РЕЦИДИВІВ ТБ, КОГОРТИ 2018–2022 РР.

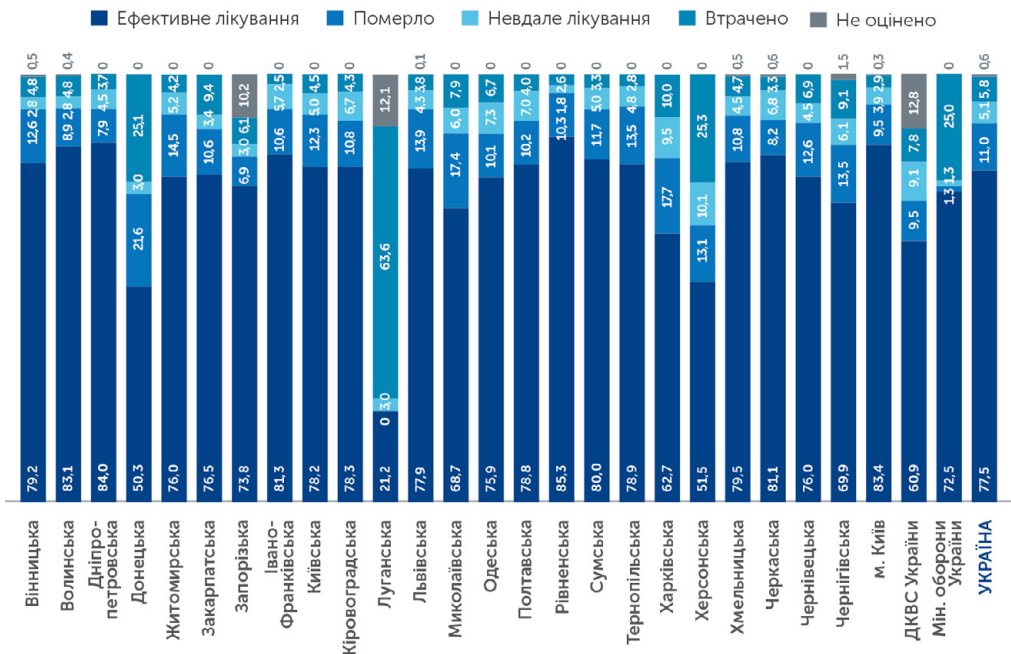
ся до цільового показника ВООЗ у 90% для Європейського регіону, зафіксовано у Волинській (83,2%), Дніпропетровській (84%), Рівненській (85,3%) областях та м.Києві (83,4%). Найнижчі показники ефективності лікування спостерігаються у Донецькій (50,3%), Луганській (21,2%) та Херсонській (51,5%) областях за рахунок великої кількості втрачених для подальшого спостереження внаслідок окупації частини території цих регіонів.

Найнижчого показника невдачі лікування серед нових випадків ТБ і рецидивів захворювання (мета – 3%) досягнуто в Рівненській (1,8%), Вінницькій (2,8%) та Волинській (2,8%) областях. Найвищого показника невдачі лікування серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання у когорті 2022 р. зафіксовано у Харківській (9,5%) та Херсонській (10,1%) областях.

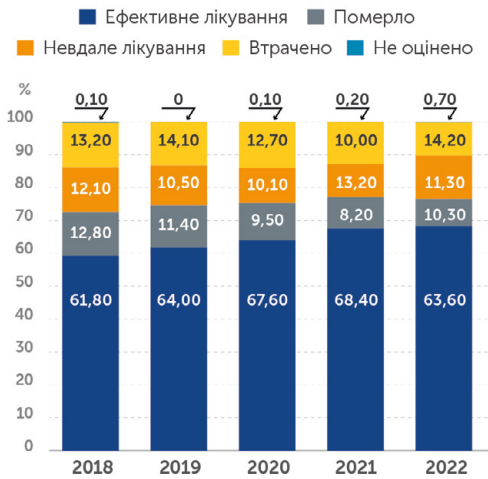
лікарні в Харкові та Запоріжжі за потреби виділяли ліжка для пацієнтів із ТБ.

Найвищі показники ефективності лікування серед випадків ТБ (нові та рецидиви) когорти 2022 р., що фактично наближають-

Показника смертності серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання на рівні менше 5% не досягнуто, найвищі показники смертності зафіксовано у Харківській (17,7%), Донецькій (21,6%) та Херсонській (17,4%) областях.



**РИС. 5.10.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ ТБ (НОВІ ТА РЕЦИДИВИ) ЗА РЕГІОНАМИ, КОГОРТА 2022 Р.



**РИС. 5.11. РЕЗУЛЬТАТИ ВИПАДКІВ ПОВТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ТБ (КРІМ РЕЦИДИВІВ), КОГОРТИ 2018–2022 РР.**

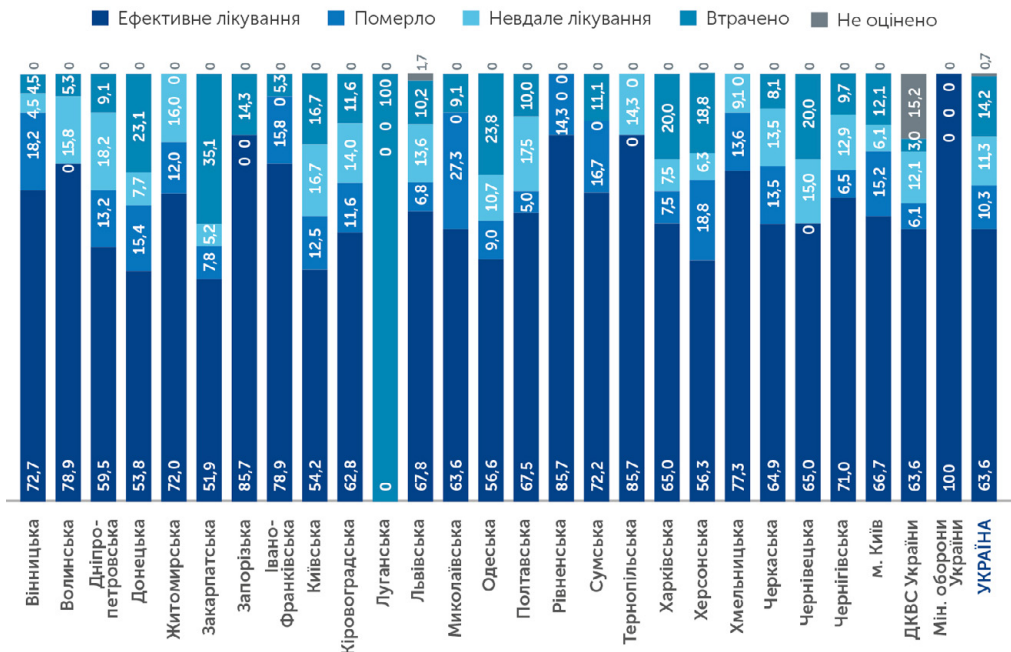
Додатковим критерієм якості ведення випадків ТБ є показник втрачених для подальшого спостереження (далі – ВПС). Основною метою є досягнення показника перерваного лікування до 3%. Досягнуто

цільового значення у Івано-Франківській (2,5%), Рівненській (2,6%) та Тернопільській (2,8%) областях. Найвищі показники ВПС серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання зафіксовано в Луганській, Херсонській та Донецькій областях.

Покращення результатів лікування відмічалося 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. Ефективність лікування повторно пролікованих випадків 2022 року реєстрації знизилась до 63,6% та все ще нижче глобального цільового показника ВОЗ у 90%.

Серед випадків повторного лікування ТБ (крім рецидивів) у когорті 2022 р, найвищого показника ефективності лікування досягнуто у Запорізькій, Тернопільській та Рівненській (по 85,7%) областях, найнижчий показник – у Закарпатській (51,9%), Донецькій (53,8%) та Київській (54,2%) областях.

Не зафіксовано жодного випадку з результатом невдалого лікування у Запорізькій, Івано-Франківській, Миколаївській, Рівнен-



**РИС. 5.12. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТБ (КРІМ РЕЦИДИВІВ) ЗА РЕГІОНАМИ, КОГОРТА 2022 Р.**



**РИС. 5.13.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ (0–14 РОКІВ), КОГОРТИ 2018–2022 РР.

ській та Сумській областях. Але у всіх інших регіонах цей показник є значно гіршим за рекомендовані 3%.

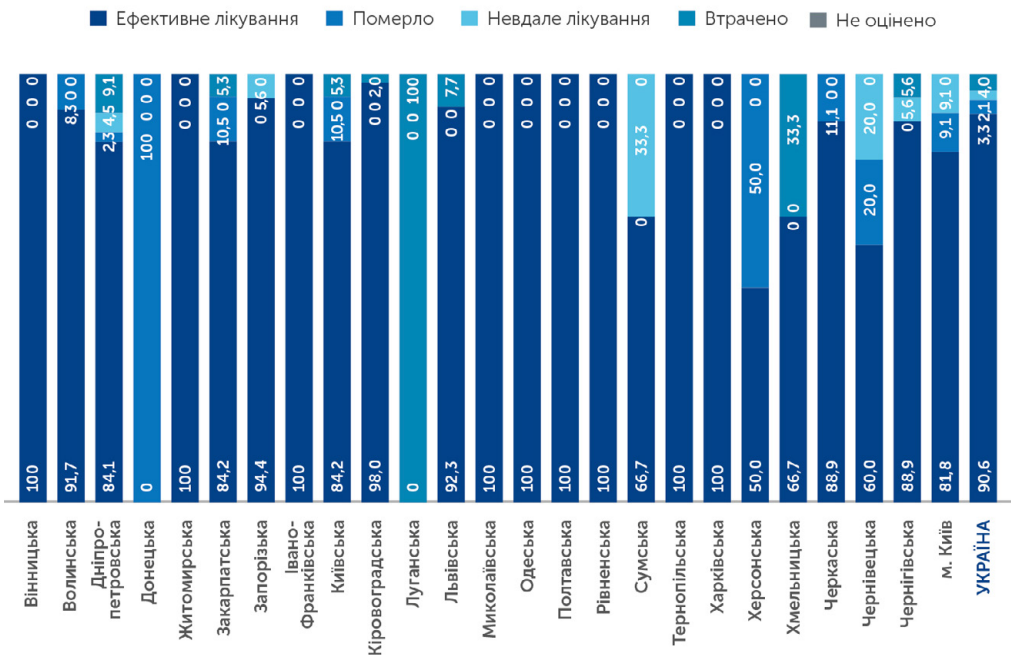
Показники смертності серед випадків повторного лікування ТБ, що перевищують

цільове значення до 5%, в когорті 2022 р, спостерігається в усіх областях, крім Волинської, Запорізької, Тернопільської та Чернівецької.

За індикатором показника ВПС серед повторних випадків захворювання досягнуто цільового значення у когорті 2022 р, (мета – 3%) у Житомирській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій. Найгірші показники за даним індикатором виявлено у Донецькій (23,1%), Закарпатській (35,1%) та Одеській (23,8%) областях.

Відсоток ефективного лікування туберкульозу серед дітей 0–14 років був найвищим у 2019 році – 96,70% і демонстрував загальне зниження протягом трьох років, досягнувши найнижчого рівня – 90,60% у 2022 році. Дані свідчать про зниження ефективності лікування за рахунок збільшення як смертності, так і втрачених випадків за п'ятирічний період. Результати невдалого лікування залишалися відносно стабільними, але спостерігалися незначні коливання.

Збільшення кількості випадків втрачених для подальшого спостереження є особливо



**РИС. 5.14.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТБ (НОВІ ТА РЕЦИДИВИ) У ДІТЕЙ ВІКОМ 0–14 РОКІВ ЗА РЕГІОНАМИ, КОГОРТА 2022 Р.



**РИС. 5.15. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПЕНІТЕНЦІАРНИХ УСТАНОВАХ, КОГОРТИ 2018–2022 РР.**

помітним, що може бути пов'язане з міграційними процесами внаслідок військових дій.

За 2022 рік було 11 летальних наслідків серед дітей віком 0–14 років у дев'яти регіонах України – Волинському, Дніпропетровському, Донецькому, Закарпатському, Київському, Херсонському, Черкаському,



**РИС. 5.16. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА СТАТТЮ, КОГОРТИ 2020–2022 РР.**

Чернівецькому та місті Києві. У 2021 та 2020 роках було по 5 випадків смерті.

Смертність від туберкульозу серед дітей є трагедією, яка може бути значною мірою попереджена за допомогою комплексного підходу, що включає вакцинацію, ранню діагностику, адекватне лікування та покращення соціально-економічних умов. Зусилля фахівців НТП спрямовані на те, щоб зменшити тягар цієї хвороби і врятувати життя дітей.

Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання підвищувався 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 67,2% та у пацієнтів 2022 року до 60,9% 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.

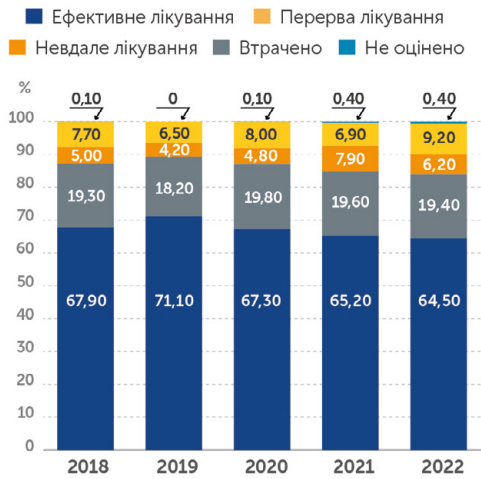
Статистичні дані ВООЗ свідчать, що чоловіки стикаються з більшим ризиком розвитку туберкульозу, ніж жінки, і серед чоловіків більше випадків смерті від туберкульозу. Чоловіки також можуть бути вразливіші до туберкульозу через гендерно-професійні професії, наприклад, роботу у шахтах, мігрувати у пошуках 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).

Серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) когорти 2022 р. в жодному регіоні не досягнуто цільового показника ефективності лікування. У Рівненській області ефективність лікування серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ становить 79,6%, найнижчі показники до 50% у Чернівецькій, Херсонській та Тернопільській областях.

В шести регіонах досягнуто цільових показників невдачі лікування на рівні реко-

\*\* [https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery\\_likuvannia\\_TB\\_report.pdf](https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery_likuvannia_TB_report.pdf)



**РИС. 5.17.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ТБ/ВІЛ ТА РЕЦИДИВІВ ЗАХВОРЮВАННЯ, КОГОРТИ 2018–2022 РР.

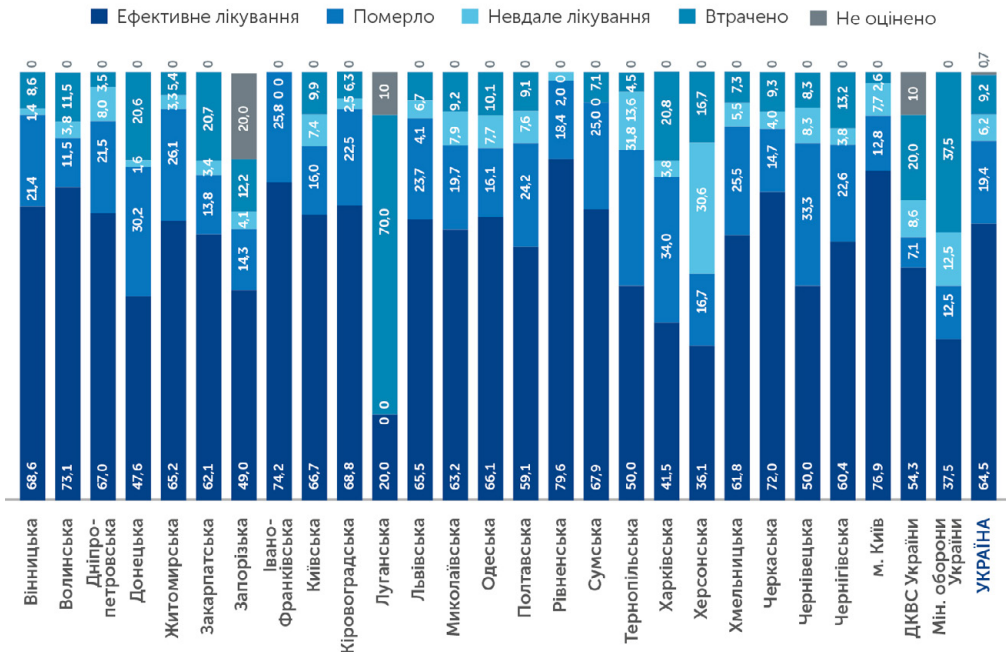
мендованих до 3% – Вінницькій, Донецькій, Рівненській та Сумській, але у Тернопільській та Херсонській областях цей показник вищий за 13%.

Летальні наслідки серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) в когорті 2022 р. відповідно до цільового показника (5%) не зареєстровано в жодному регіоні. Найнижче значення цього показника у Волинській області (11,5%) та м. Києві (12,8%). В решті регіонів значення цього показника коливалось від 13,8% до 34%.

Не зареєстровано випадків ВПС серед осіб з коінфекцією ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) в Івано-Франківській та Рівненській (0%) областях, в решті регіонів значення цього показника коливалось від 2,6% (м. Київ) до 70% (Луганська область).

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



**РИС. 5.18.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ КОІНФЕКЦІЇ ТБ/ВІЛ (НОВІ ТА РЕЦИДИВИ) ЗА РЕГІОНАМИ, КОГОРТА 2022 Р



**РИС. 5.19.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ МЛС-ТБ, КОГОРТИ 2017–2021 РР.

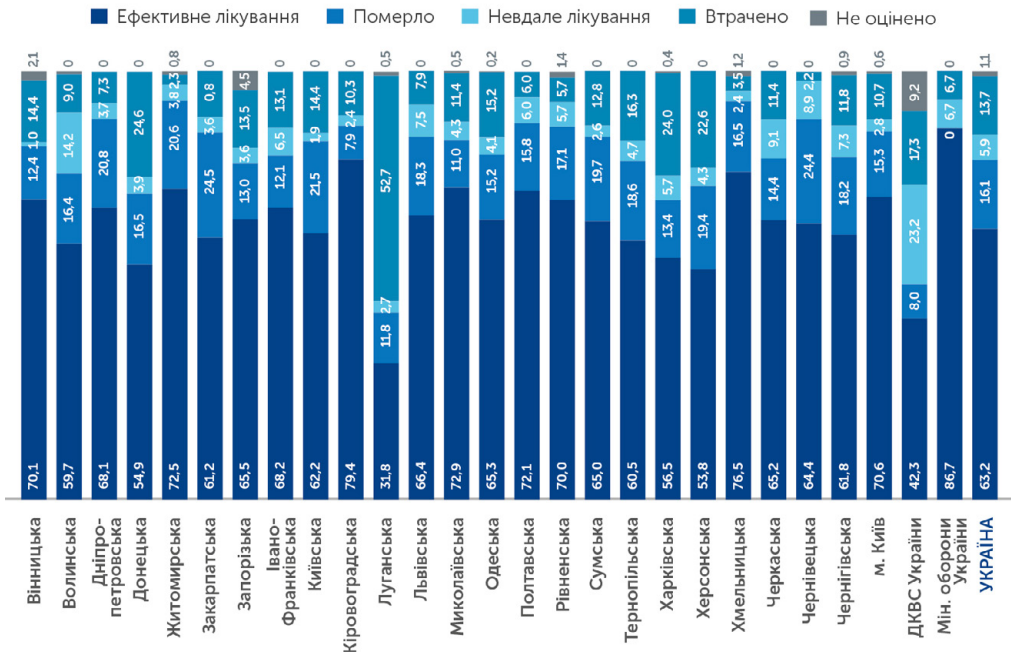
У 2019–2021 роках використання сучасних схем з новими препаратами, а також зниження термінів лікування, сприяло покращенню частки ефективного лікування,

зниженню відсотка невдач лікування майже втричі з 22,3 у 2018 році до 5,9 у 2021. Частка летальних наслідків залишається стабільною і становить 16,1 у когорті 2021 року, тоді як частка ВПС пацієнтів зменшилась на 27% до 2020, але знов підвищилась у 2021 році (рис. 4.12).

У когорті 2021 р, ефективність лікування всіх випадків МЛС-ТБ становить 63,2%, що на 2,9% нижче рівня когорти 2020 р, (65,1%). Найвищий показник зафіксовано у Кіровоградській (79,4%); найнижчі показники – в установах ДКВС України (42,3%), Луганській (31,8%), Донецькій (54,9%), Харківській (56,5%) та Херсонській області (53,8%).

У трьох регіонах досягнуто цільового значення у 3–5% показника ВПС (перерване лікування) – Житомирській, Хмельницькій та Чернівецькій областях, а найвищий рівень ВПС виявлено в тих самих регіонах з низькою ефективністю лікування.

У 2023 році кількість випадків, які розпочали лікування МЛС-ТБ препаратами другого ряду зменшилась у порівнянні з попередніми роками.



**РИС. 5.20.** РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВСІХ ВИПАДКІВ МЛС-ТБ, КОГОРТА 2021 Р.



**РИС. 5.21.** КІЛЬКІСТЬ ВИПАДКІВ ЛІКУВАННЯ МЛС-ТБ ПРЕПАРАТАМИ ДРУГОГО РЯДУ У ПЕРІОД З 2019 ПО 2023 РР.

На 8,1% знизилась частка випадків лікування МЛС-ТБ препаратами другого ряду з числа підтверджених раніше, тоді як частка випадків з числа вперше зареєстрованих порівняно до показників 2022 р., збільшилась на 4,5% що, ймовірно, обумовлено повномасштабним впровадженням нових АМБП, нових короткострокових схем, а також покращенням ефективності лікування.

Було проаналізовано причини нерозпочатого лікування випадків ТБ препара-



**РИС. 5.22.** ПРИЧИНИ, З ЯКИХ НЕ БУЛО РОЗПОЧАТО ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТАМИ ДРУГОГО РЯДУ У ПЕРІОД З 2019 ПО 2023 РР.

тами другого ряду за останні п'ять років та відзначено, що поширеною причиною є смертність до початку лікування (30,8%), відмова від препаратів другого ряду (18,8%) та інші причини (42,4%).

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 туберкульозу, 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 туберкульозу у річних когортах 2016–2021 рр. припадає на людей із ВІЛ-асоційованим туберкульозом;
- 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 туберкульоз 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 туберкульоз по смертно;
- недоліки організації лікування молодоступних 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 само-

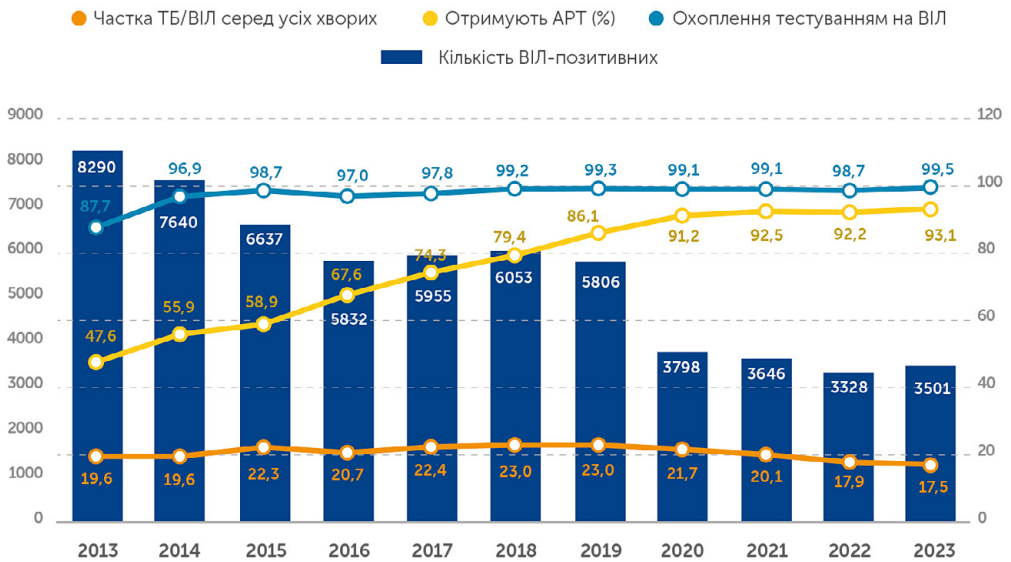


РИС. 5.23. СПІЛЬНІ ЗАХОДИ БОРЬОБИ З ТБ/ВІЛ, 2013-2023 РР.

врядування 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 необгрунтованої 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 2013 по 2018 рр. показники тестування хворих на ТБ та ВІЛ підвищилися з 87,7% до 99,2% і залишаються на рівні 99%. У 2023 р. тестуванням на ВІЛ було охоплено 99,5% пацієнтів.

Стабільне підвищення показників охоплення АРТ серед пацієнтів з коінфекцією ТБ/ВІЛ почалося з 2013 р., а до кінця 2023 р. становило 93,1%, досягнувши встановленого у 90% глобального цільового показника (рис. 4.13).

Дані з 2013 по 2014 рр. включають усі випадки ТБ, а з 2015 по 2023 рр. – нові випадки ТБ та рецидиви захворювання.



## РОЗДІЛ 6. 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.

Відповідно до положень Стандарту ІК ТБ, ЦКПХ проводять моніторингові візити з питань впровадження та дотримання заходів ІК ТБ до закладів охорони здоров'я згідно з адміністративно-територіальною належністю один раз на два роки. За результатами моніторингових візитів ЦКПХ формують звіт та надсилають його до Центру не пізніше 1 березня року, що слідує за моніторинговим.

У 2022 році були проведенні перші пілотні моніторингові візити до закладів охорони здоров'я загальної лікувальної мережі. Отримані результати від ЦКПХ, були узагальнені та направлені до Міністерства охорони здоров'я МОЗ України (далі – МОЗ). У 2023 році моніторингові візити ЦКПХ проводилися відповідно до графіку, затвердженого керівником ЦКПХ.

Фахівці Центру проводять моніторинг заходів ІК ТБ у Київському міському та обласних протитуберкульозних закладах не рідше одного разу на два роки. Відповідно у 2023 році були проведені моніторингові візити до 22 з 25 регіональних протитуберкульозних закладів (окрім Донецької, Луганської та Херсонської областей, що пов'язано з безпековим фактором та/або окупацією російською федерацією територій розміщення протитуберкульозних закладів) спільно з фахівцями ВІК ЦКПХ.

Згідно з положеннями Стандарту ІК ТБ, моніторинг проводиться відповідно до контрольних списків (чек-листів) моніторингу заходів ІК ТБ, які затверджуються наказом МОЗ. Фахівцями відділу АМР та ІК Центру розроблений та поданий на розгляд проєкт наказу МОЗ «Щодо моніторингу впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та фізичних осіб–підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики» (далі – Проєкт), яким передбачається затвердження:

- порядку проведення моніторингових візитів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб–підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики;
- моніторингових анкет оцінки впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю у закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, спеціалізовану (стаціонарну) медичну допомогу (окрім спеціалізованої (стаціонарної) медичної допомоги хворим на туберкульоз), спеціалізовану (стаціонарну) медичну допомогу хворим на туберкульоз та фізичних осіб–підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики;
- форм фіксації даних щодо проведених моніторингових.

Протягом 2023 року проект наказу не було затверджено, тому збір даних проводився відповідно до проекту моніторингової анкети. Дані, які збиралися відповідно до проекту моніторингової анкети, відповідають даним, що збиратимуться після його затвердження. Такий підхід дозволить провести пілотне впровадження моніторингової анкети та отримати порівнювані дані в майбутньому.

Також протитуберкульозні заклади щорічно подають інформацію, що стосується стану впровадження заходів ІК ТБ у рамках заповнення паспортних анкет регіонів.

## АДМІНІСТРАТИВНИЙ КОМПОНЕНТ

Першочерговим кроком впровадження адміністративних заходів ІК ТБ є створення 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 України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1323/36945 (далі – Положення).

За результатами моніторингових візитів, **ВІК створений у 20 з 22 відвіданих протитуберкульозних закладах**, що становить 91,1% (був наявний наказ про створення ВІК).

За результатами паспортних анкет наказ про створення ВІК наявний у 88%, проте створення ВІК **як окремого структурного підрозділу з наявним штатним розписом** відзначили лише 72% закладів, що свідчить про формальне виконання цієї вимоги.

В жодному закладі ВІК не був сформований у повному складі відповідно до вимог Положення, у 63,6% протитуберкульозних закладів **укрупнення ВІК складає <50% від потреби**, що унеможливує належне та комплексне впровадження заходів з ПІІК. До прикладу, наявність керівника відділу на повну ставку відзначили лише 55% закладів, а займають посади керівника ВІК на 0,25 ставки або виконують обов'язки керівника ВІК без внесення у штатний розпис працівники (поза основними посадовими обов'язками) у 35% закладів.

Війна російської федерації проти України значно поглибила проблему з кадровим дефіцитом, оскільки багато фахівців були змушені переселитися в інші регіони/емігрувати у зв'язку з безпековою ситуацією або були призвані до лав Збройних Сил України.

Плани дій з інфекційного контролю розроблені відповідно до вимог та містять чіткі якісні та кількісні індикатори, відповідальних осіб та терміни виконання у 81,8% протитуберкульозних закладах.

У 13,6% протитуберкульозних закладів плани дій наявні, але потребують доопрацювання, зокрема приведення зазначених заходів у планах дій відповідно до потреб закладу та визначення чітких індикаторів виконання, термінів, відповідальних осіб та необхідного бюджету для реалізації зазначених завдань.

Відповідно до паспортних анкет у планах дій було зазначено сумарно 389 кількісних індикаторів, з яких 90,7% було виконано впродовж 2023 року, тому важливо проводити офлайн моніторингові візити до протитуберкульозних закладів з метою валідації отриманих показників.

Відповідно до паспортних анкет у протитуберкульозних закладах сумарно розроблено 1244 стандартних операційних процедури (далі – СОП), 60,4% з них мають розроблені чек-листи моніторингу. Проте під час візитів було встановлено, що не дивлячись на високий кількісний показник наявності СОП, вони зазвичай носять формальний характер – не впровадженні в роботу, не проводиться моніторинг за їхнім дотриманням, а чек-листи розроблені вибірково лише до окремих СОП. Моніторинг дотримання СОП не впроваджено в повному обсязі в жодному протитуберкульозному закладі.

Критичною залишається проблема проведення навчання та підготовки працівників з ПІІК, оскільки наявна система навчання не відповідає сучасним вимогам та новітнім тенденціям і виконується формально. У 77,3% протитуберкульозних закладів наявні учбові матеріали, однак навчання проводиться не системно (відсутній графік/програма) та/або не проводиться перевірка рівня знань та/або не проводиться від-

працювання практичних навичок та/або не проводиться навчання, підготовка і перевірка рівня знань немедичних працівників. Перевага надається навчанням у форматі лекцій, що є найбільш неефективним форматом для засвоєння матеріалу дорослими слухачами.

Відповідно до вимог законодавства, у кожному протитуберкульозному закладі мають бути розроблені план та програма навчання працівників з ПІК з урахуванням результатів базової оцінки. Навчання необхідно будувати змішаним підходом, поєднуючи письмові матеріали, електронне або дистанційне навчання та лекції з інтерактивними і практичними заняттями, тренінгами, майстер-класами, моделювання ситуацій біля ліжка хворого, тобто з обов'язковим практичним відпрацюванням.

Також обов'язковим компонентом є проведення оцінювання знань та вмінь працівників до та після навчання для розуміння ефективності проведених заходів та правильності підібраних навчальних форматів. За даними паспортних анкет сумарно 79 працівників ВІК протитуберкульозних закладів потребують відповідного навчання з ПІК.

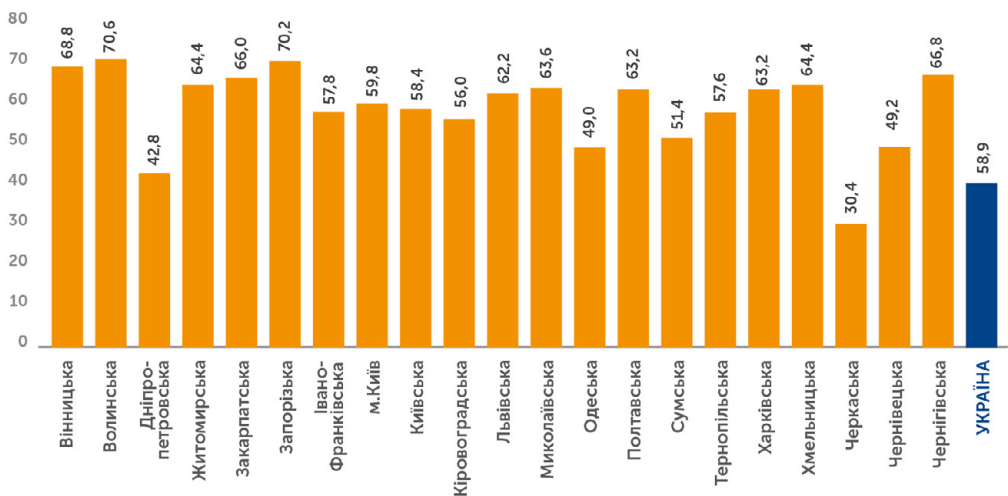
У протитуберкульозних закладах проводиться зонування приміщень відповідно до ризиків інфікування туберкульозом та наявні відповідні накази керівників щодо затвердження переліку зон високого ризику (за результатами моніторингових анкет всі заклади провели зонування з відповідним їхнім затвердженням наказом керівника закладу у 2023 році).

Однак, на практиці, попри проведення зонування 22,7% протитуберкульозних закладів у зонах високого ризику мають розташовані адміністративні приміщення (приміщення для персоналу, кабінети керівництва тощо).

У 54,5% адміністративні приміщення винесені за межі зон високого ризику, у 22,7% – наявний план перенесення адміністративних приміщень із зон високого ризику.

Усі відвідані протитуберкульозні заклади мають можливість проводити швидку ідентифікацію бактеріовиділювачів.

В 2023 році зареєстровано 4 нових випадки захворювання на туберкульоз серед медичних працівників протитуберкульозних закладів.



**РИС. 6.1.** РІВЕНЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ У ФТИЗІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ, 2023 РІК

## ІНЖЕНЕРНИЙ КОМПОНЕНТ

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та вимог національного законодавства, основними складовими інженерного компоненту ІК ТБ є вентиляція та УФБ-випромінювання.

### Вентиляція

Вентиляція (природна, механічна чи змішана) призначена для зменшення передавання *M. tuberculosis* в зонах високого ризику інфікування шляхом зменшення концентрації інфекційних часточок у повітрі за допомогою їхнього розбавлення свіжим («чистим») повітрям та видалення «брудного» (з точки зору інфекційного контролю) повітря на зовні.

Однак, при неправильному використанні (наприклад, неякісне проєктування/монтаж, неналежне обслуговування) вентиляційні системи можуть збільшити ризик передавання туберкульозу. Тому важливою складовою правил використання вентиляції (будь-якого типу) є контроль напрямку руху повітря для унеможливлення перетікання повітряних потоків із зон високого до зон низького ризику інфікування туберкульозу. Мінімально це забезпечується встановленням дверей, які щільно закриваються з автозакривачами. Рекомендовано облаштувати шлюзи (насамперед, повітряні шлюзи) на межі зон різного ризику інфікування. Також, за умов наявності механічної вентиляції, система вентиляції має забезпечувати різницю тисків на межі зон різного ризику інфікування (у зоні високого ризику інфікування має бути нижчий тиск по відношенні до зони низького ризику інфікування).

Природна вентиляція, на відміну від механічної, використовується у всіх протитуберкульозних закладах з використанням підходу «відкриті вікна – закриті двері», однак не проводиться контроль за ефективністю її використання та напрямком руху повітря. За даними проведеного моніторингу встановлено, що у 13,6% протитуберкульозних закладів двері старих конструкцій і закриваються нещільно, а у 59,1% двері переважно закриваються щільно, але недостатня кількість автозакривачів. Враховуючи сукупність вищезазначених факторів

виконання вимоги щодо недопущення перетікання повітряних потоків з брудних у чисті зони в протитуберкульозних закладах наразі є неможливим. У 21 з 22 відвіданих протитуберкульозних закладів наявні ванеометри, за допомогою яких можна оцінити напрямок руху повітря, однак їхнє застосування обмежується визначенням напрямку і швидкості руху повітря при роботі у шафах біологічної безпеки або ванеометри не використовуються взагалі.

Режими і графіки провітрювання встановлені емпірично (не підкріпленні відповідними розрахунками та не враховують кліматичні/географічні особливості), тому, за наявності пацієнта з бактеріовиділенням, концентрація інфекційного аерозолу в приміщенні постійно буде зростати і провітрювання за графіком, наприклад, по 15 хвилин кожні 2-4 год) не буде ефективним. В такому випадку потрібно дотримуватися підходу максимально частого провітрювання або постійного мікропровітрювання з дотримання умов температурного комфорту пацієнтів та працівників.

Природна вентиляція може бути достатньо ефективною, проста у використанні та не потребує фінансів на обслуговування, але залежить від фізичних факторів, які неможливо передбачити та контролювати в протитуберкульозному закладі.

Механічна вентиляція працює шляхом створення негативного тиску у зонах високого ризику, таким чином втягуючи повітря з областей з більш високим тиском (рух повітря спрямовується з «чистих» зон в «брудні»).

Механічна припливно-витяжна вентиляція у відділеннях протитуберкульозних закладів відсутня або не функціонує або параметри роботи не відповідають вимогам.

Відповідно до паспортних анкет механічна припливно-витяжна вентиляція обладнана у 24% відділень протитуберкульозних закладів, з них:

- вентиляція знаходиться в робочому стані у 12%;
- параметри її роботи відповідають вимогам Стандарту ІК ТБ у 8%;
- наявність документів, які підтверджували б відповідність роботи вентиляційних

систем зазначили лише 4%, але не для всіх обладнаних вентиляційних систем.

Враховуючи дані, отримані під час візитів та з паспортних анкет, зрозуміло, що наявна серйозна проблема у впровадженні саме інженерного компоненту ІК ТБ. Відсутність або незадовільний стан функціонування або відключення механічної вентиляції пов'язані з відсутністю коштів на її належне проектування/монтування та обслуговування (за результатами усного опитування керівників протитуберкульозних закладів).

Стан вертикальних вентиляційних каналів в зонах високого ризику передавання туберкульозу невідомий, їхнє обслуговування не проводиться. З метою зниження ризиків передавання ТБ в таких випадках слід блокувати вентиляційні канали до проведення їхньої ревізії з визначенням прохідності та маршруту каналів (наприклад, чи не з'єднанні різні поверхи або приміщення спільними вентиляційними каналами).

**Відповідно до Стандарту ІК ТБ пункти збору мокротиння організовуються:**

- **в спеціальних кабінетах або кабінах з автономною витяжною вентиляцією, яка має забезпечувати кратність повітрообміну (далі – КПО) не менше 20, оскільки це зона з найвищим ризиком інфікування;**
- **на відкритому повітрі у віддаленості від людей (організовується спеціальний майданчик з навісом та твердим покриттям).**

#### **Ультрафіолетове бактерицидне випромінювання**

За умови відсутності належної механічної припливно-витяжної вентиляції, використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання (далі – УФБВ) є важливим додатковим заходом інженерного компоненту ІК ТБ. В протитуберкульозних закладах використовуються УФБ-опромінювачі різних конструкцій: відкриті (стаціонарні, пересувні) та екрановані (з відкритим верхом, з жалюзі). Правила використання УФБ-опромінювачів регламентовані 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, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 травня 2021 року № 882, зареєстрованими в Міністерстві юстиції України 28 липня 2021 року за № 978/36600 (далі – Правила і норми УФБВ).

Всі протитуберкульозні заклади забезпечені УФ-радіометрами для визначення параметрів роботи УФБ-опромінювачів. Однак, незважаючи на наявність нормативних вимог, наявності всього необхідного обладнання, в протитуберкульозних закладах було виявлено багато недоліків використання та обслуговуванням УФБ-опромінювачів.

Так, визначення ефективності УФБ-ламп має проводитися кожні 6 місяців для вчасної їхньої заміни. Однак 40,9% протитуберкульозних закладів проводять такі заміри рідше або не проводять взагалі (відповідно до паспортних анкет цей показник становить 84%). На жаль, не зважаючи на сам факт оцінювання, майже у всіх протитуберкульозних закладах працівники допускають цілий ряд помилок, які впливають на кінцевий результат замірів ефективності роботи УФБ-ламп, починаючи від неправильно налаштованих одиниць вимірювання УФ-радіометрів до порушення методики проведення замірів, недотримання відстані в один метр, проведення замірів через жалюзі (для екранованих), що призводить до значно занижених показників.

Визначення необхідного часу знезараження при роботі відкритих УФБО не проводиться, а час знезараження встановлюється емпірично без прив'язки до проведення замірів.

Визначення безпечності роботи екранованих УФБО не проводиться або проводиться неправильно в 63,6%. Як наслідок, під час візитів при проведенні замірів неодноразово фіксувалися перевищення допустимих норм випромінювання на робочих місцях працівників або в палатах пацієнтів, що створює значні ризики для здоров'я та

зменшує прихильність до використання УФБ-опромінювачів.

Частота очищення УФБ-ламп відповідно до методики, зазначеної у Правилах і нормах УФБВ за даними паспортних анкет проводиться у 72% закладів, проте під час моніторингів в жодному закладі не використовували цю методику або проводили її з помилками, а очищення УФБ-ламп проводять відповідно до фіксованих графіків (зазвичай під час генеральних прибирань).

Системною помилкою при експлуатації УФБО є відсутність забезпечення достатнього перемішування повітря, що значно знижує їхню ефективність УФБВ, в тому числі поширеною є практика закривання всіх вікон під час роботи УФБО.

У 77,3% протитуберкульозних закладів 100% забезпеченість екранованими УФБ-опромінювачами зон високого ризику інфікування туберкульозом. Незважаючи на високі показники облаштування УФБ-опромінювачами брудних зон необхідно враховувати їхній режим роботи (постійно під час робочого процесу/цілодобово під час перебування в приміщеннях пацієнтів) та відповідно потребу в постійному оновленні матеріально-технічної бази у вигляді закупівель екранованих УФБ-опромінювачів та УФБ-ламп відповідно.

### **Індивідуальний (респіраторний) захист**

Респіраторний захист впроваджується як частина заходів ІК ТБ, а не окремо, оскільки сподівання лише на засоби індивідуального захисту може створити хибне відчуття безпеки та, як наслідок, збільшити ризик інфікування туберкульозом. В багатьох дослідженнях оцінювалася ефективність захисту органів дихання у зниженні ризику передавання *M. tuberculosis* і результати виявилися неоднорідними (від 4,3% до 14,8%), оскільки респіраторний захист завжди впроваджується комплексно і неможливо окремо оцінити його ефективність від ефективності впровадження інших заходів ІК ТБ. Але що залишається однозначним, так це те, що належний захист буде забезпечений лише в тому випадку, якщо респіратори належним чином підібрані та використовуються відповідно до вимог.

Дотримання зазначених вище вимог можливе лише шляхом впровадження респіраторного захисту та проведення фіт тестування. У всіх протитуберкульозних закладах є визначені відповідальні особи за проведення якісного фіт тестування та комплекти для його проведення (2-3 комплекти у кожному протитуберкульозному закладі). Однак, у 27,3% протитуберкульозних закладів працівники проводять фіт тестування або неправильно, або з помилками, в результаті чого можуть отримуватися неправильні результати та бути неналежно підібрані респіратори. У 45,5% відвіданих протитуберкульозних закладів були працівники, які або не знали свою модель респіратора (за результатами фіт тестування) або неправильно його використовували.

Протитуберкульозні заклади мають дві та більше моделей респіраторів і забезпечують своїх працівників в повному обсязі, в тому числі за рахунок респіраторів, які були наданні з гуманітарною допомогою. Проте, під час моніторингових візитів та огляду використовуваних респіраторів були виявлені типи респіраторів, які не можуть забезпечити щільність прилягання за рахунок наявності вушних петель та неякісних деталей, таких як носові зажими. Тому питання забезпечення належного респіраторного захисту працівників протитуберкульозних закладів потребує подальшого покращення.

Під час візитів пацієнти усіх протитуберкульозних закладів були забезпечені хірургічними масками в повному обсязі та були проінформовані щодо правил їхнього використання.

### **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 результатами проведеної роботи з впровадження ІК ТБ в закладах охорони здоров'я та проведених моніторингових візитів у 2023 році можна виділити наступні проблеми та рекомендації для їхнього вирішення.

### **1. Відсутність затверджених інструментів для збору даних на національному рівні.**

У 2023 році був розроблений та поданий на розгляд проєкт наказу МОЗ України «Щодо моніторингу впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та фізичних осіб–підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики», яким передбачається затвердження таких інструментів. Затвердження наказу забезпечить стандартизацію проведення моніторингових візитів та якість отриманих даних.

Крім того, проведення моніторингу щодо дотримання вимог з ІК ТБ зовнішніми фахівцями згідно з затвердженою моніторинговою анкетною, дозволить валідувати дані паспортів регіонів та приймати зважені рішення на регіональному і національному рівнях.

### **2. Дефіцит кадрових ресурсів.**

ВІК протитуберкульозних закладів не укомплектовані фахівцями відповідно до вимог законодавства, що, в тому числі, пов'язано з відсутністю відповідних спеціальностей (наприклад, лікар з інфекційного контролю).

Відповідно до переліку зобов'язань щодо забезпечення належного рівня надання медичних послуг за договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2024 рік визначено мінімальні вимоги з питань ПІІК, зокрема, наявність мінімум одного працівника на повну ставку у ВІК.

В результаті війни російської федерації проти України багато підготовлених фахівців з інфекційного контролю були змушені покинути свої робочі місця, у зв'язку з безпечною ситуацією. Підготовка заміни проводиться фахівцями відділу АМР та ІК Центру. Однак, враховуючи нововведення в сфері

безперервного розвитку лікарів (заборона підвищувати кваліфікацію не за своєю спеціалізацією), втримати підготовлених фахівців у ВІК протитуберкульозних закладів буде неможливо. Тобто, через відсутність відповідної спеціалізації у класифікаторі професій, працівники ВІК будуть змушені або відмовлятися від медичної спеціальності, або відмовлятися від роботи у ВІК.

### **3. Дефіцит фінансових ресурсів.**

Будь-які впровадження потребують фінансових надходжень і в питаннях інфекційного контролю окремі активності є досить фінансово затратними. Проте, враховуючи отримані результати, визначено окремі напрямки, які потребують незначних фінансових надходжень, а безпосереднього виконання. Так, наприклад, усі протитуберкульозні заклади забезпечені УФБО та УФ-радіометрами, але необхідні заміри не проводяться. Або ж, в усіх протитуберкульозних закладах наявні набори для фіт тестування та респиратори, але фіт тестування проводиться зі значними помилками та/або працівники не дотримуються вимог використання респираторів, через відсутність належних навчання та моніторингу.

Однак, слід зазначити, що без комплексних архітектурно-будівельних рішень (насамперед, організації у протитуберкульозних закладах палат ізоляції пацієнтів з аерогенною інфекцією), впровадження дієвого ІК ТБ не буде можливим.

Враховуючи вищезазначене, в першу чергу протитуберкульозним закладам рекомендовано організувати всі процеси і в умовах обмежених ресурсів впроваджувати спочатку ті активності, які не потребують фінансування або потребують незначного фінансування, а також планувати на майбутнє приведення протитуберкульозних закладів до оптимальних вимог ІК ТБ.

### **4. Формальність організаційних документів за напрямком ПІІК.**

План дій з ІК ТБ повинен базуватися на проведеній оцінці ризику та виявлених проблемах, а також має містити чітко визначені наступні позиції: завдання, відповідальна особа, термін виконання, необхідний бю-

джет та індикатори (обчислювані або такі, виконання яких може бути підтверджено). Виконання плану підлягає регулярному моніторингу і є безпосереднім показником ефективності та результативності роботи ВІК.

За результатами моніторингових візитів, система моніторингу ІК ТБ не впроваджена в жодному закладі, відповідно неможливо відстежувати ефективність впроваджуваних заходів, а тому ризику інфікування працівників, пацієнтів і відвідувачів протитуберкульозних закладів залишаються високими.

Система планування і організації навчання носить застарілий характер та не відповідає сучасним тенденціям, незважаючи на нові встановлені вимоги щодо розроблення програми та графіку навчань та організації безпосереднього навчального процесу.

Відповідно до вимог законодавства, СОП після розроблення потребують впровадження в роботу закладу шляхом проведення навчання працівників з подальшим регулярним моніторингом їхнього дотримання відповідно до розроблених чек-листів. Навчання рекомендовано проводити за змішаним типом з обов'язковим відпрацюванням практичних навичок та перевіркою рівня знань працівників.

## **5. Відсутність належного впровадження та інструментального моніторингу за інженерним компонентом ІК ТБ.**

Вентиляція – один із двох основних інженерних заходів ІК ТБ, який, за належного облаштування, забезпечує зниження концентрації *M. tuberculosis* у повітрі, знижуючи ризик інфікування туберкульозом.

Однак, механічна припливно-витяжна вентиляція практично не застосовується у відділеннях протитуберкульозних закладів.

Враховуючи, що проєктування, монтажування та експлуатація механічної вентиляції потребує значних фінансових ресурсів, основний акцент має зосереджуватися на використанні природньої вентиляції.

Для цього мають бути забезпечені наступні вимоги:

1) заміна або ремонт вікон (конструкція повинна дозволяти проводити прові-

трювання – фурнітура вікон не полама-на, віконна рама не заклеєна, підвіконня не заставлене сторонніми предметами);

2) заміна або ремонт дверей (мають щільно закриватися, бути з автозакривачами, що дозволить уникнути перетікання повітряних потоків з зони високого ризику до зон низького ризику інфікування туберкульозом);

3) облаштування шлюзів (повітряних шлюзів);

4) регулярний контроль за напрямком руху повітря на межі зон високого і низького ризику інфікування туберкульозом;

5) максимально часте та тривале провітрювання приміщень для зниження концентрації *M. tuberculosis*;

6) навчання працівників та пацієнтів;

7) регулярний моніторинг.

Використання УФБ-випромінювання – в умовах недостатності фінансових ресурсів, другий основний захід інженерного компоненту ІК ТБ. В протитуберкульозних закладах акцент має бути зосереджений на УФБ-опроміненні верхньої частини приміщення, тобто використання екранованих УФБО різних конструкцій, які дозволено використовувати в присутності людей.

Важливо забезпечити належну експлуатацію УФБО, для цього у кожному закладі має бути визначена відповідальна особа, яка проводить регулярний моніторинг роботи УФБО, а саме двічі на рік за допомогою УФ-радіометра визначає ефективність і безпечність для екранованих УФБ-опромінювачів та ефективність і час знезараження для відкритих УФБ-опромінювачів. Крім того, відповідальна особа повинна проводити визначення кратності очищення УФБ-ламп.

## **6. Відсутність національного тренінгового центру з практичною навчальною базою.**

Проблема підготовки працівників є складною і болючою на даний час, а враховуючи специфіку ІК ТБ і велику роль саме інженерних заходів у профілактиці інфікуван-



ня туберкульозом в протитуберкульозних закладах, необхідно докласти зусиль, задля створення єдиного тренінгового центру з практичною базою навчання.

Впровадження та моніторинг інженерних заходів інфекційного контролю потребує хороших навичок роботи з приладами. Протитуберкульозні заклади охорони здоров'я мають відповідне обладнання, але є проблема з навчанням фахівців, оскільки на даний час в Україні відсутня навчальна практична база, де можна було б відпрацювати, наприклад, навички оцінювання вентиляції або УФБ–випромінювання.

Фахівцями відділу АМР та ІК та залученими фахівцями проводяться навчання на робочих місцях відповідальних фахівців протитуберкульозних закладів, але зрозуміло, що одного навчання на два роки під час візиту або онлайн навчання може бути недостатньо для належного підтримання рівня знань та кваліфікації.

Тим більше, враховуючи війну у країні та змінність працівників в силу об'єктивних обставин, тим необхідніше стає наявність стаціонарної практичної навчальної бази, куди, за потреби, заклади можуть делегувати своїх працівників на навчання.

Це значно покращить впровадження та моніторинг інженерних заходів інфекційного контролю та, відповідно, знизить ризики інфікування.

## **7. Неналежне впровадження респіраторного захисту.**

Враховуючи прогалини у впровадженні адміністративного та інженерного компонентів ІК ТБ, компонент респіраторного захисту не може бути максимально ефективним.

Однак, дотримання вимог щодо респіраторного захисту забезпечує останній рубіж захисту працівників та пацієнтів від інфікування *M. tuberculosis*. Результати моніторингу вказують, що незважаючи на наявність достатньої кількості різних моделей респіраторів та комплектів для фіт тестування, не всім працівникам протитуберкульозних закладів проводиться підбір респіраторів, фіт тестування проводиться зі значними помилками, не всі використо-

ванні респіратори відповідають вимогам, працівники неправильно використовують респіратори.

Для вирішення цих проблем всі респіратори мають обиратися та закуповуватися відповідно до результатів фіт тестування. Визначена відповідальна особа за проведення фіт тестування мінімально при прийомі на роботу та в наступному один раз на рік має проводити навчання з питань респіраторного захисту та використання респіраторів відповідно до затверджених СОП.

Невід'ємною частиною залишається впровадження системи моніторингу дотримання працівниками респіраторного захисту та використання респіраторів.

### **Плани відділу АМР та ІК Центру на 2024 рік**

- продовження супроводу та підтримки протитуберкульозних закладів у покращенні впровадження заходів ІК ТБ;
- продовження проведення моніторингових візитів до протитуберкульозних закладів з навчальним компонентом;
- проведення двох офлайн тренінгів з питань інфекційного контролю за туберкульозом для керівників та визначених фахівців ВІК протитуберкульозних закладів;
- проведення вебінарів для працівників закладів охорони здоров'я за напрямком ІК ТБ.

## РОЗДІЛ 7.

# МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА

Система моніторингу і оцінки заходів протидії туберкульозу є комплексним підходом, який забезпечує ефективність та результативність програм боротьби з цією хворобою. Вона включає збір, аналіз та використання даних для планування, управління та вдосконалення заходів з протидії ТБ. **Ось ключові аспекти такої системи:**

### ОСНОВНІ КОМПОНЕНТИ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ

#### Моніторинг:

**Збір даних:** Регулярне та систематичне збирання даних про захворюваність на ТБ, виявлення випадків, лікування, результати лікування, а також соціально-демографічні характеристики пацієнтів.

**Аналіз даних:** Оцінка зібраної інформації для виявлення тенденцій, прогалин та успішних практик.

**Звітування:** Регулярне надання звітів про стан захворюваності, успішність лікування та інші важливі показники.

#### Оцінка:

**Форматна оцінка:** Оцінка процесу впровадження програм та заходів протидії ТБ для їх вдосконалення.

**Загальна оцінка:** Визначення результатів та ефективності програм після їх завершення.

**Оцінка впливу:** Вивчення довгострокових ефектів заходів на здоров'я населення та соціально-економічні показники.

### ЗАВДАННЯ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ

**Планування та управління програмами:** Використання даних для розробки стратегій, планування ресурсів, та прийняття управлінських рішень.

**Підвищення ефективності:** Виявлення та усунення недоліків у впровадженні заходів, підвищення якості послуг.

**Забезпечення підзвітності:** Надання об'єктивної інформації для донорів, урядових організацій та громадськості про використання ресурсів та досягнення результатів.

**Розповсюдження передового досвіду:** Вивчення та поширення успішних практик боротьби з ТБ.

### ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

**Інформаційні системи:** Використання електронних реєстрів, баз даних та систем управління інформацією для збору та аналізу даних.

**Мобільні технології:** Використання мобільних додатків для збору даних на місцях, моніторингу лікування та зв'язку з пацієнтами.

**Аналіз великих даних:** Застосування методів аналізу великих даних та машинного навчання для прогнозування тенденцій та виявлення ризиків.

### ВАЖЛИВІСТЬ ІНТЕГРАЦІЇ З ІНШИМИ ПРОГРАМАМИ

Інтеграція системи моніторингу і оцінки заходів протидії ТБ з іншими програмами охорони здоров'я, такими як ВІЛ/СНІД, діабет, імунопрофілактика, сприяє більш комплексному підходу до боротьби з інфекційними захворюваннями та покращенню загального стану здоров'я населення.

В Україні впроваджується комплексний інструмент індикаторів, розділений на п'ять підгруп, який допоможе забезпечити оптимальний запит, аналіз і використання рутинних та не рутинних даних щодо ТБ для прийняття рішень на регіональному та національному рівнях (таблиця 7.1).

	№	НАЗВА ІНДИКАТОРУ	РОЗРАХУНОК ІНДИКАТОРУ
ПРОФІЛАКТИКА	1	Охоплення профілактичним щепленням БЦЖ	<p><b>Чисельник:</b> кількість дітей віком до 1 року, яким проведено щеплення вакциною БЦЖ у звітному періоді</p> <p><b>Знаменник:</b> загальна кількість дітей віком до 1 року, що підлягали щепленню вакциною БЦЖ у звітному періоді.</p> <p><b>Джерело даних:</b> Форма звітності № 70 "Звіт про профілактичні щеплення за ___ півріччя 20__ року" (піврічна)</p>
	2	Охоплення систематичним скринінгом на ТБ осередкових та близьких контактів з ТБ	<p><b>Чисельник:</b> кількість осіб із числа осередкових та близьких контактів з бактеріологічно підтвердженими випадками ТБ, яким було проведено скринінг на ТБ</p> <p><b>Знаменник:</b> загальна кількість осередкових та близьких контактів з бактеріологічно підтвердженими випадками ТБ у звітному періоді.</p>
	3	Охоплення систематичним скринінгом на туберкульоз визначених групи ризику відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.	<p><b>Чисельник:</b> кількість осіб із числа визначених груп ризику, яким було проведено скринінг на ТБ</p> <p><b>Знаменник:</b> Загальна кількість осіб з визначених груп ризику.</p>
	4	Охоплення осіб з визначених груп ризику послугами з діагностики латентної туберкульозної інфекції	<p><b>Чисельник:</b> кількість осіб із числа визначених груп ризику, які були охоплені послугами з діагностики латентної туберкульозної інфекції</p> <p><b>Знаменник:</b> загальна кількість осіб з визначених груп ризику.</p>
	5	Частка людей, які контактували з хворими на туберкульоз та які почали профілактичне лікування	<p><b>Чисельник:</b> кількість людей, які контактували з хворими на туберкульоз, які розпочали профілактичне лікування протягом звітного періоду.</p> <p><b>Знаменник:</b> кількість людей, що контактують із зареєстрованими новими хворими на туберкульоз та рецидивами (за винятком тих, у кого діагностовано туберкульоз)</p>
	6	Індекс виявлених та обстежених контактів на один індексний випадок	<p><b>Чисельник:</b> загальна кількість осіб, які мали осередковий або близький контакт з індексним випадком ТБ</p> <p><b>Знаменник:</b> кількість індексних випадків у звітному періоді</p>
	7	Охоплення ПЛ ТБІ дітей віком до 5 років з осередкових та близьких контактів з бактеріологічно підтвердженим випадком ТБ та успішне його завершення	<p><b>Чисельник:</b> загальна кількість дітей віком до 5 років з осередкових та близьких контактів з бактеріологічно підтвердженим випадком ТБ, яким було призначено ПЛ ТБІ у звітному періоді.</p> <p><b>Знаменник:</b> загальна кількість дітей віком до 5 років з осередкових та близьких контактів з бактеріологічно підтвердженим випадком ТБ, які відповідали критеріям призначення ПЛ ТБІ у звітному періоді.</p>

	№	НАЗВА ІНДИКАТОРУ	РОЗРАХУНОК ІНДИКАТОРУ
РЕЄСТРАЦІЯ / ОЦІНКА	8	Захворюваність на ТБ серед усього населення України	Абсолютні значення / Показник на 100 000 населення
	9	Смертність від туберкульозу	Абсолютні значення / Показник на 100 000 населення
	10	Захворюваність населення на коінфекцію (ТБ/ВІЛ) на 100 тисяч населення, від загальної кількості ТБ захворюваності	Абсолютні значення / Показник на 100 000 населення
	11	Смертність населення від коінфекції (ТБ/ВІЛ) на 100 тисяч населення, від загальної кількості ТБ смертності	Абсолютні значення / Показник на 100 000 населення
	12	Частка випадків із МЛС/Риф-ТБ серед випадків ТБ повторного лікування	<b>Чисельник:</b> кількість повторних випадків ТБ легень зі стійкістю до рифампіцину. <b>Знаменник:</b> кількість повторних випадків ТБ легень, які мають ТМЧ принаймні до рифампіцину. Форма ТБ-11
	13	Частка із МЛС/Ріф-ТБ серед нових випадків туберкульозу	<b>Чисельник:</b> кількість нових випадків ТБ легень зі стійкістю до рифампіцину. <b>Знаменник:</b> кількість нових випадків ТБ легень, які мають ТМЧ принаймні до рифампіцину. Форма ТБ-11.
	14	Кількість випадків ТБ з МЛС/Риф-ТБ (MDR-ТБ, ХDR), зареєстрованих у звітному періоді	Абсолютні значення / Показник на 100 000 населення
	15	Кількість випадків ТБ з МЛС/Риф-ТБ (MDR-ТБ, ХDR ТБ), що розпочали лікування препаратами другого ряду	Абсолютні значення
	16	Питома вага дитячого туберкульозу в загальній структурі захворюваності на туберкульоз	<b>Чисельник:</b> кількість нових випадків та рецидивів ТБ зареєстрованих у дітей віком 0-14 років. <b>Знаменник:</b> загальна кількість нових випадків та рецидивів ТБ, зареєстрованих у звітному періоді
	17	Питома вага туберкульозу серед працівників закладів охорони здоров'я в загальній структурі захворюваності на туберкульоз	<b>Чисельник:</b> кількість нових випадків та рецидивів ТБ зареєстрованих у працівників ЗОЗ. <b>Знаменник:</b> загальна кількість нових випадків та рецидивів ТБ, зареєстрованих у звітному періоді. Форма 33-коротка.
18	Питома вага туберкульозу серед працівників протитуберкульозних закладів в загальній структурі захворюваності на туберкульоз	<b>Чисельник:</b> кількість нових випадків та рецидивів ТБ зареєстрованих у працівників ПТЗ. <b>Знаменник:</b> загальна кількість нових випадків та рецидивів ТБ, зареєстрованих у звітному періоді. Форма 33-коротка.	

	№	НАЗВА ІНДИКАТОРУ	РОЗРАХУНОК ІНДИКАТОРУ
РЕЄСТРАЦІЯ / ОЦІНКА	19	Рівень охоплення лікуванням туберкульозу усіх форм бактеріологічно підтвердженого та клінічно-діагностованого туберкульозу (нові випадки та рецидиви)	<b>Чисельник:</b> інформаційна система "Моніторинг соціально-значущих хвороб" (розпочали лікування у звітному періоді). <b>Знаменник:</b> глобальний звіт ВООЗ (оціночна кількість хворих на ТБ).
	20	Повідомлення про випадки РІФ-ТБ та/або МЛС-ТБ – відсоток зареєстрованих випадків бактеріологічно підтвердженого, лікарсько-стійкого РІФ-ТБ та/або МЛС-ТБ як частка від усіх розрахункових випадків РІФ-ТБ та/або МЛС-ТБ.	<b>Чисельник:</b> кількість виявлених бактеріологічно підтверджених випадків РІФ-ТБ та/або МР-ТБ. <b>Знаменник:</b> розрахункова кількість випадків бактеріологічно підтвердженого РІФ-ТБ та/або МР-ТБ (ВООЗ). <b>Джерело даних:</b> глобальний звіт про туберкульоз.
ДІАГНОСТИКА	21	Відсоток зареєстрованих хворих на туберкульоз із документально підтвердженим ВІЛ-статусом	<b>Чисельник:</b> кількість випадків ТБ (нові випадки та рецидиви), які мають задокументований ВІЛ-статус. <b>Знаменник:</b> загальна кількість випадків ТБ (нові випадки та рецидиви), зареєстрованих у звітному періоді.
	22	Відсоток зареєстрованих випадків ТБ (нові випадки та рецидиви), які пройшли тестування за допомогою рекомендованих ВООЗ швидких діагностичних тестів	<b>Чисельник:</b> кількість нещодавно повідомлених хворих на ТБ діагностованих швидкими тестами рекомендованими ВООЗ. <b>Знаменник:</b> загальна кількість зареєстрованих нових та рецидивних випадків туберкульозу.
	23	Відсоток хворих на туберкульоз з ТМЧ результатом принаймні на рифампіцин серед загальної кількості повідомлених (нових та повторного лікування)	<b>Чисельник:</b> кількість хворих на туберкульоз із DST результатами. <b>Знаменник:</b> загальна кількість повідомлених випадків ТБ за той самий рік (бактеріологічно підтверджено) <b>Джерело даних:</b> Звітні форми ТБ-11 та ТБ-07.
	24	Частка хворих на туберкульоз із МЛС/Риф-ТБ (MDR-ТБ, XDR ТБ) із результатом ТМЧ на фторхінолон серед загальної кількості зареєстрованих випадків туберкульозу із МЛС/Риф-ТБ (MDR-ТБ, XDR ТБ)	<b>Чисельник:</b> кількість підтверджених випадків RR / MDR-ТБ, перевірених на стійкість до препаратів другого ряду протягом періоду оцінки. <b>Знаменник:</b> кількість підтверджених випадків MDR-ТБ протягом періоду оцінки.
	25	Відсоток пацієнтів з бактеріологічно підтвердженим діагнозом легеневого туберкульозу (нові випадки та рецидиви)	<b>Чисельник:</b> кількість виявлених бактеріологічно підтверджених випадків ТБ (нові та рецидиви). <b>Знаменник:</b> випадків ТБ (нові та рецидиви), зареєстрованих у звітному періоді.

	№	НАЗВА ІНДИКАТОРУ	РОЗРАХУНОК ІНДИКАТОРУ
ЛІКУВАННЯ	26	Відсоток пацієнтів, які розпочали лікування туберкульозу амбулаторно з першого дня	<b>Чисельник:</b> кількість випадків ЛЧ/ЛС-ТБ, які розпочали лікування амбулаторно з першого дня. <b>Знаменник:</b> кількість випадків ЛЧ/ЛС-ТБ, які розпочали лікування у звітному періоді.
	27	Відсоток ВІЛ-позитивних осіб, хворих на туберкульоз, які отримують АРТ під час лікування туберкульозу	<b>Чисельник:</b> кількість випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові випадки та рецидиви), які розпочали АРТ протягом 2 тижнів від початку АМБП або продовжують. <b>Знаменник:</b> кількість випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові випадки та рецидиви), зареєстрованих у звітному періоді.
	28	Частка успішно пролікованих випадків з МЛС/Риф-ТБ	<b>Чисельник:</b> кількість МЛС/Риф-ТБ з успішним результатом лікування. <b>Знаменник:</b> Кількість МЛС/Риф-ТБ, які розпочали лікування у звітному періоді.
	29	Частка успішно пролікованих випадків з пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ	<b>Чисельник:</b> кількість пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ з успішним результатом лікування. <b>Знаменник:</b> кількість пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ, які розпочали лікування у звітному періоді.
	30	Частка успішно пролікованих всіх форм ЛЧ-ТБ (нові випадки та рецидиви)	<b>Чисельник:</b> кількість нових випадків та рецидивів ТБ (в т.ч. невідомі) з успішним результатом лікування. <b>Знаменник:</b> Кількість нових випадків та рецидивів ТБ (в т.ч. невідомі), зареєстрованих у звітному періоді.
	31	Частка успішно пролікованих всіх форм ЛЧ-ТБ з ВІЛ-інфекцією (нові випадки та рецидиви)	<b>Чисельник:</b> кількість нових випадків та рецидивів ТБ/ВІЛ (в т.ч. невідомі) з успішним результатом лікування. <b>Знаменник:</b> Кількість нових випадків та рецидивів ТБ/ВІЛ (в т.ч. невідомі), зареєстрованих у звітному періоді.
	32	Частка успішно пролікованих всіх форм ЛЧ-ТБ (інші випадки повторного лікування)	<b>Чисельник:</b> кількість інших випадків повторного лікування з успішним результатом лікування. <b>Знаменник:</b> Кількість інших випадків повторного лікування, зареєстрованих у звітному періоді.
	33	Відсоток випадків ТБ з МЛС/Риф-ТБ (пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ) втрачених протягом перших шести місяців лікування	<b>Чисельник:</b> кількість зареєстрованих та підтверджених випадків МЛС/Риф-ТБ (пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ), які були втрачені для спостереження до кінця 6-го місяця лікування; <b>Знаменник:</b> кількість підтверджених зареєстрованих випадків МЛС/Риф-ТБ (пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ), зареєстрованих та розпочато лікування MDR-ТБ протягом періоду оцінки.

	№	НАЗВА ІНДИКАТОРУ	РОЗРАХУНОК ІНДИКАТОРУ
ЛІКУВАННЯ	34	Середня тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з ЧТБ/ЛС-ТБ	<b>Чисельник:</b> кількість проведених ліжко-днів у стаціонарі пацієнтів ЧТБ/ЛС-ТБ у звітному періоді. <b>Знаменник:</b> загальна кількість пацієнтів, які вибули із стаціонару (виписані та/або померлі у звітному періоді).
	35	Середній термін початку лікування МЛС/Риф-ТБ від дати отримання Риф(+)	<b>Чисельник:</b> сума інтервалів (днів) між отриманням результату Риф + та початком АМБП випадків МЛС/Риф-ТБ. <b>Знаменник:</b> загальна кількість випадків, які розпочали лікування у звітному періоді.
	36	Охоплення лікуванням за допомогою модифікованих коротких повністю пероральних схем лікування (mSTR) (G)	<b>Чисельник:</b> кількість хворих на туберкульоз, які отримували модифіковане коротке пероральне лікування (mSTR). <b>Знаменник:</b> кількість повідомлених пацієнтів, які підходять для лікування модифікованими короткими повністю пероральними схемами лікування (mSTR)
ПІДТРИМКА	37	Частка випадків МЛС/Риф-ТБ (MDR-ТБ, XDR-ТБ), охоплених комплексною психосоціальною підтримкою	<b>Чисельник:</b> кількість МЛС/Риф-ТБ (пре-ШЛС, ШЛС-ТБ), які отримали будь який вид психосоціального супроводу. <b>Знаменник:</b> Кількість МЛС/Риф-ТБ (пре-ШЛС, ШЛС-ТБ), які розпочали лікування у звітному періоді.
	38	Частка осіб з ЛЧ/ЛС-ТБ, які розпочали лікування та отримали будь яку форму психосоціального супроводу.	<b>Чисельник:</b> кількість хворих на туберкульоз, які почали лікування від туберкульозу та отримали будь яку форму підтримки прихильності до лікування. <b>Знаменник:</b> Загальна кількість людей з ЛЧ/ЛС-ТБ туберкульозом, які почали лікування у звітному періоді.
	39	Частка осіб з ТБ, виявлених в рамках заходів активного виявлення за допомогою ОГС	<b>Чисельник:</b> Кількість хворих на туберкульоз серед основних уражених груп населення, направлених громадськими волонтерами/НУО для діагностики та лікування туберкульозу. <b>Знаменник:</b> Загальна кількість, зареєстрованих осіб з ТБ (нові випадки та рецидиви) за цей же період.
	40	Частка успішно пролікованих осіб з ТБ, які розпочали лікування та отримали будь яку форму психосоціального супроводу.	<b>Чисельник:</b> кількість випадків ЛЧ/ЛС-ТБ, які отримували будь яку форму психосоціального супроводу з успішним результатом лікування. <b>Знаменник:</b> кількість випадків ЛЧ/ЛС-ТБ, які розпочали лікування у звітному періоді.

ТАБЛИЦЯ 7.1. ОСНОВНІ ІНДИКАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ЩОДО ТБ

## ВИСНОВОК

Система моніторингу і оцінки заходів протидії туберкульозу є ключовим інструментом для забезпечення ефективності та результативності програм боротьби з ТБ. Вона дозволяє вчасно виявляти проблеми, оцінювати ефективність заходів, приймати обґрунтовані рішення та забезпечувати підзвітність перед всіма зацікавленими сторонами.

## ВИСНОВКИ

Сьогодні протитуберкульозна служба і вся країна мужньо дає відсіч новим викликам, яких зазнає Україна через повномасштабну війну російської федерації проти України. Ворог безжалюно 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, 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.

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.

Ми продовжуємо впроваджувати важливі реформи у сфері охорони здоров'я, спрямовувати дії в напрямку сучасних підходів у профілактиці, діагностиці та лікуванні туберкульозу, у формуванні державної політики. Насамперед, це стосується відмови від застарілих методів виявлення ТБ, а також суттєвого скорочення терміну лікування. Завдяки новим коротким режимам лікування, які впроваджуються за координації відділу управління та протидії туберкульозу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» ми безупинно продовжуємо покращувати якість надання медичної допомоги, яка сфокусована саме на потребах людини, хворої на ТБ.

Станом на сьогодні в масштабах країни забезпечено безперервність доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки ефективному менеджменту та проведенню своєчасної закупівлі лікарських засобів і виробів медичного призначення та їх постачання

в регіони у тісній співпраці з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

### СТРАТЕГІЧНІ ДОСЯГНЕННЯ В СФЕРІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

В Україні сформована чітка державна політика стосовно подолання ТБ, що постійно удосконалюється та реагує на виклики часу і політичні зобов'язання.

Одним із основних досягнень розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню у 2023 році було прийняття та набрання чинності **Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні» (далі – Закон), як важливого та послідовного кроку для формування державної політики.**

На законодавчому рівні закладено зміну концептуального підходу від протидії до подолання ТБ відповідно до Глобальної стратегії боротьби з ТБ ВООЗ.

З набранням чинності Закону значно посилилася позиція України на міжнародній арені як держави, яка запроваджує людино-орієнтовані підходи та політики, що відповідають європейській системі цінностей, що особливо важливо в часи боротьби з агресором на шляху до перемоги та до Європейського союзу. Законом підсилюється координаційна роль регіональних фтизіопульмонологічних центрів, зміцнюються державні гарантії лікування для людей, які хворіють на ТБ, посилено соціальний захист медичних працівників, використано дестигматизуючу, засновану на правах людини термінологію, створюються умови для навчання здобувачів освіти, зокрема дітей, які хворіють на 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 ВРАМ/ВРАЛ** 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 дискри-

мінації 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. У 2023 році держава вперше розпочала надавати медико-соціальні послуги людям з туберкульозом за кошти державного бюджету, підґрунтям для чого **прийнята відповідна нормативно-правова база:**

- 1) наказ МОЗ України від 04.04.2023 № 632, «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», зареєстрований у Міністерстві юстиції від 01.06.2023 №915/39971;
- 2) наказ МОЗ України від 13.04.2023 №692 «Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12 червня 2023 р. за № 973/40029;
- 3) «наказ МОЗ України від 11.08.2023 № 1444 Про затвердження Граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом».

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 Євросоюзі і наша країна включена 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 регіонів, де обмежений через війну доступ до медичної допомоги, зафіксовано зменшення рівня реєстрації випадків ТБ в низці регіонів. В той же час, частина територій 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 цією 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 інсталювано 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 доставки 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, Cfz, 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 тубер-

кульозі 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 ВРА.

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

### **ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕХАНІЗМУ БАГАТОСЕКТОРАЛЬНОЇ ПІДЗВІТНОСТІ (МАФ-ТВ)**

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.**

Згідно з новим Операційним керівництвом ВООЗ з адаптації та впровадження Механізму багатосекторальної системи підзвітності щодо ліквідації ТБ, що було опубліковано напередодні ЗВР ООН з ТБ у вересні 2023 року, визначено 10 ключових кроків для адаптації та впровадження Механізму багатосекторальної підзвітності для прискорення прогресу у ліквідації ТБ на національному та місцевому рівнях.

Орієнтуючись на ці кроки та враховуючи національний контекст, зокрема, понад дворічну повномасштабну війну проти України, розроблено відповідний Алгоритм впровадження МБВП-ТБ в Україні (далі – Алгоритм). Алгоритмом систематизовано та формалізовано роль всіх зацікавлених сторін у сфері боротьби з ТБ, прописано чіткі етапи та кроки впровадження МБВП-ТБ в Україні, а також завдяки впровадженню регулярних оглядів посилено увагу до питань ТБ на високому державному рівні. Реалізація запропонованих Алгоритмом кроків не вимагає залучення додаткових фінансових ресурсів.

Очікується, що впровадження МБВП-ТБ в Україні відповідно до Алгоритму сприятиме покращенню співпраці та залучення дотичних органів та секторів до протитуберкульозної діяльності, що створить необхідну основу як для посилення національних заходів у відповідь на ТБ, так і для виконання взятих на себе країною зобов'язань та досягнення цілей Політичної декларації ЗВР ООН з питань ТБ.

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 МАФ-ТБ та розробленні дорожньої карти.

### **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 роки 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 OneImpact 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 ТБ, у 15 областях України, серед цих регіонів не тільки прикордонні області з росією, а й по всій території України;
- **підриг дамби Каховської ГЕС та екологічна катастрофа** у Херсонській області, загрози рф щодо радіаційного забруднення Запорізької області;
- **нерівномірне навантаження на систему охорони здоров'я в регіонах** 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 туберкульозу, через скупчення людей в сирих укриттях, недостатнє харчування та постійні стреси, за даними 6 міс 2023 року 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.

**Усунення нормативних та правових бар'єрів** у сфері подолання ТБ шляхом підготовки проєктів НПА на виконання Закону про подолання ТБ.

**Покращення якості надання медичної допомоги** при ТБ із проведенням регулярного аналізу досягнення основних індикаторів якості надання медичної допомоги з урахуванням положень Стандартів медичної допомоги при ТБ та вжиттям управлінських дій.

**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.

**Сприяння фінансуванню протитуберкульозної допомоги** в повному обсязі з урахуванням безпрецедентної фінансової безповоротної 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.

**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. Ми відкриті новим ініціативам, для цього маємо потужний потенціал науковців та дослідників і вже займаємо лідерську позицію у впровадженні досліджень з новими короткими схемами.

**Реалізація багатосекторального підходу** із залученням міністерств, відомств, різних секторів, громадськості до подолання ТБ, з удосконаленням координаційної та управлінської ролі МОЗ України у сфері ТБ на центральному рівні, включаючи делегування додаткових управлінських обов'язків центральному підрозділу НПТ. Цей вектор закріплений на законодавчому рівні, для цього у нас створений та ефективно працює національний механізм – Національна рада з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

## 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](http://www.phc.org.ua)