

Звіт результатів дослідження «Вплив COVID-19 на виявлення випадків інфікування на ТБ»

ТОВ «Оперативна соціологія»

На замовлення ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я
України»

Київ-2023





Автори: Марія Мошура, Яна Терлеєва, Олена Нестерова

Рекомендоване цитування: Мошура М., Терлеєва Я., Нестерова О. (2023) ЗВІТ за результатами дослідження «Вплив COVID-19 на виявлення випадків інфікування на ТБ»

Відповідно до статуту Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України за №224 від 09.02.2024 року,

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, створеним наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 № 909-р.

ЦГЗ виконує функції головної установи Міністерства охорони здоров'я України у галузі громадського здоров'я та протидії небезпечним, особливо небезпечним, інфекційним та неінфекційним захворюванням, біологічного захисту та біологічної безпеки, імунoproфілактики, лабораторної діагностики інфекційних недуг, гігієнічних та мікробіологічних аспектів здоров'я людини, пов'язаних із довкіллям, національного координатора Міжнародних медико-санітарних правил, координації реагування на надзвичайні ситуації у секторі громадського здоров'я.

Це дослідження було здійснено з метою реалізації механізму реагування на COVID-19 (C19RM 2021-2023) в рамках виконання програми «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні». Матеріал підготовлено Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Відмова від відповідальності: Результати та висновки, викладені в цьому звіті, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію програми Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні».

В рамках дотримання Закону України [№ 2811-IX від 15.04.2023](#) «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» розміщених на сайті установи або наданих за



запитом, можливе лише за умови посилання на першоджерело із зазначенням назви Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та:

- надання електронного посилання на веб-сторінку з використаною інформацією (за наявності)
- посилання на публікацію Центру (протокол, дослідження, звіт, стаття), яка є джерелом інформації.

Перепублікація або інший спосіб оприлюднення цього тексту, зображень з нього та/або даних, повністю або частково, під іменем особи, яка не є автором, порушує авторські права та є плагиатом, за що передбачено три види відповідальності: цивільна (відшкодування збитків та/або моральної шкоди; стягнення доходу), адміністративна (виплата штрафу) і кримінальна (позбавлення волі на строк до 2–5 років).

До плагиату належить 1) використання тексту чи графічних даних іншого автора без змін, без цитування та привласнення роботи (*copy & paste plagiarism*), 2) поєднання різних фрагментів текстів або речень для формування нового тексту без цитування, таким чином подаючи його як власні думки (*shake & paste plagiarism*), 3) подання ідей іншого автора своїми словами, без посилання на джерело (*idea plagiarism*), а також 4) переклад оригінального тексту з іншої мови без посилання на джерело (*translation plagiarism*).

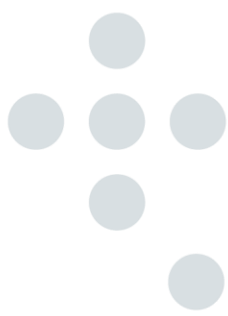


Зміст

Подяки.....	6
Перелік умовних позначень і скорочень	7
Розділ 1. Програмні засади дослідження.....	8
1.1. Мета і завдання дослідження.....	8
1.2. Методологія і дизайн дослідження	10
1.3. Вибірка дослідження.....	11
1.4. Етичні засади дослідження.....	19
1.5. Обмеження дослідження.....	25
Розділ 2. Аналіз глибинних інтерв'ю з національними та регіональними експертами у сфері надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 щодо кількості та якості протитуберкульозних послуг у ЗОЗ і впливу пандемії COVID-19 на ці послуги	27
2.1. Характеристика професійного досвіду національних і регіональних експертів	27
2.2. Загальна характеристика досвіду надання протитуберкульозних медичних послуг в Україні до початку пандемії COVID-19 (до березня 2020 року)	28
2.3. Досвід надання протитуберкульозних медичних послуг із початком пандемії та вплив COVID-19 на раннє виявлення ТБ	41
2.4. Оцінка поточної ситуації у сфері діагностики та лікування ТБ	72
2.5. Аналіз упровадження білатерального скринінгу двох інфекцій: ТБ та COVID-19... ..	96
2.6. Вплив повномасштабного вторгнення росії на надання медичної допомоги при ТБ	106
2.7. Пропозиції експертів щодо підвищення рівня доступності послуг із протидії ТБ	131
Розділ 3. Аналіз глибинних інтерв'ю з пацієнтами визначених категорій щодо впливу COVID-19 на надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 у ЗОЗ, в яких вони отримували діагностику і лікування.....	143
3.1. Загальна оцінка пацієнтами якості послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 у ЗОЗ, в яких вони лікувались.....	143
3.2. Ставлення пацієнтів до проблеми поширення захворюваності на ТБ в Україні ..	147
3.3. Досвід лікування та пропозиції пацієнтів із виявленим ТБ щодо підвищення рівня доступності послуг	151
3.4. Оцінка пацієнтами впливу повномасштабного вторгнення росії на надання протитуберкульозних послуг	153



3.5. Побаження та рекомендації пацієнтів цільових груп щодо вдосконалення процесу обстеження на ТБ.....	154
Розділ 4. Аналіз результатів скринінгового анкетування пацієнтів цільових груп.....	156
4.1. Соціально-демографічні характеристики респондентів кількісного етапу дослідження.....	157
4.2. Результати білатерального скринінгу на ТБ серед визначених груп пацієнтів із лабораторно підтвердженим захворюванням на COVID-19.....	163
4.3. Оцінка пацієнтами якості отримання медичних послуг.....	172
Розділ 5. Загальні висновки за результатами дослідження.....	180
5.1. Оцінка впливу пандемії COVID-19 на обсяг і види наданих послуг із протидії ТБ	180
5.2. Оцінка бар'єрів доступу до послуг із протидії ТБ та факторів позитивного впливу, що виникли у зв'язку з пандемією COVID-19.....	188
5.3. Оцінка впливу повномасштабного вторгнення росії на обсяг і види послуг із протидії ТБ.....	191
5.4. Ключові фактори впливу на доступність, рівень покриття і якість послуг із протидії ТБ.....	193
5.5. Рекомендації щодо підвищення рівня доступності протитуберкульозних послуг.....	195



Подяки

Висловлюємо подяку команді ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України за розробку, координацію та проведення дослідження:

- Терлеєвій Яні, головному досліднику, завідувачу відділу управління та протидії ТБ ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України;
- Мошурі Марії, співдосліднику, фахівцю з наукових досліджень ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України;
- Нестеровій Олені, начальнику відділу наукових досліджень ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України.

Також дякуємо дослідникам компанії ТОВ «Оперативна соціологія»:

- Жаворонок Юлії, співдосліднику, координатору дослідження від ТОВ «Оперативна соціологія»;
- Балійчуку Владиславу, виконавчому директору, керівнику виконання робіт дослідження, ТОВ «Оперативна соціологія»;
- Макаренко Вірі, методологу дослідження, ТОВ «Оперативна соціологія»;
- Поповій Вікторії, керівниці call – центра, ТОВ «Оперативна соціологія»;
- Куліченку Денису, аналітику ТОВ «Оперативна соціологія»;
- Сарібекян Маргариті, фінансисту, ТОВ «Оперативна соціологія».

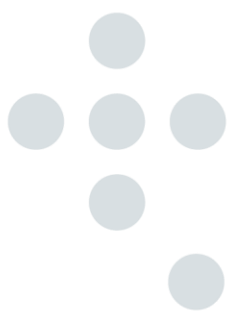
Висловлюємо подяку регіональним координаторам дослідження:

- Волкобой Михайлу (Запорізька область);
- Полежай Роману (Івано-Франківська область);
- Козлову Ярославу (Харківська область);
- Гаврілице Вадиму. (Одеська область);
- Макаренко Вірі (Львівська область);
- Козловій Олесі (м. Київ).

Висловлюємо щирю подяку керівникам і медичному персоналу закладів охорони здоров'я Запорізької, Івано-Франківської, Львівської, Одеської, Харківської областей і міста Києва, які були відібрані для участі в дослідженні та залучені до збору даних.

Дослідження реалізоване за технічної та фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією.





Перелік умовних позначень і скорочень

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

Вибіркова сукупність — сукупність одиниць дослідження, відібраних із генеральної сукупності за певними правилами з метою репрезентації генеральної сукупності за певними ознаками

ВПО — внутрішньо переміщені особи

Генеральна сукупність — сукупність усіх одиниць дослідження із заданими характеристиками, які планується вивчати при проведенні дослідження

ДУ — державна установа

ЗОЗ — заклад охорони здоров'я

КТ — комп'ютерна томографія

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я

РОГК — рентгенологічне обстеження грудної клітки

СОП — стандартна операційна процедура

СНІД — синдром набутого імунодефіциту людини

СМД — спеціалізована медична допомога

ТБ — ТБ

COVID-19 — скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2

ЦГЗ — замовник дослідження — ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України

ЦЛКК — центральна лікарсько-консультаційна комісія

ЦПМСД — центр первинної медико-санітарної допомоги

Виконавець дослідження — ТОВ «Оперативна соціологія»

GeneXpert MTB/RIF — тест-система для одночасного виявлення ДНК мікобактерій ТБного комплексу (*Mycobacterium tuberculosis complex*) і визначення стійкості до рифампіцину





Розділ 1. Програмні засади дослідження

1.1. Мета і завдання дослідження

Опис проблеми

Проблема ТБ супроводжує людство впродовж усього періоду його існування і досі не втрачає актуальності. Недуга, яка забирає мільйони життів, призводить до інвалідизації працездатного населення та виснажує тією чи іншою мірою економіки всіх країн світу, потребує щоденної пильності, розробки та впровадження нових алгоритмів, методів діагностики, лікування, а насамперед профілактики з метою попередження виникнення захворювання. Тривалий час ТБ був головною причиною смерті від інфекційних захворювань у світі. Лише у 2019 році було зареєстровано приблизно 10 мільйонів нових випадків інфікування ТБ і 1,5 мільйона випадків смерті від ТБ. Протягом останніх десятиліть поступово активізувалися зусилля щодо стримування епідемії ТБ. До кінця 2019 року 78 країн (з-поміж них 7 країн із високим рівнем захворюваності) були на шляху до досягнення цілей Стратегії ВООЗ «Ліквідувати ТБ». Глобалізація боротьби проти ТБ, впровадження основоположних принципів пацієнторієнтованого лікування, світова взаємопідтримка, продемонструвала позитивізацію динаміки щодо досягнення основних цілей стратегічних програм, направлених на подолання ТБ.

Моніторинг даних національних програм та звітів за період 2007-2019 років щодо ТБ характеризувався обнадійливою тенденцією до зменшення рівня захворюваності та смертності від цієї недуги. Це свідчило про ефективність зусиль, які прикладались, як національними службами здоров'я усіх країн, так і вищезгаданими організаціями для контролю та подолання ТБ.

Стратегія ВООЗ «Ліквідувати ТБ» встановила амбітні цілі на 2025 рік і поставила перед собою мету покінчити з ТБ до 2035 року. Три основні пріоритети Стратегії: розширення зусиль із профілактики та контролю за ТБ, орієнтованих на пацієнта; формування політики та багатосекторальна співпраця між громадами, державним і приватним секторами; забезпечення постійної уваги до науково-дослідних інновацій для лікування ТБ.

Однак пандемія COVID-19 ускладнила доступність протитуберкульозних послуг. Зусилля були перенаправлені на підтримку заходів реагування на COVID-19. Економічні й людські ресурси системи охорони здоров'я спрямовувались на надання невідкладної допомоги і відстеження контактів пацієнтів, а лабораторії перепрофільовувались для діагностичного тестування на COVID-19. Як наслідок, процес надання медичних послуг з інфекційних захворювань і серйозних супутніх захворювань, таких як ТБ, ВІЛ/СНІД та вірусні гепатити, порушився.

Нова пандемія виявила невідповідності в системах національних служб здоров'я, але вона також продемонструвала, чого можна досягти, доклавши достатніх глобальних зусиль. Відповідь на COVID-19 дала уроки для майбутньої боротьби проти ТБ, указівку, як саме нам слід використовувати переваги досліджень, будувати справедливі партнерства, а також джерела для спільного фінансування. ВООЗ закликає країни до проведення операційних досліджень



програмних інновацій, спрямованих на вирішення виникаючих проблем в області профілактики і лікування ТБ під час пандемії COVID-19 (<https://www.who.int/publications/i/item/programmatic-innovations-to-address-challenges-in-tuberculosis-prevention-and-care-during-the-covid-19-pandemic>).

Наразі доказова база щодо успішності інноваційних підходів і стратегій для підтримки й розширення високоякісних протитуберкульозних послуг в умовах пандемії в Україні недостатня, тож реалізація операційного дослідження з питань взаємного впливу ТБ та COVID-19 сприятиме підтримці науково обґрунтованої адаптації національної ТБ-програми до контекстів, створених пандемією.

Це дослідження може розглядатися як кейси з каскадних послуг із ТБ в умовах епідемії COVID-19, які дадуть можливість у цілому оцінити вплив і наслідки від COVID-19 для досягнення глобальних цілей EndTB в Україні.

Мета дослідження складається з двох компонентів.

Основна мета дослідження — оцінити якість і повноту надання протитуберкульозних медичних послуг в умовах пандемії COVID-19, з'ясувати основні чинники, що сприяють невиконанню або неякісному наданню цих послуг в умовах пандемії, вивчити досвід успішних практик, розробити відповідні рекомендації щодо підвищення ефективності реалізації заходів із протидії ТБ в умовах пандемії COVID-19.

Мета якісного компонента — з'ясувати наявні моделі регіонального та національного досвіду щодо забезпечення заходів із протидії ТБ в умовах пандемії COVID-19, зокрема за напрямом білатерального (двонаправленого) скринінгу двох інфекцій: ТБ та COVID-19; оцінити якість отриманих пацієнтами медичних послуг, а також визначити основні труднощі при проведенні скринінгового анкетування та обстеження на ТБ.

Мета кількісного компонента — апробувати алгоритм білатерального скринінгу на ТБ серед визначених груп пацієнтів із лабораторно підтвердженим захворюванням на COVID-19.

Завдання дослідження:

- проаналізувати і систематизувати наявний успішний світовий досвід з упровадження та реалізації програм протидії ТБ в умовах пандемії COVID-19, зокрема контекст упровадження національної програми, основних стейкхолдерів, що сприяють або перешкоджають цьому;
- описати наявні моделі національного досвіду щодо забезпечення заходів із протидії ТБ в умовах пандемії COVID-19 та з'ясувати основні чинники, що сприяли невиконанню або неякісному наданню протитуберкульозних послуг в умовах пандемії COVID-19;
- визначити перелік послуг і ресурсів із профілактики та лікування ТБ-інфекції, що здійснювалися не в повному обсязі та мали переривання в умовах карантинних обмежень через епідемію COVID-19 в Україні;



- визначити успішні та неефективні наявні моделі заходів із протидії ТБ в умовах пандемії, зокрема алгоритми подвійного скринінгу обох інфекцій, доставку лікарських засобів додому, цифрові технології дотримання прихильності тощо;
- виокремити ключові бар'єри в отриманні послуг із протидії ТБ з урахуванням належності до різних верств населення / уразливих груп, включаючи бездомних та осіб без документів;
- розробити рекомендації для покращення медичної практики та прийняття програмних рішень щодо надання послуг із профілактики, догляду та лікування ТБ з урахуванням реформування системи охорони здоров'я та розробити пропозиції щодо подальших досліджень, необхідних для контролю за ТБ в умовах пандемії.

1.2. Методологія і дизайн дослідження

Дизайн дослідження є комбінованим і поєднує проведення кабінетного аналізу, використання якісного та кількісного методів дослідження, а також здійснення обстеження на ТБ.

На першому етапі було здійснено кабінетний аналіз наявного міжнародного досвіду забезпечення функціонування ефективних інноваційних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг із профілактики, виявлення, діагностування та лікування ТБ в умовах пандемії COVID-19.

Для виконання якісного компонента дослідження використаний метод напівструктурованих глибинних інтерв'ю, які були проведені з національними (провідні експерти у сфері ТБ та/або COVID-19, які, зокрема, займаються формуванням політики, розробкою нормативної бази тощо) та регіональними (сімейні лікарі, фтизіатри, пульмонологи та інфекціоністи) експертами у сфері надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19, що дало можливість осягнути ситуацію як на рівні всієї країни, так і на рівні окремих регіонів.

Крім того, з метою покращення розуміння ефективності та доцільності скринінгу на ТБ людей із лабораторно підтвердженим захворюванням на COVID-19, визначення бар'єрів у діагностиці та ранньому виявленні ТБ під час захворювання на COVID-19 та вивчення ефективності скринінгу на ТБ напівструктуровані глибинні інтерв'ю проведені з пацієнтами, що були залучені до кількісного компонента дослідження та дали згоду на участь у глибинних інтерв'ю.

Для виконання кількісного компонента дослідження використана кількісна методологія і здійснене обстеження на ТБ. Зокрема, у межах цього компонента проведене скринінгове анкетування і тестування на ТБ осіб трьох визначених категорій, які на момент проведення дослідження:

- мали лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мали клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребували госпіталізації;



- мали тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і були госпіталізовані до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану;
- перехворіли на COVID-19 і мали постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК.

Проведення опитування і тестування відбувалися в областях із великою кількістю пацієнтів із ТБ, що репрезентують різні частини країни. З вибірки виключені області, які перенасичені дослідженнями у сфері ТБ.

До реалізації механізму доступу до цільової аудиторії кількісного компонента були залучені лікарі загальної практики / сімейні лікарі ЦПМСД та лікарі ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Усі вони мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику, лікування.

Скринінгове анкетування стосовно чинників ризику і симптомів, що можуть свідчити про ТБ, та обстеження на ТБ (проведення РОГК і якісний збір мокротиння) представників цільової аудиторії в межах кількісного компонента дослідження проводив медичний персонал ЗОЗ методом face-to-face.

1.3. Вибірка дослідження

Цільові групи дослідження

Якісний компонент:

- національні та регіональні експертні особи у сфері надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 (сімейні лікарі, фтизіатри, пульмонологи та/або інфекціоністи);
- пацієнти, залучені до кількісного компонента дослідження.

Кількісний компонент:

- особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації (кашель більше 2-х тижнів, кровохаркання, підвищену втомлюваність і слабкість, підвищену пітливість, особливо вночі, зменшення ваги тіла з невизначених причин, підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C), задишку при незначному фізичному навантаженні, біль у грудній клітці);
- особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану відповідно до галузевого стандарту у сфері охорони здоров'я;
- особи, які перехворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК.

Таблиця 1



Критерії включення та виключення респондентів у дослідження

Компоненти	Цільова група	Критерії включення	Критерії виключення
Якісний компонент дослідження	Експерти регіонального рівня у сфері надання послуг ТБ та/або COVID-19	<ul style="list-style-type: none">• спеціалізація за фахом «Загальна практика — сімейна медицина» або «Фтизіатрія», або «Внутрішні хвороби», або «Пульмонологія», або «Інфекційні хвороби»;• експерт регіонального рівня у сфері протидії ТБ та/або COVID-19;• досвід роботи за фахом не менше 3 років;• досвід роботи з людьми, які мають захворювання на ТБ та/або COVID-19;• письмова інформована згода на участь у дослідженні	<ul style="list-style-type: none">• досвід роботи за фахом у сфері протидії ТБ та/або COVID-19 на регіональному рівні менше 3 років;• відмова надати письмову інформовану згоду на участь у дослідженні <p><i>Виняток:</i> допускається усна інформована згода, підтверджена підписом інтерв'юера, при проведенні інтерв'ю в режимі онлайн, наприклад у зв'язку з небезпекою, пов'язаною з воєнними діями</p>
	Експерти національного рівня у сфері надання послуг ТБ та/або COVID-19	<ul style="list-style-type: none">• провідні експерти у сфері ТБ та/або COVID-19, які, зокрема, займаються формуванням політики, розробкою нормативної бази тощо;• експерт національного рівня у сфері протидії ТБ та/або COVID-19;• досвід роботи у сфері протидії ТБ та/або COVID-19 на національному рівні не менше 3 років;• письмова інформована згода на участь у дослідженні	<ul style="list-style-type: none">• досвід роботи у сфері протидії ТБ та/або COVID-19 на національному рівні менше 3 років;• відмова надати письмову інформовану згоду на участь у дослідженні <p><i>Виняток:</i> допускається усна інформована згода, підтверджена підписом інтерв'юера, при проведенні інтерв'ю в режимі онлайн, наприклад у зв'язку з небезпекою, пов'язаною з воєнними діями</p>
	Пацієнти, залучені до кількісного компонента дослідження		<ul style="list-style-type: none">• вік респондентів від 18 років на момент дослідження;• участь у всіх зазначених складових кількісного компонента дослідження



		(скринінговому анкетуванні, обстеженні мокротиння та РОГК); • письмова інформована згода на участь у якісному компоненті дослідження	(скринінгового анкетування, обстеження мокротиння або РОГК); • відмова надати письмову інформовану згоду на участь у якісному компоненті дослідження
Кількісний компонент дослідження	Особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації (кашель більше 2-х тижнів, кровохаркання, підвищену втомлюваність і слабкість, підвищену пітливість, особливо вночі, зменшення ваги тіла з невизначених причин, підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C), задишку при незначному фізичному навантаженні, біль у грудній клітці)	• вік респондентів від 18 років на момент дослідження; • письмова інформована згода на участь у всіх зазначених складових дослідження (скринінговому анкетуванні, обстеженні мокротиння та РОГК)	• вік респондентів до 18 років на момент дослідження; • відмова надати письмову інформовану згоду на участь у дослідженні; • відмова хоча б від однієї зі складових дослідження (скринінгового анкетування, обстеження мокротиння або РОГК)
	Особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану		
	Особи, які перехворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК		



Проведення опитування цільових груп дослідження за якісним та кількісним компонентами відбувалось у вибіркових областях. Вибіркове завдання було розраховано для кожної області окремо. Формування вибірки відбувалось з використанням підходу, за якого кожна область розглядається як окремий кластер.

Географія обох компонентів дослідження охоплювала 5 областей України та м. Київ:

1. Запорізьку;
2. Івано-Франківську;
3. Львівську;
4. Одеську;
5. Харківську;
6. м. Київ.

Реалізація вибірки якісного компонента дослідження

Реалізація вибірки респондентів глибинних інтерв'ю з національними та регіональними експертами у сфері надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19

Під час проведення глибинних інтерв'ю з національними та регіональними експертами у сфері надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 був реалізований запланований об'єм вибіркової сукупності у повному обсязі: проведено 4 глибинних інтерв'ю з експертами національного рівня та 24 глибинних інтерв'ю з експертами регіонального рівня. Кількість відмов: експерти регіонального рівня — 0 осіб, експерти національного рівня — 0 осіб.

Інтерв'ю з респондентами проводилось відповідно до заздалегідь розробленого та затвердженого опитувальника. Середня тривалість глибинних інтерв'ю становила 40–60 хвилин.

Під час рекрутингу та опитування інтерв'юери дотримувались розподілу респондентів, який надав Замовник.

Таблиця 2

Розподіл респондентів глибинних інтерв'ю експертів-лікарів

№	Область	Обсяг вибірки	
		Експерти національного рівня	Експерти регіонального рівня
1	Запорізька	0	4



2	Івано-Франківська	0	4
3	Львівська	0	4
4	Одеська	0	4
5	Харківська	0	4
6	м. Київ	4	4
Всього за рівнями		4	24
Всього		28	

**Реалізація вибірки респондентів глибинних інтерв'ю
з пацієнтами визначених категорій щодо впливу COVID-19
на надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 у ЗОЗ,
у яких вони отримували діагностику і лікування**

Під час реалізації польового етапу дослідження Замовник і Виконавець спільно прийняли рішення залучити до якісного компонента частину пацієнтів, які беруть участь у кількісному компоненті дослідження. Відповідно, було розроблено й узгоджено із Замовником ґайд для проведення глибинних інтерв'ю з пацієнтами в межах якісного компонента дослідження. Інтерв'ю з респондентами проводилось відповідно до розробленого опитувальника.

Процедуру доступу до цільової групи експертів-пацієнтів якісного компонента дослідження було реалізовано таким чином:

- перевірка медичними працівниками та регіональними інтерв'юерами участі пацієнтів трьох визначених груп у всіх складових кількісного компонента — скринінговому анкетуванні стосовно чинників ризику та симптомів, що можуть свідчити про ТБ, і обстеженні на ТБ (рентгенологічному обстеженні грудної клітки та якісному зборі мокротиння);
- отримання медичними працівниками попередньої усної інформованої згоди від пацієнтів щодо готовності та погодження на подальшу участь у глибинному інтерв'ю якісного компонента дослідження;
- формування медичними працівниками переліку пацієнтів — потенційних учасників глибинних інтерв'ю;
- передача контактів пацієнтів — потенційних учасників якісного компонента дослідження, які дали попередню згоду на участь у глибинному інтерв'ю, регіональним



інтерв'юерам зі збереженням конфіденційності (тільки контактний номер та ім'я респондента);

- встановлення регіональними організаторами попередніх контактів із пацієнтами — потенційними учасниками якісного компонента дослідження з метою інформування про дослідження та повторного отримання попередньої згоди на участь у глибокому інтерв'ю та отримання дозволу на надання контактів інтерв'юерам;
- встановлення регіональними інтерв'юерами контакту з пацієнтами — потенційним учасниками якісного компонента дослідження та домовленість із ними про дату, місце, час проведення глибокого інтерв'ю. У разі відмови респондентів регіональні координатори шукали іншого респондента за відповідними характеристиками;
- проведення глибоких інтерв'ю з пацієнтами із використанням аудіозапису, який здійснювався за попередньої згоди респондента;
- здійснення розшифровки і транскрибування аудіозаписів глибоких інтерв'ю з пацієнтами.

Запланований об'єм вибіркової сукупності був реалізований у повному обсязі: проведено 28 глибоких інтерв'ю з пацієнтами. Середня тривалість глибоких інтерв'ю становила 20–30 хвилин. Від усіх учасників якісного компонента дослідження було отримано письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Конфіденційність персональних даних була дотримана. Кожен учасник якісного компонента дослідження отримав грошову компенсацію за витрачений час.

Під час рекрутингу та опитування інтерв'юери дотримувались розподілу респондентів, який надав Замовник.

Таблиця 3

Розподіл респондентів глибоких інтерв'ю експертів-пацієнтів

№	Область	Обсяг вибірки		
		Особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації	Особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до 303 у зв'язку з тяжкістю стану	Особи, які переохворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК
1	Запорізька	1	1	1
2	Івано-Франківська	2	1	1



3	Львівська	3	1	1
4	Одеська	3	1	1
5	Харківська	2	1	1
6	м. Київ	4	2	1
Всього за групою пацієнтів		15	7	6
Всього		28		

Якісні дані з глибинних інтерв'ю транскрибовані з цифрових записів і перенесені у файли у форматах .docx та .pdf. Транскрибування аудіозаписів відбувалось майже синхронно з проведенням інтерв'ю і на термін проведення якісного компонента не впливало. Транскрибування аудіозаписів відбувалось відповідно до почутого. Після транскрибування аудіозаписи знищено.

Кількість і причини відмов. Загальна кількість відмов під час реалізації якісного компонента дослідження становила 20%. Основною причиною відмов від участі в інтерв'ю було невідповідальне ставлення респондентів. Після попередньої домовленості щодо проведення інтерв'ю деякі респонденти скасовували інтерв'ю в останній момент, не відповідали на телефонні дзвінки, не приходили на зустріч. Декілька пацієнтів із діагнозом ТБ відмовились від спілкування через страх порушення конфіденційності та небажання говорити про свою хворобу.

Реалізація вибірки кількісного компонента дослідження

У межах кількісного компонента дослідження було здійснено обстеження на ТБ, а саме: проведене скринінгове анкетування пацієнтів стосовно чинників ризику та симптомів, що можуть свідчити про ТБ, перенаправлення пацієнтів на рентгенологічне обстеження грудної клітки та перенаправлення пацієнтів на якісний збір мокротиння.

Цільові групи:

- I. Особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації (кашель більше 2-х тижнів, кровохаркання, підвищену втомлюваність і слабкість, підвищену пітливість, особливо вночі, зменшення ваги тіла з невизначених причин, підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C), задишку при незначному фізичному навантаженні, біль у грудній клітці);
- II. Особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану відповідно до галузевого стандарту у сфері охорони здоров'я;



- III. Особи, які перехворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК.

У першій цільовій групі був запланований об'єм вибіркової сукупності 100 пацієнтів. Реалізований об'єм вибіркової сукупності становив 68 пацієнтів.

Таблиця 4

Розподіл вибірки респондентів першої цільової групи кількісного компонента

№	Область	Запланований об'єм вибіркової сукупності	Реалізований об'єм вибіркової сукупності
1	Запорізька	10	8
2	Івано-Франківська	12	4
3	Львівська	18	9
4	Одеська	18	17
5	Харківська	12	12
6	м. Київ	30	18
Всього		100	68

У другій цільовій групі був запланований об'єм вибіркової сукупності 70 пацієнтів. Реалізований об'єм вибіркової сукупності становив 54 пацієнти.

Таблиця 5

Розподіл вибірки респондентів другої цільової групи кількісного компонента

№	Область	Запланований обсяг вибірки	Фактичний обсяг вибірки
1	Запорізька	6	6
2	Івано-Франківська	12	11
3	Львівська	12	9
4	Одеська	12	6
5	Харківська	14	14
6	м. Київ	14	8



Всього	70	54
--------	----	----

У третій цільовій групі був запланований об'єм вибіркової сукупності 30 пацієнтів. Реалізований об'єм вибіркової сукупності становив 23 пацієнти.

Таблиця 6

Розподіл вибірки респондентів третьої цільової групи кількісного компонента

№	Область	Запланований обсяг вибірки	Фактичний обсяг вибірки
1	Запорізька	2	2
2	Івано-Франківська	4	2
3	Львівська	6	3
4	Одеська	5	3
5	Харківська	6	6
6	м. Київ	7	7
Всього		30	23

Кількість і причини відмов. Загальна кількість відмов під час реалізації кількісного компонента дослідження сягнула 50%. Причини відмов: під час проведення польового етапу переважна більшість пацієнтів переносили COVID-19 у легкій формі та мали незначні клінічні прояви захворювання / скарги, тому відсоток відмов від проходження обстеження на ТБ був дуже високим. Багато пацієнтів давали згоду на участь у дослідженні, але не проходили повністю маршрут пацієнта, відмовлялись від участі в дослідженні на початку.

1.4. Етичні засади дослідження

Збір, зберігання та аналіз даних дослідження базувались на дотриманні етичних стандартів і захисті прав учасників дослідження на добровільність, анонімність і конфіденційність. Інтерв'юери перед початком роботи підписали зобов'язання дотримуватись правил рекрутингу та опитування респондентів, а також нерозголошення статусу респондента. До участі в дослідженні запрошувались респонденти віком від 18 років. Опитувальники дослідження не містили імен, адрес або інших контактних даних респондентів.

Добровільна участь у дослідженні

Усі учасники дослідження були поінформовані про те, що їхня участь у дослідженні є суто добровільною, що вони мають право в будь-який момент відмовитися від подальшої участі в



дослідженні. Після відмови від участі в інтерв'ю / опитуванні записи / опитувальники з відповідями респондентів були знищені та не використовувались під час подальшого аналізу.

Дослідники мали право відмовляти учасникам в участі в дослідженні, якщо:

- учасник не відповідає критеріям включення в дослідження;
- учасник перебуває під впливом алкогольних та/або наркотичних речовин;
- поведінка учасника агресивна або він / вона порушує правила проведення інтерв'ю / опитування (ображає інтерв'юера / медичного працівника, не слухає запитань, нецензурно висловлюється тощо);
- учасник у межах кількісного компонента дослідження відмовляється від однієї зі складових дослідження (скринінгового анкетування, обстеження мокротиння або РОГК);
- учасник у межах якісного компонента дослідження пропускає більшість запитань або через інші причини дає загальні відповіді, які не можна в подальшому трактувати як експертні.

Забезпечення анонімності та конфіденційності

Усі дані дослідження зберігалися з дотриманням необхідних принципів конфіденційності. Доступ до матеріалів дослідження мали лише члени дослідницької команди. Усі члени дослідницької команди, регіональні координатори, інтерв'юери та медичні працівники, які брали участь у реалізації дослідження, перед його початком в обов'язковому порядку підписали угоду про використання даних і конфіденційність. Опитувальники не містили жодної інформації, за якою можна ідентифікувати учасника якісного або кількісного компонентів. Інтерв'ю / опитування та тестування проводилися методом віч-на-віч, і ніхто, окрім інтерв'юера / медичного працівника та респондента, не був при цьому присутній.

Регіональний координатор отримував тексти та аудіозаписи інтерв'ю з експертами якісного компонента дослідження, закодовані відповідним чином номерами учасників, які формувалися з коду типу експерта і порядкового номера інтерв'ю, розподіленого за областями дослідження (Таблиця 7).

Таблиця 7

Розподіл кодів експертів у межах якісного компонента дослідження

№	Область	Національні експерти	Регіональні експерти
1	Запорізька	–	P1–P4
2	Івано-Франківська	–	P5–P8
3	Львівська	–	P9–P12
4	Одеська	–	P13–P16



5	Харківська	–	P17–P20
6	м. Київ	H1–H4	P21–P24

Також у межах якісного компонента дослідження регіональний координатор отримував тексти та аудіозаписи інтерв'ю пацієнтів, закодовані відповідним чином номерами учасників, які формувалися з коду типу пацієнта і порядкового номера інтерв'ю, розподіленого за областями дослідження (Таблиця 8).

Таблиця 8

Розподіл кодів пацієнтів у межах якісного компонента дослідження

№	Область	Особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації	Особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану	Особи, які переохворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК
1	Запорізька	ЯС1	ЯГ1	ЯП1
2	Івано-Франківська	ЯС2–ЯС3	ЯГ2	ЯП2
3	Львівська	ЯС4–ЯС6	ЯГ3	ЯП3
4	Одеська	ЯС7–ЯС9	ЯГ4	ЯП4
5	Харківська	ЯС10–ЯС11	ЯГ5	ЯП5
6	м. Київ	ЯС12–ЯС15	ЯГ6–ЯГ7	ЯП6

У межах кількісного компонента дослідження респонденти були закодовані відповідним чином номерами, які формувалися з коду типу пацієнта (відповідно до визначених груп) і порядкового номера респондента, розподіленого за областями дослідження (Таблиця 9).

Таблиця 9

Розподіл кодів пацієнтів у межах кількісного компонента дослідження

№	Область	Особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації	Особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану	Особи, які переохворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК
1	Запорізька	С1–С10	Г1–Г6	П1–П2
2	Івано-Франківська	С11–С22	Г7–Г18	П3–П6



3	Львівська	C23–C40	Г19–Г30	П7–П12
4	Одеська	C41–C58	Г31–Г42	П13–П17
5	Харківська	C59–C70	Г43–Г56	П18–П23
6	м. Київ	C71–C100	Г57–Г70	П24–П30

Результати дослідження в аналітичному звіті представлені в узагальненому вигляді, без зазначення імен респондентів і місць їхнього проживання.

Інформована згода

Перед початком опитування всі учасники дослідження — національні та регіональні експерти і пацієнти якісного компонента дослідження, визначені групи пацієнтів кількісного компонента дослідження — підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. Інтерв'юер (у межах якісного компонента) і медичний працівник (у межах кількісного компонента) пропонували кожному учаснику самостійно прочитати інформовану згоду або ж інтерв'юер / медичний працівник зачитували її учаснику вголос. Перед отриманням інформованої згоди інтерв'юер / медичний працівник кожного разу переконувались, що потенційний учасник відповідає критеріям включення, і підтверджували розуміння рекрутованим учасником умов участі в дослідженні, а також обговорювали з ним усі питання, якщо такі виникали після прочитання чи прослуховування інформованої згоди.

Учасникам надавались усі відповіді та роз'яснення щодо всіх питань, які в них виникали. Письмова інформована згода була анонімною заради забезпечення максимального рівня конфіденційності. Якщо учасник дослідження, який підпадав під критерії дослідження, погоджувався взяти в ньому участь, він підписував 2 екземпляри інформованої згоди, один із яких передавався представнику польової команди, а другий залишався в респондента.

Під час глибинних інтерв'ю в межах якісного компонента дослідження, які проводились в режимі онлайн у зв'язку з небезпекою, пов'язаною з воєнними діями, інтерв'юер зачитував учаснику текст інформованої згоди після того, як потенційний учасник погоджувався взяти участь у дослідженні, отримував усну інформовану згоду, яку підтверджував власним підписом. Якщо респондент не був у змозі надати інформовану згоду в усіх інших випадках, він не допускався до участі в дослідженні.

Ризики та переваги для учасників

Участь у дослідженні передбачала мінімальні ризики, пов'язані з можливим витоком конфіденційної інформації, а також дискомфортом чи ризиками при проведенні обстеження на ТБ. Наприклад, при проведенні збору мокротиння існували такі мінімальні ризики: якщо пацієнт збирав мокротиння вдома, відповідальна особа пояснювала всі ризики цієї процедури та рекомендувала, аби збір мокротиння проходив на відкритому повітрі або в окремому приміщенні перед відкритим вікном, без присутності інших людей; заборонялося проводити процедуру індукції мокротиння в приміщеннях, що не обладнані механічною вентиляцією. За



таких умов рекомендовано проводити процедуру на відкритому повітрі (спеціально відведеному майданчику).

При проведенні рентгенологічного обстеження грудної клітки існували такі мінімальні ризики: опромінювання, яке отримував респондент під час рентгенологічного обстеження, проте воно є несуттєвим і не могло завдати шкоди здоров'ю, адже в організмі діє ефективний механізм відновлення пошкоджень, спричинених впливом низьких доз радіації, тому ризик мутацій та інших негативних наслідків для здоров'я мінімальний; тільки за перевищення допустимого порогу опромінення організму людини може бути завдана шкода, проте переваги цього методу діагностики вищі за можливі ризики. Не рекомендовано робити рентген за таких станів: вагітність, відкритий пневмоторакс і кровотечі, порушення психіки пацієнта. У всіх інших випадках рентгенографія можлива.

Усі ризики були мінімізовані за допомогою відповідних процедур захисту конфіденційної інформації, що описані нижче. Переваги від участі в цьому дослідженні були вищими за ризики. Усім учасникам дослідження повідомлено контактні дані менеджера дослідження для того, щоб вони мали змогу звернутись із будь-якими запитаннями стосовно методології дослідження. Крім того, респондентам дослідження повідомлено контактні дані Комісії з питань етики ЦГЗ для можливого звернення, якщо вони вважатимуть, що їхні права як учасників дослідження були порушені.

У межах дослідження проводився попередній рекрутинг учасників представниками медичного персоналу, залученими до виконання дослідження. Для унеможливлення ризику порушення конфіденційності особистої інформації респондентів доступ до імен і контактів мали винятково інтерв'юери та регіональні координатори дослідження. Масив даних містив лише кодові номери респондентів.

Участь у дослідженні передбачала отримання прямих переваг учасниками — респонденти кількісного компонента отримували результати тестування на ТБ. Результати дослідження мають високу соціальну значимість для оцінки впливу та наслідків від COVID-19 для досягнення глобальних цілей подолання ТБ в Україні. Тож дослідження буде використане для розробки подальших кроків, спрямованих на подолання ТБ в Україні. На всіх етапах дослідження і для всіх учасників були дотримані всі принципи конфіденційності.

Компенсація

За участь у якісному та кількісному компонентах дослідження учасникам, які дали письмову інформовану згоду щодо участі в дослідженні (зокрема й усну інформовану згоду учасників якісного компонента дослідження в разі небезпеки, пов'язаної з військовими діями), надавалась компенсація в грошовому еквіваленті. Компенсація за участь у кількісному компоненті дослідження всім визначеним групам пацієнтів становила 100 грн готівкою або банківським переказом на особисту картку учасника. Компенсація за участь у якісному компоненті дослідження національним і регіональним експертам у якісному компоненті становила 800 грн готівкою або банківським переказом на особисту картку учасника. Пацієнтам, які погодились на участь у якісному компоненті, компенсувались 700 грн готівкою або банківським переказом на їхню особисту картку.



У межах дослідження не було жодних додаткових грошових витрат із боку учасників. Компенсація респондентам виплачувалась відразу після завершення участі в дослідженні: для учасників кількісного компонента дослідження — за умови участі у всіх складових дослідження (скринінгового анкетування, здачі мокротиння та рентгенологічного обстеження грудної клітки) одразу після їх завершення; для учасників якісного компонента дослідження — за умови участі в глибинному інтерв'ю та надання відповідей на всі або більшість запитань одразу після завершення глибинного інтерв'ю.

У разі невідповідності критеріям включення в дослідження або неповного проходження інтерв'ю чи всіх складових дослідження компенсація не виплачувалась, про що респонденти були попереджені до початку участі в дослідженні. Винагорода за участь не була платою за інтерв'ю чи купівлею відповідей, а є виключно символічною компенсацією за витрачений час респондента задля участі в дослідженні. Виплата фіксувалась у «Журналі видачі компенсації учасникам дослідження».

Якщо в межах якісного компонента дослідження інтерв'ю проводилися онлайн, учасника ознайомлювали з текстом інформованої згоди, а виплата винагороди здійснювалась за допомогою банківського переказу на особисту картку учасника. У такому разі підпис учасника у формі фіксації компенсації не був потрібен, а інтерв'юер указував на безготівкову видачу компенсації та прикріплював до форми фіксації компенсації документ, який підтверджував переказ коштів (банківський чек).

Збереження інформації

Паперові опитувальники після завершення польового етапу дослідження зберігаються в офісі ЦГЗ в спеціально призначених для цього шафах, які закриваються на замок. Дані та матеріали в електронній формі зберігаються в спеціально призначених для цього папках на захищеному хмарному сховищі. Доступ до відповідних приміщень і папок хмарного сховища мають лише вповноважені фахівці, залучені до дослідження. Аудіозаписи глибинних інтерв'ю були переведені в паперовий формат і разом із текстами передані ЦГЗ. Через три роки після закінчення дослідження паперова документація та аудіозаписи будуть знищені.

Усунення непередбачуваних обставин

Якщо під час дослідження виникали непередбачувані обставини, інтерв'юери зв'язувались із регіональним координатором для повідомлення всіх деталей та отримання подальших інструкцій. Усі непередбачувані проблеми / небажані явища були задокументовані та негайно повідомлені менеджеру дослідження від ЦГЗ. Ці непередбачувані проблеми / небажані явища були обговорені та був вироблений усний чи письмовий план вирішення проблеми.

Для захисту персональних даних і для попередження виникнення ризиків їх втрати був реалізований такий алгоритм дій.

- Весь персонал дослідження пройшов навчання, зокрема з процедур захисту конфіденційності учасників. Весь персонал, що працював з інформацією про учасників дослідження, підписав угоду про використання даних і конфіденційність. Для захисту конфіденційності жодні паперові та електронні форми не містили імен чи іншої



інформації, яка дає змогу ідентифікувати учасників, і були пов'язані лише ідентифікаційним номером дослідження.

- Дані дослідження зберігаються з дотриманням усіх принципів конфіденційності.
- Результати дослідження представлені в аналітичному звіті в узагальненому вигляді, без зазначення імен респондентів і місць їхнього проживання.
- Інструментарій і протокол дослідження отримали схвальний висновок Комісії з питань етики ЦГЗ, який означає, що це дослідження проведене в межах етичних принципів та з дотриманням прав людини.

З огляду на те, що дослідження проводилось в умовах воєнного стану та (на початковому етапі) в умовах карантину у зв'язку з пандемією COVID-19, були задіяні додаткові заходи для забезпечення безпеки дослідницької команди під час збору даних.

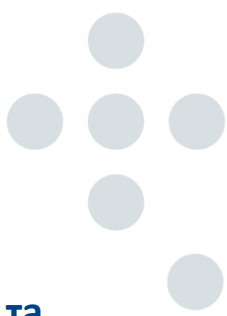
Коли під час проведення якісного чи кількісного компонентів дослідження звучав сигнал повітряної тривоги, члени дослідницької команди переходили в укриття, розташування якого з'ясувалось перед тим, як вирушати в ЗОЗ або на зустріч для проведення глибоких інтерв'ю. Проводячи інтерв'ю онлайн, інтерв'юери дотримувались аналогічної інструкції та перебували в безпечному місці. При безпосередньому контакті з респондентами інтерв'юери / медичні працівники використовували засоби індивідуального захисту. Менеджер дослідження від ТОВ «Оперативна соціологія» організував і провів необхідний інструктаж регіональним організаторам та інтерв'юерам дослідницької команди щодо користування засобами індивідуального захисту та дотримання правил особистої безпеки при сигналі повітряної тривоги.

1.5. Обмеження дослідження

1. При встановленні попереднього контакту із ЗОЗ, які мали бути потенційно залученими до дослідження, деякі заклади не були поінформовані обласними департаментами охорони здоров'я про сприяння у реалізації дослідження та відмовлялись співпрацювати, що, в свою чергу, затримувало встановлення домовленостей та початок збору даних. Відповідно, була потреба повторно надсилати листи-підтримки напряму до ЗОЗ та залучати ЦГЗ для сприяння у вирішенні цього питання.
2. Відсутність пацієнтів була однією з основних проблем та обмежень дослідження. Кількість хворих на COVID-19, які звертались до ЗОЗ, була дуже низькою, у багатьох ЗОЗ по декілька тижнів не було жодного пацієнта у розподілі по групам пацієнтів, які підпадали під критерії включення у дослідження. Відповідно до цього, у процесі реалізації вибіркового завдання значно сповільнився темп набору пацієнтів, що врешті призвело до рішення зменшити вибіркоче завдання кількісного компоненту.
3. Після 1 липня 2023 року, коли ВООЗ скасувала статус пандемії COVID-19, лікарі майже перестали тестувати хворих на COVID-19, а лікували навіть можливих COVID-пацієнтів як хворих на гострі респіраторні захворювання.



4. Відсутність зацікавленості лікарів теж була однією з проблем, що постала під час збору даних. Через те, залученість медичного персоналу до дослідження потребувала додаткового навантаження, контактні особи — лікарі дуже неохоче виконували його. З огляду на це, була необхідність в заміні контактних осіб, тобто медичних працівників, під час дослідження.
5. Кожна відповідальна особа від ЗОЗ отримала повний інструктаж, як саме треба заповнювати форми збору даних дослідження, але багато хто з них нехтували вимогами й заповнювали, як було зручніше та швидше, тому при підготовці масивів даних регіональні представники вимушені були постійно уточнювати інформацію.



Розділ 2. Аналіз глибинних інтерв'ю з національними та регіональними експертами у сфері надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 щодо кількості та якості протитуберкульозних послуг у ЗОЗ і впливу пандемії COVID-19 на ці послуги

2.1. Характеристика професійного досвіду національних і регіональних експертів

У межах реалізації якісного компонента дослідження були проведені глибинні інтерв'ю з національними та регіональними експертами у сфері надання послуг із протидії ТБ та COVID-19.

Загалом в інтерв'юванні взяли участь 28 респондентів — 4 національних і 24 регіональних експерти, що представляли Запорізьку, Івано-Франківську, Львівську, Одеську, Харківську області та місто Київ,

Метою глибинних інтерв'ю було з'ясувати, як пандемія COVID-19 вплинула на систему виявлення випадків інфікування на ТБ і послуги з лікування хворих.

Національними експертами в нашому дослідженні стали чотири фахівчині з різним досвідом надання протитуберкульозних послуг:

- перша експертка є фахівцем у програмах ТБ в Міжнародному благодійному фонді «Альянс громадського здоров'я»;
- друга експертка є фахівцем у команді управління та протидії ТБ Центру громадського здоров'я МОЗ України;
- третя експертка з протидії ТБ Центру громадського здоров'я МОЗ України;
- четверта експертка є представником «TB People Ukraine».

Більшість **регіональних експертів**, яких ми опитали, мають значний досвід у сфері надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19. До інтерв'ю були залучені 4 фахівці та 20 фахівчинь із загальним стажем роботи в системі охорони здоров'я від 3 до 38 років, із яких стаж у сфері протидії ТБ варіюється від 7 до 38 років, а у сфері протидії COVID-19 — від 5–6 місяців до 4 років. Серед опитаних були представники закладів первинної та вторинної ланок медичної допомоги: 3 сімейні лікарі та 7 сімейних лікарів, 2 лікарки-терапевтки, 7 лікарів-фтизіатрів та 1 лікар-фтизіатр, 3 лікарки-пульмонологи та 1 лікарка-інфекціоністка.

Аналіз інформації, отриманої в процесі проведення глибинних інтерв'ю, надав змогу зробити узагальнення, викладені в наступних підрозділах.





2.2. Загальна характеристика досвіду надання протитуберкульозних медичних послуг в Україні до початку пандемії COVID-19 (до березня 2020 року)

Національні експерти під час глибоких інтерв'ю зазначили такі успіхи в роботі системи надання протитуберкульозних медичних послуг в Україні до початку пандемії COVID-19 (до березня 2020 року):

- ситуація у сфері боротьби з ТБ у країні покращилась за 5 років до пандемії, спостерігалась динаміка зменшення показників захворюваності та смертності від ТБ, і якби не COVID-19 та війна, було б цілком реально досягти стратегічної мети, зазначеної у стратегії ВООЗ — покінчити з ТБ до 2035 року;
- до пандемії в Україні успішно впроваджувались нові режими лікування — коротші за тривалістю з використанням менш токсичних і більш ефективних препаратів, які сприяли збільшенню прихильності хворих до лікування: *«До пандемії були амбітні цілі швидше впроваджувати взагалі нові режими лікування, більш короткі, які б більше прихильності у людей викликали до лікування»* [Н2, 231–232];
- скорочувались терміни проходження обстеження, з'явився молекулярно-генетичний метод діагностування GeneXpert: *«Молекулярно-генетичний метод діагностики був і до пандемії... Да-да, він був до пандемії. Тобто це успіх був, це прорив у діагностиці ТБ, це такий вагомий прорив був, тому що діагностували не тільки ТБ, а й чутливість до протитуберкульозних препаратів зразу»* [Н3, 514–517];
- у період до пандемії до 50% виявлення ТБ відбувалось під час флюорографії в межах профілактичних оглядів, що було високим показником: *«У нас десь 50% виявлення ТБ проходило при профілактичних флюорографічних оглядах на той час. Це показник, до якого ще стремиться і стремиться другим странам, тому що в усіх рекомендаціях написано: основне виявлення іде по зверненню, по симптоматиці»* [Н1, 837–841, 872–877];
- одночасно в країні актуальною залишалась проблема недовиявлення ТБ: *«Я думаю, щоб розуміти, що статистика зменшується, треба розуміти, що ми знайшли всіх людей, які уражені ТБ, а ми цього не зробили, і в нас фіксується недовиявлення. Тому казати про зменшення при існуючому факторі недовиявлення також є некоректним і неправильним»* [Н4, 298–300];
- покращувались показники боротьби із захворюваністю на ТБ в регіонах (експертки наводили приклади Одеської та Херсонської областей);
- були створені Національна та регіональні координаційні ради з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції / СНІДу: *«У Херсоні була, активно працювала ця координаційна рада, і в них були і районні координаційні ради... до пандемії були вони створені, десь у 2000-х роках, у 2004... Взагалі це була вимога, коли заходила міжнародна допомога*



Глобального фонду, і для координації заходів, які фінансує Глобальний фонд, була вимога створити координаційні ради. А потім ми створили на національному рівні, і звичайно, бачили, наскільки це ефективно і на регіональних рівнях, і аж до нижчого рівня» [Н3, 409–410, 414, 416–419];

- в Україні ставали доступними світові інновації для діагностики, лікування і супроводу людей, хворих на ТБ, були зроблені значні кроки для підвищення людиноорієнтованості послуг: *«Успіхи — це те, що в Україні доступні всі інновації, які можливі для лікування і супроводу ТБ, і для нашого регіону СЕЦА [Східна Європа, Центральна Азія], в Україні, мені здається, найякісніша і найкомплексніша політика послуг лікування і супроводу» [Н4, 303–305];*
- з'явилась тенденція формування державної політики протидії ТБ.

Характеризуючи проблеми допандемійного періоду, національні експертки говорили про недостатність державного фінансування, а також відставання України від передового світового досвіду в питаннях людиноорієнтованості та захисту прав пацієнтів:

«У нас зараз залишається перспектива, якщо буде політична воля, достатньо фінансування і механізми моніторингу і відповідальності... Для цього не потрібні зовнішні виклики, пандемія, війна — для цього має бути найвищий пріоритет подолання ТБ. І це все можливо, тому що в Україні для цього всього все є. Є досить сильне підґрунтя для виконання цих цілей. Немає політичної волі, її не було і до пандемії, окрім Міністерства охорони здоров'я, немає достатнього фінансування, і його не було і до пандемії...» [Н4, 284–285, 287–290].

За словами **регіональних експертів**, у закладах первинної медичної допомоги до пандемії проводились скринінгові опитування для виявлення ТБ, давались направлення для проведення РОГК чи КТ легень або органів грудної клітки. Пацієнтів, у яких виявляли ознаки ТБ, спрямовували до протитуберкульозних диспансерів.

Одна з експерток, лікарка-фтизіатр зазначила, що перед початком пандемії в закладах первинної ланки медичної допомоги існував тільки пакет (договір про послуги з НСЗУ) на діагностику ТБ. На той час у складі їхнього закладу та загалом у місті Львові не було фтизіатрів у первинній медичній ланці, тож пацієнти з підозрою на ТБ для подальшого обстеження й лікування спрямовувались до окремої фтизіатричної служби:

«До початку пандемії був пакет на діагностику ТБ на первинній медичній ланці, і до початку пандемії фтизіатра в складі нашого закладу і взагалі закладів міста Львова, первинної медичної ланки, не було, тому що існувала окрема фтизіатрична служба, куди перенаправляла первинна медична допомога пацієнтів на дообстеження, на другий рівень надання допомоги... На сьогоднішній день заклади, протиТБні диспансери по Львову, Львівській області та по Україні ліквідовані, і фтизіатри



влаштовані на первинну медичну, в поліклінічні заклади міста Львова в ТМО і співпрацюють з первинкою» [P12, лікарка-фтизіатр, 82–85, 87–89].

Характеризуючи ситуацію з наданням протитуберкульозних послуг, більшість регіональних експертів наголошували на тому, що обсяг і перелік послуг із доковідного періоду дотепер майже не змінились у закладах і первинної, і вторинної ланок медичної допомоги, тобто ті послуги, які надавались раніше, надаються й зараз:

«Так, список послуг обстеження пацієнтів. Він такий, як був, так і залишився. Флюорографічне обстеження як було, так і є, на аналізи також харкотиння здавали, тобто все, що було, все є» [P10, сімейна лікарка, 108–109];

«Они [послуги до пандемії та зараз] остались одинаковые, без изменений» [P13, сімейний лікар, 161];

«Цей самий набір [як і зараз]. У нас GeneXpert встановили близько п'яти років тому, це було якраз ще до пандемії, і в нас GeneXpert обслуговує 5 районів» [P5, лікарка-інфекціоніст та терапевт, 38–39];

«До пандемії так само ми працювали на виявлення, лікування. Майже, будемо казати, однаково все відбувалося, тому що це не є якісь діагностичні ситуації, що виникли на протязі оцих останніх років, тобто 22–21 року. Практично ті ж методи діагностики і лікування. Можливо, трохи змінилися підходи, схеми лікування — це вже корекції теперішніх наказів Міністерства охорони здоров'я, які вийшли, відповідні вже коригуючі нюанси для фтизіатрів були, але організаційно тактика була практично майже однакова по фтизіатричній службі, фтизіатричному напрямку» [P6, лікарка-фтизіатр, 47–52];

«Послуги ми тоді надавали. Особливої, напевно, немає різниці між теперішнім часом, доковідним, і після ковіду чи під час ковіду. Все одно при ТБі нічого особливо не помінялось» [P11, лікарка-пульмонолог, 91–97].

Експерт із Запоріжжя, сімейний лікар, указав, що в його ЗОЗ наразі відсутня одна медична послуга — консультації лікаря-фтизіатра. Інші медичні послуги і можливості залишилися незмінними:

«Єдина послуга, яка була до ковіду, якої вже зараз немає, — це наявність лікаря-фтизіатра в самій нашій лікарні. Тобто зараз такого спеціаліста в нас немає. А так усе інше — нічого не змінилося» [P2, сімейний лікар, 19–20].

Слід зазначити, що порівняння доковідного та сучасного періодів було постійно присутнє в оцінках регіональних експертів і під час відповідей на наступні питання щодо ситуації в допандемійний період. Так, говорячи про достатність послуг, які надавали їхні ЗОЗ до пандемії, лікарі постійно проводили паралелі з актуальним станом:

«Достатнім [був перелік послуг, які надає ЗОЗ]... Дивіться, на первинному рівні для скринінгу і для постановки попереднього діагнозу цього достатньо. Якихось більше — квантиферонового тесту, наприклад, ПЛР, міко-тесту, — то це вже не потрібно



на первинному рівні, це вже більше спеціалізована допомога, це саме стосується ЕКТ. Для первинного рівня абсолютно достатньо, і по суті, коли ми підозрюємо ТБ, цих методів обстеження вистачає для того, щоб ми попередній діагноз виставили...» [P5, лікарка-інфекціоніст та терапевт, 41, 43–49];

«Враховуючи, що ми не маємо знов-таки підписаного пакету ведення пацієнтів з ТБ на первинній ланці, то наш обсяг послуг є достатнім, тому що в нас у закладі можна зробити високочутливий класний рентген, враховуючи якість обладнання, яка в нас є. Також люди, які не можуть зробити в нас у закладі, отримують електронне направлення туди, куди вони захочуть, в тому числі і фтизіатричний центр. Там з електронним направленням вони можуть зробити обстеження безкоштовно. То я рахую, що обсяг той, який зараз у нас є, то достатньо» [P8, лікарка-терапевт, 53–58].

Лікарка-пульмонолог із цього приводу зазначила, що на той час система функціонувала ефективно і була добре налагодженою. Пацієнтам надавався повний обсяг медичної допомоги: амбулаторна діагностика, стаціонарний діагностичний процес, і, в залежності від ситуації, їх направляли до фахівців, які забезпечать повний цикл догляду та лікування:

«Мені здається, що і зараз, і тоді — я за тоді буду говорити — в цілому все було достатньо налагоджено. Бо пацієнти були, якимось пацієнтам амбулаторно встановлювався діагноз там, де це було простіше. Там, де амбулаторно поставити діагноз було тяжче, там пацієнти проходили стаціонарний діагностичний процес. І потім ці пацієнти не пропадали з поля зору, бо вони всі скеровувались на лікування: хто до фтизіатра по місцю проживання, хто до фтизіатра в ОФПЦ, в стаціонарні заклади, стаціонарне відділення специфічного профілю — фтизіатричного. Деякі пацієнти від нас ішли на в хірургічне відділення. Наприклад, якщо виявлявся діагноз з туберкулами, то пацієнти переводилися на лікування в хірургічне відділення. Пацієнти були, скажем так, охоплені медичною допомогою, на мою думку, в повному достатньому об'ємі» [P7, лікарка-пульмонолог, 51–69].

Подібно ситуацію описала її колега з іншого регіону, зазначивши, що пульмонологи як тоді, так і зараз займалися пацієнтами до визначення остаточного діагнозу, після чого передавали їх на лікування фахівцям-фтизіатрам:

«Так [послуги були достатніми], бо ми тісно співпрацювали з Бердянським протиТБним диспансером, хворі з ТБ у нас не лікувалися в нашій медичній мережі, в міській лікарні. Тому наша була задача — виявити вчасно, якомога раніше, і скерувати до спеціаліста» [P4, лікарка-пульмонолог, 47–49].

Своєю чергою, інша експертка, лікарка-фтизіатр, рівень фтизіатричної допомоги до пандемії також оцінила як достатній:

«До ковіду в районах області у нас же функціонували ще тоді диспансери протиТБні, в нас дуже багато було диспансерів. Ми злились в сім протитуберкульозних диспансерів: 3 ТБні лікарні у нас і 4 санаторії ТБні. Тобто на той період всі, хто бажав, той міг отримати допомогу, і вона була доступною» [P20, лікарка-фтизіатр, 73–76].



Окремо експерти наголошували на високому рівні забезпечення галузевих стандартів у процесі обстеження на ТБ:

«Були у нас клінічні протоколи, маршрут пацієнта з підозрою на ТБ, була єдина на весь район та сусідні райони лабораторія, яка виявляла мікобактерії ТБ в мокротинні та в усіх рідинах методом ПЛР. Щоб ви розуміли, в Запоріжжі два таких місця і плюс одне в Бердянську на всю область. Тобто рівень у нас був достатньо високий і додати ще щось... Я вважаю, що в нас достатньо було для виявлення» [P4, лікарка-пульмонолог, 55–59].

Говорячи про достатність надання протитуберкульозних послуг до пандемії, лікарка-фтизіатр із Києва поряд зі спільними моментами зазначила й відмінності порівняно з теперішньою ситуацією, повідомивши, що до початку пандемії була доступнішою кур'єрська доставка матеріалів для дослідження:

«Ми надавали в повному обсязі і надаємо зараз у повному обсязі, але до пандемії ковіду більше була доступна кур'єрська доставка матеріалів, які збиралися для дослідження в умовах лабораторії Київського фтизіопульмонологічного центру» [P22, лікарка-фтизіатр, 59–61].

Отже, більшість регіональних експертів позитивно оцінили допандемійний рівень виявлення ТБ на своєму рівні спеціалізації та відповідно до наявних тоді можливостей:

«Мабуть, варто зазначити, що кожного року спектр послуг розширюється. Не можна сказати, що 2013 рік — це вже сьогодні, ми можемо говорити, що 2010, 2013 рік був неповноцінним, тому що ми знаємо, які маємо на сьогодні спектри обстеження. Тому на доковідний період той спектр обстеження, дослідження патологічного матеріалу, що ми мали, відповідає тому переліку препаратів, який існував у світі» [P20, лікарка-фтизіатр, 22–26].

У медичних закладах діяла і продовжує діяти СОП для надання послуг людям із підозрою на ТБ, покликана сприяти зниженню ризику поширення інфекції в приміщеннях закладу та запобіганню інфікування медичного персоналу:

«Усе, що ми повинні були робити, ми робили. У нас є стандартною операційною процедурою надання послуг людям з підозрою на ТБ, у нас є локальні СОПи. Яка мета? Зниження ризику поширення інфекційної [нерозбірливо] в приміщеннях закладу та попередження інфікування медичного персоналу. Нормативно-правова — це наказ МОЗ 280, він, мабуть, був до пандемії COVID-19. Там все написано, що нам потрібно робити, щоб була плідна робота, напрацьовано добре. Я вважаю, що наша робота була на достатньому рівні» [P23, сімейний лікар, 58–63].

Відповідаючи на питання про забезпечення процесу надання протитуберкульозних послуг усім необхідним, більшість експертів указали, що мали достатню кількість протитуберкульозних препаратів і перебоїв з їхнім забезпеченням не відбувалося:



«Так-так, ми були забезпечені в повному обсязі, ми в повному обсязі надавали медичну допомогу» [P20, лікарка-фтизіатр, 26–27];

«Частково ми закупали ці медикаменти за кошти закладу, частково нас забезпечував Центр громадського здоров'я, наш відділ по боротьбі з ТБ за кошти донорів, за кошти Глобального фонду. Тобто проблем із забезпеченням лікарськими засобами не було. Витратні матеріали теж у нас були для діагностики ТБ, для діагностики гепатитів. Витратні матеріали також забезпечувалися за бюджетні кошти» [P3, лікарка-фтизіатр, 73–77].

Лікар-фтизіатр із великим досвідом роботи зазначив, що недостатність медикаментів відчувалась у 90-их роках, проте нині, протягом останніх десятиліть, проблем із забезпеченням препаратів немає:

«Це, можливо, недостатня кількість медикаментів була десь в дев'яностих роках того століття, ще в період формування незалежності були такі моменти, але в дальнішому зараз ці останні роки, навіть десятки років, то препаратів є достатньо. Використовуємо найновіші препарати [нерозбірливо], приймаємо участь у так само всіх операційних дослідженнях, які проводяться у нас в Україні, з вивченням ефективності у цих коротких сил лікування хіміорезистентного ТБ. Тому що довготривалі терміни лікування, які застосовувалися в попередніх роках, це було 24 місяці, 18. Розумієте, що приймати ліки, і не один препарат, а декілька, мінімум 4–5 в день, зараз переважно це є таблетовані препарати, а в той період були ін'єкційні, 6–8 місяців отримувати ін'єкції, як ці вже [нерозбірливо], — для пацієнта було складно» [P6, лікар-фтизіатр, 191–199].

За твердженням іншої експертки, до початку пандемії певна складність полягала в узгодженні з протитуберкульозними службами та отриманні необхідних препаратів без втручання ЦЛКК та хіміорезистентного ТБ-консилиуму:

«Раніше був договір заключений між протиТБною службою та лікарнею на те, що вони надавали нам за потребою, ми писали вимогу на отримання протитуберкульозних препаратів. Це було недостатньо, бо в умовах стаціонару ми завжди маємо необхідність в деяких випадках починати лікування за тяжкістю стану, не чекаючи рішення ЦЛКК. Київська міська протиТБна служба вимагає, раніше [нерозбірливо] випадках саме так було, що надання, що лікування протиТБними препаратами здійснюється лише за умов проведення центральної лікарської комісії та за рішенням ЦЛКК та ХР ТБ-консилиуму — хіміорезистентний ТБ. У той же час настанови та усі протоколи, якщо ви відкриєте та почитаєте, то лікування в разі ураження центральної нервової системи повинно розпочинатися в перші ж години. Оце веде до в кращому випадку глибокої інвалідазації хворих, а в деяких випадках навіть до смерті. Скажіть, будь ласка, якщо ЦЛКК проводиться двічі на тиждень, у вівторок і четвер, а хворий поступив, наприклад, у 15:05...» [P22, лікарка-фтизіатр, 97–108].



Говорячи про можливості обстеження, експерти зазначили, що сучасні методи виявлення ТБ, зокрема молекулярно-генетичної діагностики, були наявні й до пандемії:

«Молекулярно-генетична діагностика ТБ як найсучасніший метод діагностики бактерії у нас є уже давно. Є такі і такі методи діагностики, молекулярно-генетичні, проведенням лабораторного тесту [нерозбірливо], є такий метод обстеження, такі скорочення молекулярно-генетичного дообстеження, навіть жаргонне слово "GeneXpert"... То у нас на даний метод обстеження проводиться вже тривалий період часу. Колись, ще давно, до пандемії, в нас воно було, то я вважаю, що — вже так, відволікаючись — це високочутливий метод, і він крапку ставить над і хорошу. І більше того, Ультра GeneXpert — це вже я так говорю — це інші рідини, це спинномозкова рідина при менінгітах, наприклад, це плевральна рідина, це розширений діагностичний пошук. Ультра GeneXpert тепер є взагалі супер-супер-супер» [P7, лікарка-пульмонолог, 74–77, 87–92].

Обговорюючи медичні послуги щодо боротьби з ТБ у період до пандемії, деякі експерти повідомили про складнощі із певними видами обстеження, а саме — відсутність у медичному закладі комп'ютерного томографа або лабораторії, яка б діагностувала ТБ за допомогою методу GeneXpert. Крім того, за словами лікарів, до пандемії іноді виникала проблема з нестачею реактивів, зокрема протягом місяця або двох, однак у таких випадках перевага віддавалась наборам тестів для тяжких випадків (вагітні та діти). Загалом аналізи для тих, хто міг чекати, були відкладені, але для критичних випадків лабораторії працювали в режимі ургентного тестування:

«Периодически могло быть такое, что месяц — два не было реактивов, но потом они... Мы просто ждали. Мы набирали ургент тем, кому мы должны были набирать, так как тестов было либо мало, либо их вообще не было. То есть беременные и детки — мы брали, понятное дело, в любом случае, крайне тяжелые пациенты. Те, которые могли ждать, они ждали месяц — два, но это те анализы, которые действительно можно подождать» [P15, лікарка-фтизіатр, 131, 133–136].

Аналізуючи забезпеченість ЗОЗ медичним персоналом, ми з'ясували, що за загальною думкою регіональних експертів до початку пандемії COVID-19 і в попередні періоди вона була достатньою, тобто кількість фахівців відповідала штатному розпису:

«У нас відділ був укомплектований згідно штатного розпису завжди. Наш відділ, де я працювала, лабораторії, бак-лабораторії, клінічні лабораторії, рентген-служба укомплектовані були завжди, проблем з кадрами не було... Що стосується нашого відділення, вистачало. І відпускний період перекривався, ніхто ніколи не перепрацював...» [P7, лікарка-пульмонолог, 124–126, 128].

За словами експертів, обсяги роботи були розподілені так, щоб не виникало перевантажень і всім працівникам було комфортно виконувати свої обов'язки:

«Персоналу в нас достатньо, просто питання в об'ємах, співвідношенні при кількості персоналу і кількості запиту... Якихось супернавантажень у нас не було. Тобто в нас так розподілено, щоби не було дуже довгих черг, щоби пацієнт почував себе дуже



комфортно, щоби лікар так само не виснажувався, тому що втомлений лікар — лікар не уважний. Тому, власне, до пандемії у нас такого нічого не було. В силу того, що попит породжує пропозицію, було в нас все достатньо сплановано прекрасно» [P8, лікарка-терапевт, 90–91, 95–99].

Отже, на думку більшості експертів, дефіциту кадрів у медичних закладах до початку пандемії COVID-19 не було.

Питання, яке викликало найбільше нарікань в опитаних фахівців із фтизіатрії, виявилось пов'язаним із проблемою фінансування медичних закладів як до пандемії, так і зараз:

«А фінансові проблеми, мабуть, як і в кожному лікувальному закладі, існували і до, і виникли після початку реформування системи охорони здоров'я з 20-го року» [P3, лікарка-фтизіатр, 66–68];

«У кожному періоді ТБ фтизіатрична служба фінансується недостатньо, тому що, мені здається, тільки фтизіатр може оцінити, скільки треба пацієнту. Тому що, звичайно, недостатньо фінансування, починаючи з обладнання і облаштування наших палат... Хоча мінімальний період, як я все ж таки вважаю, на те, щоб мінімальний перелік ми забезпечували, не то що мінімальний, а от щоб бути на достатньому рівні, хоча палати у нас на 4 ліжка є, туалет один на коридор у закладі. Пацієнти з периферії, з далеких сіл добираються загальним транспортом. От як було раніше, так і зараз» [P20, лікарка-фтизіатр, 34–36, 38–42].

Цікаво, що їхні колеги-пульмонологи висловили протилежну думку:

«Ні, абсолютно ніяких [фінансових труднощів не було], все це надавалось безкоштовно» [P4, лікарка-пульмонолог, 62];

«Фінансово — я не знаю, чи це коректно буде говорити — мені здається, що ТБ в Україні не обіжжали ніколи» [P7, лікарка-пульмонолог, 119–120].

Ситуація з оснащенням медичних закладів до пандемії необхідною медичною технікою експерти оцінили як задовільну, без особливих проблем. Позитивно більшість опитаних фахівців відгукувались про рівень організаційного та методичного забезпечення роботи системи протитуберкульозних послуг:

«Таких проблем організаційних не було... Усі ми були забезпечені нормативними документами. Тобто не можу навіть сказати. Не було у нас таких проблем, організаційних проблем точно не було» [P3, лікарка-фтизіатр, 89, 90–91];

«В нас приходили лікарі з тубдиспансеру на оперативні наради, проводили, розказували нам інформацію, як обстежувати, як направляти. Нам полегшували роботу в цьому плані. Що того, кого ми не можемо лікувати, ми не лікуємо, так, у нас немає цих... Але обстежити, виявити, перенаправити — це все у нас можливості всі були. Ці лікарі обізнані, як себе вести» [P18, сімейна лікарка, 39–42];

«Та ні. Тренінги завжди були, конференції завжди були так, як і тепер» [P10, сімейна лікарка, 137];



«Та ні, у нас є ж, кажу, стандартна операційна процедура дії працівників [нерозбірливо] при нагляді за хворими на ТБ, там все чітко по пунктам виконання, необхідна документація, вимоги до безпеки праці. Все чітко: як діагностику проводити, як скринінг, анкетування, як зібрати скарги, як направити зразок мокротиння пацієнтів із підозрою і так далі. Там все деталізовано. Немає і не було ніяких проблем» [P23, сімейний лікар, 76–80].

Окремо зазначимо, що деякі експертки вказали на наявність проблем із транспортуванням хворих на ТБ або відсутністю транспорту для перевезення зразків мокротиння:

«Якщо це ставало питання про переведення в інший заклад, якщо це була відкрита форма ТБ, це було не завжди можливо, якщо це були, ще до війни, доковідні ці часи, святкові дні або вихідні. Звичайно, такий пацієнт ізолювався, він мав окремий бокс, і персонал перевдягався, змінював респіратори, але це було важко організаційно, поки не підтвердиться ТБ, поки не верифікується діагноз, якщо ставало питання про переведення в інші заклади. Потім вони реорганізувалися, там була чи децентралізація, чи якісь свої реформи, і дуже важко було на якесь стаціонарне лікування їх перевести. Це все завжди на рівні адміністрації. Але якщо це на чергуванні на вихідні швидко привозить тобі такого пацієнта, ви виявляєте навіть звичайний КСП в мокротинні, то тривалий час, поки не підключиться адміністрація, лікар черговий або відповідальний черговий по лікарні, дуже важко було перевезти такого пацієнта» [P21, лікарка-інфекціоніст, 50–59];

«Були. Проблема в тому, щоб довести те мокротиння. Тобто треба було налагодити хорошу комунікацію, щоб довести його нормально» [P24, сімейна лікарка, 43–44].

Утім загалом під час обговорення стану протитуберкульозних послуг у період до пандемії переважна більшість експертів зазначили, що на різних рівнях — від лікарів до адміністрації — існувало розуміння важливості проблем боротьби з ТБ і була злагожденість у взаємодії різних ланок системи охорони здоров'я:

«У нашій області такого не було, ніяких проблем у нашій області не можу сказати. Не було таких випадків, щоб були проблеми, тому що, напевно, фтизіатрична служба ще із тих попередніх далеких років працювала, я не хочу казати, що найкраще, але не найгірше. І наступність, злагожденість у роботі, і тим більше розуміння проблеми ТБ в загальнолікувальній мережі як керівників, так само і безпосередньо виконавців були навіть за багато років до пандемії. Я можу сказати, що на протязі всієї практично своєї трудової діяльності такого непорозуміння, щоб розуміли проблеми діагностики, лікування чи забезпечення пацієнтів медикаментами, не було» [P6, лікар-фтизіатр, 184–190].

Робота з пацієнтами у сфері протитуберкульозних послуг, за словами лікарів, мала комплексний характер і включала в себе як медичні, так і психосоціальні аспекти. Експерти неодноразово підкресливали важливість саме психологічної підтримки для пацієнтів, оскільки



лікування ТБ часто пов'язане з потребою тривалий час приймати значну кількість препаратів, тому мотивація та психологічна стійкість грають велику роль в успішному лікуванні. Ба більше, окремим стресогенним чинником є і сам діагноз, який залишається доволі стигматизованим у суспільному сприйнятті:

«По-перше, це довго і тривалий час розмовляти з пацієнтом, от чого не вистачає у лікаря — це часу. Ніколи його не вистачає, тому що 15 хвилин для пацієнта — це недостатньо. Для першого візиту недостатньо вкрай, і для подальших візитів теж недостатньо... Тобто нам не вистачає часу, нам не вистачає терпимості, мабуть, якоїсь. Про толерантність я вже мовчу, про стигматизацію. Тобто ми розмовляєм, вмовляєм, залучаємо, просимо, щоб залучались до лікування рідні, тому що тільки підтримка рідних. Без підтримки рідних пройти шлях оцей у 18 місяців неможливо» [P20, лікарка-фтизіатр, 97–100, 104–107].

Опитані лікарки-фтизіатри із Запоріжжя та Харкова повідомили, що їхні пацієнти отримували від благодійних організацій матеріальну, фінансову й інші види допомоги для забезпечення стабільності під час лікування, зокрема для мам, які хворіють на ТБ, у Запоріжжі діяла програма «Няня» для допомоги в догляді за їхніми дітьми:

«...У нас є договір з благодійною організацією “100% життя”, і вони раніше, і до ковіду, видавали сертифікати на 200 гривень, за них зараз продуктивні якісь товари можна купити в “Сільпо”, здається. І цим залучаються пацієнти. Тобто якщо ми по реєстру бачимо, що пацієнт не відривається від лікування, отримав всі свої 30 доз на місяць, то йому видається оце, та чи тоді ще чек видавався, а ще давалися продуктивні набори» [P20, лікарка-фтизіатр, 118–122];

«Психосоціальна підтримка і соціальна підтримка в нас у доковідний період і до війни здійснювалася благодійними організаціями. Є пацієнти, які розпочинали лікування з чутливим і хіміорезистентним ТБ. Вони брались на психосоціальний або соціальний супровід. Це було два направлення таких. Психосоціальний — вони психологічні послуги отримували і соціальні послуги. У вигляді продуктивних наборів спочатку було, потім вони отримували щомісячну матеріальну винагороду: за те, щоб вони лікувалися безперервно, їм видавалася кожного місяця така зазначена сума, щоб це мотивувало. Дві благодійні організації були і цим займалися. Вони поділили область на райони і таким чином здійснювали. Крім того, що вони надавали таку допомогу, соціальна допомога ще заключалася в тому, що, кому потрібно, оформлювалися документи: паспорт, у кого не було, допомагали в декларуванні, якщо не було вже після реформи декларації з сімейними лікарями. Допомагали, якщо діти перебували в дитячому відділенні. По дітям була своя програма — “Няня”: якщо мама хворіла, то догляд за дітьми здійснювали. Безкоштовні обстеження пацієнтів, ті, які високовартісні обстеження, які вони не могли зробити тут. Воно було оплачене. Іще була підтримка — доставляли протиТБні препарати до пацієнта, якщо він не міг. Це в нас була програма в місті Запоріжжі. Якщо пацієнт не міг по якимось причинам прийти отримати амбулаторно препарати, йому ці препарати доставлялися



додому або його привозили на обстеження, оплачували транспортні витрати благодійні організації, щоб пацієнта доставити сюди» [Р3, лікарка-фтизіатр, 93–110].

Щодо терміну, на який пацієнтам у допандемійний період видавались препарати, експерти повідомили, що він міг коливатися в залежності від низки факторів: форми ТБ, лікування в амбулаторних чи стаціонарних умовах, індивідуальних життєвих обставин пацієнта і його спроможності самостійно отримувати препарати.

Пацієнтам із ТБ протиТБні препарати видавались різними способами:

- очний ДОТ, за якого пацієнти щодня відвідували ЗОЗ, де під наглядом медичної сестри отримували та приймали препарати від ТБ; графік відвідин встановлювався індивідуально, з урахуванням можливостей пацієнта;
- відео-ДОТ, коли пацієнт або його родичі отримували препарати для прийому вдома, пацієнт записував відео, як він приймає ліки, і надсилав лікарю; за поясненнями однієї з експерток, на початковому етапі відео-ДОТ препарати видавалися пацієнту на один — два тижні, а якщо пацієнт демонстрував стабільну прихильність до лікування, згодом переходили на видачу ліків на місяць;
- доставка медсестрами або соціальними працівниками протитуберкульозних препаратів додому пацієнтам, яка передбачалась для тяжких випадків або літніх людей, що відмовились від госпіталізації; пацієнти приймали ліки під наглядом відповідних працівників;
- у стаціонарних відділеннях пацієнти отримували ліки згідно з розкладом їх видачі протягом дня: *«Конкретно у стаціонарі кожен препарат списується кожен день і та кількість препарату, наприклад, це може бути один препарат, але не одна таблетка — 2, 3, 4» [Р16, фтизіатр та ординатор, досвід роботи — 14 років].*

Зв'язок лікарів із пацієнтами, хворими на ТБ, до пандемії здійснювався такими способами:

- особисті візити пацієнтів до лікаря: *«Змогу мали [для телеконсультацій], але ніхто не звертався. Приходили особисто» [Р21, лікарка-інфекціоніст, 87];*
- візити до пацієнтів додому: *«На той час це різні види зв'язку і виходи додому до пацієнта... Сімейний лікар, фтизіатр зі своєї сторони — так, могли разом, могли в різні дні, в залежності від стану пацієнта. Бо якщо в стані алкогольного сп'яніння, то фтизіатр ішов в інший день і проводив свою бесіду. Але і телефонні дзвінки, СМС-нагадування і зв'язування по скайпу» [Р12, лікарка-фтизіатр, 144, 146–148];*
- особисте спілкування під час стаціонарного лікування з подальшими консультаціями по телефону: *«Бачите, я от стаціонар, у мене поряд лежать... Вони часто і з нами далі продовжують спілкуватися, і тоді відбувається зв'язок більше по телефону: скарги розказують, якщо є потреба у візуальному контакті, то ми назначаем час — вони приходять» [Р11, лікарка-пульмонолог, 180, 188–190];*



- телефонний зв'язок: «У нас до пандемії не було консультацій дистанційних, а тим паче теле в нашому закладі не було... По телефону можемо проконсультувати, що далі робити. Він телефонує по телефону реєстратури, інструктуємо його, як і що далі робити. Тільки так, по телефону були такі випадки» [P23, 109, 111–112];
- зв'язок за допомогою месенджерів (Viber, Telegram, Skype): «Залежно який пацієнт. Якщо молодого віку, це найчастіше месенджери: або вайбер, або телеграм, телефонний зв'язок. Старші — або вайбер, або приходять. Тобто після сорока, напевне, це або вайбер, або приходять. Молоді — або вайбер, або телеграм, а приходять рідше» [P9, сімейна лікарка, 136–138].

Пацієнти з ТБ, які перебували на обліку, мали приходити до лікаря на огляд відповідно до встановлених протоколів, періодично (кожні 3–6 місяців) проходити обстеження під наглядом фахівця. За умов стаціонарного лікування проводився щоденний медичний огляд хворих.

Більшість експертів, яких ми опитали, зазначили, що до пандемії виникали проблеми з пацієнтською дисципліною, і не тільки в осіб із асоціальним способом життя:

«Это очень большая проблема, потому что даже просто вызвать пациента на осмотр, прийти в поликлинику — он уже говорит: “Да-да, я приду, да, но потом”. И это “потом” может длиться месяцами. То есть мы звоним: “Вам нужно прийти, вам нужно пройти дообследование”. Они не приходят. Причина неизвестна: нет времени, я на работе, не отпускают, я сделаю где-то в другой клинике, в частной клинике. Но в итоге это очень тяжело вызвать их на повторный визит» [P17, сімейна лікарка, 75–79];

«Так, були. Це, звичайно, люди, які зловживали алкоголем. Це така категорія людей, які мали якісь проблеми зі здоров'ям. Щоб потрапити в саму поліклініку, повноцінно обстежити — це також є проблемою, тому що флюорограф ми не привеземо додому. Такі соціальні елементи — це, звичайно... Там зазвичай вона і виявлялася. І це та категорія людей, яка є проблемною» [P18, сімейна лікарка, 51–54];

«З дисципліною — так, тому що контингент пацієнтів. Так, можливо, не можу сказати, що зараз це масовість і що це була масовість, але відсотків 10 — це є пацієнти, які ведуть асоціальний спосіб життя та зловживання алкоголем чи наркотиками. І відповідно до того — так, не дотримувався термін діагностики через вину пацієнта, тому що треба було його викликати неодноразово, проводити бесіди, неодноразово йти робити вихід на хату, проводити бесіди, вишукувати через родичів, домашніх» [P12, лікарка-фтизіатр, 132–137];

«То звісно, якщо пацієнт сумлінний, то він відразу побіжить і зробить обстеження, а якщо до нього достукатися дуже важко, то може бути проблема. Намагаємось переконати, сказати, що він небезпеку не тільки для себе становить, а для оточуючих. Намагаємось переконати. Були, невеликі, але були, там же стадія шоку може бути, в смислі, що психологічно: як так, у мене ТБ?! Ви ж знаєте, що ТБ може



бути не тільки у бомжів та наркоманів, а й у достатньо багатих людей» [P23, сімейний лікар, 95–100].

Крім того, експерти наголошували, що деякі пацієнти не завершують лікування тому, що воно дуже тривале і важке, а також тому, що в них відсутня моральна підтримка від найближчого оточення:

«Да-да. Тому що важко, це довготривале для них лікування. Якщо з'являються якісь побічні ефекти від терапії, а вони очікувані, ці ефекти, їх потрібно просто грамотно вміти корегувати, то да, пацієнти, які кидали, які не приїжджали потім за продовженням терапії, тобто губилися ці пацієнти, потім мали, звісно, резистентність, і мають резистентність. Це така значна проблема» [P21, лікарка-інфекціоніст, 76–79];

«З дисципліною — так, виникали проблеми, тому що не всі були в змозі... Опять же вот это количество препаратов и нагрузка, и если окружающие, семейные относятся к тебе не так, как положено, они очень часто срываются. Несколько было пациентов, которые не выдерживали весь этот курс лечения, потому что не было моральной поддержки со стороны окружающих, то есть его делали изгоем. Поэтому да, пару пациентов, которые у меня недолечились...» [P1, сімейна лікарка, 128–132].

Окрім тривалості та складності лікування, додатковим чинником, який негативно впливав на дотримання пацієнтської дисципліни, були суспільні стереотипи щодо ТБ:

«Як тільки пацієнту говориш, відштовхує. Мені здається, два аспекти чи дві причини є такі, які відштовхують: це саме діагноз і тривалість лікування. Ота кількість таблеток, що вони пахнуть чимось там чи якісь побічні реакції, не так дають, не такі дають. Поштовх відриву лікування — сам ТБ. От якби не назва. Може, її б якось по-іншому назвати — і все було б по-інакшому. Мені здається, що, на жаль, такі установки нашого суспільства, що не можна... Навіть діти деяких батьків мені говорили: “Краще б у неї був рак”, — про свою маму» [P20, лікарка-фтизіатр, 90–95].

На думку опитаних фахівців, як до пандемії, так і зараз потреба в підтримці мотивації пацієнтів не полишати лікування залишається актуальною, адже пацієнти, які переривають лікування, наражаються на ризик виникнення резистентності, що ускладнює подальше лікування та загострює проблему.

Для покращення пацієнтської дисципліни лікарі вдавалися до таких заходів:

- організовували доставку препаратів пацієнтам додому через медсестер, соціальних працівників та/або кур'єрські служби (у цьому контексті згадувалась «Нова пошта»): *«Наши пациенты и так не особо дисциплинированные. Это определенная когорта людей, но мы в любом случае их привлекали к лечению. У нас есть социальные работники, которые могут доставлять препараты. У нас есть медсестры, которые осуществляют доставку препаратов на дом. Мы отправляем препараты “Новой почтой”. Поэтому если пациент с телефоном и мы знаем, где он живет, и*



мы можем туда отправить какую-то медсестру или позвонить, и он придет или скажет, что нет, он не придет по тем или иным причинам, препараты доставляются. Понятно, если мы не знаем, где он, не включен телефон, ни родственников, никого нет, то понятно, что нам труднее» [P15, лікарка-фтизіатр, 150–156];

- залучали соціальних робітників, які допомагали в пошуках пацієнтів, яких було втрачено з тих чи інших причин: *«Вони [пацієнти] могли спокійно залишити відділення, і потім ми підключали соцпрацівників, які її знаходили. У нас завжди є всі номери телефонів, паспортні дані» [P16, лікарка-фтизіатр, 198–199];*
- проводили роз'яснювальні бесіди з пацієнтами по телефону, щоб спонукати їх сумлінніше дотримуватись рекомендацій із лікування: *«Лікарі-фтизіатри, напевно, психологи вже давним-давно... до того часу, коли появились такі штатні посади... Це починалася просто, можливо, і не оцінювалось так, і не зверталася увага, але оці всі бесіди про необхідне лікування, прийом препаратів — це ж робота психолога... Психологічне налаштування пацієнта на те, щоб на його норму поведінки, як він має лікуватися, як він має приймати ліки, скільки це буде тривати, який результат буде в тому разі... мотивуємо» [P6, лікар-фтизіатр, 531–532, 534, 536–537, 539–540, 542].*

Підсумовуючи ретроспективну характеристику стану протитуберкульозних послуг у період до пандемії, яку надали під час глибинних інтерв'ю національні та регіональні експерти, зазначимо, що в цілому вони висловлювали переважно позитивну оцінку роботи системи та зазначали аспекти, які потребували вдосконалення й покращення.

2.3. Досвід надання протитуберкульозних медичних послуг із початком пандемії та вплив COVID-19 на раннє виявлення ТБ

Національні експертки, оцінюючи досвід надання протитуберкульозних медичних послуг із початком пандемії та вплив COVID-19 на раннє виявлення ТБ, виокремили такі негативні наслідки ситуації:

- погіршилась ситуація з діагностикою, раннім виявленням ТБ через відсутність профілактичних оглядів: *«Я більше це зв'язую з тим, що ми відійшли від профілактичних оглядів. Ми втратили цей ричаг 50-відсотковий впливу на виявлення раннє» [H1, 882–883]; «Зважаючи на те, що політика подолання ТБ в Україні стала системною, будь-який фактор зовнішнього впливу, який з'являється в Україні, погіршує ситуацію, тому що система подолання ТБ досить вразлива і нестійка» [H4, 324–326];*
- збільшилась загальна кількість захворювань, кількість запущених випадків ТБ та смертність серед хворих на ТБ, хоча це і не було адекватно відображене в статистиці: *«Я знаю точно, що збільшилася кількість запущених випадків і смертність у лікуванні...*



Під час пандемії, після пандемії» [Н1, 879–880]; «Я думаю, що мені складно відповісти на це питання, особливо з урахуванням, що статистика не є повною. Я думаю, що вона [захворюваність на ТБ] збільшилася, але наша статистика повністю не відображає реальну ситуацію» [Н4, 317–319];

- карантинні обмеження погіршили доступ пацієнтів до лікарень, що також негативно відбилося на діагностуванні ТБ, і збільшили рівень вибуття пацієнтів із лікування: *«Що люди не могли звернутися своєчасно... Обмеження в карантині» [Н3, 536, 538]; «Я думаю, що якби карантинні заходи провадилися одночасно з тестуванням на ТБ, то вплинули б позитивно, а так неоднозначно, тому що, по суті, ми обмежили доступ до медичної послуги людей, у яких, наприклад, була латентна ТБна інфекція або не було проявів симптомів, і ми не виявили вчасно людей через обмеження. Тому, зважаючи на те, що не було впроваджено тестування на ТБ, я думаю, що реально неоднозначно обмеження вплинули. Для когось на краще, тому що люди менше мали контактів, тобто для тих людей, які не хворіють на ТБ, це, звісно, краще, а для тих людей, які не знали, що в них ТБ, я думаю, що ця ситуація зіграла на погіршення» [Н4, 360–367];*
- пацієнтам із відповідними симптомами було складно потрапити на обстеження через черги та пріоритетне виявлення COVID-19: *«Було, абсолютно було [ускладнено доступ до обстеження], тому що черги... Не те що були затримки, не можна було потрапити. Було переформатовано, всі шукали ковід. Потрапити на профілактичне обстеження ТБ, прийти — хіба що ти кажеш, що ковід. Воно не було в пріоритеті, пріоритет був в сторону ковіда зсунутий, і діагностика ТБ — виявлявся ТБ, а паралельно шукали ковід» [Н1, 1071, 1073–1076]; «Я думаю, що така пріоритезація подолання пандемії ковід негативно вплинула на якість медичних послуг для людей з ТБ» [Н4, 370–371]; «По суті, ми обмежили доступ до медичної послуги людей, у яких, наприклад, була латентна ТБна інфекція або не було проявів симптомів, і ми не виявили вчасно людей через обмеження. Тому, зважаючи на те, що не було впроваджено тестування на ТБ, я думаю, що реально неоднозначно обмеження вплинули. Для когось на краще, тому що люди менше мали контактів, тобто для тих людей, які не хворіють на ТБ, це, звісно, краще, а для тих людей, які не знали, що в них ТБ, я думаю, що ця ситуація зіграла на погіршення» [Н4, 361–367];*
- люди, які мали відповідні симптоми, боялись іти до лікарів через вірогідність того, що в них діагностують COVID-19: *«От в нас було зосереджено все рівно на ковід, і люди загородилися і перестали навідуватися, той кашель в собі давили, щоб не жалуваться, що в тебе кашель» [Н1, 1032–1033];*
- погіршився контроль за ситуацією через відміну звітності щодо ТБ медичних закладів первинної ланки: *«Раніше було дуже багато індикаторів для первинки, вона звітувала перед тубслужбою, як виявляє, було розслідування запущених форм, чому не виявили... Звітності було дуже багато. Звітність відмінена... Контролювати потрібно. Раніше був більш виражений контроль Департаменту охорони здоров'я. Вони більше впливали, їх більше поважали. Можливо, десь все рівно боялись, на ковьор як визовуть, чого в тебе там пропущені випадки чи ще що. Може, іноді були перекося в тому, коли на ковьор визивали з приводу великого виявлення. Хоча було круто, коли*



виявлення. Рано виявили — рано вилічили. Чим більше виявили в цю хвилю, тим менше буде на слідуючий рік» [Н1, 883–885, 887, 898–903];

- під час пандемії багато протитуберкульозних послуг не покривались фінансуванням у межах пакету НСЗУ: *«Під час пандемії багато було, що не перекривалось [фінансуванням], той же ж самий “Джин Експерт” не входив у пакет. Він ввійшов у пакет буквально після пандемії» [Н1, 1057–1059];*
- погіршилось фінансування протитуберкульозних заходів на рівні місцевого самоврядування: *«Як я казала раніше, фінансування ніколи не було достатнім, а з пандемією стало ще менш пріоритетним. Якщо на державну стратегію в межах [нерозбірливо] це хоч якось, а з боку відповідальності органів місцевого самоврядування було значне погіршення в опції регіональних програм, там фінансування закладів ніколи не було достатнім і з пандемією погіршилось» [Н4, 329–332].*

Поряд із цим експертки зазначили й певні позитивні впливи:

- пандемія стимулювала більш швидкий розвиток протитуберкульозної служби: *«Та почали ще швидше працювати, що стимулювало просто службу швидше рости, працювати, розвиватись. А так, щоб прям проблеми якісь такі, то не знаю. Мені здається, під час пандемії та за час взагалі пандемії швидше оновлювалися стандарти, переводилися рекомендації ВООЗу, проводилися дослідження, багато роботи було проведено для служби. Звісно, це виклик, бо і фтизіатрична служба прийняла на себе великий потік пацієнтів, і втрати були серед нашої служби» [Н2, 246–251];*
- на центральному рівні були прийняті заходи, спрямовані на забезпечення безперервності діагностики, лікування та профілактики ТБ у зв'язку з ризиками, які спричинили COVID-19, збільшився перелік відповідних послуг: *«Нічого не скорочувалось, хіба що розширювалось» [Н1, 1036]; «Навіть у нас розроблений план у стратегії розвитку протитуберкульозної допомоги, вона була в 19-му році, а у 20-му році ми прийняли план заходів на виконання цієї стратегії. І от першим пунктом заходів було забезпечити безперервність діагностики, лікування та профілактики ТБ у зв'язку з ризиками, які спричинили COVID-19. І виконавцем там було Міністерство охорони здоров'я і всі державні, обласні адміністрації, і критерії виконання — це наявність плану забезпечення цієї безперервності» [Н3, 553–556];*
- ситуація з лікуванням ТБ навіть трохи покращилась за рахунок упровадження нових підходів, зокрема з використанням інформаційних технологій: *«У плані лікування наскільки швидко реагували, перейшли на видачу цих препаратів, незважаючи на те, що нілзя, не можна видавати на руки препарати, перейшли на відеозв'язок. От це в бік кращого спрацювало, бо вже під ковід працювало. Інструкції, схеми переходів даємо, забезпечуємо, контролюємо, так даємо, люди отримують препарати, тому що добратись до лікувального закладу не можна, транспорт не ходє або немає, ти не доїдеш, а лікування переривати не можна. Я вважаю нашим плюсом в нашій країні дуже швидку адаптацію до рекомендацій. Тільки що подивились, щось не йде є зв'язок, — думаємо, як це вирішити» [Н1, 1020–1030];*



- розширились послуги з медико-соціального супроводу хворих на ТБ: *«Потім більше розширився медико-соціальний супровід, і також соціальні працівники надають ці послуги, і соціальні працівники безпосередньо могли доїхати до морга, до пацієнта з ТБ чи людини з ТБ, тобто всіляко все-таки забезпечувалась ця безперервність»* [Н3, 568–571];
- збільшилось фінансування з боку міжнародних донорських фондів: *«Взагалі лікування фінансування збільшилось, бо Глобальний фонд, наш донор, збільшив фінансування з урахуванням ковіду, а державні і взагалі програми лікування ТБ фінансуються в більшості своїй донорами, Глобальним фондом. Також НСЗУ прийняла пакет амбулаторного лікування, і теж там були виділені гроші на боротьбу з ковідом і ТБ. Тому фінансування, мені здається, зросло»* [Н2, 259–263]; *«Під час пандемії збільшилась допомога саме міжнародних організацій, Глобальний фонд прямо цілий напрямок виділив... для виявлення... Лікування, для транспортування, обладнання, більш оці всі портативні рентген-апарати — оце все було за кошти Глобального фонду. Фінансування збільшилося саме від донорських організацій, а якщо брати державну, то я ж кажу, оці пакети, медичні гарантії появились, які систематизували взагалі фінансування закладів»* [Н3, 540–541, 543, 545–548];
- карантинні заходи позитивно вплинули на профілактику передачі ТБ, оскільки всі суворо дотримувались санітарних обмежень, маскового режиму та самоізоляції: *«Прекрасно вплинув [карантин], людей привчили до гігієни кашля. Наділи на людей, зараз вже ні, але все рівно люди є в масках... Які є їх одягають. Але тим не менш на той час це було в позитивну сторону, тому що хто кашляв, менше виділяв... Якщо, не дай бог, там був ТБ»* [Н1, 1079–1080, 1082];
- пандемія пришвидшила розвиток інформаційних технологій у сфері протитуберкульозних послуг: *«Тобто в нас був той комплекс послуг, який потребує face-to-face-комунікації, тому був певний час на адаптацію нашої діяльності до нових реалій. Але спільно, в тому числі за підтримки ЦГЗ і партнерства європейських країн, ми впорались, ми впроваджуємо мобільний застосунок OneTract, який з урахуванням ковіду ми масштабували, щоб збільшити. Тобто ми спробували перевести всі наші сервіси на онлайн, на дистанційний доступ, і до кінця року ми були більш-менш з відпрацьованими алгоритмами, як усі послуги — консультації, підтримуючі послуги і допомогу — надавати в умовах обмежених можливостей проведення зустрічей»* [Н4, 41–48];
- покращилась комунікація і посилилась взаємодія між ЦГЗ, медичними закладами та міжнародними організаціями: *«Всі організації, в тому числі Центр, проводили діяльність, на постійній основі комунікували, отримували інформацію щодо доступних послуг, як можна отримати додаткову допомогу або як можна допомогти пацієнтам. Зокрема, ми і перевозили пацієнтів, і покривали потреби. У цьому контексті взаємодія посилилась, як і війною в тому числі. Тобто ці зовнішні фактори, які погіршують систему охорони здоров'я, в тому числі контексту ТБ, мають зворотний ефект — посилення взаємодії з міжнародними організаціями і медичними закладами»* [Н4, 374–379]; *«Тому, звісно, разом долали ці виклики, і*



напевно, найуспішнішим кейсом є саме наявна взаємодія в Україні у вирішенні викликів, незалежно яких» [Н4, 441–443];

- активізувалась робота з інформаційно-методичної підтримки медичних працівників: *«Під час пандемії було розроблено курси, інформаційні матеріали, довідки були постійно, підтримка закладів, лікарів та інформаційні листи. Вся інформаційна допомога була масштабною. Працювала у нас в центрі гаряча лінія по ковіду для медичних працівників також. Потім відкрилася ВООЗівська гаряча лінія, то можна було телефонувати, уточнювати там на останні... не встановлено, вони ж постійно змінювалися. У нас там багато курсів: і як [нерозбірливо], і як скринінг проводити. Тобто така постійна підтримка інформаційна була» [Н2, 299–304].*

Усі національні експертки були однакові в тому, що під час пандемії не було потреби в залученні додаткового медичного персоналу до роботи саме в протитуберкульозних програмах:

«Ні, не було такої необхідності збільшувати. Навпаки ж було, госпіталізація була обмежена. Уже лише таких тяжких хворих, а всі старались лікуватися амбулаторно. А якщо амбулаторно, то там більше залучалась первинна ланка. Тобто не було такої потреби в збільшенні персоналу» [Н3, 600–602].

Основне навантаження відбувалось на працівників, які надавали послуги хворим на COVID-19:

«Найбільше було, звичайно, навантаження на тих медичних працівників, які надавали допомогу ковідним пацієнтам, вони, звичайно, виснажувались. І знову наші ці всі медичні центри також надавали допомогу, були відділення спеціальні, і во Львові, і Тернополі. Багато залучалося, визначені були оці лікарні, куди госпіталізували, то там була, звичайно, навантаження під час пандемії, коли були тяжкі хворі» [Н3, 611–615].

На думку національних експерток, покращити ситуацію з протиТБними послугами під час пандемії могли б такі заходи:

- активніше впровадження новітніх технологій діагностування ТБ: *«Всякі новітні технології, які зараз уже доступні, наприклад, система кадр, у якій розпізнаються зміни в легенях, відповідні до ТБ або ковіду. Взагалі різні зміни в легенях, які можна трактувати якось... Це штучний інтелект, системи штучного інтелекту, які читають цифрові рентген-знімки. Тоді воно було недоступно, тільки на етапах розробки було» [Н2, 307–308, 311–316];*
- розроблення програм відновлення медичних працівників і протидії їх професійному вигоранню: *«Я думаю, лікарі потребують програми відновлення і протидії вигоранню на робочому місці... Їх немає» [Н4, 388, 390].*

Отже, основними чинниками, які під час пандемії заважали якісному виявленню ТБ й наданню протитуберкульозних послуг, національні експертки назвали:

- карантинні заходи;
- стигматизацію ТБ в суспільстві;



- низьку інформованість населення щодо профілактики та лікування ТБ;
- подекуди некомпетентність лікарів у питаннях протидії ТБ;
- недотримання деякими лікарями алгоритмів, покликаних сприяти ранньому виявленню ТБ.

Говорячи про інноваційні підходи і стратегії для підтримки й розширення якісних протитуберкульозних послуг, упроваджені під час пандемії, національні експертки назвали такі:

- ширше використання онлайн-ресурсів для методів контрольованого лікування хворих та ТБ: *«З приводу того, що більш стали доступні відео-ДОТи, в контрольованому лікуванні, до цього інструкцій було багато, але більш користуватися ним стали під час ковіду, вже в війну ввійшли не такі стресові, ми вже знали, як бистро переформатовуватися на це»* [Н1, 1161–1164];
- активніше використання методу молекулярно-генетичної діагностики ТБ (GeneXpert);
- підвищення адаптивності та здатності до змін системи протитуберкульозних послуг;
- розширення можливостей лабораторної діагностики: *«Багато ж за лабораторією додали, якісь функції взяли на себе, секвенування або ще щось, тобто навчання персоналу і взагалі мобільність системи перебудовуватися, оперативно вносити якісь зміни в свої протоколи діяльності... [Секвенування — це] планування геному — це щоб визначити, який саме штам ковіду... Лабораторна діагностика значно зросла, мені здається»* [Н2, 384, 386–388, 390, 392];
- покращення засобів індивідуального захисту для лікарів і матеріально-технічної оснащеності медичних закладів: *«Розширення матеріально-технічної бази, бо було багато закуплено обладнання, покращені лабораторії, закуплені реагенти нові, тобто покращились. Розширення доступу, безперечно, до безперервного отримання допомоги на надання послуг з діагностики і лікування ТБ, і є нові додатки»* [Н2, 343–346];
- масштабування успішних кейсів і відпрацювання алгоритмів надання дистанційних протитуберкульозних послуг: *«Я думаю, те, що в Україні масштабовано дистанційність послуг і відпрацьовані алгоритми — це позитивна зміна»* [Н4, 411–412].

Щодо профілактики емоційного вигорання лікарів в умовах пандемії думки національних експерток розійшлися. Представниці ЦГЗ наголошували на тому, що з'явилося багато проєктів, які надавали таку допомогу:

«Я знаю, що була залучена психологічна допомога для лікарів... Психологи працювали. Було багато проєктів, які надають таку допомогу. І також психологи закладів, які працюють, теж надавали своїм колегам допомогу. Тобто надання консультацій таких... ГО, благодійні фонди, які працюють за цим напрямком» [Н2, 359, 361–362, 365]; *«У нас, якщо брати суцього наші фтизіатричні медичні центри, то в штатній*



структурі є соціальні працівники і психолог, і психологи надавали допомогу не лише людям з ТБ, а і безпосередньо вже персоналу закладу» [Н3, 651–653].

Національні експертки — представниці недержавних організацій упевнені, що наразі в країні немає дієвої системи запобігання емоційному вигоранню лікарів:

«Скільки було ось оцих пакетів про надання реабілітаційної, психологічної допомоги! Це все погрузається на первинку. Коли ти спілкуєшся безпосередньо з лікарем первинки, я думаю, ви як дослідник брали інтерв'ю, ви їх бачили, я не буду нічого про це говорити, тому що я вважаю, що в нас немає культури цієї ніде, вона в нас не запроваджена. У нас немає такого, як за кордоном, що ти маєш 8 годин на сон і 8 годин на відпочинок, на свій особистий відпочинок. А десь в месенджерах, але в роботі ти неефективний працівник, ти знаєш. Чи є такі країни, в яких за цим дуже слідкують? В нас цього немає, ми інші, ми повинні завжди 24/7 всім допомагати. У результаті це приводить до вигорання або просто апатії, і як результат — непродуктивність. Не може бути людина продуктивна, якщо вона вигоріла» [Н1, 1176–1184].

Відповідаючи на питання про те, чи вирішилися в Україні проблеми, які виникли з початком пандемії, національні експертки зазначили, що в країні була проведена величезна робота щодо боротьби з COVID-19, вакцинації населення та подолання наслідків пандемії, і це привело до взяття ситуації під контроль, проте початок повномасштабного вторгнення росії спричинив нові виклики системі протитуберкульозних медичних послуг.

Регіональні експерти, описуючи загальну ситуацію в медичній системі під час пандемії, наголосили на таких її особливостях:

- ознаки появи нової інфекції з'явилися від грудня 2019 — січня 2020 року, коли збільшилась кількість пацієнтів зі скаргами на погане самопочуття і з нетиповою картиною результатів обстежень: *«в нас на теренах країни з'явилась якась інфекція інша, ми чітко бачили з січня 2020 року. Я особисто десь уже в грудні побачила, що щось не те: якісь оці безкінечні субфебрилітети в задовільній картині флюорографічній, немає нічого такого на легенях особливого, а хворий себе погано почуває. Тоді ми ще не робили лабораторні тести на ковід, ми чули тільки, що десь є, і не могли ніяк повірити, що це в нас, зверталися до нас і хворі, мали якісь такі “мені погано”, вухом не чути нічого, на рентгені не видно нічого, “мені погано, дуже погано”, температура, слабкість» [Р7, лікарка-пульмонолог, 239–251];*
- після початку пандемії спеціальним нормативним актом були призупинені медичні профілактичні огляди, тому 2020–2021 роки стали критичними в плані обстеження на ТБ: *«було спочатку введено такий нормативний акт, відповідно до якого медичні огляди призупинялися на період пандемії, на період карантину і всі підприємства припинили проводити медичні профілактичні огляди, навіть коли терапевти кликали до себе пацієнтів, тому що раз на рік пацієнти в нас повинні пройти флюорографію і оглядовий кабінет чоловічий чи жіночий. На підставі того, що*



нормативно людина не зобов'язана проходити медичні огляди, пацієнти відмовлялися, тому 20-й і частково 21-й рік були критичними в плані обстеження на предмет ТБ» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 159–164];

- лікувальні заклади вживали необхідних заходів для збереження інфекційного контролю в процесі надання медичної допомоги, рекомендуючи пацієнтам із легким ступенем захворювання лікуватися вдома та звертатися до сімейних лікарів через телеконсультації: *«Ми забрали вузьких спеціалістів просто з поліклініки, перекрили шляхи, в нас стояли пости, ми не пускали людей у великій кількості, ми націлювали людей на консультацію по телефону, і якщо, наприклад, людина себе почувала задовільно, без високої температури і так далі, ми просили пацієнтів не звертатися на той момент в поліклініку або кликати лікаря на дім» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 259–263];*
- медичний персонал змушений був пристосовуватись до нових умов роботи, враховуючи вимоги інфекційного контролю та велику кількість хворих, що критично збільшило фізичне і психоемоційне навантаження на лікарів: *«В кожній поліклініці зробили кабінет, де приймав лікар в захисному костюмі. Спочатку вони приймали цілу зміну, це було 40 чоловік, це було надзвичайно важко, і ми почали їх змінювати по 4 години, тому що це просто фізично важко: лікарі падали, вони виходили і падали» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 253–255];*
- не було достатнього забезпечення лікарів засобами індивідуального захисту, і це негативно відбивалось на психоемоційному стані лікарів: *«Але проблема була в тому, що з самого початку не було масок, не було захисних костюмів, захисні костюми купляли в “Епіцентрі” будівельні, і ці будівельні костюми ми обробляли, тому що просто фізично не було де купити. І лікар сидів. Ми купляли будівельні окуляри, оце все до цього часу збереглося, дуже якісні, вони нічого практично не пропускають... Це була проблема, тому що всі лікарі прямо боялися, і це нормально... Вони дуже сильно боялися» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 255–259, 263, 265];*
- були проблеми із забезпеченням роботи медичного закладу лікарями й іншим медичним персоналом через зловживання деякими працівниками можливістю брати відпустки: *«Другий такий момент був — видали на початку карантину ті постанови ковідні, в яких було написано, що працівники, яким 60+, мають право брати відпустку за свій рахунок на невизначений період на весь карантин, працівники, які мають дітей малолітніх, мають брати на весь карантин. І в мене близько 100 людей практично постійно перебували у відпустці [із загальної кількості 1100]... Багато, це є багато. І причому, до прикладу, це був онколог, це були дві головні медичні комісії, це був ендоскопіст, це були лаборанти... І ці люди півтора року з карантину не виходили... Так, хто має дітей, причому по двоє батьків, наприклад, мають одну дитину — двоє батьків писали відпустки... Якимись такими, я би сказала, це було зловживання*



законодавства, і абсолютно було плювати на те, що немає кому працювати... це було від початку 20-го року і до середини 21-го» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 308–312, 316–317, 319, 323–324, 326–327, 329];

- багато пацієнтів почали самостійно проходити обстеження, що збільшило кількість виявлень захворювань, але при цьому і суттєво збільшилися черги на проходження рентгену та КТ, які люди намагались пройти самостійно, без призначення лікаря: *«Больше стали делать рентгена, КТ самостоятельно люди, и больше стало выявленей. Они приходят на прием чаще»* [P1, сімейна лікарка, 180–181];
- медичні заклади намагались чітко регламентувати графік проходження рентгенологічних обстежень задля уникнення перехресного спілкування між пацієнтами та мінімізації ризиків передачі вірусу: *«У нас ті, що проводилися, обстеження ми записували відповідно в реєстратурі, був графік створений, і записувались на рентген-обстеження по годинно. Для того щоб ліквідувати такий збір пацієнтів на рентгенологічне обстеження, було відпрацьовано із рентгенологічної службою, відповідно визначено кількість часу, яка їм потрібна на обстеження одного пацієнта, і чи по телефону можна було зв'язатися, чи в реєстратуру, чи зв'язувались із лікарями. І відповідно вже в той графік записувався пацієнт, йому повідомлялося, на яку годину його черга. І приходили: один зробив — прийшов другий, і так мінялися. У всякому разі ми так працювали. Як місто працювало — то ви уже запитаете в них. У нас була така черговість, для того щоб дотриматись вимоги інфекційного контролю... Не було перехресного спілкування пацієнтів»* [P6, лікар-фтизіатр, 243–252, 254];
- багато пацієнтів мали складнощі з тим, щоб дістатись до медичних закладів, тому лікарі почали активніше застосовувати інструменти телемедицини: *«Стало труднее, потому что не все пациенты доезжали. Стало больше консультаций внутривидеостационарных, но у нас такая специфика работы. Я отвечаю, допустим, за три района Одесской области и плюс город Одесса, то есть, грубо говоря, четыре района. И поэтому если до этого врачи могли скоординировать других пациентов, именно прийти к нам и обследоваться, то мы это делали немножко по-другому. Если были подозрения на туберкулез, то в телефонном режиме опять же скидывались рентген, снимки пациентов: есть ли там туберкулезные изменения, похоже ли это на туберкулез, если оно было похоже. Или у пациентов были жалобы, то с другого стационара доставлялась мокрота, потом мы ее обследовали и уже вот так. То есть удаленно, грубо говоря, вне пациента мы его обследовали»* [P15, лікарка-фтизіатр, 184–196];
- після початку пандемії пацієнти із симптомам інших гострих і хронічних захворювань, зокрема й ТБ, уникали звернень до лікарні через страх зараження COVID-19, а це негативно позначалось на діагностуванні: *«У той період часу, коли почався цей ковід, хворі з іншими хворобами не йшли в лікарню, бо все ковід, ковід. І було відповідно, що оті пацієнти з хронічними захворюваннями, звичайно, що сиділи дома, в лікарню не йшли, боялися того ковіду, як вони казали, набратися, хоча ковідом хоча б раз*



перехворіли всі... от після того якраз я дуже боялася з-за того, що всі лікують ковід, десь буде потім запуснений ТБ виявлений» [P7, лікарка-пульмонолог, 258–264].

Характеристика регіональними експертами впливу пандемії на роботу сімейних лікарів і терапевтів із профілактики та виявлення ТБ була неоднозначною. Ймовірно, відмінності в оцінках пов'язані з тим, що ланки первинної допомоги мали по-різному організовувати свою роботу під час пандемії.

Одні фахівці стверджували, що їхня робота зазнала суттєвих змін, причому вони мали не лише негативний, але й позитивний вплив. Звісно, у коментарях лікарі говорили переважно про негативні зміни:

- змінилися умови закладів первинної ланки: *«Дивіться, це необхідно рахувати практично по місяцях, тому що коли в нас почався карантин у 20-му році, десь місяців 2–2,5 був настільки жорсткий карантин, наших вузьких спеціалістів ми просто відправили на дім, вони не працювали, вони не виходили на роботу. В нас працювали тільки терапевти, і тому в кожній поліклініці зробили кабінети прийому гарячкуючих пацієнтів, тобто ми пацієнтів у поліклініці не пускали далі першого поверху. В кожній поліклініці зробили кабінет, де приймав лікар в захисному костюмі» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 248–252];*
- змінився графік роботи сімейних лікарів: *«Графік роботи наш мінявся дуже, тому що ми працювали. Ми постійно зобов'язані були бути на зв'язку, цілодобово. Це було дуже складно, тому що могли і вночі подзвонити: пацієнт міряє, сатурація падає, він задихається — і це ж в першу чергу сімейний лікар зобов'язаний був викликати швидко, знати, куди класти того пацієнта. Це було дуже складно» [P10, сімейна лікарка, 256–259];*
- збільшилися навантаження на сімейних лікарів / терапевтів та інтенсивність їхньої роботи: *«Як і всяка пандемія, це навантаження на лікаря. Звичайно, збільшилося. І пацієнтів було багато з важкими захворюваннями легень, які після цього могли перетворюватися в тому числі на підозру на ТБ. То навантаження збільшилося» [P23, сімейний лікар, 152–154]; «Насправді, дуже багато було людей, безперестанку дзвонили люди... І могли бути і телефонні дзвінки, і лікарняні. Максимально багато. Найбільше у мене на прийомі було людей — це я не рахую тих, яким добре, які прийшли за довідкою, які прийшли щось спитати, — тих, яких треба оглянути прямо, то це було 38 людей... І не рахую телефонні дзвінки, це зовсім окремо» [P8, лікарка-терапевт, 160–165, 167];*
- сімейні лікарі були активно задіяні в процесі вакцинації населення, що також збільшувало навантаження на них: *«Очень большая нагрузка. Работали до 19:00 с утра. Три прививки, потом дополнительная четвертая... Проводили активную вакцинацию против COVID-19 инфекции. Кроме того, сертификаты. Работа очень была ответственная и тяжелая» [P13, сімейна лікарка, 274–275, 279–280];*



- до сімейних лікарів зверталось менше пацієнтів із симптомами різних захворювань, включно з ТБ, боючись заразитись COVID-19: *«Да, повлияло в начале пандемии. Почему? Потому что первые вот эти эпизоды, первое время в плане пандемии это были онлайн-консультации, по телефону. Меньше пациентов все-таки обращалось, вот эти запущенные пневмонии и не выявленные — вот в этом была сложность. Конечно, их куда-то отправить, посмотреть, пригласить к тебе, то есть многие с тяжестью состояния не хотели приезжать на прием»* [P1, сімейна лікарка, 209–213];
- у сімейних лікарів зменшилась або навіть зникла настороженість щодо ТБ: *«Дивіться, ми зараз здійснюємо моніторингові візити по всім центрам первинної медико-санітарної допомоги на територіях, підконтрольних нам. У 20-му, 21-му році, коли ми були з цими моніторинговими візитами — це вже був період ковіду, — то ми бачили, що сімейні лікарі були заточені тільки на ковід, тобто в них ТБ десь залишився за дверима. І тому, коли пацієнти зверталися, в них якось настороженість стосовно ТБ кудись зникла. Ми зараз їздимо, і за ці два роки вони самі кажуть, що ми зараз оновлюємо знання, ми забули про ТБ, що така проблема існує»* [P3, лікарка-фтизіатр, 214–220];
- змінилась система надання медичних послуг, коли сімейні лікарі перестали ходити по дільницях, а самі пацієнти стали рідше звертатись по допомогу, що призвело до збільшення захворюваності на ТБ через сімейні контакти: *«А вона вилася в те, що зросла захворюваність контактних — це сімейні контакти, це діти хворіють, тому що сидячи вдома, ці пацієнти не звертаються. Змінилася система підходу до надання взагалі медичних послуг. Ті дільничні лікарі, які ходили по дільницях, щось вони бачили. Тепер сімейний лікар знаходиться дома, він не бачить, що там відбувається в сім'ях, хто там живе, хто там перебуває. І до нього прийшов пацієнт зі скаргами, він щось з ним робить. А якщо пацієнт сидить дома, то хай собі сидить, і він до нього не має ніякого відношення вже. Тому в сімейних лікарів оця прогалина, ковідна прогалина. Тільки зараз вони починають оговтуватися і згадувати про ТБ. Дійсно є ця проблема»* [P3, лікарка-фтизіатр, 220–225]. Описана ситуація підкреслює важливість постійного моніторингу професійних знань і навичок медичного персоналу, особливо під час екстрених періодів на кшталт пандемії, коли збільшується навантаження на медичних працівників і виникає ризик зосередження на лікуванні конкретної хвороби та зменшення уваги до інших;
- через завантаженість стаціонарів ковідними хворими медичні заклади первинної ланки допомоги брали на себе лікування пацієнтів, які за нормальних умов мали би бути госпіталізовані: *«стаціонари тоді задихатися, просто тоді задихалися, і ми на себе взяли величезну частину амбулаторних пацієнтів без всяких протоколів, без нічого, на свій страх і ризик ми лікували людей вдома пневмонії, з антибіотиками. І це почався новий досвід, тому що героями завжди були ніби стаціонари, тому що вони лікують ковід. Наприклад, наші терапевти були не меншими, тому що ми за рік в середньому лікували близько 1100 випадків пневмонії амбулаторно-первинної і*



доліковували 600–700 випадків із стаціонару пневмонії, тому що стаціонар, щоб звільнити місця, знімали пневмонію, гострий перебіг, вони пацієнтів стабілізували і виписували, умовно кажучи, через два тижні на амбулаторне лікування... Це знову ж таки все падало на терапевта, і ці люди приходили в гарячкуючі кабінети, знову ж таки 40 людей в день на один кабінет на одного лікаря — це...» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 296–305];

- хворі на ТБ майже не звертались до лікарів первинної ланки: «Якщо брати кількість пацієнтів, яка була в період пандемії саме з ТБ прямо активних форм, я не можу так сказати, щоб щось змінилось. Особисто в мене в практиці не було, щоби людина тубхвора була ще із ковідом. Саме не тому, що їх немає, а тому, що вони до нас не потрапляють на первинку. Тому що, враховуючи, що ми їх не супроводжуємо на первинній ланці, всі пацієнти, які мають ТБ, і вони, наприклад, хворіють ковідом, вони, швидше за все, відсотків на 99, підуть до свого фтизіатра, тому що вони приймають хіміотерапевтичні препарати від ТБ, і відповідно вони вже керуються фтизіатрами. У нас такого не було» [P8, лікарка-терапевт, 110–116].

Позитивні зміни хоча і не були такими масштабними, проте також спостерігались:

- одна з експерток розповіла, що в них на первинній ланці у зв'язку з пандемією відбулось розширення протитуберкульозних послуг завдяки підписанню відповідного пакету з НСЗУ: «Случилось то, что мы как минимум подписали пакет надання медичних послуг з протитуберкульозних заходів з НСЗУ. То есть расширился этот пакет. Что касательно стало ли этого больше — да. Но опять-таки недообследованность пациентов, что они не хотят приходит на осмотры. Вот» [P17, сімейна лікарка, 103–106];
- робота під час пандемії стимулювала лікарів швидше вчитись і підвищувати свою фаховість: «Я хочу вам сказати, що я рахую, що це було таке супертренування молодих лікарів і не тільки, коли той період ковіду задавав тобі темп роботи максимально високий і планку максимально високу. І коли ти тепер сидиш на прийомі, у тебе 15 пацієнтів, ти думаєш “Що це таке?”» [P8, лікарка-терапевт, 156–158];
- пацієнти з ТБ, які переживали гострий стрес, отримували психотерапевтичний супровід: «Вот пациенты с туберкулезом, но не с открытой формой, конечно, они находились под наглядом психотерапевта. Потому что все-таки эмоционально это очень подавляет. И это им помогало. Такой був супровід» [P17, сімейна лікарка, 169–171].

Інші сімейні лікарі та лікарки стверджували, що ніяких особливих змін у їхній роботі не відбувалося:

«Нічого з початком ковідної пандемії не змінилось на гірше... Ні, не вплинула [пандемія]. Графік у нас ніколи не змінювався... Як працювали, так і працюємо» [P2, сімейний лікар, 21, 84, 86]; «Я думаю, що ті послуги, які були, такі й залишились» [P10, сімейна лікарка, 254]; «Відносно практично ні. Може, звичайний графік роботи децю подовжився, бо деколи на початку у нас були виклики додому, тобто після роботи я



могла десь піти. Але це ще на самому початку» [P9, сімейна лікарка, 207–208]; «Так само, як і робилося до пандемії все, алгоритми всі ті ж залишалися. Якщо тільки були сумніви, що це ковід чи ТБ, ми, звичайно, лікували ковід. Якщо це стан тяжкий, то ми перенаправляли до стаціонарів. Але коли були вони перенаповнені і в нас були такі ситуації, що наші швидкі з поліклініки не забирали хворих, то ми зазвичай лікували ковід, а потім вже ще обстеження. І тоді, може, перенаправляли» [P18, сімейна лікарка, 110–114].

Одна з експерток, лікарка-інфекціоніст, висловила впевненість, що в період пандемії COVID-19 загалом по всій Україні зазначались проблеми, пов'язані зі наданням медичного обслуговування, особливо в контексті ускладнень для пацієнтів із захворюваннями. Пацієнти втрачали координацію в медичних питаннях, їм було важко визначитись, куди саме звертатися та які тести здавати, щоб отримати допомогу в разі ускладнень. Усе це згодом призводило до збільшення ризику розвитку резистентності до лікарських препаратів:

«У закладі не змінилося, а загалом по Україні, коли пандемія, напевно, проблеми були з тим, що пацієнти не могли їхати. Вони приїхали — там вже не працює кабінет, або немає лікаря, або вони не знають, куди їм їхати і що їм здавати, або до кого їм звертатися, якщо, наприклад, у них з'явилася жовтяниця. З'явилась жовтяниця — вони все кинули і загубилися, і потім повторно поступають, уже маючи якусь резистентність до тих препаратів, які уже приймали» [P21, лікарка-інфекціоніст, 98–102].

Робота лікарів-фтизіатрів і пульмонологів, за твердженнями частини наших експертів, зазнала таких змін:

- істотно збільшилась інтенсивність роботи через велику кількість госпіталізованих хворих і необхідність вести відповідну документацію в системі «єХелс»: *«Без вихідних, 24/7, розпочинався о пів на восьму та о 8 ранку, завершувався о пів на дев'яту, коли черговий лікар вже приходив на зміну, а ми, ординатори, вже могли йти спокійно відпочивати. Ми цього не могли зробити, бо ми ще були на обході, і під час обходу були госпіталізації, стояли швидкі, повний коридор і двір. Паралельно приймали пацієнтів, і тут же завершували обхід. Потім підключались чергові лікарі, і таким чином це все завершувалось о 24:00. Потім треба було сісти і цих пацієнтів вносити в «єХелс», створювати епізод, план лікування і так далі» [P16, лікарка-фтизіатр, 246–252];*
- з'явилися додаткові функції: *«Змінилось те, що ми були всі задіяні в цій сфері, тобто ми працювали на дві бази. Так як не вистачало лікарів-інфекціоністів, навантаження була на ТБну службу, бо частина лікарів пішли на лікування і боротьбу з ковідом» [P16, лікарка-фтизіатр, 234–236];*
- пульмонологи стали більше завантажені через пандемію, оскільки консультація вимагала більше часу, а доступ до неї був ускладнений: *«Наверное, пульмонологи были более загружены в плане, что консультация занимала какое-то определенное время.*



С фтизиатрами проблем не было, то есть на консультацию люди попадали в ближайшее время. Но ковид осложнил, загрузка была в плане пневмонии, и конечно, на консультацию пульмонолога было сложнее попасть. И начало ковида осложнило тем, что опять же это были дистанционная консультация, которая, к сожалению, не заменит все равно живого общения, наблюдения» [P1, сімейна лікарка, 219–224];

- зменшилась кількість лікарів-фтизіатрів і протитуберкульозних диспансерів: *«Вплинула [пандемія]. Тому що лікарів-фтизіатрів стало менше, набагато менше. Диспансерів стало менше протитуберкульозних, їх кількість змінилась. Це по-перше. Їх місце змінилось» [P2, сімейний лікар, 90–91];*
- лікарі-фтизіатри стали обов'язково обстежувати всіх хворих на COVID-19: *«Вплинула тільки таким чином, що тепер ми всіх пацієнтів обстежуємо ще і на ковід. Якщо ми раніше цього не робили, то у нас зараз є і ПЛР-тести, і швидкий тест, і ми всіх абсолютно пацієнтів обстежуємо на ковід. Тому що клініка дуже схожа, і пацієнта, якого ми госпіталізуємо, а в нього ковід, ми змушені класти в профільне відділення спочатку, потім вже надавати послуги одночасно, але вже в іншому лікувальному закладі» [P3, лікарка-фтизіатр, 233–236];*
- кількість пацієнтів із виявленим ТБ зменшилась через фокусування на COVID-19 та ізоляцію хворих: *«тобто зменшилась кількість пацієнтів, оскільки всі були заточені на ковід сімейні лікарі і там тоді, в ковіді в тому, заховався і ТБ. І дещо кількість трошки зменшилась пацієнтів за цей період ковіду» [P3, лікарка-фтизіатр, 170–172];*
- не всіх пацієнтів відразу обстежували на ТБ, особливо якщо вони не мали скарг: *«Як правило, коли я працювала в ковіді, ми не всіх пацієнтів вели, не шукали в них ТБ, не дивлячись на те, що я фтизіатр, бо не було скарг, була тільки температура, швидкий тест і ураження в легенях. Після лікування ковіду ми робили контрольні знімки, контрольний тест. Якщо в пацієнта залишались скарги або на знімку були якісь нові зміни в легенях, або без покращення, то такі пацієнти дообстежувалися, ми пропонували робити КТ, здачу мокроти методом скопії, методом "Джин Експерт" і обстеження пацієнтів, які казали нам про те, що вони раніше хворіли на ТБ або в них в сім'ї хтось захворів на ТБ активний з бактеріовиділенням» [P16, лікарка-фтизіатр, 317–323];*
- пандемія ускладнила питання кур'єрської доставки, яка застосовувалась у системі протитуберкульозних послуг: *«Ні, лише тільки з кур'єрською доставкою стало складніше» [P22, лікарка-фтизіатр, 122].*

Водночас інші лікарі-фтизіатри, як і деякі їхні колеги з первинної ланки, вважають, що особливих змін їхня робота не зазнала, а кількість пацієнтів навіть дещо зменшилась. Вочевидь ця різниця може бути пов'язана з регіональними особливостями організації роботи медичних закладів під час пандемії:

«Для пульмонологів не вплинула... І звичайний графік, на діагностику ТБ не вплинуло» [P4, лікарка-пульмонолог, 135, 137];



«На графік роботи персоналу ніяк абсолютно це не вплинуло — як працювали, за яким графіком, так все і залишилось» [P3, лікарка-фтизіатр, 233–236];

«В нашому ЗОЗ нічого не змінилося радикально в плані надання допомоги з ТБ. Ми як надавали ці послуги, ми їх так і надаємо. Нічого не змінилося абсолютно. Змінилася тільки, можливо, кількість пацієнтів, тобто зменшилася кількість пацієнтів, оскільки всі були заточені на ковід сімейні лікарі і там тоді, в ковіді в тому, заховався і ТБ. І дещо кількість трошки зменшилася пацієнтів за цей період ковіду» [P3, лікарка-фтизіатр, 168–172];

«Нічого не змінилось. Ми як виявляли всіх, так і виявляли. Усі хворі як здавали в нас мокроту при надходженні, так вони і здавали. У нашому відділенні пульмонологічному саме ковід був, але вже були не в заразному періоді. Тобто вони також здавали на ТБ, обстежувались, бо в них були грудні скарги, тому нічого не змінилося, маршрут пацієнта як був, так і лишився» [P4, лікарка-пульмонолог, 88–91];

«Тому що як ми проводили обстеження відповідно до плану, лабораторія як працювала, так і медичні працівники виходили всі на роботу. Обладнання працювало, от з нашого закладу машиною збирали мокротиння, доставляли в лабораторії, сюди в обласний протиТБний диспансер. Тобто ні на обсяг обстеження, ні на перелік пандемія ніяк не вплинула» [P20, лікарка-фтизіатр, 216–220].

Декілька експертів висловили думки і щодо позитивних моментів.

Лікар-фтизіатр із багаторічним досвідом роботи зазначив, що протиТБна служба в цілому успішно пододала виклики пандемії:

«У нас на період пандемії був виданий наказ, розроблений алгоритм, як повинні працювати лікарі-фтизіатри, як повинна бути забезпечена медична допомога хворим з ТБ. І навіть такі були випадки, коли поєднувалися ТБ і ковід, ніхто не залишався без препаратів, всі мали лікування, використовували. Зараз використовуємо так само, але тоді, можливо, навіть трохи більше ще використовувалася така методика контрольованого лікування, як відео» [P6, лікар-фтизіатр, 91–96].

Лікарка-пульмонолог вважає, що певні моменти в роботі її відділення навіть покращились під час пандемії, адже держава стала приділяти більше уваги матеріально-технічному забезпеченню роботи закладів медичної системи:

«Алгоритм надання — я би, напевно, сказала, що покращило. Знову ж таки ми мали пакети ковідні, ми мали включені туди багато аналізів. Тобто ми дуже багато чого доробляли такого, чого ми не робили раніше. Наприклад, ті самі на згортаємість крові, ті самі комп'ютерні томографії ми тоже всім підряд ніколи не робили. Тобто, напевно, все-таки в алгоритмі надання медичної допомоги це... І по-перше, я вам скажу, що медичну ланку взагалі ковід підтримав, скажем, тому що дійсно держава до нас лицем повернулася. Бо ж медики ніколи нікому не треба були. Дуже багато у нас появилось апаратів штучної вентиляції, у нас, наприклад, тут збільшилась



кисню розвідка, у мене було три балони спочатку, до ковіду, кисневих, а потім поставили три кріоциліндри величезних. Тобто підтримка матеріальна, чи як то сказати, медична стала набагато ліпша під час пандемії» [P11, лікарка-пульмонолог, 250–261].

Лікарка-фтизіатр розповіла про зміни в робочих алгоритмах і залучення всіх спеціалістів для диференційованої діагностики, що вплинуло на свідомість лікарів і покращило їхні знання, зокрема щодо ТБ:

«Алгоритм, можливо, так, тому що, власне, і задіялися всі спеціалісти, до кого пацієнт не потрапляв, бо хтось міг прийти з кардіологічними скаргами, і коли кардіолог оглянув і зорієнтувався, що в дообстеженні це не кардіологія, а просто як вторинний синдром інтоксикації, є серцеві порушення ритму чи ще щось, то однозначно, що алгоритм змінився, бо задіяні були всі спеціалісти... всі без винятку... всі стали більш свідомими, більш дізнались, що таке ТБ, більш пройшли навчання, тому що в цей час ми також мали більше можливості різних курсів — посилені, коротких, швидких, інформативних. Тобто інформації було достатньо» [P12, лікарка-фтизіатр, 295–302].

Опитані експерти під час глибинних інтерв'ю висловили протилежні думки щодо впливу пандемії COVID-19 на кількість випадків передачі ТБ та захворюваність на ТБ в цілому. Одні впевнені в тому, що пандемія загалом позитивно позначилась на діагностиці та лікуванні ТБ завдяки підвищеним заходам протиінфекційного контролю:

«Да, потому что у нас люди начали... Во-первых, карантин, плюс масочный режим, инфекционный контроль присутствовал, и он, конечно, профилактирует расширение туберкулеза. Поэтому можно сказать, что пандемия стала в плюс, она лучше отобразилась на туберкулезе... Его стало не меньше, он и был. Просто в плане диагностики, лечения стало лучше, и в том, что люди стали себя контролировать инфекционно. Это сейчас упростилось, а раньше — да, и обработка была, и маски... И за этим все следили в начале ковида, то с этим было вообще совсем все строго» [P1, сімейна лікарка, 189–191, 193–195, 197];

«От я думаю, что стало меньше через карантинные ограничения... Я думаю, что это покращило. Як варіант, чого стало менше ТБ — всі ходили в масках. ТБ передається від людини до людини. Якщо немає джерела інфекції, то немає і захворювань. Можливо, саме через це стало менше випадків ТБ, який виявляли. В тому числі масочний режим, карантинні обмеження позитивно вплинули на розповсюдженість ТБ, я думаю» [P4, лікарка-пульмонолог, 111, 105–109].

Інші експерти наводять приклади погіршення ситуації з передачею ТБ, оскільки COVID-19 ускладнив його діагностування, що призвело до збільшення кількості випадків зараження:

«Так це вже навіть не моя особиста думка, а думка вже експертів, які працювали в цьому напрямку, зараз ведуться ще дослідження, яка кількість випадків ТБ виникла після захворювання на ковід. Ковід спричинив подальший розвиток ТБ. Оскільки з



особливостей розвитку ТБ витікає, що будь-яка інфекція і будь-яке захворювання, яке знижує імунну систему людини, спричиняють те, що людина може захворіти на ТБ. Чому? Тому що інфіковано практично все доросле населення бактеріями ТБ. Захворіє десь близько 10% протягом життя. Але ковід вніс трошечки свої корективи. Під ковідом маскувався ТБ, оскільки клініка була дуже схожа. І частина вже після перенесеного ковіду, рентгенологічно це виглядало як зміни в легенях. Позитивний результат на ковід, людина собі, знаючи, що в неї ковід, думала, що вона перехворіла, і все. А зміни залишалися. І тоді вже воно впливало в те, що в нього був ТБ або після, або до, а ковід перебив, як то кажуть, шлях до лікаря-фтизіатра. І таким чином тепер ми пожинаємо це, потихеньку десь знаходимо пацієнтів, які перенесли ковід» [Р3, лікарка-фтизіатр, 185–197];

«Рентгенологи зрозуміли... Що матове скло не дозволяє побачити дисемінований ТБ. Тому що дисемінований ТБ ніби як руйнує тканину легеневу, а коронавірусна інфекція, навпаки, забиває фібреном. І оці дефекти, які робить ТБ, забиваються фібреном коронавірусної інфекції, і клінічна картина на рентгені і на комп'ютерному томографі стає просто суто тільки коронавірусна. Ніхто, ні один спеціаліст це не запідозрить, це можливо було запідозрити в таких пацієнтів, тільки якщо робити мікодот, ПЛР або "GeneXpert"... Клінічно лікарі ні в чому не винні... Ми не могли в стаціонарі цього запідозрити ніяким чином... Просто от фібреном заповнює ті дефекти, які робить коронавірус» [Р5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 229, 231–236, 238, 240, 242].

Також деякі експерти вказували на те, що через карантин і тісний контакт удома збільшилася передача ТБ всередині сімей:

«Думаю, що за рахунок цього ми маємо теж частково збільшення, тому що людей, які хворіли ТБ і про це просто не знали, бо ще не було вираженої симптоматики, дали, які були носіями мікобактерії. І перебуваючи, скажімо, більше ніж 8 годин в закритому приміщенні, у квартирах зі своєю сім'єю, і в кожного різна ситуація, одно- чи двокімнатні квартири, тісний контакт посилюється і зробив свою справу...у мене був випадок: на діагностику потрапив мужчина, який на стройці впав, підозра на перелом ребра, і паралельно виявляємо ТБ. Невеличка форма, але обстежують перше коло контактів — а в дружини процвітаюча, з бактеріовиділенням масивним форма ТБ» [Р12, лікарка-фтизіатр, 261–270].

Більшість експертів усе ж схилиються у своїх оцінках до думки, що загальна ситуація з передачею захворювань, які розповсюджуються повітряним шляхом, покращилася внаслідок карантинних обмежень.

Аналізуючи вплив пандемії COVID-19 на різноманітні сфери медичного обслуговування, ми розглянули і питання затримок у проведенні лабораторних тестів та рентгенологічного обстеження під час пандемії COVID-19. Частина опитаних експертів повідомила, що в їхніх ЗОЗ (як первинної, так і вторинної ланки медичної допомоги) не було з цим особливих проблем:



«Ні, такого саме в нас немає. Тому що в нас усе на території: і лабораторна діагностика, і рентгенологічна» [Р2, сімейний лікар, 79–80];

«Зі сторони служби ніяких затримок не було. Якщо пацієнт звернувся за медичною допомогою, прийшов сюди, то тут затримок не було. Інше, що на оцьому догоспітальному етапі в нього були затримки, поки він дійшов до нас, тобто йому потрібно було сюди потрапити. А сюди він міг потрапити за направленням свого сімейного лікаря. А якщо він прийшов самостійно, вже оминаючи сімейного лікаря, то він всі отримував послуги вже тут. Тобто зі сторони служби ніяких затримок не було. Все функціонувало і в період ковіду, і до ковіду, і після ковіду. Все працює, всі послуги надаються» [Р3, лікарка-фтизіатр, 204–210];

«Никаких этих накладок в цепи обследования больного с целью выяснения диагноза, постановки диагноза не было» [Р13, сімейний лікар, 322–323];

«У нас вони [картриджі для "GeneXpert"] постійно були... Не скажу, що вже так ідеально — день-два немає. Але це дуже, надзвичайно короткий якийсь термін. Це не впливало ні на лікування, ні на роботу взагалі закладу. Періодично в загальнолікувальній мережі і тепер є такі ситуації» [Р6, лікар-фтизіатр, 283, 285–287].

Натомість одна з експерток повідомила про істотні ускладнення в проведенні лабораторних тестів і рентгенологічного обстеження:

«У мене в одній поліклініці на місто працював рентген-кабінет, це була четверта поліклініка, тому що там був окремий вхід, і вони зробили близько 900 рентген-знімків за ці два з половиною місяці, тобто цей кабінет працював суто на рентген-діагностику. Всі терапевти працювали, в нас тестів ще не було, нічого тоді не було. Лабораторія в одній з поліклінік працювала на забір ПЛР, це також було надзвичайно складно, тому що поки це все налагодилося, ми результату ПЛР на перших порах чекали два тижні на підтвердження. І були оті перші протоколи, коли ми знімали діагноз після двох негативних результатів, то ви розумієте, два тижні чекаєм перший, забираєм другий, чекаєм два тижні, ще два тижні чекаєм третій, тобто 6 тижнів займала при звичайному перебігу ковіду тільки діагностика» [Р5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 266–275],

але при цьому окремо зазначила, що у випадках підозри на ТБ обстеження проводилось без особливих затримок, тобто медична система демонструвала здатність ефективно реагувати на виклики навіть за умов великої кількості хворих на COVID-19:

«Коли була підозра, то не було ніякої затримки, тобто ми просто діагностували за допомогою рентгену, за допомогою флюорографії, і де була в нас підозра на ТБ, ми на консультацію скеровували. Можливо, це було величезне навантаження на фтизіопульмонологів, просто тому що вони також задихалися, в них не було жодного ліжка-місця, вони ж консултували паралельно ковідних пацієнтів і ТБ. Але такого, щоб був великий провал, просто дикий провал, такого стовідсотково не було, можливо, десь день-два була затримка, але ці затримки могли бути пов'язані



як із медичною частиною, так і з пацієнтами, які могли просто з ТБ не йти і не дообстежуватися, бо вони боялись туди йти. Тобто тут, я би сказала, 50% відповідальності на пацієнті, 50% — на лікареві, тому що, дійсно, акцент був більший на ковід, але деякого провалу по ТБ під час ковіду не було» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 349–358].

Інша експертка, говорячи про ситуацію з проходженням обстежень, наголосила на проблемі черг:

«Це черги, це було багато людей. Черги — це було єдине... Тобто обмежень технічних — ні, всі намагалися, але це все затягувалось. Це такі черги були — це не передано. Якщо на комп'ютерну томографію були записи даже вночі, то зрозуміло, що тут робилось, у поліклініці» [P18, сімейна лікарка, 94, 96–98].

За словами сімейної лікарки з Києва, у її медичному закладі вживали особливих заходів при обстеженні ковід-позитивних пацієнтів, щоб уникати перетинання з тими, хто ще не мав підтвердження захворювання на COVID-19:

«У цьому плані було... Зідзвонювалися з рентген-кабінетом і приймали ковід-позитивних пацієнтів поза чергою або у виділені години, щоб не пересікалися ті, у кого ще не підтверджений ковід» [P24, сімейна лікарка, 83, 85–86].

З'ясовуючи думки регіональних експертів щодо впливу пандемії COVID-19 на терміни встановлення діагнозу ТБ, ми виявили три різні точки зору. Одні фахівці стверджували, що термін встановлення діагнозу ТБ під час пандемії майже не змінився:

«Нет, не повлияла... все по срокам было, все нормально» [P1, сімейна лікарка, 200, 204];

«Фактично ні, в нас всі хворі при надходженні в стаціонар обстежувались на ТБ методом ПЛР, і тому хоч так вони обстежувались, хоч так обстежувались, там перша — максимум друга доба. Тому не вплинуло» [P4, лікарка-пульмонолог, 113–115].

Інші експерти були впевнені, що ситуація погіршилась і терміни подовжились:

«Початок пандемії, коли у нас тільки все почалось, то я думаю, що все, інакших діагнозів не було, тільки ковід. Більше нічого не було. Тому я думаю, що вплинуло, бо всі лабораторії працювали більше на ПЛР, на антиген-тести на ковід. А власне то все решта — таке враження, що на той момент більше ніяких захворювань не було, був тільки ковід, і все. А потім вже друга, третя хвиля — воно якось уже так було спокійніше. Уже люди були більш вакциновані, і тоді, напевно, воно не вплинуло. Перша хвиля, я думаю, що вона трошечки нам згальмувала всю решту, взагалі виявляємості інших захворювань, не тільки ТБ» [P11, лікарка-пульмонолог, 241–247];

«Так, звичайно, збільшила термін від появи перших симптомів ТБ до виявлення, якщо можна сказати» [P20, лікарка-фтизіатр, 206–207];

«В нас ковід був потоками, великими хвилями, і коли були піки по захворюваності, ми були максимально згружені, настільки, що це створювало певні проблеми, тому що



черги були і в лабораторії, і до лікарів, телефон не переставав дзвонити. Я якось рахувала — за день 100 дзвінків було. І з такою навантажкою будь-яка якість, де кількість перевищує, якість буде зменшуватись» [P14, сімейна лікарка, 190–194].

Представники третьої позиції переконані, що пандемійні зміни навіть сприяли покращенню процесу встановлення діагнозу ТБ:

«Вона, навпаки, може, покращила. Набагато стали більше робити і флюорографії, і так далі. А були пацієнти, які “Ой, я там рік назад хворів, в мене була, наприклад, пневмонія, я би хотів зробити ще раз”. Тобто навпаки, тобто обстежуються тепер» [P9, сімейна лікарка, 195–197];

«Я гадаю, що так [пандемія вплинула], тому що всі боялися, ковіду. Якщо ти температуриш, то першим ти біжиш до лікаря. Тобі роблять те, що беруть ПЛР на ковід, а там негативно, тебе обстежують, лікують, обстежують далі — тобі не краще. Логічно, що ти підеш далі і не підеш додому, якщо ти вже звернувся. Тому за бажання, якщо людина потрапляє в цей ланцюжок медичної діагностики, там не виявляється ковіду, але скарги зберігаються, то я думаю, що тут простіше дійти до фтизіатра і до кінцевого діагнозу, аніж тоді, коли б ковіду не було. Бо не знати, чи ти би звернувся так швидко і чи звернувся би взагалі, бо ти не боявся... Оті люди, які мали якісь скарги, і потім їм, так співпало, що погіршало саме в період ковіду, вони йшли, бігли, обстежувалися. Якщо йшли, то йшли шукати ковід, ковіду не знаходилось — знаходилось інше» [P8, лікарка-терапевт, 143–149, 151–153].

Подібним чином розділились оцінки експертів і в питанні впливу пандемії COVID-19 на кількість виявлених випадків захворювання на ТБ. Менша частина лікарів висловили думку, що ситуація кардинально не змінилась:

«Ні. Не збільшилась. Я не відчула цього» [P16, лікарка-фтизіатр, 259, 264];

«Ми не помітили це в нашому закладі. Я не помітив, що різкий скачок був, хоча пацієнти з COVID-19 часто лікувалися гормональними препаратами, які можуть знижувати імунітет. Ми про це знали і були попереджені, і дуже уважно доглядали за пацієнтами з COVID-19 після того, як вони перенесли. Такого скачка я в нашому закладі не побачив» [P23, сімейний лікар, 128–131];

«С начала пандемии COVID-19 я не заметил на моем участке. Я могу судить только на моем участке, по моим больным. Но на совещаниях я, вроде как, не услышал, что есть картина увеличения распространяемости туберкулеза среди населения» [P13, сімейний лікар, 290–293].

Інші дві точки зору поділяє більша і майже рівна між собою кількість фахівців. Одні впевнені в тому, що підвищена увага населення до свого здоров'я, збільшення кількості обстежень легенів (РОГК і КТ) привели до кращого виявлення ТБ:

«І чого більше стали виявляти? Тому що, коли був ковід, майже всім робили КТ, і діагностика трошечки підвищилась в цьому плані» [P24, сімейна лікарка, 68–69];



«В принципі, я думаю, що так [збільшилась кількість виявлення ТБ], бо дуже багато пацієнтів, навіть не зважаючи на те, що ми, наприклад, “Вам не треба рентген чи вам не треба КТ”, вони таки йшли і робили його в приватних закладах. Так було, може, не так багато, але те, що пацієнти безконтрольно самі ходили обстежуватись» [Р9, сімейна лікарка, 170–173];

«З мого досвіду не змінилась ситуація. Хоча спілкуючись і дивлячись на сімейних лікарів, які працюють у мене, то більше люди, можливо, почали хвилюватись за своє здоров'я і проходити рентгенологічні методи досліджень. Бо раніше, навіть якщо ми і виписували скерування, бо тепер вже електронні, а раніше були паперові, то вони не дуже хотіли це робити. А починаючи від ковіду, то люди ж почали вимірювати сатурацію, раніше то вони не знали, звідки пульсоксиметр і що з ним робити. А так уже зрозуміють і більш серйозно, напевно, почали ставитися до свого здоров'я» [Р10, сімейна лікарка, 206–212].

Протилежний погляд полягає в тому, що карантинні обмеження й уникання людьми (особливо з ослабленим імунітетом, ВІЛ-позитивних, із хронічними захворюваннями) візитів до лікаря через страх заразитись на COVID-19 призвели до зменшення виявлення ТБ, але сама кількість захворювань збільшилась:

«Чисто наше впечатление — кажется, что она уменьшилась, потому что пациенты трудно просто к нам доезжали и трудно на местах диагностировались. Они сидели, мне кажется, по домам просто» [Р15, лікарка-фтизіатр, 199–201];

«Я думаю, карантин вплинув на несвоєчасність звернення за медичною допомогою. Все-таки на фоні ковіду ТБ більш агресивно протікає. Я маю на увазі, що зміни в легенях і ковідні, і ТБні більші, одне одному не сприяють перебігу. Тому мені здається, що сам карантин сприяв, щоб люди не зверталися все-таки до допомоги» [Р20, лікарка-фтизіатр, 194–197];

«Такі масові профілактичні огляди, тобто заходи по своєчасному виявленню ТБ в закладах загальнолікувальної мережі були обмежені через саме карантинні заходи пандемії. Але випадки ТБ нікуди не діваються, і вже починаючи з 2021, 2022, 2023 року кількість випадків зростає» [Р6, лікар-фтизіатр, 66–69].

Окремої уваги заслуговує думка однієї з експерток, що під час пандемії виявлення ТБ було ускладнене через те, що він «маскувався»:

«Така сама кількість виявлення, єдиний великий такий був момент, який ніхто в 20-му році не з'ясував, це коли під ковідом ТБ маскувався... І ТБ цікавий був чому — це ми зрозуміли десь на початку 21-го року, — тому що теоретично, якщо людина протягом року має обстеження КТ, навіть якщо воно обстежувалося при ковіді, то ніякий спеціаліст не буде кликати цього пацієнта на профілактичний медичний огляд, тому що ми розуміємо, що даний клас в стаціонарі і обстежували легені, і робили КТ, і лікували, і 100% всі наші терапевти були впевнені, що на ТБ цю людину обстежено. Ми стикнулися з тим, що випадки ТБ, які виявлялися у 21-му році,



діагностувалися через три місяці після закінчення лікування ковіду в стаціонарі важкими антибіотиками. Є така закономірність. Досить це було складно, і по тій клінічній картині, яка вже виявлялася через три місяці, ми розуміли, що людина, коли лікувалася від ковіду, пневмонії, в той момент в неї був ТБ... Але коли ми просили, піднімали КТ і переглядали КТ, можна чітко сказати, що неможливо було на КТ виставити ТБ, тому що це матове скло, яке провокує на рентген-картині ковід, абсолютно затіняє. Навіть якщо був дисемінований ТБ, ця картина зливається, і залишається тільки матове скло, і клінічно ніяк не можна було запідозрити ТБ, тому що практично перехрещуються всі клінічні симптоми: підвищена пітливість, втома, втрата ваги. У когось набиралась вага при ковіді на гормонах, але це було пізніше. Тобто симптоми ковіду і ТБ клінічно були ідентичними, ковід був ПЛР-позитивний, відповідно ніхто ні "GeneXpert", ні ПЛР на ТБ не призначав... Можливо, якщо би стаціонар паралельно був на це націлений, якби це ваше дослідження привело до того, що при ковіді, пневмонії паралельно зобов'язати тестувати на ТБ власне "GeneXpert", це б воно дало якийсь ефект, тому що дуже важко потім тих пацієнтів лікувати, бо після "Меропенему" часто хіміорезистентний розвивається ТБ. Падає імунітет, розвивається хіміорезистентний ТБ, дуже швидко прогресує він, і надзвичайно важко цього пацієнта потім лікувати» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 175–176, 178–186, 188–195, 197–202].

Відповідаючи на питання про вплив пандемії COVID-19 на обстеження контактних осіб, частина експертів зазначили, що обстеження контактних осіб не зазнало змін і проводилося відповідно до протоколів, незалежно від пандемії:

«Обстеження контактних — тут нічого не змінилось. Навіть з ковідом, навпаки, покращилася ця ситуація, тому що з ковідом ми це робили постійно. І переносили вже цей досвід на ТБ» [P2, сімейний лікар, 96–97];

«Напевно, більше ми робили акцент на перше коло контактів, тобто всіх сімейних дорослих, малих теж. Всі обстежувалися однозначно, згідно протоколів, всі, не зважаючи на час пандемії, на них знаходився час, і обстежували. Тому що метою було розірвати ланцюжок лікування пацієнта, бо коли, скажімо, не він джерело, а хтось інший в хаті, немає тоді сенсу його лікувати. Тому перше коло контактів обов'язково відстежувалося. І це відстежували ми працюючих людей, місце праці — теж тісні контакти. Спільно з епідеміологами, як могли, і дистанційно. Тобто, якась людина, яка відповідає на місці праці, чи інженер, чи це хтось, давали нам листи, в яких описано, як працювала людина, з ким перебувала в тісному контакті, постійне робоче місце. І тих людей — в принципі, організації теж зацікавлені — вони прислали самі, іноді навіть і привозили на обстеження в зручний час. Ми старалися їх такими "пакетами" обстежити, щоб не кожен собі ходив, а щоб раз по 10 чоловік. Організації були великі, тому по 10–11 чоловік привезли, обстежили, призначили, що треба, і знову» [P12, лікарка-фтизіатр, 327–339].

Втім, експерти повідомили, що в цьому питанні виникли помітні труднощі:



«Зі сторони первинки, первинного рівня з контактними, я думаю, що ускладнилась. Знову ж таки чому? Тому що якийсь страх перед тим, що в сімейного лікаря можуть сидіти на прийомі ті ж хворі на ковід. Я думаю, що це зупиняло багатьох людей, щоб піти дообстежуватися. Коли в пацієнта з ТБ питаєш: "З ким ви живете? Яка у вас родина?", то більшість одинокі, дітей немає, а якщо є, то вони живуть десь там за тридев'ять земель, як то кажуть, з дружиною він не бачиться вже декілька років. А насправді всі, звісно, живуть в одній родині, але вони це казали для того, щоб не наражати свою родину на зараження ковід» [P3, лікарка-фтизіатр, 256–262].

Перенаправлення пацієнтів із виявленим ТБ для взяття на облік та отримання лікування, на думку опитаних експертів, або не змінилось, або погіршилось. Крім того, одна з лікарок повідомила про випадки відмови в госпіталізації пацієнтів із активною формою ТБ:

«Все було б нічого, не змінилось, лише тільки були проблеми, коли пацієнти з активним бактеріовиділенням, і в них виявляється ковід. ПротиТБна служба Києва відмовляла у госпіталізації таких пацієнтів» [P22, фтизіатр, 143–145].

Вплив пандемії COVID-19 на поведінку пацієнтів із ТБ експерти також оцінили по-різному. Одні зазначали, що особливих змін не помітили:

«Наверное, потеря зв'язку, контролю — это все связано с военным больше положением, не только с ковидом. В этом моменты есть, а в момент ковида — нет, сложностей не было. Это же всегда можно было решить удаленно» [P1, сімейна лікарка, 231–233].

Інші вказали на погіршення пацієнтської дисципліни через об'єктивні (карантинні обмеження) та суб'єктивні (складні психоемоційні стани через страх заразитись на COVID-19) моменти, спричинені пандемією:

«Не знаю, негативно... Не знаю. Тому що дуже багато, тобто всі сиділи на карантині, деякі пацієнти пропускали лікування через карантин. Ще якщо, наприклад, вияснялося, що ковід, а вам типу не можна, особливо на початку не можна нікуди виходити, треба сидіти вдома, відповідно, їм треба... я не знаю... просто хто як ліки отримує — чи на тиждень, чи на день, чи до них приходили і контролювали, як вони приймають. Тобто в такому плані» [P9, сімейна лікарка, 185, 187–191].

Були й експерти, які вважають, що пацієнти стали більш свідомими та відповідальними, а також активніше цікавились можливим впливом COVID-19 на перебіг лікування від ТБ:

«Вони [пацієнти з ТБ], звісно, також, так як це вражає систему органів, були налякані, що ковід може вплинути на них. Наскільки він небезпечний, що це грозить, а прививатися чи не прививатись, коли була вже вакцинація? У них було безліч питань, і вони були перші, хто носили маски. Це з мого досвіду, наприклад. І тому тут і звернень було менше, тому що вони не хотіли ходити і тут з усіма бути в одному приміщенні. Було багато по телефону» [P14, сімейна лікарка, 208–212];



«Так, вони стали більш дисциплінованими, більш, як то кажуть, налякані, тому що якось ТБ їх не дуже вразив емоційно, а от ковід дуже їх налякав, то вони дуже стали дисципліновані і своєчасно стали звертатися, бо це ми помітили» [P23, сімейний лікар, 156–158].

Переважна більшість експертів у відповідь на питання про вплив пандемії COVID-19 на рівень вибуття пацієнтів із лікування ТБ повідомили, що значно він не змінився, хоча, як і завжди, спостерігались поодинокі випадки вибуття:

«Без них не бывает. Если пациент ушел, значит, он себя чувствовал неплохо, можно сказать, он был в таком состоянии, которое позволяло ему идти, и мог не стационарно лечиться, а амбулаторно. Были, может быть, пару-тройку человек за весь этот период, так все находились на лечении» [P19, лікарка-фтизіатр, 409–411].

Утім деякі лікарі пояснили, що вплив пандемії позначився на підтриманні зв'язку з пацієнтами через страх заразитись і бажання людей, хворих на ТБ, перебувати подалі від великих міст:

«Бувало таке, що люди випадали з нашого поля зору, тому що вони мігрували собі на початку пандемії. Люди виїжджали з великих міст, жили десь по селах деякий час, телефонний зв'язок до них був недоступний. Це були нечасті випадки, але були» [P23, сімейний лікар, 164–166];

«Мабуть, так, посилила. Тому що були декілька хвиль цих епізодів, локдаунів, коли пацієнти не доїжджали до нас, не відповідали на телефонні дзвінки. Мабуть, через це. Боялися ходять кудись, тому що мали вже захворювання легень, і багато, дійсно, 80% з них боялися, що вони захворіють ще й ковідом тим важким, який був киснезалежним. То високі варіанти, що вони можуть загинути» [P21, лікарка-інфекціоніст, 131–134].

Проаналізувавши відповіді на питання про вплив пандемії COVID-19 на фінансування заходів із виявлення та лікування ТБ, ми дійшли висновку, що експерти вважають фінансову підтримку галузі під час пандемії належною. За їхніми свідченнями, загальне фінансування заходів із виявлення та лікування ТБ залишалось стабільним та/або незначно змінилося, незважаючи на те, що основний фокус фінансування був спрямований на боротьбу з COVID-19. Не було суттєвих проблем із фінансуванням медичних препаратів для ТБ, загальна доступність ліків від ТБ для пацієнтів не була серйозно обмеженою. Ба більше, надавались додаткові препарати для лікування ТБ: антибіотики широкого спектра, неспецифічні антибіотики для лікування сепсису, препарати для придушення грампозитивної та грамнегативної флори, антикоагулянти, гормональні і судинні препарати, препарати для купірування побічних реакцій тощо:

«Как мне помнится, вроде у нас были какие-то дополнительные просто препараты для лечения, купирования побочных реакций, то есть наши симптоматические, которые мы получали: печеночные, витаминные, для желудка. Может быть, чего-



то было больше, то есть было такое, и сосудистые препараты какие-то были, было такое» [P15, лікарка-фтизіатр, 270–273].

Водночас у коментарях деяких експертів зафіксовані свідчення того, що проблемним моментом виявилась закупівля матеріалів для обстеження:

«Були епізоди, коли, я думаю, що менше закупалося якихось тест-систем, і не завжди їх вистачало. Велику кількість пацієнтів ми не могли, наприклад, обстежити на “Джин Експерт” на ТБ. Тобто були якісь періоди, що не так рутинно, якби нам хотілося, — всіх пацієнтів... От здавали мікроскопію мокротиння, проводилась рентгенографія, наприклад, ВАС ТЕС відправлявся в ТМО “Фтизіатрія”. А тут у нас, у стаціонарі, були періоди, що не в такій кількості, як би нам хотілося. Ми проводили, наприклад, методом ПЛР визначення мікобактерій ТБ» [P21, лікарка-інфекціоніст, 154–159].

Крім того, одна з експерток зазначила, що вона у своїй роботі відчувала нестачу препарату «Молнупіравір», який знижує тяжкість симптомів COVID-19:

«Конечно, в данной ситуации было бы замечательно, если бы у нас было какое-то небольшое количество “Молнупиравира”, может быть, не для молодых и здоровых, крепких ребят, но для пожилых, могло бы, по крайней мере, предупредить развитие каких-то обострений сопутствующих заболеваний их, какой-то их хроники» [P19, лікарка-фтизіатр, 371–374].

Один із сімейних лікарів, відповідаючи на питання про фінансування, указав, що його заробітна плата не збільшувалась у період пандемії.

Більшість експертів висловили впевненість, що під час пандемії виникала потреба в додатковому медперсоналі, передусім для лікування хворих на COVID-19, але задовольнялась вона не завжди оптимально:

«Під час пандемії в нас була величезна втрата кадрового потенціалу, і під час війни в нас була величезна втрата кадрового потенціалу. Я думаю, що це стосується всіх закладів» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 150–152];

«Була така необхідність... Задовільнилася. Напевно, за рахунок теж такого відношення персоналу, тому що справді кожен працював на виснаження» [P12, лікарка-фтизіатр, 378, 380];

«Тут треба було, тому що тоді, бачите, люди були тяжкі, відповідно треба було мати і медсестер більше, і лікарів більше, і санітарок більше... Ми створювали бригади, ми брали людей з інших відділень, бо практично ковід був, а інші відділення так не мали дуже багато хворих. То нам адміністрація давала з інших відділень персонал. То й так працювали» [P11, лікарка-пульмонолог, 304–305, 307–309];

«Була потреба, але працювали, а що робити, навіть ніхто не дивився на годинник, працювали просто до останнього пацієнта» [P14, сімейна лікарка, 227–231].



Кілька лікарок-фтизіатрів під час інтерв'ю повідомили, що додатковий персонал залучався і безпосередньо до роботи фтизіатричної служби, але не всі нові працівники потім залишались працювати:

«Залучали персонал. Це більше стосується, напевно, середнього медичного персоналу. Є люди, які достроково повиходили з декрету і всього іншого на роботу, бо була така потреба» [P12, лікарка-фтизіатр, 389–392];

«Була... І ми ще шукали, як говориться, з вулиці... цей персонал працевлаштовувався на працю тільки задля того, щоб налагодити оцей процес лікування ковіду. А після цього вони не хотіли далі працювати в ТБній структурі» [P16, лікарка-фтизіатр та ординатор, 373, 375, 377–379].

Важливим моментом було те, що пацієнтам, хворим на ТБ, видавали ліки на довший, ніж зазвичай, термін, а контакт із лікарем підтримувався дистанційно, тільки за потреби відвідування консультація проводилась очно.

Цікаво, що з 24 опитаних регіональних експертів лише дві сімейні лікарки відповіли, що в залученні додаткового медичного персоналу в їхній роботі не було потреби.

Проаналізувавши відповіді експертів щодо особливостей роботи з пацієнтами під час пандемії, констатуємо, що більшість із них висловили думку про наявність у них потреби в додаткових консультаціях. Позиції лікарів щодо того, які саме додаткові послуги потрібно було надавати, умовно можна поділити на дві групи.

Представники першої групи констатували, що пацієнтам необхідні були додаткові обстеження вузькопрофільних спеціалістів, зокрема пульмонологів:

«Потребували, так... Пациенты у нас в момент ковида и так страдают, то конечно, это были пульмонологи, это было дообследование, только не наш уровень — это был третий уровень. И наблюдения — то же самое, и спирография. То есть они отдалялись, уже больше шли к пульмонологам, не только свое основное заболевание лечили» [P1, сімейна лікарка, 237, 239–242].

Експерти другої групи передусім наголошували на необхідності психологічних консультацій, оскільки неконтрольована паніка та розпач створювали не менше негативних наслідків для здоров'я, аніж ускладнення, безпосередньо спричинені хворобою:

«Так, була така паніка, скажімо, і навіть з особистого досвіду вам скажу, що в 4 години ночі відкривається моя кімната, і заходить моя сусідка, бо в її сина, 23 роки — не стукаючи вже і з великою панікою — бо в її сина 37,3» [P12, лікарка-фтизіатр, 312–314].

Зі слів експертів було зафіксовано три основних канали підтримки зв'язку з пацієнтами.

1. Телекомунікації — телефонні розмови, спілкування в месенджерах, відеозв'язок:



«Зв'язок підтримували телефоном або месенджерами... досвід був, знову ж таки телефонний зв'язок, месенджери, відеозв'язок. Тобто все це ми використовуємо» [P2, сімейна лікарка, 107–108, 113–114].

Опитані лікарі повідомили, що елементи телемедицини вони почали використовувати ще до пандемії, оскільки це стало досить зручною альтернативою особистому відвідуванню, давало можливість бути завжди на зв'язку з пацієнтами та економило їм час і витрати на дорогу:

«До пандемії би сказала, що це були якісь зачатки [телемедицини], напевно, десь там, де подивився повторно якийсь аналіз, кажеш ок, не ок, прийти, не прийти ще раз...» [P8, лікарка-терапевт, 170–181].

Один із недоліків такої практики, за свідченнями частини експертів, полягав у тому, що зв'язок переважно був одностороннім: пацієнти самі телефонували і писали, власноруч визначаючи рівень необхідності звертання до лікаря, а лікарі не контролювали процес лікування повністю, бо майже не робили зворотних дзвінків пацієнтам. Ця тенденція мала місце через дисбаланс: надмірно велику кількість хворих та потенційно хворих пацієнтів і недостатню кількість лікарів та кваліфікованих співробітників при таких масштабах захворювання:

«Ми, стаціонарний етап — точно ні [не телефонували пацієнтам самі], тому що просто були завалені, велика навантаженість на стаціонарний етап лікування. Тому зв'язок — так, особисто: якщо хтось із пацієнтів звертався, писав, то консультували, відповідали на питання, а особисто не продзвонювали, не питали, як у них справи і як проходить лікування» [P21, лікарка-інфекціоніст, 136–139].

2. Відвідування пацієнтами лікарні — здійснювалося тими пацієнтами, які мали скарги та не мали остаточного діагнозу:

«Під час пандемії це зв'язок телефонічно, і відповідно вже ті, хто мали скарги, то приходили на огляд, на ПЛР-тестування, на вимірювання сатурації» [P10, лікарка-пульмонолог, 272–237].

3. Виклик лікаря додому — ця практика мала місце для тяжких пацієнтів, які не могли самотужки діставатись до лікарні, а також пенсіонерів, дітей:

«Або викликом додому, або телефонним зв'язком, відеозв'язком» [P9, 240].

Важливим питанням дослідження було з'ясування того, яким чином і на який період пацієнти під час пандемії отримували препарати для лікування.

Узагальнюючи відповіді експертів, фіксуємо два основних способи отримання препаратів пацієнтами:

- пацієнти забирали препарати самостійно, при цьому всі організаційні моменти вирішувались у телефонному режимі: *«Забирали самостійно. Зв'язок підтримувала — это или приглашали мы на прием их и контроль был, или в телефонном режиме была связь с пациентом» [P1, сімейна лікарка, 246–247];*



- препарати пацієнтам доставляли соціальні працівники: *«Могли соціальні працівники. Чи особисто віддавали пацієнтам, коли вже жорсткий локдаун закінчився. Зазвичай, здається, на декілька тижнів лікарські засоби»* [P2, сімейний лікар, 106–107].

Період, на який пацієнти отримували ліки під час пандемії, за словами експертів, визначався такими основними чинниками:

- рівнем тяжкості протікання захворювання;
- відстанню від дому пацієнтів до лікарні;
- активністю міграцій пацієнтів у межах області та країни через пандемію:

«Єдине що — ми врахували час пандемії, і видача протитуберкульозних препаратів йшла на більший термін. Люди іноді хтось кудись їхав, то писали собі заяву-обґрунтування, що “виїжджаю за межі міста”, і щоб не каталися туди-сюди в громадському транспорті, то видавалися на довші терміни — іноді на 2 місяці видавалися ліки, але умови контрольованого лікування нікуди не дівалися. Навіть якщо не було якогось безпосереднього вайбер-зв'язку, тобто відеозв'язку, то хоча б телефонний дзвінок мав бути. Пацієнт мав бути на контролі, бо побічні реакції теж виникають» [P12, лікарка-фтизіатр, 345–350].

З урахуванням зазначених факторів існували такі варіанти часових проміжків видачі ліків:

- до 1 місяця (лікувались легкі форми захворювання, які давали позитивну динаміку вже на початку лікувального процесу): *«З методикою відео-ДОТ ми так само визначалися. Ми видавали [препарати] в два етапи. Перший етап — це робота з пацієнтом: на протязі тижня проводився такий тест-контроль. Якщо він ретельно все виконував, то ми могли максимально йому дати на 2 тижні — на 10 днів залежно від того, скільки вихідних було. І мінімум два рази в місяць пацієнт мав бути на контролі, тому що там є і побічні дії, треба обстеження відповідні було робити. І щодня, значить, він присилав або зв'язувався з лікарем по відеозв'язку... У період пандемії, звичайно, термін збільшився — це максимум раз у місяць...»* [P6, лікар-фтизіатр, 118–123];
- на 3 місяці: *«До трех месяцев. В ковид я знаю, что выдавали длительней»* [P1, сімейна лікарка, 262];
- на 6 місяців.

Досвід використання цифрових технологій підтримки прихильності пацієнтів до лікування в опитаних експертів виявився різним залежно від місця і специфіки роботи. Зокрема, лікарі стаціонарних відділень майже нічого не могли сказати з цього приводу, оскільки вони спілкуються з пацієнтами безпосередньо.

Спеціалісти, які лікують пацієнтів амбулаторно, під час інтерв'ю досить позитивно оцінили можливість використання в процесі лікування телемедицини, онлайн-консультацій та інших цифрових технологій, оскільки вони є досить зручними в тих випадках, коли їх коректно використовувати. Перевагами застосованих технологій експерти вважають те, що вони допомагають лікарям завжди «тримати руку на пульсі» без безпосереднього контакту з



пацієнтом і підвищують рівень самостійності й свідомого ставлення пацієнтів до свого здоров'я, адже вони повинні уважніше ставитись до певних особливостей свого стану, щоб описати суть проблеми лікарю, орієнтуватись у певних показниках, якщо мова йде про результати аналізів та їхнє порівняння, і розвивати високий рівень самодисципліни:

«Цифрові технології — це у нас відео-ДОТ. Пацієнт приймає протиТБні препарати, знімає відео, спілкується з лікарем, це може бути онлайн, тобто він показує все, що він робить. Або він робить запис прийому препаратів, показує, які це препарати, він знає назву, яку кількість він приймає їх, і лікар таким чином контролює, тобто ми впевнені, що він отримав всі препарати сьогодні» [Р3, лікарка-фтизіатр, 296–300].

Головними факторами, які, на думку лікарів, є перешкодами для широкого впровадження цифрових технологій у роботі з пацієнтами, є неготовність і небажання клієнтів вибудовувати комунікацію таким чином. Найчастіше таке небажання, за оцінками опитаних фахівців, пояснюється поважним віком пацієнтів або низьким рівнем їхньої освіти:

«Дуже цифрові технології важко даються людям пенсійного віку, людям з низьким рівнем освіти, іноді були проблеми» [Р23, сімейний лікар, 175–176].

Надважливим питанням під час пандемії була необхідність профілактики емоційного вигорання лікарів. Аналізуючи відповіді експертів, можемо виокремити напрями, за якими відбувалась основна психоемоційна допомога лікарям під час пандемії.

1. Підтримка фахових психологів. Опитані лікарі зазначали, що в деяких колективах є штатні психологи, які проводили бесіди стосовно визначення головних проблем медичного персоналу та пропонували поради з їхнього вирішення. Також деякі експерти говорили, що психологи приїздили з візитами до них у лікарню для підтримки морального духу колективу:

«Аби допомогти нашим працівникам з емоційним вигоранням, у нас є в штаті психолог. І пацієнти наші, всі співробітники, у кого була необхідність у тому, щоб якось покращити свій емоційний стан, з нею спілкувалися всіма можливими методами: і за допомогою цифрових технологій, і офлайн, і як тільки можливо. І знаходили розраду у спілкуванні, вона з ними проводила і тестування, дуже досвідчена дівчина» [Р3, лікарка-фтизіатр, 314–320].

2. Участь в освітніх заходах. Експерти розповіли, що брали участь у різноманітних тренінгах, лекціях, конференціях, присвячених професійному вигоранню, ментальному здоров'ю, адаптації до роботи в кризових умовах тощо:

«Ми їздили на конференції, слухали лекції, проводили практики... Виїзні сесії з психологами, були лекції, потім практики, доволі мені сподобалось, потім навіть була література, і сюди привозили літературу, ми роздавали по колегам, були флаєри, посібники по вигоранню, і були практичні напрямки» [Р14, сімейна лікарка, 235, 245–247].

3. Взаємна допомога та підтримка колег:



«Ви знаєтеся, зібратися колективом після напруженого робочого дня з чаєм — я маю на увазі, що це дуже рятує» [P14, сімейна лікарка, 247–248].

4. Допомога від благодійних фондів як прояв додаткової уваги та підвищення значущості медичної професії:

«Мы поддерживали себя, друг друга поддерживали, были благотворительные организации харьковские, коммерческие организации, которые обеспечивали какими-то сладостями, давали какое-то питание, какой-то чай, какие-то напитки. Это было крайне редко, больше такое было на областной инфекционной больнице, там и плакаты поддержки были, и разные, абсолютно различные были поддержки благотворительных организаций в виде еды, в виде какого-то сока, набора — чай, маски и антисептики, потому что достаточно их не было. То есть какие-то резервы задействовали все» [P19, лікарка-фтизіатр, 439–445].

Разом із тим, зафіксовано значну кількість відповідей із негативною оцінкою ситуації з допомогою лікарям у профілактиці та подоланні емоційного вигорання. Якщо узагальнити, коментарі опитаних зводяться до того, що ніяких заходів, присвячених цьому питанню, не проводилось, фахова психологічна допомога спеціалістів не надавалась:

«Ні, нічого для цього не робили... Ми самі себе підтримували» [P16, лікарка-фтизіатр, 384, 386];

«Ні, це не обговорювалось навіть» [P18, сімейна лікарка, 195].

Краще справи виявились із забезпеченням лікарів інформаційною та методичною допомогою, проте й у цій сфері не все було організоване належним чином.

Оцінки експертів розділились на дві групи: позитивні й негативні. Більшість експертів стверджували, що отримували багато методичної інформації, були поінформовані стосовно нововведень і наукових відкриттів у своїй сфері, отримували чіткі методичні рекомендації з актуальних питань, брали участь в офлайн- і онлайн-тренінгах:

«Так, звичайно. Центр громадського здоров'я надсилав нам усю інформацію, яку вони мають: інформаційні матеріали, які ми розміщували на своїй сайтах, доносили вживу пацієнтам. Тобто зі сторони Центру громадського здоров'я більшість інформації надходило» [P3, лікарка-фтизіатр, 323–325];

«Були в нас [вебінари] і онлайн, і офлайн... Десь раз в 3 місяці, здається, 4, може» [P24, сімейна лікарка, 125, 127].

Варта уваги така особливість: деякі позитивні відповіді мали більш поверховий, формалізований характер, тобто про активну просвітницьку й навчальну допомогу в них не йшлося. Акцент був зроблений на тому, що ця допомога відбувалась у формальній колективній розсилці інформації на пошту (потім не перевірялось, яким чином засвоєна чи опрацьована ця інформація), у певних вимогах правильно розташовувати по лікарні інформаційні дисплеї для пацієнтів, застережливі знаки тощо:



«Так, звичайно, ми навіть в установі розвішувати якісь реклами, агітки, де пише про мікобактерії ТБ, про стан ТБ. Він виліковний, не треба боятися його виявляти і лікувати. І що людина, яка пройшла лікування, не буде заражати оточуючих і буде мати якісне і нормальне довготривале життя. Просто треба бути завжди під наглядом» [P10, сімейна лікарка, 300–303];

«Да, у нас плюс-мінус проходять. Або різні розсилки на електронну пошту, або наша головна лікар кидає нам різні посилки, в принципі, подивитись. Доступ до інформації завжди був, і він мінявся і щодо вакцини, і так далі. Тобто постійно щось було» [P9, сімейна лікарка, 279–281].

Майже всі негативні оцінки зводились до того, що сторонньої методологічної допомоги експерти не отримували, але, маючи бажання, ознайомлювалися з інформацією самостійно, оскільки вона є у відносно вільному доступі:

«Никто ничего не знал, профессора и обычные рядовые врачи, это заболевание было для всех ново. Поэтому да, мы все смотрели какие-то вебинары, конференции, то есть нам было самым интересно. И приказы, которые обновлялись каждые две-три недели, то есть вот этот материал, который был вообще доступный для всех, кажется, врачей Украины» [P15, лікарка-фтизіатр, 299–303].

Підсумовуючи опис, який експерти давали ситуації з наданням протитуберкульозних послуг під час пандемії COVID-19, зазначимо, що у відповідь на питання про те, якої ще допомоги потребували фахівці служби в пандемійний період, більшість опитаних наголосили, що вони мали все необхідне для роботи, але й висловили декілька побажань на майбутнє.

1. Спростити протоколи роботи сімейних лікарів, оскільки зараз існує дуже широкий функціонал, що призводить до виснаженості лікаря та невідповідності кількості пацієнтів можливостям лікаря. Ця проблема спричиняє отримання пацієнтом неякісної, неповної консультації:

«Я думаю, що, скоріше за все, на жаль, сьогодні лікарі первинки настільки завантажені усім. Ця реформа нелегко дається медицині, лікарям, взагалі-то дуже нелегко. Тому сьогодні сімейний лікар навантажений, у нього, крім пацієнтів, 150 інформаційних систем, куди він повинен внести пацієнтів, тобто в нього інколи бракує часу. Він настільки вже виснажений, він не знає, що йому правильно робити — чи йому на пацієнта дивитися, чи йому вести інформаційну систему, оскільки якщо він не введе дані, то він не отримає кошти. І це є дуже велика проблема — навантаженість, пацієнтів багато, а часу на кожного пацієнта мало...» [P3, лікарка-фтизіатр, 328–339].

2. Відкоригувати та структурувати алгоритм діагностики ТБ, особливо на етапі комунікації та взаємодії лікарів:

«Напевне, оцей алгоритм діагностики, який прописаний поетапно: на сімейного лікаря, потім — на фтизіатра, потім — на третій рівень надання допомоги. То, напевно, комунікація фтизіатра і пульмонологів наших місцевих. Ми більше брали на



себе навантаження, і сімейний, запідозривши ТБ рентгенологічно чи клінічно, напевно, в цей час пандемії ми більше брали продовження цього діагностичного алгоритму на себе, щоб зняти трохи навантаження з сімейного лікаря, щоб вони мали більший доступ...» [P12, лікарка-фтизіатр, 401–407].

3. Ініціювати проведення навчання для молодшого медичного персоналу, а не тільки для лікарів. Це значно покращить процес взаємодії медичних сестер і лікарів за рахунок збільшення швидкості роботи та підвищення рівня взаєморозуміння й довіри між колегами:

«Я б хотіла і радила, щоб медсестри сімейні теж проходили такі навчання, можливо, більш інтенсивніше, бо це більше лікарі проходять. А от лише молодший медичний персонал не проходить такі навчання, хоча вони є, але більше для лікарів» [P10, сімейна лікарка, 306–308].

2.4. Оцінка поточної ситуації у сфері діагностики та лікування ТБ

Національні експертки, описуючи поточну ситуацію у сфері діагностики та лікування ТБ в Україні, схарактеризували ключові елементи системи й наголосили на таких рисах.

Діагностика ТБ зазвичай починається з того, що за наявності скарг на стан здоров'я пацієнт звертається до сімейного лікаря. Сімейний лікар пропонує пацієнту скринінг-анкету, також затверджену стандартами, де є перелік симптомів, щодо наявності яких пацієнт має дати відповідь.

Обстеження на ТБ полягає в рентгенологічному обстеженні та дослідженні мокротиння, якщо в пацієнта кашель і воно виділяється. Зараз існують різні варіанти аналізів мокротиння, одним із найсучасніших є молекулярно-генетичний метод із використанням обладнання GeneXpert. Цей аналіз не лише дуже швидко дає результат щодо наявності ТБ, а й відразу визначає чутливість збудника до рифампіцину, в залежності від чого в подальшому призначається лікування від ТБ.

У разі виявлення ТБ або ймовірного ТБ пацієнт спрямовується до регіонального закладу фтизіатричної служби та, за потреби, додатково обстежується й отримує призначення на лікування в залежності від форми хвороби або у відділенні, якщо відбувається активне бактеріовиділення, або амбулаторно. На стаціонарному етапі лікування пацієнт перебуває, як правило, до моменту припинення бактеріовиділення, а далі він лікується амбулаторно. Головна мета запроваджуваних на сучасному етапі в Україні пацієнтоорієнтованих моделей боротьби з ТБ полягає в розширенні моделей амбулаторного лікування пацієнтів.

Діагностування осіб, що належать до вразливих груп населення (людей без визначеного місця проживання, із залежностями тощо), за свідченням національної експертки — представниці недержавної професійної організації, відбувається завдяки налагодженій взаємодії між закладами охорони здоров'я, благодійними та недержавними інституціями і покликане



забезпечувати раннє виявлення ТБ. Ідеться зокрема про вуличне скринінгове анкетування — стратегію, спрямовану на виявлення захворювань у клінічно безсимптомних осіб із груп ризику, які мають обмежений доступ до медичних послуг, на вулиці або в місцях їх зосередження:

«Не тільки охоплення людей скринінгом, а й виявлення людей з симптомами і далі доведення до медичної системи. І у нас були різні підходи, коли закупались донорські картриджі, не знаю, туди йдуть чи не туди йдуть...» [Н1, 97–103];

«Оце у нас зараз на сьогодні такі групи ризику, з якими ми займаємось, в які ми заходимо, і ми працюємо на ранніх виявленнях ТБ. Відскринінгували, виявили з симптомами, довели до лікувального закладу... Наша задача — довести до лікаря. Лікар виявлену людину з симптомами оглядає, призначає своє обстеження в рамках... повинен в рамках [нерозбірливо], який вказаний, але в рамках свого... як він проводив обстеження. Я не можу сказати, що в нас сьогодні всі проходять рентгенологічні обстеження і всі на первинці отримують направлення на GeneXpert... Там, де іде обстеження через протиТБний заклад і так, як воно було раніше, і це обласний центр, і там була можливість [нерозбірливо], там весь алгоритм зберігається — повністю обстеження людина отримує» [Н1, 113–115, 134–141].

Говорячи про роботу своєї організації, ця експертка наголосила на тому, що зараз є нагальна потреба в розширенні кількості закладів первинної ланки медичної допомоги, які б приймали пацієнтів без документів:

«Зважаючи на те, що в нас клієнти в більшості без документів, у більшості первинка їх не приймає. Первинка приймає лише тих, у кого є документи і кого можна законтракувати. Більше того, проблема контракування дуже виражена. Мало регіонів, мало лікувальних закладів, які дуже прихильні контракувати наші цільові групи, тому що співпрацюють дуже давно із нашими організаціями... Це працює на особистих контактах, коли довірливі формуються відносини із лікувальним закладом, знають організацію, знають, із ким вона працює, знають, що цього клієнта все рівно приведуть. От так приходять ті, хто без документів, і ті, хто не ідентифіковані. На сьогодні це дуже велика проблема. Первинка їх не бере, взагалі не приймає, є єдині, де підтримуються, в одній області є програма, коли все-таки є місцеве виділення коштів, була нарада районна. І у зв'язку з тим, що знають, що охоплення не такі великі, коли наші урядові організації розказують про свою діяльність, вони кажуть, що їх не так багато, але тим не менш прийняти треба. Є позитивна практика, коли навіть і не хвата сімейних лікарів для декларування, навіть для загального населення їх просто не хвата, але є обхідні такі путі, коли первинка все-таки приймає по програмі місцевій» [Н1, 85–100].

Актуальним є також питання напрацювання протоколів госпіталізації до стаціонарних відділень пацієнтів із вразливих груп населення, з чим іноді виникають складнощі. Утім, за словами експертки, зараз протиТБні заклади майже не відмовляють у госпіталізації, коли до них звертаються відповідні організації.



Інша національна експертка, фахівчиня Центру громадського здоров'я, під час інтерв'ю зауважила, що перелік груп ризику є в стандарті надання медичної допомоги «ТБ», який було оновлено 19 січня 2023 року відповідно до нових настанов Всесвітньої організації охорони здоров'я. Також роботу служби регламентує наказ Міністерства охорони здоров'я, який вийшов у березні 2022 року. У наказі внормований процес виявлення хворих на ТБ:

«Найперше — це центри первинної медико-санітарної допомоги. Але і спеціалізована медична допомога не стоїть осторонь, тому що я вже казала про хворих на цукровий діабет, це буде зниження імунної системи, вони стовідсотково мають обстежити... Вони в групі ризику, да, за наказом. У нас 302 наказ, про який говорили, 22-го року він зареєстрований в Міністерстві юстиції, тобто він обов'язковий до виконання на всіх рівнях» [Н3, 143–146, 148–149].

Її колега, також національна експертка ЦГЗ, так описала роботу з пацієнтами, які перебувають у групах ризику:

«У нас робота з групами ризику, взагалі з надання медичної допомоги, регламентована стандартним наказом номер 302 МОЗу, а це заклади охорони здоров'я мають працювати з групами ризику і на первинці, і на вторинці, тобто робота з групами ризику, активне і пасивне виявлення ТБ. Якщо пацієнт звертається до лікаря на первинку, це анкетування, скринінг на скринінговій анкеті, і за результатами проходження скринінгової анкети вже приймається лікарями рішення стосовно направлення на додаткову діагностику» [Н2, 27-32].

Четверта національна експертка, яка очолює благодійну організацію допомоги людям із ТБ, повідомила, що вони не розділяють пацієнтів на медичні групи ризику, а працюють із тими людьми, які надають запит на допомогу, тому що з іншими людьми мають працювати проекти спеціального супроводу. Організація, яку вона заснувала, орієнтує свою діяльність на підтримку людей, яким неможливо надати допомогу в межах наявних політик або цієї допомоги не достатньо для того, щоб вирішити проблему, з якою звертається пацієнт. Таким чином, їхні сервіси служать для посилення чинних послуг із протидії ТБ:

«Вся наша діяльність базується на потребах людей з ТБ, а також медичного персоналу і соціальних працівників. Ми дуже комплексно аналізуємо цю ситуацію, для того щоб формувати пріоритети своєї діяльності і підходи у своїй діяльності» [Н4, 27–32];

«Так, у нас встановлені бокси в лікарні, до нас звертаються всі, хто потребує допомоги, ми працюємо індивідуально з людьми і оцінюємо потреби людини індивідуально після її звернення. Тобто в нас немає такого, що ми приходимо в лікарню і спеціально працюємо з певною категорією людей» [Н4, 77–79].

Усі пацієнти, у яких підозрюють наявність діагнозу ТБ, мають також обстежуватись на COVID-19. З іншого боку, у кожному регіоні визначений перелік закладів, куди госпіталізують пацієнтів із важким станом від COVID-19, серед цих закладів є фтизіопульмонологічні медичні центри. Якщо пацієнт потрапляє в цей центр, він стовідсотково обстежується на ТБ.



Одна з національних експерток наголосила на важливості супроводу пацієнтів сімейним лікарем:

«Я думаю, що людину має супроводжувати сімейний лікар, направляти на всі необхідні обстеження і за необхідності перенаправити до спеціалістів. Я не думаю, що це потрібно виділяти, але це має оцінювати сімейний лікар. Якщо в людини немає декларації з сімейним лікарем, то вона має безбар'єрно в лікарні отримати інформацію, як за відсутності декларації отримати послуги, і якщо потрібна допомога, зрозуміти, до кого звернутися. Тобто пацієнти просто мають бути проінформовані про необхідність обстеження» [Н4, 115–120].

Інша експертка вказала на те, що в практиці роботи благодійних організацій обстеженням на ТБ опікувались лікарі, які тестували людей на COVID-19. Коли люди масово йшли тестуватися, лікарі також додатково направляли їх на обстеження на ТБ, завдяки чому частота виявлень збільшилась:

«У нас це основне завдання. Я вам не скажу, хто приймає рішення людину з симптомами ковіду обстежувати на ТБ. В нас основне — пройти обстеження на ТБ. А обстеження на ковід чи воно буде проводитись, чи не буде — на сьогодні в нас взагалі таких цілей не стоїть, і навіть тоді, коли це було, це не було нашою основною задачею» [Н1, 291–294].

Експертка — представниця громадської організації повідомила про існування проблеми, пов'язаної з тим, що не всі сімейні лікарі сумлінно проводять скринінг пацієнтів на ТБ.

За словами національних експерток, забезпечення пацієнтів препаратами для лікування відбувається за методикою розрахунку препаратів, встановленою Міністерством охорони здоров'я:

«Заклади первинного рівня подають потребу із розрахунку статистичних даних, які збираються на кварталній, місячній і потім річній основі, а потім передають до протитуберкульозних регіональних закладів, регіональні протиТБні заклади збирають у первинки потребу і вже подаються на МОЗ про розрахунок на рік. Відповідно до цього вже замовляють, розраховується за цією системою потреба у протитуберкульозних препаратах і здійснюється закупівля. Якщо, як у нас було, до прикладу, окупація якихось певних територій і можливо було вивезти препарати, то вони потім вводяться і перерозподіляються теж за допомогою цієї системи між іншими закладами, хто потребує цього» [Н2, 67–69].

Закупівля протитуберкульозних препаратів здійснюється за державні кошти, про що є наказ щодо розрахунку протитуберкульозних препаратів, зареєстрований у Міністерстві юстиції. Зараз через скрутну ситуацію в країні витрати на закупівлю протитуберкульозних препаратів узяв на себе Глобальний фонд. Оскільки робиться щорічне замовлення, чітко ведеться моніторинг наявності протитуберкульозних препаратів. У ЦГЗ є відділ фармменеджменту, який має всю картину забезпечення протиТБними препаратами. Отримувачем препаратів є медичні фтизіопульмонологічні центри, і вже з центрів у регіони йде доставка препаратів, наприклад,



якщо пацієнт лікується амбулаторно під спостереженням сімейного лікаря. У кожному регіоні є своя система доставки ліків транспортом безпосередньо до лікувального закладу. Є міжнародна грошова допомога на транспортування ліків до кінцевого отримувача.

Безпосередній доступ пацієнтів до препаратів, окрім видачі їх у медичних закладах, забезпечується також проектами, які займаються супроводом на амбулаторному етапі лікування виявлених пацієнтів. Виявлені пацієнти обов'язково починають лікування, і лікарі здійснюють супровід, щоб простежити, чи дійсно лікування почалось. Лікування від ТБ для пацієнтів є безплатним:

«ПротиТБні заклади регіональні розподіляють уже на первинку, щоб лікарі могли видавати, бо лікування повністю безкоштовне і лікарі видають усе» [Н2, 71–72].

На сьогодні в Україні діють різні моделі підтримки пацієнтів і видачі їм протитуберкульозних препаратів. Наприклад, пацієнт може з певною періодичністю приходити до сімейного лікаря й отримувати ліки, а сімейний лікар спостерігає за наявністю побічних реакцій. Проте часті візити до лікаря не завжди можуть бути зручними для людини, тому зараз широко впроваджуються відеоінформаційні технології, які дають лікарям змогу дистанційно спостерігати за прийомом протитуберкульозних препаратів пацієнтом. Для вибору й застосування такої моделі лікування лікар від початку супроводу оцінює прихильність пацієнта до лікування і залежно від цього обирає ту чи іншу модель підтримки лікування.

Національна експертка — представниця благодійної організації повідомила, що нині існує потреба в регулюванні призначення додаткової терапії, і хоча є відповідні рекомендації від ЦГЗ, у реальності все відбувається дещо інакше, з'являються категорії витрат, які на сьогодні є матеріальним тягарем для пацієнтів. З-поміж них і доступ до діагностики. Якщо людям призначають КТ або інші обстеження, то програма медичних гарантій має покривати витрати на них, але цей алгоритм не завжди працює. Те саме стосується і консультацій профільних спеціалістів. Ступінь відпрацювання процесів надання послуг істотно залежить від регіону.

Пацієнти отримують препарати для лікування від ТБ в різний спосіб, переважно в лікаря, який призначає курс. Період, на який препарати можуть видаватися, залежить від прихильності людини до лікування, яка визначається, зокрема, і завдяки відеоінформаційним технологіям, що дають лікарям змогу спостерігати за прийомом протитуберкульозних препаратів пацієнтом і контролювати дотримання ним рекомендацій:

«Це лікар може бути, дивлячись на якому лікування... Це відео-ДОТ, смарт-бокси або це очний, коли кожного дня пацієнт приходить і отримує лікування. Може на місяць в смарт-бокси — там запас ліків на місяць, до прикладу, можна навіть більше. І таким чином пацієнт отримує лікування» [Н2, 75–77].

Особам із груп ризику, як правило, ліки на руки не видаються. Такими хворими опікуються проекти медико-соціального супроводу, який організовує видачу препаратів у лікувальних закладах для контрольованого лікування.



Під час лікування однією з головних проблем, з якою стикаються пацієнти, є довга його тривалість, що буває складно витримати. Проте зараз в Україні впроваджуються новітні, коротші схеми лікування:

«...на сьогоднішній день Україна перша серед країн Європи впровадила програмне лікування короткими схемами. Називається схема ВРАІ, коли за шість місяців можна вилікувати лікарсько-стійкий ТБ. Раніше це було 18–20 місяців... а зараз є така можливість вилікувати. І ще інші схеми, які 9 місяців лікують, але все одно це не роки більше. А чутливий ТБ лікувався завжди 6 місяців, на сьогоднішній день є можливість його за чотири пролікувати» [НЗ, 258–260, 262–264].

Одна з національних експерток повідомила, що для впровадження в Україні методів відео-ДОТ ЦГЗ у 2022 році закупив планшети для супроводу пацієнтів медсестрами, а також півтори тисячі смарт-боксів — спеціальних контейнерів із датчиком усередині, які посилають сигнали медичному працівнику, коли людина відкриває коробку і приймає пігулки. Водночас використовуються спеціальні застосунки, у яких кожного разу відмічається прийом препарату при відкритті смарт-боксу. Крім того, для методів відео-ДОТ активно застосовуються смартфони лікарів і пацієнтів.

Фтизіатрична служба широко користується у своїй роботі методами телемедицини:

«Можуть здійснюватися консультації, засідають комісії консультативні по розгляду випадку, надсилаються ці обстеження пацієнта, рентген надсилається по цьому... і всі інші дані. І потім вирішується. І національного рівня консультативна комісія працює, надсилаються усі матеріали, вона розглядає і надаються рекомендації. І якщо брати ці технології щодо підтримки лікування, їх теж можна до телемедицини віднести» [НЗ, 423–427].

Національна експертка, яка представляє благодійну організацію, під час глибинного інтерв'ю високо оцінила ситуацію в Україні з упровадженням і використанням методів телемедицини та нових технологій у процесі лікування ТБ в цілому. Вона вважає, що завдяки цьому більшу частину пацієнтів можна переводити на отримання дистанційних послуг із лікування ТБ, зменшувати face-to-face-послуги, адже не всі люди потребують жорсткого контролю для того, щоб дотримуватись пацієнтської дисципліни в процесі прийому ліків. Крім того, в країні впроваджується OneImpact — віртуальний помічник для пацієнта, для будь-якої людини, що звернулася з питанням про ТБ (проінформувати можна також родичів, сусідів, тих, хто потребує інформації про ТБ). Зараз це доступно як мобільний застосунок, як гаряча лінія і як інформація про ТБні заклади, з вільним доступом до користування.

Щодо наявності спеціалізованих програм, цифрових інструментів комунікації лікарів між собою і з пацієнтами, технологій підтримання прихильності пацієнтів національні експертки повідомили, що вся інформація про надання протитуберкульозних послуг вноситься в програму eHealth, а також інші електронні системи, але є проблема в тому, що вони одна з одною можуть не поєднуватись, тож інформація може не передаватись від одного лікаря до іншого. Тобто на сьогодні через те, що кожен заклад визначає сам собі, яку він систему купить і буде її



обслуговувати, є проблеми передачі інформації. Але при цьому система не стоїть на місці й намагається вирішити ці питання:

«У нас, на жаль, поки не розроблена така система, але в планах є вже зробити додаток зручний і програмку, яка буде. Бо зараз може бути багато хтось на фейс-таймі, хтось на телеграмі, і ця система не захищена, щоб була також анонімність якась, щоб збереження даних пацієнтів. То є такі плани зробити таку систему... це і є такі системи прихильності, бо це спрощує» [Н2, 172–176, 179];

«У комунікації між собою, я знаю, що Центр громадського здоров'я повністю координує комунікації закладів, заклади між собою можуть комунікувати і напяму обмінюватися. Але які це канали комунікації — питання до закладів. Але я думаю, що медичні заклади між собою спілкуються у вільній формі, взаємодіють з використанням всіх наявних ресурсів, тобто немає якогось одного певного чат-боту для лікарів, для їхньої взаємодії між собою» [Н4, 233–238].

Благодійна організація «ТВ People Ukraine» має мобільний застосунок, який містить інформацію про ТБ, і допомагає людям, що хворіють або перехворіли на ТБ, повідомити про бар'єри на шляху до лікування.

Національні експертки вважають, що досвід використання інформаційних технологій у роботі фтизіатричної служби збільшується і має великий потенціал розвитку:

«Все більше закладів, все більше лікарів переводять пацієнтів на відео-ДОТ... 35 тисяч на амбулаторному лікуванні зараз знаходяться. У 2022 році із них 44,4% на відео-ДОТі» [Н2, 193, 199].

Поступово вирішуються завдання забезпечення лікарів гаджетами, потрібними для ведення супроводу пацієнтів, але нагальною все ще залишається проблема незабезпечення пацієнтів телефонами та інтернетом. До онлайн-роботи з пацієнтами залучаються також психологи й консультанти від неурядового сектора, щоб ефективніше мотивувати хворих на ТБ до відповідального прийому протитуберкульозних препаратів.

Отже, національні експертки у своїх інтерв'ю в цілому позитивно оцінили досвід використання інформаційних технологій у сфері протитуберкульозних послуг в Україні, зазначивши, що зараз Україна посідає високі позиції в рейтингу забезпеченості доступом до контрольованого лікування в онлайн-режимі (відео-ДОТ, смарт-бокси, мобільні застосунки тощо). Головне, що треба забезпечити, — це координація їх впровадження, яка має відбуватись під егідою ЦГЗ.

Узагальнюючи інформацію, отриману під час глибинних інтерв'ю з регіональними експертами, ми отримали такий перелік протитуберкульозних послуг, які надають заклади охорони здоров'я.

1. На рівні первинної ланки медичної допомоги (сімейні лікарі та терапевти):
 - скринінгове анкетування;



- безплатні послуги рентген-діагностики, флюорографії грудної клітини, КТ;
- загальний аналіз крові та сечі, загальноклінічні аналізи;
- посів мокротиння, визначення ТБ методом GeneXpert;
- направлення на консультацію до лікаря-фтизіатра;
- динамічне спостереження за станом пацієнта під час лікування:

«Це скринінг та первинне виявлення ТБ або підозра на ТБ. Я являюсь лікарем первинної ланки, сімейним лікарем, тобто до мене може прийти пацієнт або з симптоматикою, яку я можу запідозрити, що це симптоматика ТБ, або вже з підтвердженим дослідженням, наприклад, зробили чи КТ, чи рентген. І далі я також направляю вже в протиТБний диспансер на заключення діагнозу... Або якщо людина вже хворіє тривало, вона знає про свій діагноз, і вона до мене звернулася, чи їй погіршало в ремісії, чи є запалення, чи ще щось по супутнім захворюванням, але ми знаємо, що ця людина хворіє на ТБ, вона приймає протиТБну терапію і обслуговується в мене як у сімейного лікаря» [Р14, сімейна лікарка, 70–74, 76–79].

Якщо в медичного закладу первинної ланки є договір з НСЗУ про супровід і лікування пацієнтів із ТБ, у ньому також надаються додаткові послуги:

- організація забору біологічного матеріалу для подальшого дослідження в регіональному фтизіопульмонологічному центрі;
- визначення спільно з пацієнтом моделі лікування на підставі рекомендації лікаря-фтизіатра та лікарів інших спеціальностей у разі супутніх патологій;
- організація та забезпечення пацієнтів протиТБними препаратами, які отримуються від фтизіопульмонологічних центрів;
- динамічне спостереження за станом пацієнта під час лікування;

«В нашому закладі немає підписаного пакету з НСЗУ для супроводу пацієнтів з ТБ. На первинній ланці є такий пакет, і деякі заклади, деякі центри первинної допомоги його мають. І там вже сімейний лікар видає ті чи інші призначені препарати вузьким спеціалістом, коли пацієнт вже припиняє виділяти бактерію» [Р8, лікарка-терапевт, 102–105].

2. На рівні вторинної ланки медичної допомоги (фтизіатри, пульмонологи, інфекціоністи):

- скринінгове анкетування;
- збирання анамнезу;
- безплатні послуги рентген-діагностики та флюорографія грудної клітини;
- аналіз серозних рідин (плевральної, асцитичної та спинно-мозкової) за допомогою скопічного та молекулярно-генетичного методів, зокрема GeneXpert;



- загальний аналіз крові та сечі, загальноклінічні аналізи, аналізи на ВІЛ-інфекцію, на гепати (А, В, С, D), спірографія та в дітей реакція на пробу Манту;
- пацієнти до моменту постановки діагнозу ТБ могли отримати консультацію вузьких спеціалістів: ЛОРа, окуліста, хірурга й інших лікарів, які не були представлені в переліку регіональних експертів;
- призначення лікування ТБ в залежності від профіля резистентності;
- безплатна терапія від ТБ;
- динамічне спостереження за станом пацієнта під час лікування;
- симптоматична терапія;
- надання пацієнтам вітамінів, гепатопротекторів, противиразкових препаратів;
- планове обстеження хворих на ТБ;
- патогістологічне та цитологічне дослідження лімфовузлів для визначення ураження інших органів і систем пацієнтів;
- діагностика верхньодольових пневмоній і плевритів:

«Пацієнтам, які звертаються зі скаргами, ми проводимо дообстеження, обстеження мокротиння, бактеріологічні методи дослідження, для виключення супутніх захворювань або для їх виявлення, щоб в подальшому сприяти лікуванню і покращенню ефективності лікування ТБ. І здійснюємо, призначаємо схеми лікування, лікуємо цих пацієнтів, моніторимо лікування протягом основного курсу. Займаємося виявленням ВІЛ-інфекції, гепатиту В і С, і ковіду з початку ковіду, діагностикою ковіду. До ковіду — гепатиту В, С і ВІЛ-інфекції. Це те, що ми робимо на базі нашого закладу. І відповідно, не тільки діагностуємо, а і лікуємо ці захворювання» [РЗ, лікарка-фтизіатр, 26–33].

Окремого згадування, на наш погляд, заслуговує розповідь експертки з Івано-Франківська про об'єднання кількох поліклінік у її ЗОЗ для уніфікації системи надання первинної медичної допомоги в місті. За її словами, цей досвід є унікальним для української медичної сфери і демонструє хороші результати:

«Такого плану закладів у нас просто більше нема... У нас всі поліклініки якраз об'єднані, це в нас у закладі... Амбулаторка вся повністю міська об'єднана. Ми чому об'єднували колись поліклініки? Щоб уніфікувати надання медичної допомоги. Колись у кожній поліклініці хто як собі написав, так і було. Ми тепер робимо це централізовано. У кожній поліклініці однаковий доступ, однакова схема і однакова тактика — от для цього це все делалось... Я думаю, що це в нас практично ніде не є такий досвід, тому що дуже багато до мене телефонували з інших областей і з Києва... як той... Дніпровський район, по-моєму, вони так хотіли зробити, як ми. Чернігів телефонував. Я просто не пам'ятаю. Одеса телефонувала. То ж вони дивилися на наш заклад, вони питали, як ми його зробили, вони брали зразки рішення



нашої сесії і також таким чином хотіли об'єднуватися, тому що воно дійсно має логіку. Це дуже важко, дуже складно, але коли це налагодити, воно дає хороший ефект» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 767, 769, 771–774, 776–781].

Експерти зазначили, що клінічний маршрут пацієнтів із ТБ в ЗОЗ і алгоритм дій лікарів щодо них залежать від того, яким методом встановлюється наявність захворювання — активним чи пасивним.

Метод активного виявлення полягає в тому, що наявність ТБ встановлюють за результатами флюорографічного дослідження, яке рекомендується проходити всім раз на рік, особливо пацієнтам із груп ризику. Експерти повідомили, що до груп ризику, представники яких мають проходити обстеження частіше, аніж раз на рік, відносять людей із ВІЛ, пацієнтів із цукровим діабетом, дітей, мешканців будинків для старих і знедолених людей, безхатьків, які перебувають на обліку, вихідців із місць позбавлення волі. Для пацієнтів із ВІЛ-інфекцією навіть створений окремий маршрут лікування:

«Начну с того, что резервуаром туберкулеза в мире являются ВИЧ-инфицированные, да, и здесь нельзя об этом не сказать. Значит, существует в каждом центре СПИДа фтизиатр, там есть скрининг на туберкулез, анкетирование, и при наличии одного или более симптомов из того перечня они уже подлежат обследованию на туберкулез. И даже согласно клинической настанове 19-го года пробное лечение им возможно. Даже если нет МБТ в мокроте, если один из симптомов, два-три симптома по анкете, им возможно пробное лечение и [нерозбірливо]. Оно так и называется: пробное лечение и [нерозбірливо] для ВИЧ-инфицированных, с целью профилактики у них туберкулеза, потому что они являются всемирным резервуаром» [P19, лікарка-фтизіатр, 520–527].

За наявності діагнозу пацієнта відправляють на додаткові аналізи і переходять до безпосереднього лікування, етапи якого в залежності від ситуації чітко прописані протоколами:

«І клінічний маршрут, і алгоритм дій затверджені як окремим наказом, так і у структурі постанов відділу інфекційного контролю... Передбачає оцінку ризиків, направлення мокротиння на дослідження і від результатів дослідження мокротиння методом GeneXpert уже залежить подальша тактика ведення цього пацієнта і його обстеження» [P2, сімейний лікар, 159–160, 162–164].

На цьому методі виявлення ТБ наголошували у своїх відповідях переважно лікарі-фтизіатри, тому що найчастіше саме вони ведуть таких пацієнтів. Сімейні лікарі або спеціалісти іншого профілю наводили приклад пасивного виявлення ТБ.

Метод пасивного виявлення полягає в тому, що пацієнти звертаються до сімейних лікарів / терапевтів зі скаргами на кашель, біль у грудях, подразнення в горлі тощо й отримують від них призначення для проходження відповідної терапії. Якщо через визначений термін лікування суттєвого покращення стану здоров'я пацієнта не відбувається, він спрямовується або відразу на рентген, а потім до лікаря-фтизіатра, або відразу до фтизіатра. До того, як робити певні висновки



чи давати подальші направлення, сімейні лікарі / терапевти мають провести скринінгове опитування пацієнта, заповнивши відповідну анкету:

«Якщо є підозри, я даю направлення до лікаря-фтизіатра, а також направлення на рентген... Я можу, наприклад як надати скринінгові анкету, так і просто запитувати пацієнта. Або, якщо він мені відповідає, сам розповідає, і я вже бачу, що це симптоми, я доповнюю, дозапитую, доуточнюю. Якщо я слухаю, проводжу аускультацию легень все і, наприклад, є харкотиння, я можу дати направлення на те, щоб зробили посів мокроти, консультацію фтизіатра» [P14, сімейна лікарка, 276, 282–290].

Регіональні експерти повідомили, що пацієнти, у яких підозрюється ТБ, спрямовуються на повне обстеження. Опитані назвали такі основні та додаткові діагностичні заходи: РОГК, КТ, бронхоскопію, мікроскопію мокротиння, молекулярно-генетичну діагностику GeneXpert, гістологічну верифікацію, за потреби через торакотомію чи торакоскопію, моніторингові та тиреотропні обстеження, УЗД, електрокардіографію, діагностику за допомогою швидких тестів на ВІЛ та гепатит тощо.

На думку експертів, якщо порівнювати різні методи діагностики, вищим є показник виявлення ТБ саме методом GeneXpert. Одна з експерток висловила думку, що якби в кожному лікувальному закладі був GeneXpert, це б значно покращило виявлення ТБ. Вона вважає, що потужностей для цього вистачає, але питання може залежати від фінансової спроможності закладів. Деякі експерти вказували на труднощі з проходженням КТ через велику чергу на безплатне обстеження або високу вартість термінового.

Середня тривалість обстеження пацієнта, судячи з відповідей експертів та експерток, може становити від 24 годин (переважно за умов перебування в стаціонарі) до одного тижня:

«Обстеження займає десь три дні. Один день — на рентгенологічні, лабораторні дослідження, і ще день-два — на дослідження мокротиння» [P2, сімейний лікар 171–172].

При цьому опитані наголошують, що тривалість указано в середньому, оскільки кожний випадок індивідуальний і час, який займає обстеження, залежить від великої кількості зовнішніх і внутрішніх факторів, а саме:

- від самого лікаря і швидкості та організованості процесів обстеження в лікарні;
- від того, куди звернувся пацієнт і до якого лікаря в першу чергу;
- від кількості хворих і черг на аналізи й інші дослідження;
- від рівня завантаженості лабораторій;
- від внутрішньої налаштованості та організованості пацієнта.

Зважаючи на це, під час глибинних інтерв'ю з регіональними експертами ми отримали певний спектр відповідей щодо тривалості обстеження, зокрема:



«Як правило, це 24 години... Да. Тобто це знімок, це мокрота готується 6–24 години. Результати в принципі вже можна» [P16, лікарка-фтизіатр, 473, 475];

«Ми дотримуємося алгоритму, але ж зазначені на амбулаторному етапі 2 доби — неможливо... Це нереально, тому що приходять пацієнт в амбулаторних умовах на прийом до лікаря, лікар скеровує пацієнта, він проводить анкетування, і виявляється, що є позитивним результат тестування. Коли плюс позитивний, скеровує на консультацію до фтизіатра. А якщо я працюю в умовах стаціонару, то пацієнт повинен прийти до фтизіатра в ту службу. Якщо я працюю в умовах амбулаторного або клінічного відділення, то пацієнт приходять в мої часи прийому, тобто двічі на тиждень з 9 до 13 понеділок, п'ятниця — будь ласка. Повертаємось до проведення ЦЛКК: якщо пацієнт прийшов, наприклад, у понеділок о 14 годині дня, він ні аналізи мокротиння не здасть, ні консультації фтизіатра не отримає, так? Він повинен буде чекати до п'ятниці або буде повинен іти в протиТБну службу. Добре, пацієнт приходять наступного дня до фтизіатра в протиТБну службу, лікар його вислухав, обстежив, провів об'єктивне дослідження, в кращому випадку в пацієнта на руках вже є обстеження рентгенологічне, лікар побачив, він дає направлення на аналіз мокротиння» [P22, лікарка-фтизіатр, 278, 280–291].

Тобто можемо спостерігати, що попри наявність формально прописаних єдиних алгоритмів дій лікарів у процесі діагностики та лікування ТБ, на існуванні яких наголошували експерти, на практиці обстеження можуть тривати різний проміжок часу. Більшість опитаних лікарів зазначили, що в цілому вважають розроблені алгоритми ефективними, але при цьому мають і такі зауваження до них, що іноді ставлять від сумнів коректність загальної оцінки:

«Згідно настанов — так, він ефективний... Але ж настанова і практика — це дуже різні речі. Дозвольте мені не заглиблюватися в це» [P22, лікарка-фтизіатр, 334, 336–337];

«Да, не до кінця [ефективний алгоритм]... Просто не враховано те, що немає, от чесно сказати, комунікації між первинною ланкою і вторинною. Тобто ми направляємо пацієнта до фтизіатра. Наприклад, уже ми отримали мокротиння, там МБТ+, а фтизіатр починає: "А я це не буду, а ви ідіть туди". І от цієї комунікації трохи немає. Якби якось налагодити, знаєте, саме комунікацію між первинною і вторинною ланками» [P24, сімейна лікарка, 183, 187–191].

Ситуацію з витратними матеріалами для діагностики та препаратами для лікування ТБ регіональні експерти характеризують переважно позитивно:

«З туберкулінодіагностикою проблеми немає. Рентгенологічну — теж ні. Молекулярну... Лікарські засоби останній раз ми отримували досить-таки давно. Тому що в нас не було поки що випадків ТБ, але наскільки мені відомо, то проблем немає... Знову ж таки тестів — так, запаси є. Ліки є, зараз з гуманітарною допомогою» [P2, сімейний лікар, 210–211, 213–214, 222].



Разом із тим деякі експерти наголошують на тому, що наразі не всі послуги з обстеження на ТБ надаються в повному обсязі:

- перестала працювати виїзна флюорографія, від відсутності якої страждають у першу чергу жителі сільської місцевості, які мешкають географічно далеко від великих міст, і ВПО;
- *«Знизилася туберкуліодіагностика за рахунок перерозподілу дитячого населення. Хтось виїхав, хтось приїхав. Постійно змінюється населення, тому так»* [P2, сімейний лікар, 175–180];
- флюорографія перестала бути обов'язковим елементом обстеження на законодавчому рівні: *«Дивіться, раніше в нас була флюорографія обов'язкова. Зараз вона не входить в 504 наказ, тобто вона не входить в скринінг якихось захворювань, і люди не так активно її роблять. Це мінус»* [P9, сімейна лікарка, 337–338];
- лікарі та лікарки не завжди мають можливість приділяти обстеженням відвідувачів необхідну кількість часу через велику кількість закріплених за ними пацієнтів: *«Я так думаю, що, можливо, через те, що в нас ніби прийому 15 хвилин, не у всіх ми можемо запідозрити його [ТБ]»* [P24, сімейна лікарка, 178–181].

Переважна більшість експертів (окрім п'яти) повідомили, що не мають на базі ЗОЗ лабораторії з діагностики ТБ, яка використовує метод GeneXpert, при цьому майже всі лікарі, особливо фтизіатри, описують цю ситуацію в проблемному контексті, оскільки аналізи мокротиння їм доводиться відправляти в інші місця. Відповідно, цей факт уповільнює процес діагностики та нівелює швидкість встановлення остаточного діагнозу:

«Немає... Це більше вторинна ланка має. І то на Львівську область, здається, тільки 15 таких закладів» [P9, сімейна лікарка, 350, 352].

Водночас зі скеруванням на GeneXpert, за свідченнями опитаних, складнощів зазвичай не виникає:

«Ні, вже проблем таких немає, і тим більше покращився той момент, що більше з'явилося саме цього методу в районних центрах нашої області. Збільшилась кількість. Лабораторій на визначення GeneXpert. Раніше це було у нас і ще у великих районних центрах, а на даний час їх кількість збільшилась. Таким чином, виявити стало таких пацієнтів з ТБ активним легше» [P16, лікарка-фтизіатр, 495–496, 498, 500–502].

Якщо ж трапляються затримки, то вони переважно пов'язані з режимом роботи закладів — вихідними, святковими днями, нічним періодом, чергуваннями тощо.

Разом із тим лікарка-терапевт приватної клініки повідомила, що в її практиці складності зі скеруванням на GeneXpert пов'язані з недостатньою координацією роботи її закладу з державними ЗОЗ:

«Насправді проблеми тільки в GeneXpert, якщо бути відвертою, тому що у нас, незважаючи на те, що вже доволі давно почалося реформування і первинної ланки, і вторинної, на сьогоднішній день у всіх сферах не налагоджена взаємодія первинної і



вторинної ланки. Це одне. Хоча зараз зі спеціалістами вузькими набагато простіше стало. Але інший момент є: взаємодія приватних закладів, які мають пакет надання первинної допомоги, з державними закладами, які мають і вторинні пакети також. Тобто нам доволі багато зусиль вартує скерувати людину на GeneXpert у державному закладі. Як би там не було, ми стикаємося. І це є проблемою. Можливо, не всі її так виносять назагал, але вона є» [P8, лікарка-терапевт, 62–75],

але при цьому зазначила, що випадків відсутності картриджів для аналізів не було:

«Тобто в нас були інші бюрократичні заминки із взаємодією між установами в плані приватного закладу і в плані взаємодії з державними закладами. Але так, щоб чітко говорили, що немає картриджів і через те не роблять, я не чула особисто. Але знову-таки всі наголошують: первинка, ви дивіться, всіх підряд не шліть, тому що це дороге обстеження. Це звучить... Я не знаю, як воно звучить для того закладу, в якому є цей GeneXpert, хоча мені здається, однакова для всіх вартість» [P8, лікарка-терапевт, 368–372, 374–375].

До речі, одна з національних експерток під час інтерв'ю зауважила, що замовлення на дослідження мокротиння методом GeneXpert за рахунок державного фінансування формують ЗОЗ первинної ланки допомоги, і зараз доступ до них пацієнтів майже стовідсотковий:

«Взагалі у нас в кожному регіоні представлені системи GeneXpert, встановлені. Загалом там триста двадцять сім, здається, систем GeneXpert по всій Україні встановлені: і на первинці, і в лабораторіях першого рівня, і в протитуберкульозних [нерозбірливо], і в Міноборони, в інститутах, тобто по всій Україні є можливість взяти зразок мокроти. Навіть якщо в закладі охорони здоров'я немає GeneXpert, то Центр громадського здоров'я, партнерські організації, такі як ПАЗ, організують безпечну доставку зразків біологічного матеріалу. Тобто з лабораторії регіонального протиТБного закладу вже виїжджає бригада, забирає зразки і робить у себе дослідження» [H2, 80–87].

Транспортування зразків мокротиння на аналіз GeneXpert, згідно з відповідями експертів, відбувається двома способами:

- пацієнти здають мокротиння у ЗОЗ, а потім воно транспортується до лабораторій:
«Есть специальный контейнер для транспортировки, есть санитарочка, которая этим занимается. То есть это биоматериал условно патогенный может быть в закрытом состоянии. Специальных условий переноса не требуется из-за очень короткого расстояния, то есть это в течение двух часов собирается. Поэтому, конечно, организация есть, то есть какой-то температурный режим поддерживается в герметичном контейнере. И потом относится в лабораторию» [P19, лікарка-фтизіатр, 582–587];
- пацієнт отримує направлення безпосередньо до лабораторії, і всі маніпуляції здійснюються там:



«Нет, мокротиння не передається. Передається пацієнт, мокротиння не передають. Мы выписываем направление на консультацию к фтизиатру... Если фтизиатру недостаточно того анализа мокроты, который делают в нашей лаборатории, то она уже дополнительно направляет на что-то там свое. Дополнительные, более углубленные методы» [P17, сімейна лікарка, 251–252, 254–256].

Щодо тривалості аналізу на обладнанні GeneXpert експерти відмічають, що вона становить від двох годин до двох днів максимум. Аналіз проводиться досить оперативно, за чітко встановленим алгоритмом і майже не залежить від людського фактора:

«GeneXpert — метод, який фактично не залежить від людського фактора, тому лаборант вставляє спеціальні пробірки аналізу мокротиння, апарат видає результат автоматично сам. Від 24 до 72 годин передбачено, але переважно це є 24 години, навіть швидше» [P12, лікарка-фтизіатр, 477–479].

Стосовно застосування для аналізу мокротиння методу мікроскопії відповіді експертів розділилися. Більша частина опитаних відповіла, що мікроскопія мокротиння в їхній практиці не використовується як первинний діагностичний тест, оскільки є сумніви щодо коректності результатів цього методу. При цьому експерти зауважили, що цей метод краще використовувати тільки для моніторингу лікування:

«На сьогоднішній день мікроскопія як така на первинці вже не проводиться. Тобто ми працюємо з усією мережею області і переконуємо лікарів, керівників підприємств не робити мікроскопію для того, щоб виявити ТБ. Краще взяти зразок мокротиння, доставити до нас у лабораторію» [P20, лікарка-фтизіатр, 313–316].

Менша група експертів повідомила, що в їхніх ЗОЗ мікроскопія мокротиння як первинний діагностичний тест продовжує застосовуватись:

«Мікроскопія — так, застосовується, обов'язково в нас кожен пацієнт, який поступає в лікарню, досліджується мікроскопічно на те, якщо є зміни в легенях. А ось молекулярно-генетичне обстеження в нашій лікарні доступне тільки в розрахунок на те, що є лабораторія Центру СНІДу. В іншому випадку аналіз молекулярно-генетичного дослідження повинен бути доставлений в лабораторію протитуберкульозної служби» [P22, сімейний лікар, 346–350].

До того ж представники цієї групи експертів вважають доцільним застосування мікроскопії мокротиння як альтернативного методу діагностики — у ситуаціях-винятках, коли інші методи застосувати неможливо:

«Так, якщо це вночі — так. Якщо вночі, якщо чергування, вихідні. Це у нас є ще одна лабораторія, яка цілодобова. Так, у нас роблять» [P21, лікарка-інфекціоніст, 236–237].

Одна з регіональних експерток, лікарка-фтизіатр, розповіла про те, як організоване в її стаціонарному відділенні обстеження на ТБ важких пацієнтів, яких привозять бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги:



«Дивіться, у свій час я працюю в стаціонарному відділенні, таким чином, профілактикою і виявленям ТБ я не займаюсь, бо до мене вже лягають пацієнти, у яких, як я сказала, підтверджений є ТБ, і я лікую. А в амбулаторну службу вже переводжу пацієнтів на доліковування... Якщо пацієнт потрапив на швидкій, у нього може не бути обстеження рентгенологічного чи КТ, це важкі пацієнти, які можуть навіть бути взагалі неконтактні у відділенні... Якщо пацієнт не може самостійно здати мокроту, то ми підключаємо суміжних спеціалістів, таких як лор-лікар, який є в нашому закладі, і допомагаємо йому, щоб все ж таки була ця мокрота здана. Або якщо в пацієнта є супутні стани, такі як ВІЛ-інфекція та інші, то теж проводиться ряд обстежень для того, щоб підтвердити ТБ насамперед» [Р16, лікарка-фтизіатр, 86–89, 93–99].

За твердженнями опитаних, після отримання результатів обстеження остаточний діагноз ТБ не завжди ставиться відразу, бо до його встановлення можуть долучатися рентгенологи, вірусологи, пульмонологи, алергологи та, за потреби, інші вузькі спеціалісти.

Після встановлення діагнозу ТБ в залежності від тяжкості хвороби обирається ефективний формат лікування — амбулаторно чи в стаціонарі. Збирається анамнез, адже є багато чинників, які впливають на схему лікування: чи хворів на ТБ хтось із членів родини, як довго в пацієнта були скарги, яка форма ТБ в нього виявлена тощо:

«Під час обстеження в амбулаторії збирається анамнез хвороби, тобто хто в сім'ї захворів чи коли хворів, де лікувався, що лікував, бо від цього залежить призначення препаратів, якщо в пацієнта немає скарг, але його направили до амбулаторної служби у зв'язку з контактом на ТБ. А якщо там мультирезистентний ТБ, то від цього буде залежати діагноз і препарати» [Р16, лікарка-фтизіатр, 450–460].

Усі вищезгадані особливості є підставами для створення маршрутних листів для лікування ТБ, яких нині існує декілька різновидів:

«Так, звичайно. Затверджений на рівні департаменту охорони здоров'я. З колегами ми розробили ці маршрути пацієнтів для всієї області для лікувальних закладів, їх там 6 маршрутів. В залежності, якщо це активне, пасивне виявлення, якщо це амбулаторне лікування з першого дня або після стаціонарного етапу, для ВІЛ-негативних, ВІЛ-позитивних, для дітей. Тобто всі ці маршрути пацієнта на рівні департаменту затверджені наказом і впроваджені у всіх лікувальних закладах області» [Р3, лікарка-фтизіатр, 392–397].

Лікування амбулаторних хворих на ТБ, як уже зазначалось, відбувається під контролем лікаря, часто з використанням методів відеонагляду за прийомом протитуберкульозних препаратів. У стаціонарних відділеннях здійснюється щоденний контроль за прийомом ліків, щоб забезпечити дотримання режиму лікування:

«З нашого боку контроль за прийом протитуберкульозних препаратів в умовах стаціонару здійснюється щоденно під спостереженням медичних сестер та, звісно, лікарів. Відносно в нашому центрі не практикується відеонагляд, тобто ДОТ-



спостереження за прийом протитуберкульозних препаратів. Це здійснюється в умовах протитуберкульозної служби міста Києва» [Р22, лікарка-фтизіатр, 88–91].

Вимоги до відвідування пацієнтами з ТБ ЗОЗ під час лікування, судячи з відповідей експертів, залежать від низки факторів, головними з них можна назвати цілі візитів та індивідуальні особливості протікання хвороби:

- для лікування чутливої форми ТБ — 1 раз на місяць;
- для лікування мультирезистентних форм ТБ — хоча б 1 раз на тиждень, якщо пацієнт лікується амбулаторно, і в цьому випадку потрібні постійний зв'язок та взаємодія з лікарем.

Також експерти згадують такі маркери впливу на тривалість лікування, як форма лікування — стаціонар чи амбулаторно, і віддаленість місця проживання пацієнта від ЗОЗ:

«Це індивідуально в залежності від настрою пацієнта, в залежності від його форми захворювання, місця проживання, його відношення до лікування. Це може бути або щоденний прийом, або в стаціонарних умовах. Якщо вони лікуються амбулаторно і якщо у нас отримують лікування, у наших районних фтизіатрів, то вони можуть від тижня до двох тижнів давати препарати за умови контролю. А якщо вони перебувають десь на первинці в населених пунктах віддалених, то там вже вони під контролем сімейного лікаря приймають препарати, і теж по інформації вони можуть їм на тиждень видавати препарати за умови знову ж таки контролю. Вони повинні щомісячно прибувати в стаціонар для того, щоб здати лабораторні обстеження і пройти інші інструментальні методи дослідження» [Р3, лікарка-фтизіатр, 525–534, 536–541].

Стосовно оцінки експертами ставлення пацієнтів із симптомами ТБ до обстеження і лікування зазначимо, що дуже важко узагальнити всі відповіді в єдину систему. Опитані лікарі та лікарки у своїх інтерв'ю описують спектр емоцій пацієнтів, які дізнаються, що в них ТБ, і пов'язані з цими емоціями поведінкові реакції.

Однією з об'єднаних рис пацієнтів, які дізнались про підозру або фактичний діагноз ТБ, є сприйняття цієї новини в два етапи.

Перший етап — це шок, страх, розпач і заперечення. Найчастішою причиною цього шокowego стану, окрім страху за власне життя, є недостатня поінформованість людей стосовно цієї хвороби та можливості її виліковності, вплив певних суспільних стереотипів і суспільної думки:

«Один з пацієнтів мені казав: “Та не хочу я ТБ, краще я в онкодиспансер поїду, хай в мене буде рак”. Я кажу: “Ну що ви таке кажете? Від ТБ через 6 місяців ви забудете, що колись там лікувалися”. Тому інколи потім трошечки він заспокоюється, бачить що тут лежать, тобто [нерозбірливо] дискримінація пацієнтів, хворих на ТБ, на жаль, існує в суспільстві, і поки не подолали її, не вдається, вона є навіть серед медичних працівників не з протитуберкульозних закладів, в наших закладах такого



нема. Тобто люди тут працюють, вони перейшли сюди, тобто тут нема, але в загальній мережі таке відношення навіть зі сторони медичних працівників, що це тільки бомжі хворіють, тобто соціально дезадаптовані, хоча, на жаль, зараз дуже багато хворіють лікарі і юристи» [P3, лікарка-фтизіатр, 416–436].

Другий етап — прийняття ситуації та конструктивні думки стосовно своїх подальших дій. На цьому етапі пацієнти погоджуються з лікарями, намагаються виконувати всі настанови і поради для найшвидшого одужання.

Але незважаючи на те, що пацієнти з підозрами або вже встановленим діагнозом ТБ приходять до стадії розуміння та прийняття, експерти наголошують на тому, що саме суспільство не готове змиритися з фактом існування цієї хвороби, і якраз це є однією з головних проблем на сьогодні:

«У нас вже і кабінету немає. Ось можете записати десь: пацієнти категорично проти, щоб були такі кабінети... Взагалі вони не хочуть ніде заходити, де написано "DOT-кабінет"» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 656].

Хоча, на думку опитаних, у здоровому і свідомому суспільстві має бути адекватне й поважне ставлення до людей, які лікуються від ТБ:

«Мені здається, якщо людина знаходиться на лікуванні у фтизіатра і якщо людина вже є безпечною для оточуючих, то в моєму розумінні вона б не мала цього робити, не мала б відчувати дискомфорт. Якщо вона десь відчуває цей дискомфорт, то напевно, це залежить від тих людей, які навколо. Я таких випадків не знаю. Я знаю своїх пацієнтів, які мають діагноз і прекрасно собі ходять, обстежуються, планують вагітність, вакцинуються, і все нормально» [P8, лікарка-терапевт, 411–415].

Аналізуючи відповіді експертів стосовно роботи з людьми з груп високого ризику ТБ та людьми з імовірним ТБ, фіксуємо, що цією частиною роботи, на їхню думку, мають займатися сімейні лікарі на первинному етапі діагностики:

«Статутна діяльність нашого ЗОЗ передбачає вже профілактику, лікування, діагностику. А виявленням ТБ серед груп підвищеного ризику, формуванням груп підвищеного ризику займається сьогодні загальнолікувальна мережа, тобто первинний рівень, заклади первинного рівня» [P3, лікарка-фтизіатр, 369–390].

Експертка, яка працює в приватній клініці, зазначила, що в її медичному закладі такі пацієнти зустрічаються доволі рідко через недоступність для них платних послуг:

«Насправді, якщо говорити про групи високого ризику по ТБ, то таких пацієнтів у нас, на щастя, мало, тому що, напевно, в силу того, що ми приватний заклад, через те, але є. Ми проводимо анкетування, по-перше, серед них. І власне, якщо людина знов-таки має симптоми, фактори ризику, вона іде на рентген чи до нас, чи за направленням електронним у державний заклад, чи будь-куди, куди хоче» [P8, лікарка-терапевт, 271–278].



Разом із тим були зафіксовані досить активні, свідомі позиції стосовно цього питання у фтизіатрів, які вважають своїм обов'язком як вузьких спеціалістів із більшим досвідом у лікуванні ТБ консультувати, навчати та допомагати сімейним лікарям і всім охочим:

«Я як фтизіатр організувала навчання кожного сімейного лікаря особисто своїми лекціями, інформацією під підпис, із тестуванням, плюс заставила пройти тести на сайті Центру громадського здоров'я щодо діагностики ТБ: що таке GeneXpert, що таке латентна ТБна інфекція, що таке ТБ LAM-тести, що таке GeneXpert-тести, інфекційний контроль при ТБі. Створила папки, де позбирала сертифікати, періодично їм нагадую, завжди даю їм повноцінну інформацію, фактично щотижневу, про зміни, які з'являються у фтизіатрії, в діагностиці, в лікуванні, новинки, які з'явилися. І ми працюємо на виявлення, в групах ризику робота ведеться посилено, бо сформовані кожним сімейним лікарем поіменні списки груп ризику відповідно до нових стандартів від січня місяця, там 23 групи ризику, сформовані паперові та електронні варіанти тих списків. Крім того, з боку Центру громадського здоров'я теж посилилась робота, тому що, здається, тепер статистична звітність щодо виявлення латентної ТБної інфекції та ТБ серед груп ризику здається щоквартально» [P12, лікарка-фтизіатр, 420–453].

Щодо професійного навчання в цілому всі експерти зазначили, що навчання для медичних працівників щодо протидії ТБ проводиться в їхніх закладах досить активно та часто. Різниця була тільки в періодичності: у когось — кожні три місяці, у когось — раз на пів року, у когось — рідше. Серед форм проведення навчання експерти згадували і дистанційну, і офлайн:

«Да, проводиться. Постійно є курси в нас підвищення кваліфікації. І всякі конференції різні. Онлайн тепер дуже можна спокійно часто подивитися собі, потім навіть записи, якщо ти зразу не можеш. Зараз з навчанням, по-моєму, досить немає проблем» [P11, лікарка-пульмонолог, 418–420].

За словами опитаних навчання персоналу в їхніх медичних закладах відбувається за двома основними напрямками:

- кваліфікаційним — курси підвищення кваліфікації, професійні навчання, практичні тренінги, ознайомлення з медичними новинками в галузі тощо:
«Мы проходим обязательные курсы повышения квалификации один раз в пять лет, предусмотрен двухнедельный курс обучения в туббольнице. Кроме того, постоянно бьют по голове каждую среду: “Будьте осторожны, обследуйте больного, если вы не справляетесь, направляйте к специалисту-фтизиатру”» [P13, сімейний лікар, 557–560];
- просвітницьким — лекції психологів і соціальних працівників, бесіди, групові заняття, психологічні тренінги, оформлення медичних закладів певними матеріалами з важливою актуальною інформацією:
«Якщо ми говоримо про просвітницьку роботу, то тут все ж таки я б хотіла, щоб із часом роль медичної системи розширилася в цьому плані, тому що всі медсестри просто прекрасні, розумні, освічені дівчата, і в їхні обов'язки цілком може входити



просвітницька робота серед тих пацієнтів, які у нас є. Плюс до того в нас всі лікарі готують на сайті якісь статті, доповіді... І також у нас є ще інше: в нас усі терапевти і пульмонологи — вузькі спеціалісти ходять на наше радіо, і там є програма про здоров'я, і також там доповідають іншим» [P8, лікарка-терапевт, 445–448].

Головними новими підходами в наданні протитуберкульозних медичних послуг, які стали дуже корисними саме в умовах локдауну, експерти назвали телемедицину та можливість застосовувати новітні цифрові технології. Це, на їхню думку, спрощує процес комунікації між пацієнтом та лікарем і пришвидшує певні процеси взаємодії (отримання рекомендацій із лікування, електронних рецептів, направлень на обстеження та консультації вузьких спеціалістів тощо):

«Так, використовуються нові підходи в плані цифрових технологій. Не обов'язково, щоб пацієнт кожного дня приходив: якщо він прихильний до лікування і він може це підтвердити, то ми можемо видавати препарат, тому що кожного дня рідко хто зможе ходити. Ті, які проживають у нас тут поряд, у нашому районі, вони і кожного дня можуть приходити, а всі інші — ні. Цей досвід, мабуть, з ковідом прийшов, тоді ж видані нам регламентуючі документи, що ми можемо видавати і на місяць, якщо пацієнт проживає на відстані на якійсь. Ми взяли на озброєння, як то кажуть, і зараз, за наявності підтвердженої прихильності до лікування і контролю за прийомом препаратів» [P3, лікарка-фтизіатр, 508–514].

Проте, за твердженнями деяких експертів, незважаючи на наявність новітніх методик діагностики й лікування з використанням сучасних технологій і сучасного обладнання, лікарі не завжди можуть вдаватися до них, оскільки це залежить від рівня достатку пацієнтів. Тож лікарі та лікарки іноді мають працювати за старими схемами:

«Так, есть телемедицина, да, это все у нас есть, тесты. Лекарств нет, конечно... Мы можем порекомендовать, но опять же новые подходы — это все стоимость. Платежеспособен пациент или нет, может ли он оплатить себе диагностику? Не самые обычные вот эти методы, а скрининг. Это же все не бесплатно... Рекомендуются, по крайней мере, и некоторые пациенты, конечно, делают» [P1, сімейна лікарка, 415, 417–419, 424].

Також у процесі інтерв'ю ми зафіксували певну частину відповідей, у яких експерти повідомляли, що або їм не відомі новітні підходи та методики, або вони про них знають, але в роботі їхніх закладів вони не використовуються:

«Я не знаю, може, вони існують чи не існують, мені важко сказати. Але те, що в нас було, і те, як є, мені здається, в нас достатньо для виявлення ТБ» [P18, сімейна лікарка, 340–341].

При обговоренні використання онлайн-запису пацієнтів у ЗОЗ регіональних експертів було з'ясовано, що в частині він ведеться, а в інших тільки планується до впровадження:



«Хотим внедрить, очень хотим внедрить, но пока нет... у нас есть платформа Healthy, мы в ней работаем, опять же все исходит от того, кто наши пациенты. Они без документов, они без телефона, они годами не обследуются, “Зачем мне семейный доктор? Кто такой семейный доктор? Что такое Healthy?” Если бы у них все было и понимали они, как в этом работать, то конечно, мы б внедрили электронную очередь» [P15, лікарка-фтизіатр, 394, 400–401, 403–405].

Але не зважаючи на те, чи ведеться онлайн-запис, усі експерти оцінюють ідею його застосування позитивно, називаючи корисним, зручним та ефективним:

«Ефективним. І було б непогано, якби люди були обізнані, більш могли справлятися з цими новими технологіями. Іноді приходять, і ми допомагаємо установлювати програму Healthy, щоб вони могли записатися. Це їм важко, пенсіонерам. Якщо ще кнопчний телефон — все, розмова закрита» [P18, сімейна лікарка, 345–347].

Серед основних засобів цифрових комунікацій лікарів між собою та з пацієнтами регіональні експерти виокремили такі:

- телефонні розмови;
- Viber-чати та інші месенджери;
- соціальні мережі;
- електронну пошту:

«Коли міністерство чи Національна служба здоров'я України безпосередньо зв'язується і нам присилає, ми так само в електронному варіанті зв'язуємося із своїми підлеглими. Я по електронній пошті пересилаю нормативний документ фтизіатрам району. Це, по-перше, економить час. Для того, щоби прочитати якийсь нормативний документ — тобто не та проблема, яка виникає тут, безпосередньо в нашому відділенні, і її повинні обговорити, — а потрібно прочитати наказ, на мою думку тепер набагато зручніше» [P6, лікар-фтизіатр, 357–365];

- відеоконференції:

«Тому що раніше треба було так: зібрати всіх і всі повинні приїхати, стратити робочий день, хтось один стоїть і з цим наказом ознайомлює, читає, потім це роздається. Зараз всі грамотні, правда? Є таке... Є відеоконференції, так само ми зв'язуємося із Центром громадського здоров'я — проводить, і Міністерство охорони здоров'я, та навіть міжнародні відеоконференції, особливо по операційних дослідженнях, по хіміорезистентному ТБ. Всі на місці, всі все і всіх бачать, запитання можна задати, не обов'язково сотні чи тисячі кілометрів долати, для того щоб провести і надати інформацію для другого» [P6, лікар-фтизіатр, 367–371].

Проаналізувавши експертну оцінку ситуації в ЗОЗ, можемо відмітити, що нагальної потреби в залученні додаткового медперсоналу для впровадження заходів протидії ТБ наразі немає. Були відповіді окремих експертів щодо недостатньої кількості медсестер, але в цілому ніхто не скаржився. Окремо прозвучала думка стосовно ймовірності скасування фтизіатричної служби,



що, на думку експертів, може призвести до катастрофічної завантаженості сімейних лікарів і до зростання потреби в більшій кількості персоналу:

«Якщо буде скасована фтизіатрична служба, а мова про це іде вже не перший рік, то звісно, так. Лікарі загальної практики не можуть охопити весь обсяг захворювань, тим паче на такий важкий випадок, як ТБ. То якщо буде скасована фтизіатрична служба, то буде потрібна допомога» [P23, сімейний лікар, 336–339].

Більшість регіональних експертів вважають, що перелік медичних послуг із протидії ТБ в їхніх ЗОЗ є достатнім. При цьому привертають увагу такі моменти.

1. Вважають достатнім наявний перелік протитуберкульозних послуг переважно експерти, які працюють у медичних закладах первинної ланки допомоги, оскільки, на їхню думку, для роботи на цьому рівні немає потреби в більш спеціалізованих послугах.

2. Усі експерти з цієї групи аргументували свою думку тим, що медичні послуги в їхніх ЗОЗ надаються з дотриманням встановлених протоколів, процедур і вимог.

3. Заклади охорони здоров'я експертів, які оцінили перелік медичних послуг як достатній, за їхніми словами, належним чином забезпечені медичним обладнанням і витратними матеріалами:

«Так, у нашому закладі достатнім [вважаю перелік послуг], оскільки ми є єдиним регіональним фтизіопульмонологічним центром, то всі послуги з надання фтизіатричної допомоги сконцентровані у нас, у нашому закладі» [P3, лікарка-фтизіатр, 35–36].

Водночас експерти наголошували на потребі ширшого забезпечення медичних закладів новітніми засобами для діагностування ТБ, які б могли поліпшити процес обстеження та зменшити час очікування для пацієнтів:

«Якщо б у нас були інструменти [GeneXpert]... Здається, на Белінського, мені розповідали, є той інструмент, про який ви говорите, закуповуються державою дорогі реагенти, і вони виявляють, не потрібно чекати посіву мокроти, а швидко виявлення, і людина в цей же день отримує результат, вона плюс чи мінус по результатам... якщо б у нас отак у кожних центрах були, і ми, наприклад, підозрюємо, і не треба було давати направлення, пацієнт йде, тут же зробили, і вже ми бачили "плюс" і ціленаправлено з цим результатом направляли до фтизіатра...» [P14, сімейна лікарка, 100–103, 109–114];

«У принципі, так. Хотілось би ще, звичайно, мабуть, якісь такі більш розширені методи, такі як оці тесту, які я називала: це кров з вени здають, якби воно покривалось у звичайному нашими [нерозбірливо]. А так методів виявлення в нас достатньо» [P10, сімейна лікарка, 112–114].

Деякі експерти під час інтерв'ю повідомили, що в їхніх закладах відсутня можливість проводити обстеження методами КТ та/або МРТ, однак зазначили, що пацієнти можуть пройти



ці обстеження в інших медичних установах за направленням сімейного лікаря. Бажано, за словами опитаних, було б мати відповідне обладнання у своїх ЗОЗ:

«Напевно, можливо, такі обстеження, як, можливо, КТ, МРТ — в нашому закладі їх нема, тому що це також дорогі обстеження. Але в нас є центри, де їх проводять і за скеруванням сімейного лікаря, у сімейних лікарів можна записатися і по черзі зробити. Але от якби були в кожному закладі такі апарати, то би було взагалі прекрасно» [P10, сімейна лікарка, 117–120];

«Воно, може, і достатнє, єдине що — комп'ютерну томографію ще би дуже хотілося... Бо ми тут просто поки що не маєм у нашому ТМО, на жаль, комп'ютерного томографу, хоча він вже є в перспективі. Тобто ковід якраз нам посприям, тому що показали: все-таки легенева патологія є, досить серйозна патологія, і відповідно от...» [P11, лікарка-пульмонолог, 99, 101–105].

Одна з лікарок-фтизіатрів зауважила відсутність у її ЗОЗ вузьких спеціалістів — невропатолога, ендокринолога й інших:

«Хотелось бы мне как врачу в нашем учреждении невропатолога. И хотелось бы узких специалистов, и эндокринолога. Хотя бы их» [P15, лікарка-фтизіатр, 106–107].

За поясненнями іншої експертки, сімейної лікарки, у її ЗОЗ рішення про організацію лікування пацієнта з виявленим ТБ приймає його сімейний лікар, а окремого фахівця, відповідального за реалізацію антиТБних заходів, немає:

«У каждого доктора есть свой перечень пациентов, и если какие-то вопросы — вот выявился человек с туберкулезом, — за него несет ответственность именно его лечащий доктор, терапевт. Такого, как именно доктор противотуберкулезных мероприятий каких-то, такого нет у нас» [P17, сімейна лікарка, 57–60].

Також експерти вказали на певні труднощі, пов'язані з адміністративними процедурами й веденням обліку пацієнтів:

«Дуже мало часу лікарю надається для того, щоб приділяти насамперед більше контакту з пацієнтом, тому що на сьогоднішній день багато часу лікар витрачає на не тільки бумажний варіант, а і на різні ведення реєстрів у системах» [P16, лікарка-фтизіатр, 145–147].

Деякі експертки зазначили, що за останні роки ситуація з обстеженням та ТБ суттєво покращилась завдяки інформуванню населення і подоланню певних стереотипів стосовно хвороби:

«Скажімо, 10 років якоїсь стигми щодо діагностики ТБ чи самого захворювання і виставлення діагнозу спостерігається набагато менше, бо люди отримують масову інформацію і з інтернет-джерел, і безпосередньо від сімейних лікарів, вузьких спеціалістів. І люди стали більш свідомими по відношенню до свого здоров'я, я можу сказати. І послуга є доступною. Тому я вважаю, що абсолютно ніяких труднощів у цьому немає» [P12, лікарка-фтизіатр, 101–105].



Серед головних перешкод, які нині заважають якісному виявленню ТБ і наданню протитуберкульозних послуг, опитані лікарі виокремили зовнішні та внутрішні чинники.

Зовнішні чинники зумовлені специфікою сучасного воєнно-політичного стану в країні та самою війною, яка не тільки чинить суттєвий негативний вплив на психіку пацієнтів і їхнє ставлення до власного здоров'я, але й впливає на структурні та організаційні моменти роботи медичної системи:

«Війна, військові дії, велика кількість внутрішньо переміщених осіб і взагалі постійне переміщення населення. Тому дуже важко слідкувати за усім цим, де хто» [P2, сімейний лікар, 241–242].

До зовнішніх чинників належать недостатній рівень забезпеченості медичних закладів усім необхідним для лікування та діагностики пацієнтів, а саме: ліками, обладнанням, витратними матеріалами:

«Конкретно в нашій лікарні — недостатня кількість картриджів... GeneXpert. Все інше можемо подолати» [P22, лікарка-фтизіатр, 397, 399];

«Може, якби якоесь сучасніше обстеження було, може, не один флюорограф, а два в нас стояло, більше рентгенологів, які були, а то я не день чекаю результат, а через 10 хвилин в мене був би результат, і я розуміла, що мені робити» [P18, сімейна лікарка, 356–359].

Внутрішніми чинниками експерти вважають перш за все вплив «людського фактора», який складається як із суб'єктивних моментів — відсутності бажання лікуватись, страху, неорганізованості, недисциплінованості, несерйозного ставлення до настанов лікарів, так і з об'єктивних — великої відстані від місця проживання до ЗОЗ, відсутності достатньої кількості коштів на додаткові обстеження та лікування, поганій роботі громадського транспорту (із сіл у міста):

«Можливо, необізнаність пацієнтів, їхня невідповідальність. Часто пацієнти починають лікуватися, далі не продовжують» [P24, сімейна лікарка, 234–235];

«Не знаю, що заважає якісному виявленню. Наверное, то, что они не доезжают сюда больше... Опять это все связано с теми же отдаленными населенными пунктами. Транспорт — это все затратно. Это надо добратсья. Маршрутка у них ездит не так часто, поэтому с этим, конечно, сложности. А еще приехать и понимать, что куда-то тебя перенаправят, что-то нужно сделать — это тоже сложно» [P1, сімейна лікарка, 442, 444–447].

Головними організаційними труднощами експерти й експертки вважають незлагодженість і забюрократизованість медичної системи в цілому, недоліки системи реформування медицини на всіх рівнях, недостатню забезпеченість медичних закладів усім необхідним і низький рівень «свідомості та культури здоров'я» в суспільстві:

«Дивіться, організаційних труднощів є крайне багато, вони пов'язані в основному з процесом реформування, тому що в процесі реформування поламалися практично всі



ланки, які діяли до того часу, коли реформа почалася. Постійно змінюються відповідальні особи, люди звільняються, тому що це стосується заробітної плати, яку вони отримують, вони не задоволені, переходять в інші заклади, це стосується об'ємів роботи, це стосується скорочення персоналу, відповідно тоді після скорочення кожна людина отримує в три — чотири рази більше обов'язків, і люди звільняються. Тобто складнощів багато, вони залежать не від керівництва закладу їхнього чи від нашої роботи, це залежить від того, що відбувається реформа, постійно змінюються всі нормативні акти, вони перетираються, перетираються, а людям, які працюють, тобто рядовим лікарям, це найважче сприйняти» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 133–142, 144–147].

Серед головних дієвих засобів усунення перешкод на шляху якісного надання послуг із протидії ТБ експерти радять такі:

- навчання сімейних лікарів у вузькопрофільному контексті (більше ознайомлювати їх зі специфікою діагностики та лікування ТБ);
- розширення штату медичних працівників на рівні вторинної ланки медичної допомоги;
- активізацію роботи з розвитку практик онлайн-консультування;
- посилення інформаційного впливу в медійному просторі для масштабної просвітницької роботи:

«Враховуючи те, якщо буде якийсь вільний медійний простір, можливо, більше треба пояснювати, хто потребує обстеження і виявлення ТБ... Бо трошечки оцей ковід та це все знання, і потім оця ситуація в державі, можливо, чуть-чуть відвернула людей від уваги до свого здоров'я, розумієте, всі вважають, що є важливіші проблеми» [P7, лікарка-пульмонолог, 595–596, 598–603].

Отже, для покращення й удосконалення роботи з раннього виявлення ТБ більшість експертів найважливішими умовами вважають важливість профілактики, відповідальної роботи сімейних лікарів, спрощення доступу до обстежень, створення виїзних амбулаторій і флюорографічних бригад, наявність тест-систем у лікарнях, широку просвітницьку роботу, зокрема й серед лікарів.

2.5. Аналіз упровадження білатерального скринінгу двох інфекцій: ТБ та COVID-19

Національні експертки, відповідаючи під час глибинних досліджень на питання щодо впровадження білатерального скринінгу ТБ та COVID-19, наголосили на таких ключових моментах ситуації:

- скринінг був запроваджений під час пандемії та продемонстрував позитивний ефект, адже був найпершою діагностикою в процесі виявлення хвороб;



- під час пандемії працювали мобільні медичні бригади і флюоромобілі, медики проводили скринінг на ТБ і робили тести на ковід;
- зараз такі бригади продовжують працювати на базі регіональних протитуберкульозних закладів;
- при госпіталізації до фтизіатричних відділень було запроваджене обов'язкове тестування на ковід;
- білатеральний скринінг має як пряму, так і опосередковану ефективність: *«Скринінг, на мою думку, завжди ефективний, навіть якщо людина лікарю не відповіла правильно і вдержалась, інформацію цю скрила, вона для себе її запам'ятала, почула. І вона вже, якщо щось буде не так, звернеться саме з цим симптомом і саме на це і зробить акцент. Скринінг точно потрібен, він точно був не лишній»* [Н1, 1253–1256];
- на думку однієї з експерток, на сьогодні не існує особливих роз'яснень щодо проведення білатерального скринінгу, можливо, через те, що в цьому процесі немає нічого складного: *«От навіть МОЗ нічого такого не надає, от рекомендує це проводити. А складнощів тут ніяких немає, є пацієнт — і обстеж його на одну інфекцію і на другу»* [Н3, 786–787]; але при цьому друга інформантка повідомила про нещодавно прийнятий наказ стосовно мобільних амбулаторій і мобільних бригад, які будуть здійснювати скринінг на ТБ: *«Взагалі латеральний скринінг — це зараз дуже актуальна тема, бо якраз прийняли або постанову, я не пам'ятаю, або наказ стосовно мобільних амбулаторій, мобільних бригад, які будуть здійснювати скринінг на ТБ. Є чотири ще види захворювання, в тому числі, можливо, ковід, не пам'ятаю, чи в списку є. Це ТБ, ВІЛ, захворювання, що передаються статевим шляхом, гепатити і ще якісь, а може, і ковід. Тобто це буде комплексний скринінг. Бригада виїжджає кудись в райони, це буде в кожному регіоні України. Взагалі будуть графіки побудовані, склад бригади регламентується НСЗУ, як буде фінансуватись, самі автомобілі, самі наповнення автомобіля. Швидкі тести теж будуть закупляти, це буде забезпечено закладу»* [Н2, 420–427];
- наразі ще не можна вважати, що білатеральний скринінг розвинений в Україні на належному рівні, адже далеко не кожен випадок обстежується: *«Для нас було не зрозумілим, чому, тестуючи на ковід, не можна було тестувати на ТБ, чому це все не було інтегровано між собою і не було у взаємодії... Ні, так не відбувалось [білатеральний скринінг не проводився]. За нашим досвідом [громадської організації пацієнтів] не відбувалось»* [Н4, 105–106, 108];
- проведення білатерального скринінгу прямо залежить від розуміння його важливості медичними працівниками: *«Знову ж залежить від людського фактора. Якщо лікар подумає про те, що це група ризику, яка має знижений імунітет, то його обстежать на ТБ»* [Н3, 789–790];
- лікарі на місцях більше орієнтовані на тестування наявності COVID-19 і далеко не такі уважні щодо ТБ, можливо, через складнощі організації взяття мокротиння на аналіз:



«Мабуть, воно не проводиться, а от все-таки запідозрити, що якщо людина прийшла з кашлем, її протестують на ковід — це дуже високий відсоток, по крайній мірі в міських лікарнях... До цього це практикується, на жаль. Якби ще в нас так реагували на кашель і направляли на «Джин», ми б точно ТБ подолали бистріше в 10 разів, але ж у нас все... От ПЦР зробить з носа зразу — це пожалуйста, а відхаркати мокроту — ну хто її буде... Якщо ти не палиш, навіть якщо ти палиш, то в тебе мокрота тільки вранішня, і це процедура... Це десь треба зробити, це нема гігієнічних кімнат, тому що це процедура інфекційна, і потрібні вимоги для цієї кімнати. Або ти дома десь її робиш» [Н1, 1275–1277, 1279–1284]; «Я думаю, що процес різний методу відбору матеріалу — це, можливо, в якійсь мірі десь зупиняє обстеження ковідних на ТБ. Тому що обстеження на ковід — взяв мазочок, і все, немає ніяких ризиків, а тут от трошки да. Коли навіть в епідемію ковіду старалися швидше ізолювати цього пацієнта, щоб далі десь послати його і збирати мокротиння, це навантаження і на первинку, тому що вперше первинка обстежувала на ковід і відправляла вже в цей, хоча легше можна було вже в стаціонарі це організувати» [Н3, 802–807].

Усі національні експертки були однакові в тому, що скринінг на ТБ має проводитись пацієнтам із виявленим COVID-19, особливо людям із груп ризику:

«Скринінги на ТБ мають відбуватися, якщо в людини є певні підтверджені групи ризику, які мають проходити скринінг в обов'язковому порядку. Всіх, у кого виявлений ковід, я вважаю, що всіх за показниками тестити на ТБ. Ми б обстежили більшу частину населення і виявили, і надали б вчасно допомогу людям з ТБ, тому що ми знали, що в нас є люди, які лікували ковід, і в них був ТБ, тому скринінг мав відбуватись» [Н4, 100–105].

Під час проведення глибоких інтерв'ю з **регіональними експертами** ми отримали інформацію, яка дала нам можливість зробити такі висновки.

1. Чверть опитаних експертів повідомили, що в їхніх ЗОЗ білатеральний скринінг відсутній, причому було очевидно, що їм знайомий цей термін:

«Нема, бо в нас таких пацієнтів не було, і в нас такої потреби не було. Я навіть не знаю, щоб серед наших колег, і серед особисто моїх пацієнтів були випадки ТБ і ковіду. Знову ж таки я вже це казала, вони просто до нас не йдуть. Вони йдуть до фтизіатрів» [Р8, лікарка-терапевт, 466–468];

«Ще раз повторюю, на жаль, скринінгу на ТБ у нас на рівні приймального відділення немає. Скринінг на ковід є: всім госпіталізованим пацієнтам, які звертаються у приймальне, роблять швидкий тест на ковід... По ковіду — отлічно. Ковід з приймального не поступає, а так як ТБ на рівні приймального не тестується, немає можливості фізично такої, та й всіх не треба тестувати. Це ж для цього розроблені скринінгові анкети, щоб зрозуміти, кого треба тестувати, кого не треба» [Р4, лікарка-пульмонолог, 340–342, 344–346];



«Ні, в нас такого немає. Приходять з якимись скаргами, виявляєш одне, обстежуєш, можеш паралельно. Немає такого, щоб і те, і те, воно все якось іде паралельно» [P18, сімейна лікарка, 401–402].

2. Декілька регіональних експерток не були впевнені у відповіді, бо не дуже знайомі з цим терміном, тому запитували, про що йдеться, та зазначали, що це щось для них нове. Серед цих експерток були фахівчині і первинної, і вторинної ланок:

«Це що мається на увазі? Якщо прийшов пацієнт і в нього підозрюють і ковід, і ТБ?» [P14, сімейна лікарка, 411];

«Я не знаю, чи в нас є такі, чи в нас таке проводиться... Це таке нове для мене. Така якась комбінація слів. Тому зараз я вам не можу сказати» [P11, лікарка-пульмонолог, 423, 425];

«Я, к сожаленю, за этот метод не слышала, не могу сказать» [P17, сімейна лікарка, 317].

3. Лунали й неоднозначні відповіді, коли експертки не були знайомі з терміном «білатеральний скринінг», але зазначали, що проводять обстеження пацієнтів і на COVID-19, і на ТБ:

«Так за назвою не скажу, але по тому, як ми працюємо, в принципі, так... Я просто думаю, що, може, по назві я думаю не про те, що я думаю» [P9, сімейна лікарка, 468, 483];

«Я так розумію, що це паралельно обстеження пацієнта, але методи обстеження у них однакові» [P10, сімейна лікарка, 466];

«Нет, может, он по-другому называется, и мы это делаем, но я не знаю... Смотрите, если у пациента есть ковид подтвержденный, и мы по рентгену видим изменения, любые изменения, в любом случае проводится диагностика с туберкулезом» [P15, лікарка-фтизіатр, 444, 447–448];

«Напевне, ні. А можливо, і так» [P24, сімейна лікарка, 271].

4. Близько половини опитаних зазначили, що в їхньому ЗОЗ білатеральний скринінг на COVID-19 і ТБ впроваджений: десь уже давно, а десь — на початковому етапі. У цій групі переважали лікарки-фтизіатри стаціонарних відділень, але були і сімейні лікарі:

«Только внедряется, мы еще не имеем пока достаточно серьезного опыта в такой диагностике. Нам нужно время, чтобы немножко с этим познакомиться» [P20, лікарка-фтизіатр, 614–615];

«Так, є. Ми можем цілодобово і то, і то. Він передбачає, що всім пацієнтам зараз взагалі, які поступають в будь-яке відділення лікарні, береться антиген на ковід, швидкий тест, і ПЛР на ковід, і всі, хто поступають уже з підозрою на ковід, із захворюванням легень, здають мокротиння і рентген грудної клітки. Це все



цілодобово робиться, ці три: антиген на ковід, мокротиння і рентген» [P21, лікарка-інфекціоніст, 297, 299–302];

«Враховуючи, що в нашій лікарні завжди є насторога щодо ТБ, а також насторога щодо COVID-19, одночасно ми проводимо всім пацієнтам, які потребують з точки зору лікуючого лікаря будь-якого профілю дослідження. Проводиться дослідження на ТБ та COVID-19 паралельно» [P22, лікарка-фтизіатр, 454–457];

«Пацієнти, які потрапляють до нас з ураженням легеневої системи, проходять рентгенологічне дослідження. Якщо є мокротиння, вони досліджуються на КСП. Якщо за потребою — у нас є можливість проведення бронхоскопії та додатково КТ, що неодноразово казала. У хворого в перший день, при поступленні, береться аналіз, дослідження на ковід. Будь то методом дослідження антигену до ковіду, або методом ПЛР. І маємо результат як тільки — так зразу. З першої ж доби від поступлення пацієнта всі лікарі повинні досліджувати мокротиння на КСП» [P22, лікарка-фтизіатр, 459–464];

«Є такі пацієнти, у яких є дійсно підозра і на ковід, і на ТБ, то ми скеровуємо і туди, і туди» [P23, сімейний лікар, 343–344].

Варто зазначити, що у фтизіатричних відділеннях часті випадки, коли тестування на COVID-19 проводиться пацієнтам, які надходять з імовірним або вже підтвердженим діагнозом ТБ.

Описуючи ситуацію з білатеральним скринінгом у первинній ланці, одна з експерток докладно розповіла про обстеження амбулаторних хворих із підозрою на COVID-19 у ЗОЗ, яким вона керує. Із її слів зрозуміло, що додаткове обстеження хворих з діагностованим COVID-19 на інші хвороби сімейні лікарі проводять переважно в тих випадках, коли під час лікування ковіду перевіреними препаратами не відбувається очікуваного покращення. Процес обстеження при цьому займає кілька днів. Ба більше, відшукуючи причини збереження симптомів хвороби в пацієнта, лікарі не розглядають ТБ як головну версію, а зосереджуються переважно на ознаках онкологічних захворювань:

«Я думаю, що в мене це [білатеральний скринінг] терапевти роблять дуже часто. Щоб ми прямо фіксувалися на тому, що ми це паралельно робимо, я вам цього не скажу. Коли і як це відбувається? Якщо є підозра, ми робимо швидкий тест на ковід і ми робимо, умовно кажучи, рентген чи флюорографію і відправляємо на “GeneXpert”, якщо є питання. Це, можливо, не за один день. Я думаю, що це рідко буває за один день, тому що яскрава клінічна симптоматика рідко трапляється. І дообстеження займає дійсно декілька днів, тому що, якщо вони не виключають в перший день ковід, лікують ковід і зберігається симптоматика пітливості і підвищеної температури тіла... ми ж маємо зараз умовно [нерозбірливо, назва препарату], маємо препарат противірусний і дуже дороговартісний, суто ковідний, тобто він знімає симптоматику за два дні. Якщо не знімає, то після того починаємо щось шукати, і аж тоді вони вже можуть шукати. Тобто в один день — ніхто цього брехати не буде — це ніхто не робить, ніхто не фіксується на тому, що пацієнт прийшов, і ми його



відразу обстежили на ТБ і на ковід. Тому що більша імовірність того, що, якщо не буде ковід, то там буде рак» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 749–760].

5. Узагальнюючи відповіді регіональних експертів щодо того, у яких випадках доцільно проводити білатеральний скринінг на COVID-19 і ТБ, виокремимо такі думки:

- завжди, коли лікують захворювання дихальних шляхів;
- якщо в пацієнта в анамнезі є ТБ;
- якщо за соціальними показниками або за симптомами підозрюють ТБ: *«Доцільно, коли за соціальними показниками або за симптомами ми можемо запідозрити ТБ. Зазвичай з ковідом це, мабуть, не є якоюсь первинною [потребою]» [P2, сімейний лікар, 272–273];*
- якщо в пацієнта залишились скарги після лікування COVID-19 і присутні рентгенологічні зміни в легенях, які не вкладаються в клініку пневмонії: *«коли він отримав уже лікування, рентгенологічно в нього зберігаються зміни в легенях, які не вкладаються в клініку пневмонії, то його потрібно все ж таки дообстежити на ТБ. Можливо, там ще щось є. Хоча пневмонія має теж тенденцію — не так швидко розсмоктується. Але все ж таки має бути настороженість в таких випадках» [P3, лікарка-фтизіатр, 637–640].*

Одна з експерток зазначила, що коли пацієнти мають ознаки інфекційного запалення (COVID-19 або гострої респіраторної хвороби), то симптоматика ТБ, найвірогідніше, не буде чітко виражена і клінічно запідозрити ТБ буде складно, якщо людина не мала його в анамнезі. У таких випадках пацієнт має бути дообстежений на ТБ вже після того, як отримує симптоматичне лікування:

«І я розкажу, як їй [людині] діяти, які ліки приймати, бути на ізоляції і зі мною на телефоні для контролю. І після того, як він вже вилікує ковід активний і він вже не буде заразний, обов'язково я його направлю на дообстеження, щоб підтвердити діагноз ТБ та розпочати лікування. Тобто я собі це так розумію. Не знаю, наскільки правильно» [P14, сімейна лікарка, 429–443].

Дві експертки-пульмонологи висловили схожі думки, що треба підходити індивідуально до кожного пацієнта і проводити обстеження на ТБ не обов'язково всім, у кого виявлений COVID-19, а тільки за наявності супутніх показань, щоб не перевантажувати лабораторії й не витратити реактиви для обстеження:

«Всіх, можливо, і не треба тестувати, хоча в них усіх є підвищена температура та кашель. Як скринінгова анкета, яось так... Треба в кожному випадку підходити індивідуально. Тобто якщо це молода людина, в якій абсолютно нормальний рентген, у нього, наприклад, температура, нежить, кашель, у нього немає тубконтактів — смисл його обстежувати на ТБ? Якщо людина в анамнезі має ТБ, в нього є великі залишкові зміни на рентгені, в нього, крім ознак ковіду, з'явилося якесь слизово-гнійне



мокротиння, він вказує, що “Я ще до ковіду, мабуть, тижні три кашляв, підкашлював”, то такого пацієнта треба тестувати на ТБ. До кожного треба індивідуально підходити. Не можна сказати, що всіх тестувати, або тестувати половину, або не тестувати» [P4, лікарка-пульмонолог, 359–360, 369–375];

«Відповідно ТБ треба обстежувати при найменшій підозрі на нього. Ковід — це захворювання гостре, і мені здається, що показів... якщо пацієнт себе добре почуває, то, можливо, лабораторії не переобтяжувати і реактиви не тратити. Я так собі думаю... Але в усього мають бути підстави до обстеження, якщо є чіткі покази, де що шукати» [P7, 664–666, 668].

6. Більшість регіональних експертів, які повідомили нам свою думку з цього приводу, упевнені, що відповідні фахівці, в першу чергу фтизіатри і пульмонологи, є достатнього настороженими щодо ТБ в пацієнтів:

«На рівні нашого відділення цей алгоритм ефективний, ми виявляємо ТБ вчасно, швидко, ефективно, тобто якщо там ТБ є, то ми його знайдемо» [P4, лікарка-пульмонолог, 351–352];

«Інфекціоністи і фтизіатр насторожені. Якщо це хірурги, попри всі відділення працювали на ковід, то не так були насторожені — пролікують, і потім, якщо якісь зміни залишаються або якісь питання, то консультуються з нашими фтизіатрами, інфекціоністами» [P21, лікарка-інфекціоніст, 304–306].

Разом із тим одна з експерток, лікарка-фтизіатр, висловила протилежну думку, але вона виявилась єдиною серед опитаних, хто так вважає:

«Не дуже насторожені. От зовсім не насторожені, скажімо так» [P3, лікарка-фтизіатр, 643].

7. Більшість регіональних експертів зазначили, що не володіють інформацією щодо застосування білатерального скринінгу на COVID-19 і ТБ в інших ЗОЗ, лише сімейний лікар із Києва відповів: «Наскільки я знаю, то так. Там теж так роблять» [P23, сімейний лікар, 354].

8. Не всі опитані регіональні експерти, за їхніми словами, виявились обізнаними щодо світового досвіду інновацій у питанні білатерального скринінгу ТБ та COVID-19:

«Слово “білатеральний” вперше я чую, можливо, це десь придумали на якихось конференціях, його впроваджують. На жаль, не можу сказати, що я десь це чула... я не знайома з роботами або дослідженнями, або якимись лекціями і так далі про білатеральний скринінг. Я не знайома з цими публікаціями» [P4, лікарка-пульмонолог, 381–382, 384–385];

«Ні, на жаль, не знайомий, не в курсі такого досвіду» [P2, сімейний лікар, 294].

Частина експертів, які володіють певною інформацією, повідомили, що отримали її не з офіційних джерел:

«Десь читала, а так ні... З офіційних — ні» [P1, сімейна лікарка, 507–509];



«Так. З інформаційних матеріалів, що є в загальному доступі на сайтах медичних» [РЗ, лікарка-фтизіатр, 649];

«Так прямо щоб знайома була з дослідженнями, з якимось цифрами, то ні. Але, напевно, більше я так собі чую, розумію з того, що читаю, бачу, то більше, можливо, за кордоном проводять оці квантиферонові тести... Це те, що я говорила: пацієнт за свій кошт здає кров на ці дослідження, і це швидкий метод дослідження. Кров береться на дослідження надана, і як ІФА, от він у нас є на всіх лабораторіях, і він є платний. Тому, якщо би він був більш доступний, то це би було дуже добре» [Р10, сімейна лікарка, 473–475, 477–479].

Інші зауважили, що певну інформацію їм надавало керівництво або вони самі здобували її під час онлайн-навчань:

«Іноді в інтернеті ми знаходимо цю інформацію і намагаємося тримати планку на світовому рівні... Іноді керівництво скидає інтернет-посилання різні, зараз не пригадаю, може бути це і Всесвітня організація охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України» [Р23, сімейний лікар, 357, 359–360];

«Важко сказати, хіба що якісь конференції, які ми дивимося онлайн, можливо, там є якась інформація. Але напевно [нерозбірливо]» [Р9, сімейна лікарка, 480–481].

Одна з експерток, директорка КНП «ЦПМКДД» з Івано-Франківська, відповідаючи на це питання, детально розповіла про відмінності в підходах до діагностики ТБ в Україні та Європі, зазначивши, що європейський досвід часто нерелевантний українським реаліям:

«У в нас з європейськими усіма країнами крайнє все різниться. Але я би не брала наш досвід з однієї простої причини: у Європі не призначають антибіотики на такому рівні, на якому призначають у нас. Там організм людей чутливий до антибіотиків дуже сильно і виражено, не збитий в них імунітет цими антибіотиками, і тому не маскується ТБ... Тому в цієї людини мікроскопія щось покаже. В нас мікроскопія нічого не покаже, плюс вважається чомусь за європейськими стандартами, що флюорографія — це дідівський метод опромінення, який не потрібний. Для нашого населення він є вкрай потрібний, тому що знову ж таки найчастіше ми виявляємо ТБ, все-таки коли ми робимо скринінгові профілактичні флюорографії. Мікроскопію важко зробити якісну з тих причин, які я пояснила. "GeneXpert" — це є дуже дорогий метод обстеження, тому що нам, наприклад, виділяють з якоюсь крайністю по 50 картриджів... Наприклад, нам вистачає до місяця... Якщо робити скринінг, нам тисячі потрібно. У нас же ж населення є скільки, плюс ми ще чотири райони, крім нашого, обслуговуємо. Тому ми економимо, ми за клінічними показаннями скеруємо на "GeneXpert", тому що це дорого, держава не потягне стільки грошей, щоб усі "GeneXpert", коли ми хочемо робити скринінг. І тому такі якісь обмеження є. Закуповувати нам картриджі, які коштують 250, по-моєму, гривень один картридж, — я цього не можу робити, тому що тоді я буду просто всі гроші викидати на вітер. І результати того обстеження... Ми виявимо позитивний ТБ, але він буде



надзвичайно дороговартісним. Тому читати про те, як відбувається це в Європі, потрібно, в курсі бути потрібно, але поки що я ні одного того, якого я читала, процесу, я просто бачу, що він нам не підійде. Тому що по анкетуванню ми не можемо виставляти діагнози і лікувати, і мікроскопія нам не дасть такого ефекту, який дає в Європі» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 786–792, 794–796, 798–815, 817, 819–828].

9. Усього четверо з двадцяти чотирьох регіональних експертів висловили конкретну думку щодо наявності позитивних зрушень у питанні ефективності раннього виявлення ТБ при застосуванні білатерального скринінгу, й усі вони вважають, що позитивний ефект присутній:

«Я думаю, що так. Виявленість збільшилася» [P9, сімейна лікарка, 493];

«Так, помітні [позитивні зрушення]. Була певна когорта пацієнтів за рік — у перші години перебування в стаціонарі діагностувався і ковід, і ТБ, і вони переводились у відповідні заклади спеціалізовані, які займаються» [P21, лікарка-інфекціоніст, 319–321].

10. Оцінюючи перспективи впровадження білатерального скринінгу на ТБ та COVID-19 у своєму ЗОЗ та в Україні в цілому, більшість регіональних експертів вагались, часто використовуючи слова «напевно», «можливо», «не знаю», «незрозуміло».

Одні експерти прямо сказали, що не бачать перспектив і не можуть однозначно оцінити ситуацію:

«Перспектив не знаю, не бачу ніяких від введення... [впроваджувати] потрібно, але як це буде — незрозуміло» [P1, сімейна лікарка, 514, 516].

Інші схилились до думки, що говорити про перспективи неактуально через те, що COVID-19 іде на спад:

«Перспективи? Мабуть, якихось таких перспектив немає, тому що ковід іде на спад. Мабуть, уже не буде такої значної уваги до захворюваності на COVID-19. Тобто проблема з ТБ залишається, але ковід уже не буде такою проблемою. Тому, мабуть, і потреби такої не буде» [P2, сімейний лікар, 288–290].

У цьому контексті треба зауважити, що інтерв'ювання відбувалося ще до того, як 28 червня 2023 року в Україні була прийнята постанова Кабінету Міністрів «Про відміну на всій території України карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». Зважаючи на те, що наприкінці 2023 року ситуація із захворюваністю на COVID-19 в країні знову загострилась, це питання також може актуалізуватись.

Деякі експерти вважають упровадження білатерального скринінгу на COVID-19 і ТБ в їхніх медичних закладах та в масштабах країни потрібним, але в їхніх висловах є певний скептицизм стосовно перспектив його впровадження через проблеми з фінансуванням і логістикою, через відсутність уніфікованих протоколів і настороженості щодо ТБ в лікарів первинної ланки:



«Якщо буде в кожному ЗОЗ "GeneXpert", то це буде замечательно, можна впровадити, але якщо треба цю мокроту відвезти хрен зна куди, вибачте за слово, складно впровадити цей скринінг при всьому бажанні. Якщо це швидкий тест на прийомному, на ковід — це 15 хвилин, і готово, то на ТБ це складніше. Як це впровадити, навіть не знаю. Важко, да, важко. Щось в тих лікарнях може, вони зробили, але у нас це буде проблематично, ну може нам поставлять тест-систему» [Р4, лікарка-пульмонолог, 388–393];

«Думаю, що вони абсолютно адекватні, логічні і їх можна... Просто для того, щоб вони повсякденно використовувалися, їх необхідно ввести в протокол. І робити тест швидкий на ковід і робити якийсь один з методів обстеження на ТБ один день — це не буде проблема взагалі. Єдине, що в цьому всьому мінус, — зараз є фіксація в білатеральному методі на ТБ, і на ТБ є ще багато всього, на що його необхідно фіксуватися... Дивіться, у той день, коли людина обстежується, вона приходиться з таким простудним захворюванням, крім того, що є ковід, є грип станом на сьогодні, нехай буде ТБ, нехай буде рак — це в обов'язковому порядку. І певна кількість респіраторних інфекцій, які в нас взагалі не діагностуються і не розділяються, такі як парагрип, як респіраторно-синцитіальні інфекції і так далі, і окрім того, необхідно розуміти, що при цьому всьому ще може бути любий імунодефіцит. І для того, щоб пацієнта обстежити швидко на всі ці захворювання і зробити скринінг — це, по-перше, неможливо, це дуже дороговартісне» [Р5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 831–835, 837–844];

«Дивіться, в нашому ЗОЗ, якщо пацієнт уже до нас прийшов з підозрою на ТБ, він нікуди не дінеться. Тобто ми виявляємо, є ковід у нього чи нема, тому що за інфекційним контролем нам потрібно розподілити потоки так, щоб інші пацієнти не захворіли. Але стосовно того, якщо це буде білатеральне обстеження на первинному рівні, вони обстежують і на ковід, і на ТБ, то в мене нема таких даних, що сьогодні загальнолікувальна мережа обстежує на ковід і тут же на ТБ, тобто в пацієнта ковід, і вони одночасно будуть обстежувати його на ТБ. Настороженості в первинного рівня ще настільки нема 100%, щоб у всіх пацієнтів з ковідом направляли мокротиння на ПЛР. Це рідкісні зазвичай випадки, щоб вони направляли. Я ж і кажу, що в нашому — це ми вже виявляємо, він вже з підозрою на ТБ прийшов. А щоб виявити ТБ при обстеженні на ковід і паралельно на ТБ, це тільки зараз можна говорити, що якісь будуть кроки робити в цьому напрямку, що буде якась настороженість. Коли була саме епідемія ковіду, то ні — вони тільки на ковід були заточені. Про ТБ ніхто не думав» [Р3, лікарка-фтизіатр, 653–664].

Один з експертів, лікар-фтизіатр, висловив думку, що проводити білатеральний скринінг на COVID-19 і ТБ є економічно нераціональним, а віддавати перевагу треба діагностуванню на ТБ:

«Щоби зразу проводити скринінг на одну інфекцію і другу... ТБ, воно напевно економічно більш затратно... Не стільки обстеження, скільки лікування держава



бере на себе, вартість лікування ТБ, хоча, можливо, і на випадки ковіду йде немало коштів, але в основному, якщо так взяти, то і по тривалості лікування, і по фінансовій затратності все-таки ТБ більш, напевно, пріоритетний, ніж ковід. Тому зразу проводити скринінг, щоб він був обов'язковий на ковід, у пацієнта, який має явно тільки ознаки ТБ, я вважаю що недоцільно за медичними показаннями. А дослідження так само на ТБ проводиться, є ж відповідні медичні критерії, групи ризику є, які повинні проводитися, і є підозра — лікар в першу чергу повинен мати контакт з пацієнтом візуальний, він має його бачити» [Р6, лікар-фтизіатр, 483–491].

Поряд із цим кілька експертів вважають упровадження білатерального скринінгу на COVID-19 і ТБ кроком, який обов'язково потрібен та однозначно покращить ситуацію з раннім виявленням ТБ:

«Напевно, якщо б цей тест проводився, то це би було, мабуть, ідеально» [Р10, сімейна лікарка, 482];

«У нашому закладі це буде і далі продовжуватись, а в Україні в цілому — так бажано, якщо буде фінансування, тому що кількість таких хворих дуже велика» [Р21, лікарка-інфекціоніст, 315–316];

«Сподіваюсь, він буде розвиватись, і кожен лікар буде знайомий із цим методом» [Р23, сімейний лікар, 363].

Підсумовуючи, зазначимо, що наразі однакості регіональних експертів в оцінках перспектив упровадження білатерального скринінгу на COVID-19 і ТБ в їхніх медичних закладах та в масштабах країни в цілому не зафіксовано.

2.6. Вплив повномасштабного вторгнення росії на надання медичної допомоги при ТБ

Національні експертки, аналізуючи складнощі та проблеми в системі надання протитуберкульозних послуг, спричинені повномасштабним вторгненням росії, зазначають, що найбільший вплив на надання медичної допомоги при ТБ наразі мають такі чинники:

- порушення логістичних шляхів доставки медикаментів і реактивів, руйнування медичних закладів, відтік кадрів і збільшення кількості пацієнтів (наприклад, приблизно в 1,5 разу в межах Київської області), проте є й позитивні моменти — лікарі в протитуберкульозних закладах продовжують надавати підтримку своїм пацієнтам, навіть якщо ті виїхали за кордон. Цьому, зокрема, сприяє налагоджений зв'язок з іноземними колегами:

«Порушені логістичні ланцюги доставки, розбомблена інфраструктура медична, відтік кадрів, багато пацієнтів. У принципі, лікарі в протитуберкульозних закладах намагаються своїх пацієнтів вести, тобто щоб не губилися, навіть якщо вони переїхали в іншу країну. Є контакт між країнами, налагоджений по лікуванню, по



наданню повної інформації... робиться запит на певного пацієнта відповідно до міністерства охорони здоров'я певної країни, надаємо інформацію, який режим лікування був. Або навіть нам передавали ліки. Тобто цей алгоритм налагоджений... [Запит робить міністерство країни, де перебуває пацієнт], або пацієнт сам інформує, що я знаходжусь там-то, там-то, приходить за медичною допомогою в заклади. Відповідно заклад робить запит на нас, і вже процес цей, налагоджена система працює. Також між регіональними протиТБному закладами налагоджений контакт по передачі даних про пацієнтів [в межах України]» [Н2, 460–463, 465–467, 469–472];

- зменшення кількості випадків виявлення ТБ:

«Зараз в нас було, знаєте як — я буду казати по своїх зараз проектах — по виявленню у нас був підйом, по виявленню після війни. Війна дуже вплинула, оцей лютий — березень у порівнянні навіть з ковідним 22-м роком... знов провалилося... Тільки деокупація почалася, тільки от навіть Київська область, з квітня місяця начався рост, рост, рост, рост. У нас і квітень, і травень, і червень було захворюваність, виявляємість серед наших контингентів — я тільки за наші контингенти буду говорити — десь в 1,5 рази більше, чим в минулому році. Люди від ковіду відійшли, вони знову поняли, що не буде їх ніхто стигматизувати і ніхто не буде закривати й обмежувати, і знову вернулось це все. Можливо, стрес додатково ще сказався. Але ж ТБ не ковід, він же не дві неділі для розвитку, йому потрібно десь пів року для того, щоб він так... три місяці як мінімум для того, щоб він загострився і проявив себе клінічно... Бум цих недовиявлених постійно росте» [Н1, 851–853, 855, 857–863, 873];

- підвищення ризиків виникнення ТБ у внутрішньо переміщених осіб через стрес і перебування в холодних підвалах чи інших приміщеннях під час обстрілів, загальне збільшення захворюваності:

«Знову я наголошу, що зараз на перший план виходять проблеми, які пов'язані зі збройною агресією. Вони підсилюють оті проблеми, які залишились, що були ковідні, але наклалися уже свої проблеми, звичайно... Це внутрішньо переміщені особи. Це саме перше, тому що, по-перше, це стрес — переміщення для людини, а стрес теж знижує імунітет і сприяє прояву ТБ, якщо людина інфікована. Потім перебування в отаких місцях скупчення, у підвалах теж коли були, якщо там хтось був, то довготривалий час перебування в приміщенні одночасно з хворим... І холодні [приміщення], всякі, це все сприяло підвищенню захворюваності. Ми такої не бачимо великої, але побачити можна через якийсь час. Але все одно трошки є збільшення захворюваності» [Н3, 689–691, 693–696, 698–704];

- неможливість повноцінного обстеження всіх ВПО, оскільки не всі з них звертаються до лікарів після переїзду:

«І знову ж не всі ВПО обстежуються, тому що місця брати, де вони перебувають компактно, це можна обстежувати, і там є наказ Міністерства охорони здоров'я, які там треба заходи проводити, в тому числі і обстеження. А якщо брати просто



внутрішньо переміщених, то десь вони за медичною допомогою не звертаються, а десь вони проживають, соціальні служби, можливо, знають про це, але дуже багато людей не можна обстежити... Що з ними, як вони — не відомо» [Н3, 706–712];

- недостатнє фінансування протитуберкульозної служби:

«Я думаю, що вони такі самі, як і в період до пандемії і до війни, тобто недостатнє фінансування, непрацюючі алгоритми в межах [нерозбірливо], тобто те, над чим нам треба працювати незалежно від війни чи ковіду» [Н4, 502–504];

- неможливість діагностування ТБ на окупованих територіях і відсутність статистичних даних про кількість хворих на територіях, де наразі часті обстріли, загальне обмеження доступу населення до медичного обстеження і діагностики:

«Багато складнощів, і до сьогодні вони є. Це Донецька область та наша територія, яка навіть не під обстрілами. Та, що під обстрілами була, ми працювали в Бахмуті до останнього, до початку грудня, у нас на початку грудня проект тільки перестав там працювати, і виявлення там було через первинку, і лікар до цього часу там залишилася, яка працювала, була вмотивована. Впав доступ до діагностики, перейшли на мікроскопію, уже практично забули, як її дивитися, але тим не менш виявляли» [Н1, 1294–1302, 1304, 1306–1307].

Основними факторами, які в нинішній ситуації заважають виявленню ТБ, національні експертки назвали такі:

- непоінформованість пацієнтів (хибна думка про платний характер лікування);
- небажання пацієнтів звертатися до лікарів на обстеження;
- фактор недообстеження в первинній ланці медицини:

«Не те що недоінформованість. По-перше, проблема в пацієнтах, в нас, людях самих, які не прихильні по різних причинах: питання коштів, думають, що це платно, питання черг, тут багатий перелік можна. Проблема в пацієнтах, що не звертаються. Проблема в тій же самій первинці, яка не назначає по протоколу обстеження, хоча по протоку є, можливо, треба. І всі знають, що є доступні ці аналізи, чомусь вони ними не так сильно користуються, як могли. Не знаю, з чим це пов'язано, не буду казати. Та і все» [Н1, 1129–1134];

- брак зацікавленості в реалізації державної стратегії подолання ТБ з боку політиків:

«Відсутність політичної прихильності, лідерства у виконанні державної стратегії реалізації питання подолання ТБ» [Н4, 394–395].

Оцінюючи ситуацію із забезпеченням пацієнтів препаратами для лікування, національні експертки зауважили, що система продовжує працювати, статистичні дані збираються навіть із територій, що були деокуповані, також визначаються річні потреби в ліках і проводяться закупівлі та доставка препаратів по регіонах:



«Так само плани є. Статистичні дані збираються навіть з територій, що були деокуповані. Є статистика, є дані по пацієнтам, по лікуванню, по препаратам, які необхідні. І так само в цій системі розраховується потреба річна і відповідно закупляється, доставляється... от такий запас є, ліки є. Вони доставляються до регіональних протитуберкульозних закладів, і регіональні вже передають на первинку також разом з доставкою біоматеріалу. І ми забезпечуємо також і доставку протитуберкульозних засобів... Ліки безкоштовні, держава всіляко... Вже плани на наступний рік» [Н2, 519–521, 523–525, 527, 529].

Експертки також зазначили, що на територіях, де немає бойових дій, пацієнти забезпечені всіма необхідними препаратами, проте окремо наголосили на тому, що загострились проблеми з проведенням обстеження та діагностики:

«Якщо це територія підконтрольна і немає бойових дій, то все нормально. Препарати доступні і діагностика доступна. Проблем немає» [Н3, 719–720];

«Так [доступ до препаратів наразі забезпечений], але нам потрібно піклуватися про тих людей, які ще не діагностовані» [Н4, 496].

Характеризуючи способи підтримки зв'язку з пацієнтами, національні експертки говорили про переважання дистанційного зв'язку — телефоном і за допомогою месенджерів. Під час війни стала ще частіше застосовуватись телемедицина, що дає змогу забезпечити супровід пацієнта навіть за умов руйнування медичних закладів і їхнього переміщення до інших міст:

«Більше перейшли на онлайн, бо все ж таки проблеми з добиранням. І взагалі заклади деякі розтрошені, перенесені в якісь інші населені пункти є. І якщо лікар на зв'язку онлайн, то це великі плюси і для пацієнта, і для лікаря. Можна не втратити пацієнта і таким чином забезпечити його супровід» [Н2, 497–500];

«Ну той самий зв'язок — телефонний, відеозв'язок... Ті самі, да, тільки, може, більш широко застосовуються на постійному зв'язку в телефоні, тому що моніторять лікування, і все інше треба вводити» [Н3, 714, 716–717];

«Упроваджується більш масштабно телемедицина. Тому я думаю, що ще більше масштабувався дистанційний супровід. А чи змінилося? Я знаю, що пацієнти отримують терапію, є [нерозбірливо] наше утримання — це якщо хтось не може отримати терапію, вони звертаються до нас або до інших організацій. І спільними зусиллями ми шукаємо, як це зробити. У нас налагоджені зв'язки з усіма відомими організаціями в інших країнах, куди мігрують українці. І якщо їм потрібен пошук сервісів, вони мають можливість отримати» [Н4, 479–484].

На думку національних експерток, підвищити мотивацію пацієнтів продовжувати лікування можуть такі заходи:

- забезпечення засобами зв'язку – смартфоном або планшетом, якщо в цьому є потреба конкретного хворого, та надання соціальної підтримки (зокрема «харчових пакетів»):



«Я знаю, деякі використовують якісь фінансові механізми. В інших країнах, до прикладу, у нас чула, що якусь оплату за результат лікування. У нас я не думаю, що це спрацює, але може спрацювати, до прикладу, забезпечення, якщо у людини немає смартфона, планшета, якщо на період лікування надати планшет або смартфон для підтримки зв'язку для відео-ДОТ, для забезпечення. Це може покращити. Можливо, харчові якісь пакети людям, які цього потребують» [Н2, 503–507];

«От знаєте, соціальна підтримка, і є ВООЗівські рекомендації на сьогоднішній день щодо прихильності утримання на лікуванні цих пацієнтів, і там прямо по пунктах розписано, що ми... які сюди включають... От наразі МОЗ рекомендує 5 аспектів, що мають на меті полегшити процес визначення найкращого лікування та підтримки, які підходять пацієнту в конкретному випадку. І ці насамперед аспекти перераховані: оцінка в цілому, де пацієнта лікувати, консультування, узгодження, якщо ти консультував і бачиш щодо дій, чи він до цього схильний, чи ні, допомога і організація цієї допомоги. Оці 5 аспектів, якщо вони будуть виконані...» [Н3, 733–735];

- загальна інформованість про важливість збереження здоров'я, надання психологічної підтримки:

«Інформація, підтримка, дати людям упевненість, посилити впевненість людей в пріоритезації питання збереження здоров'я через інформаційні кампанії, через посилення сервісів психоемоційної підтримки» [Н4, 487–489].

Національні експертки зазначають, що серед додаткових послуг і консультацій для пацієнтів потрібно впровадити такі:

- надання пацієнтам психологічної підтримки та проведення загальних медоглядів, особливо коли йдеться про ВПО чи людей із деокупованих територій:

«Психологічна підтримка, звісно, необхідна психологічна підтримка багатьом і всестороння діагностика. Тобто якщо людина вже приїхала кудись в заклад охорони здоров'я, якщо вона вже доїхала по деокупованих територіях з сіл, з віддалених населених пунктів, то вона має отримати, вона бажає отримати комплекс обстежень. Тобто як у нас раніше проходили диспансеризацію» [Н2, 477–482];

«Психолога консультації, тому що це стрес, це посттравматичний синдром» [Н3, 730];

- забезпечення житлом внутрішньо переміщених пацієнтів, а також надання юридичних консультацій:

«Можливо, додаткові послуги — житло. Можливо, теж треба організувати це житло, де вони будуть проживати... Консультації юридичні, звичайно» [Н3, 729–730];

- створення сервісів підтримки ментального здоров'я, яких потребують абсолютно всі українці, не лише хворі на ТБ:



«Необхідні програма ментального здоров'я так само, як і для кожного українця, для того, щоб допомогти людям, тобто сервіси. І потреби були такі були з пандемії, тобто можна сказати, пандемія нас трошки загартувала до війни, тому що ми навчилися надавати послуги дистанційно, це все відпрацювали в період пандемії. Але що робити з депресіями? Тобто що робити з тим же психоемоційним станом, в якому зараз перебувають українці? Це треба вирішувати на іншому рівні, впроваджувати ці заходи» [Н4, 465–470].

Національні експертки вважають, що перешкодами до надання вищезгаданих послуг є бойові дії, окупація та брак фінансування, окрім того — відсутність політичної прихильності до важливості питання системного подолання ТБ:

«Бойові дії, окупація. І звісно, фінансування, бо це має бути підтримка державного фінансування, пакет НСЗУ. Можливо, на таку багатопрофільну діагностику мають бути багатопрофільні лікарні або якісь центри надання амбулаторної послуги. Тобто фінансування теж» [Н2, 492–494];

«Я думаю, що поки Україна буде боротися, усі перешкоди ми будемо долати наявною взаємодією. Але знову ж таки нам не вистачає політичної якоїсь прихильності до питання ТБ, як було з пандемією. У пандемію було пріоритетно — ковід, у війну пріоритетом — війна, а ТБ у нас якось так, десь там» [Н4, 473–476].

Актуальну ситуацію щодо повноти і рівня послуг для людей, хворих на ТБ, національні експертки оцінили загалом позитивно, оскільки зараз забезпечуються безплатні діагностика та лікування, є необхідне обладнання, а донори та гуманітарні фонди надають допомогу:

«Лікування безкоштовне, діагностика безкоштовна. Закупляється нове обладнання, більше ніж на сімдесят мільйонів доларів, здається, в минулому році поставлено тільки обладнання, закуплено і лабораторне, і хірургічне. І в цьому році також. Тим більше, нічого не знаю, поки не можу сказати, наскільки буде. Є також величезна допомога донорів і гуманітарної допомоги в тому. Система працює, лікарі доступні» [Н2, 532–536];

«Та 10 [балів з 10-ти] і дала б» [Н3, 747].

Разом із тим одна з національних експерток зауважила, що поки немає підстав говорити про подолання всіх проблем із виявленням і діагностуванням ТБ в країні:

«Я думаю, що на сьогоднішній день ми робимо максимум в тих умовах, із якими зіткнулися, окрім виявлення. На жаль, з виявленням у нас прогалини. Тобто для тих людей, яких ми виявили, вони вже на лікуванні, ми робимо максимум» [Н4, 492–494].

Регіональні експерти, характеризуючи ситуацію у сфері протидії ТБ в Україні під час повномасштабного вторгнення росії, говорили про наявність великої кількості складнощів. Увесь спектр описаних проблем умовно можна поділити на ті, що властиві медичній системі в цілому, а також ті, що відбивають регіональні особливості.



Система протитуберкульозних послуг загалом у країні зазнала впливу декількох негативних чинників.

1. Майже всі ЗОЗ, незалежно від регіону, на початку війни мали складнощі в роботі через зменшення кількості працівників і працівниць із різних причин (мобілізації, від'їзду, звільнення тощо):

«Насамперед це була розгубленість усіх. Ми втратили достатню кількість персоналу» [P16, лікарка-фтизіатр, 577, 583];

«Так само вплинули вони, як ковід. По-перше, багато в мене медпрацівників втратили, дуже багато в перші дні. Більшість з них не вернулося. І протягом цього року з кратністю раз в три місяці у нас працівники все-таки шукають якісь можливості і виїжджають за кордон. Тобто кваліфікованих кадрів ми втрачаємо, кадри як такі ми втрачаємо. І немає в мене, наприклад, впевненості в завтрашньому дні, що ті кадри, які в мене зараз є, будуть працювати і будуть хотіти працювати. Тобто дуже багато. Окрім того, у нас мобілізували дуже багато хлопців. З перших днів в мене травматолога мобілізували, двох рентгенологів, причому мобілізують такі спеціальності, які крайнє необхідні для обстеження великої кількості населення, — рентгенлаборантів, окулістів... Нема, на нас бронювання немає, і це є дуже велика проблема. І водія, і одного із [нерозбірливо] тепер у нас мобілізують. Тобто є два напрямки, за якими ми втрачаємо працівників» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 869–876].

Близько чверті регіональних експертів під час інтерв'ю повідомили, що персоналу не вистачало на початку війни і не вистачає зараз, бо частина співробітників не повернулася:

«Проблема могла быть в том, что нам просто не хватало персонала, который в связи с войной выехал. То есть врачи-рентгенологи, врачи-фтизиатры, лабораторные сотрудники просто повыезжали, и некуда даже было направить пациента сделать это обследование» [P17, сімейна лікарка, 322–324];

«Ні, нам потрібні терапевти... У нас поки два лікарі не повернулося. Одна звільнилась, одна лікар в декретній відпустці знаходиться. Це відчувається дуже, і відчувається, що в нас населення більше, чим в нас лікарів» [P18, сімейна лікарка, 50, 452–454];

«Я не знаю, як тут [в Запоріжжі], а в нас [у Бердянську] вистачило десь пів року війни, потім стало не вистачати, бо виїжджали. Наскільки я знаю, тут також повиїжджали і лікарі, і медсестри, і тут були проблеми з медичним персоналом у зв'язку з міграцією» [P4, лікарка-пульмонолог, 436–438].

Частина експертів із закладів первинної та вторинної ланки медичної допомоги розповіли, що через зменшення кількості співробітників від початку війни збільшилась інтенсивність їхньої праці:

«Так, бо ми працювали. В нас не було жодного вихідного, чи там, що ми не приходили на роботу. Ми працювали кожен день» [P9, сімейна лікарка, 527–528];



«Я до квітня місяця жила в лікарні. Бо в нашому відділенні були лише в. о. завідувача відділення і я. Інших лікарів не було. В мене персонал приходив і працював п'ять днів на тиждень. Приїжджав, п'ять днів відпрацював і уїжджав. Мы справились с этой ситуацией» [P22, лікарка фтизіатр, 504–506].

На момент проведення глибинних інтерв'ю половина регіональних експертів зазначили, що працівників — і лікарів, і медсестер, і молодшого медичного персоналу — наразі вистачає, тож проблему зниження кадрового потенціалу в частині ЗОЗ можна вважати подоланою:

«Да, незважаючи на те, що частина персоналу виїхала, залишилася достатня кількість для того, щоб надавати послуги в тому ж об'ємі, в якому вони надавались» [P3, лікарка-фтизіатр, 703–704];

«Так. У нас мало хто пішов на фронт і відповідно, богу дякувати, у нас всього хватає» [P11, лікарка-пульмонолог, 445];

«Очень малый процент выехали, но они возвращались через месяц, через три месяца. И мы не испытывали нехватки» [P13, сімейний лікар, 612–613];

«Мабуть, із самого початку війни трошки не вистачало, але вже десь за пів року від початку війни ця проблема вирішилася... Із самого початку війни проблема була. Деякі співробітники, звісно ж, покинули територію України. Але зараз такої проблеми вже немає» [P2, сімейна лікарка, 325–326, 328–329];

«Не вистачало [кадрів]. З початку війни багато повиїжджало, і навантаження на лікаря були значні. Але зараз такої проблеми немає» [P23, сімейний лікар, 378–379].

2. Загалом в Україні підвищився ризик захворіти на ТБ та збільшилася кількість хворих на ТБ внаслідок погіршення імунітету людей, особливо внутрішньо переміщених осіб, через негативний вплив на здоров'я стресу і перебування в холодних, сирих приміщеннях, підвалах, бомбосховищах без нормального харчування:

«Звісно, міграція. Багато людей емігрували, багато людей перебувало деякий час у підвалах, сирих приміщеннях, при зниженні температури, без їжі взагалі. Це призвело до катастрофічного зросту захворювань органів дихання, в тому числі і на ТБ, на жаль» [P23, сімейний лікар, 370–372];

«То, что люди находились месяцами в подвалах с военным положением — в основном вот это. Стресс. То есть это не обязательно переохлаждение или еще что-то. Стресс тоже дает такое вот развитие туберкулеза. И то, что они сидели где попало... люди в морозы стояли в очередях перетнути границу, еще там где-то. Переохлаждение в подвалах, сырость, в основном именно в данный период именно эта причина» [P17, сімейна лікарка, 109–111, 113–115];

«Стрес, багато лікарів виїхало, не всі лікувальні заклади працювали. Це тільки зараз все вже починає більш-менш, хоча війна не закінчилася. З чим ми таким зіткнулися, з якими проблемами? Довготривалий час це так звані бомбосховища, це підвали наші, це скупченість людей, це не тільки люди, які хворіють, це і здорові люди там сиділи,



це і сирість, це грибок — це все те, що впливало на здоров'я. Це деякий час сидіння без ліків і неможливість їх купити. Це все впливає» [P18, сімейна лікарка, 411–415].

Говорячи про поширення захворюваності на ТБ, одна з експерток окремо наголосила на тому, що збільшилась кількість захворілих серед військових:

«Ми бачимо зростання кількості ТБ внаслідок того, що є війна, серед військових, і внаслідок того, що є міграція, всередині країни туди-сюди і за межі країни... І враховуючи те, що, наприклад, люди є недообстежені, і в тісних колективах серед військових вони контактують дуже багато, і між собою в дуже тісних умовах, близьких» [P8, лікарка-терапевт, 476–477, 479–480].

3. По всій країні виникли проблеми з вибуттям пацієнтів із лікування, неможливістю забезпечити їх протиТБними препаратами, відбувались термінові виписки зі стаціонарів на прохання людей, які не розуміли, що робити і як бути:

«Основний — це виїзд людей за кордон. Тобто багато хто поїхав за кордон, це знову ж таки до вторинної ланки. Як вони собі домовилися, як у них буде з лікуванням, чи вони будуть отримувати, чи вони дають їм певний якийсь запас — це більше до вторинної ланки» [P9, сімейна лікарка, 500–502];

«В первые месяца, наверно, полтора — два пациентов было вообще очень мало, потому что все испугались, из стационаров все выписывались по заявлениям, либо просто по выписке, и пациенты просто уезжали, куда могли. Нет, конечно, если у нас была возможность, мы давали запас препаратов на месяц — на полтора, если там пациенты, которые могли выехать и им было куда выехать, писали заявление. Мы давали на 2 месяца, чтобы приехать. То есть была паника, страх, причем у всех» [P15, лікарка-фтизіатр, 468–475].

Із частиною пацієнтів, які вибули з лікування, втрачався зв'язок, і не в усіх випадках він згодом відновився:

«Якщо минулий рік — багато пацієнтів виїхало з України. Ми не знаємо, як вони продовжують там лікування і в якому вони стані, ті, які з нами не підтримують зв'язок через електронні якісь методи зв'язку — Вайбер, Вотсап, електронну пошту. Були на початку ті, які не доїжджали за препаратами» [P21, лікарка-інфекціоніст, 325–327];

«Були такі, які щезли, з ними перервався зв'язок. Де б вони не були в Україні, будь-який заклад їх міг би прийняти на лікування. Але вони самоліквідувалися кудись» [P3, лікарка-фтизіатр, 723–725].

Проте з часом більшість хворих відновили зв'язок із лікарями та повернулись до лікування:

«Потом понемножку начали привыкать, потом понемножку начали возвращаться. То есть сказать, что у нас много пациентов потерялось, — нет, они в любом случае вернулись» [P15, лікарка-фтизіатр, 468–475].



4. Подекуди були складнощі з доставкою препаратів і транспортуванням зразків мокротиння до лабораторій:

«Були перебої з логістикою, це доставка препаратів, дезсистеми були, всі методи діагностики були. А от саме лікування і контроль за цим лікуванням значно погіршився з 2022 року, коли приєдналась ця агресія військова» [P21, лікарка-інфекціоніст, 328–330].

5. Виникли проблеми з діагностикою ТБ через те, що люди масово змінювали місця проживання:

«Стикнулися з тим, що, по-перше, дуже багато міграція населення туди-сюди погіршує в плані діагностики» [P8, лікарка-терапевт, 474–475].

6. З початком війни знизилась відвідуваність пацієнтами лікарів через страх повітряних тривог або думки, що це «не на часі», проте згодом ситуація покращилась:

«Дивіться, хіба, можливо, на початку вторгнення була дещо нижча відвідуваність, тому що дуже багато людей вирішило, що їти до лікаря — це не на часі, тобто що є набагато важливіші проблеми. І вже коли зрозуміли, що це буде тривати не місяць, не два, тоді вже ми почали працювати у звичному режимі. Бо до того навіть пацієнти з хронічними захворюваннями, такими, що постійно до нас ходили, — вони не приходили» [P9, сімейна лікарка, 542–546];

«Це був страх. З постійними тривогами всі сиділи вдома. Ми ж теж не працюємо під час повітряної тривоги. Тобто хтось там приходив під поліклініку, тривога — ми зачинені. Але за декілька місяців ми вже дуже нормально почали працювати. Всі почали звертатися, всі наші пацієнти з гіпертонією, всі повернулися. Тобто нормально» [P9, 548–551].

Деякі експерти окремо зауважували, що в певних випадках спостерігалось небажання пацієнтів їхати до лікаря через імовірність отримати мобілізаційну повістку по дорозі, що спричиняло додаткове навантаження на логістику сфери протитуберкульозних послуг:

«Це зв'язано з транспортуванням і тим, що у нас загальна мобілізація. І пацієнти бояться виходити зі своїх домівок, і взагалі навіть приїхати до лікаря за таблетками, які вони повинні продовжувати приймати» [P16, лікарка-фтизіатр, 671–673].

7. Одна з регіональних експерток також сказала про негативний вплив на роботу медичного закладу перебоїв із постачанням електроенергії:

«Перебої були зі світлом» [P1, сімейна лікарка, 530].

Ситуація в прифронтових регіонах, де проводилось дослідження (передусім у Харківській і Запорізькій областях, частково — у місті Київ), мала свою специфіку, про яку повідомили експерти з цих областей.

1. Деякі медичні заклади зазнали руйнувань або пошкоджень, інші зачинились, із лікарень вивозилось обладнання для того, щоб воно не постраждало від обстрілів:



«Недостаток обладнання, яке також могло вивозитися з лікарні, щоб воно було цілим. Закриття лікарні. В цілому це, напевно, було основною причиною, що перешкодило виявити туберкульоз або запобігти» [P17, сімейна лікарка, 324–327].

2. На тимчасово окупованих територіях залишилось багато пацієнтів, які виявились відрізними від отримання допомоги з діагностики та лікування ТБ, адже туди неможливо було доставити ліки:

«Найперша проблема — це відрізані території, тимчасово окуповані, на яких перебувало досить багато пацієнтів: Мелітопольський, Бердянський, Пологівський, Василівський райони, тобто вся та частина. Ці всі пацієнти відрізані були від надання допомоги. Ще якийсь час в Мелітополі надавалися послуги, але коли вони пішли на співпрацю з окупантами, вони вже не надавали ніякої інформації. Ми не передавали їм протиТБні препарати. Пацієнтів, яких ми розпочали лікувати, ми не моніторили, дані в реєстр не вносили. І ми не знаємо, що з пацієнтами, не знаємо, чи завершили вони лікування, як вони лікувались, якими препаратами і що з ними було. Тобто постраждали пацієнти в першу чергу» [P3, лікарка-фтизіатр, 674–681];

«Велика кількість внутрішньо переміщених осіб, дуже інтенсивний рух населення як до Запоріжжя, так і із Запоріжжя. Дуже важко спостерігати за цим. Ще інфраструктурні знову ж такі проблеми — транспорт, можливість пацієнтів приїжджати до нашого ЗОЗ або до спеціалізованих якихось закладів. Що ще такого? Мабуть, економічні фактори, звичайно ж. Тобто грошей немає у пацієнтів зазвичай або набагато менше, ніж було до початку військових дій. Такі проблеми» [P2, сімейний лікар, 298–302];

«Просто люди, які там знаходяться, вони відповідно є недообстежені. Просто технічно неможливо» [P11, лікарка-пульмонолог, 463–464];

«15,9% у нас відірвалося лікування. Усі дані достовірні — готували на День боротьби з ТБ. І це завдяки тому, що в нас Ізюмський район, Куп'янський район, Вовчанський район — наше це все, в нас були і є там наші відділення. У нас відділення було в Липцях, воно до цих пір не функціонує, бо на окупованих територіях. Усі окуповані території — це пацієнти виїхали здебільшого, якщо змогли, то в інші райони, в інші області... Тому дуже багато в нас... Із загальної кількості пацієнтів, які відірвалися від лікування, відновили лікування до кінця 2022 року тільки троє» [P20, лікарка-фтизіатр, 57–61, 65–67];

«На початку вторгнення росії я була в Бердянську, там я була 4, напевно, місяці, і хворим на ТБ прийшлося не солодко, того що ліки закінчувались, ніхто їх не підвозив, бо вони не пропускали конвої. Тому це було дуже складно. Не знаю, як зараз там, я думаю, що там не краще стало. Можливо, там щось з росії позавозили, але хворі... ТБ стало більше, і суттєво більше, і навіть отут, у відділенні ми виявляємо ледве не щомісяця, а інколи щотижня когось з ТБ. Якщо ви знайомилися зі скринінговою анкетною, то там один із варіантів відповіді — мігрант, це можна віднести до



внутрішньо переміщених осіб, тобто мігранти — це вже група ризику по ТБ, вже треба обстежити цих людей на ТБ» [P4, лікарка-пульмонолог, 402–409].

3. Через знищення або закриття лікувальних закладів виникали складнощі з підтриманням зв'язку з пацієнтами та взяттям їх на облік в інших регіонах:

«Були знищені достатня кількість медичних закладів, не могли проводитися якісні дослідження. Пацієнти скеровувалися у всілякі заклади інші, де б могли надати ті чи інші послуги. До нас теж скеровувались, навіть без обстеження. Ми все робили в наших умовах. Так, далі. Були на період початку вторгнення не могли додзвонитися, не могли отримати інформацію щодо пацієнта: чи перебуває на обліку пацієнт, як отримує лікування і так далі. Були складнощі. Великі, дуже великі складнощі виникали, враховуючи дуже велику міграцію населення. Тобто внутрішньо переміщені особи. Я вже казала, не проблема — виявити ТБ, проблема — досягнути того, щоб пацієнта взяли на облік і виявили саме в місті Києві» [P22, лікарка-фтизіатр, 484–491].

4. Проблема з кадрами була особливо гострою, адже навіть ті працівники, які не виїхали, часто не могли дістатися місць роботи:

«Слід зазначити, що заклад не припиняв свою роботу, цілодобово працювали, стаціонар особливо. Труднощі які? По-перше, це не було кому працювати. Більшість виїхало наших працівників, деякі не могли просто дістатися до диспансеру, навіть живучи в Харкові... У нас в амбулаторному відділенні були двоє — я і ще одна завідувача відділенням... От стаціонар працював цілодобово, в нас графік зробили, що медсестри, працівники заїжджали, жили тут по три — чотири дні, і потім змінювали їх інші працівники. У нас не працював відділ кадрів, його не було дуже довго» [P20, лікарка-фтизіатр, 506–509, 523–526].

5. Були складнощі з доставкою пацієнтам ліків, а самі вони часто не мали змоги потрапити до медичних закладів. Ліки доводилось надсилати «Новою поштою»:

«Пацієнти не могли доїхати сюди. Правда, працювали, “Новою поштою” відправляли пацієнтам ліки» [P20, лікарка-фтизіатр, 509–510].

6. Не працювали деякі лабораторії, було ускладнене рентген-обстеження, почасти бракувало витратних матеріалів для діагностики:

«У нас не працювала майже місяць лабораторія, не було працівників в нас, ні бактеріологічна, ані клініко-діагностична лабораторії... Дуже важко було з рентген-обстеженням, в нас залишилися один лікар і один рентген-лаборант. В нас виїхали і лікар, і лаборант, а ще одна лаборантка просто не могла дістатися сюди» [P20, лікарка-фтизіатр, 510–511, 515–518];

«Ми алгоритм, маршрут розробили. Ще раз повторюю, якби була тест-система, взагалі було б чудово. Але й без тест-системи також справляємось, 1–2 дні — це не так довго для діагностики» [P4, лікарка-пульмонолог, 464–465];



«В тот период у нас не было “Джин Эксперта”. Были случаи, когда не могли диагностировать исключительно из-за того, что не было картриджей. А лаборатория работала, мы работали, все было, а картриджей не было» [P22, лікарка-фтизіатр, 507–509].

7. Були проблеми із забезпеченням продуктами харчування і в лікарів, і в пацієнтів, і в стаціонарних відділеннях:

«Дуже важко було з продуктами харчування... я можу сказати, я жила в гірших умовах, чим наші хворі... Ліками були повністю ми забезпечені. У нас не було перебоїв з ліками. Проблеми харчування — да, ми вирішували. Щоб сказати, що хворі не їли, — такого не було» [P20, лікарка-фтизіатр, 533–534, 560–562];

«Питание — с питанием были небольшие проблемы. Но тоже благодаря тому, что все-таки запас есть и нам помогли с питанием благотворительные организации: USAID помогли, помогли с [нерозбірливо]. Никто ж не будет делить только для ВИЧ-инфицированных, потому что в общем нужно приготовить, в общем нужно больных накормить. Были какие-то консервы, сухпайки, то есть благодаря всем организациям, с которыми мы сотрудничаем, они как раз вот в тот самый трудный период нас поддержали, нас и наших больных поддержали» [P19, лікарка-фтизіатр, 629–634].

У західних регіонах дослідження (в Івано-Франківській і Львівській областях) ситуація мала свої особливості.

1. Приїзд великої кількості людей зі східних і центральних областей країни збільшив навантаження на місцеву медичну систему, але додаткове фінансування при цьому майже не з'явилося, бо далеко не всі внутрішньо переміщені особи підписували декларації з лікарями на новому місці проживання:

«Натомість вплив населення на нас збільшився, тому що всі ВПО йдуть знову ж таки на амбулаторне обстеження, дуже багато є ВПО, дітей. У нас 7 000 зареєстровано зараз ВПО, з них 3 000 зареєстровано дітей. Це люди, які постійно до нас звертаються. Які одноразово зверталися, по суті їх на початку війни навіть не зареєстрували, просто це було неможливо. І ще проблема в тому, що дуже багато ВПО мають укладені декларації на сході, вони не хочуть їх розривати, а якщо вони не розривають... Сімейні лікарі не мають абсолютно ні копійки доплати за те, що вони приймають. Є такі... Відповідно до законодавства України так... Зобов'язані [приймати таких пацієнтів]... Нас зобов'язали, ми зобов'язані робити все. Тобто те, що знову ж таки за це ніякої потім компенсацію не буде, — це питання навіть не стоїть. Якщо це одноразове звертання, це не є велика проблема, є такі, які звертаються багаторазово просто, щотижня, через день, з дитиною і так далі. Як кажуть, що ми не хочемо, не будемо переукладати декларацію, тому що ми хочемо залишитися зі своїм лікарем. Вони мають конституційне право» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 878–886, 888, 890, 892–896].



2. Збільшилась кількість захворювань на ТБ в регіоні:

«У нашій області за перший квартал [2023 року] іде суттєве збільшення кількості випадків захворювання. Звичайно, усі воєнні події так само вплинули на це, тому що відбулася міграція населення сюди, до нас, не тільки нашого, взагалі в західні області, в тому числі й нашу. От є випадки, де ми діагностуємо ТБ серед тимчасово переміщених осіб» [Р6, лікар-фтизіатр, 71–76].

3. Виявлення ТБ у внутрішньо переміщених осіб і лікування переселенців із ТБ було ускладнене тим, що не всі вони мали в нових місцях проживання контакт із лікарями, але цю проблему медики намагались оперативно вирішувати:

«То у нас дуже багато переселенців, дуже багато. І відповідно якось низька виявляємість цього захворювання. Не знаю, чесно. Вони приїжджають сюди, або вони просто знищені морально і відповідно загострюються всі їхні захворювання, бо дуже тяжкі приїжджають деколи, запущені. Навіть не по нашим, а по астмі, по бронхіту. Я так думаю, що так само і по ТБ, тому що вони не мали можливості, напевно, до лікарів зараз ходити, тому просто збільшилась кількість пацієнтів. І відповідно пішов більший наплив» [Р11, лікарка-пульмонолог, 431–436];

«Якщо звертаються пацієнти, тимчасово переміщені, які фактично не мають можливості, можливо, і сімейного лікаря тут не мають, і особливо ті, які в попередні роки лікувалися з приводу ТБ, то ми їх консультиємо, надаємо допомогу, залучаємо до лікування чи скеровуємо в стаціонар, чи продовжуємо амбулаторне лікування. Тут у нас система районних кабінетів, у якій, до речі, є працівники так само нашого структурного підрозділу, знаходяться в наших районах області, і ми маємо таку розгалужену мережу для того, щоби наблизити доступність надання медичної допомоги і в плані консультації, виявлення і так само в плані лікування пацієнтів з ТБ» [Р6, лікар-фтизіатр, 79–85].

4. У стаціонарах фтизіатричних і пульмонологічних відділень західних областей збільшилась кількість непрофільних пацієнтів із-поміж внутрішньо переміщених осіб, яких лікували від різних гострих та хронічних захворювань:

«По-перше, ми пролікували дуже багато переселенців... у відділенні. Ми працювали з пацієнтами, умовно скажем, з евакопоїздів, яких привозили. Вони перебували в нас, лікували не тільки легеневу патологію, лікували всю патологію терапевтичну, яка в них є, і надавали послуги такі суміжних спеціалістів — рани, пролежні, переломи, всякі супутні шкірні якісь патології неконтактні, незаразні. Лікування людей з загальною терапевтичною патологією, лікування геронтологічної категорії пацієнтів. Побачили просто, що таке лікувати людей, які, крім хронічних захворювань, які загострилися в них, пережили велику психотравму, велике емоційне навантаження і все решта. На сьогоднішній день ми маємо досвід консультації і лікування пацієнтів-солдатів, але солдати до нас госпіталізуються менше, вони лікуються у військових госпіталях, як правило, приходять до нас в певних випадках. Консультативну роботу



для пацієнтів, для солдатів, для Збройних сил України ми надаємо» [P7, лікарка-пульмонолог, 682–691].

Поряд із проблемами і труднощами більшість регіональних експертів називали приклади ефективної роботи протитуберкульозної служби під час війни.

1. Медико-санітарні заклади, які мають угоди з НСЗУ на проведення амбулаторного лікування хворих на ТБ, були забезпечені фінансуванням і всім необхідним:

«Ні, з фінансуванням, наприклад, можна сказати, що в нас не змінилося. Ті угоди, які ми укладені маєм з НСЗУ, оплачуються в повному обсязі» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 927–928];

«У нас, кажу, що і бактеріологічна діагностика стосовно контрольованого лікування, видачі та отримання препаратів, первинні медико-санітарні наші заклади мають угоду, пакети позаклучали з НСЗУ на проведення амбулаторного лікування. Тут уже ми включаємся, звичайно, і у фтизіатричні кабінети, якщо це є наша поліклініка, це Івано-Франківський район є так само, працюють лікарі-фтизіатри в цьому плані. Але на аптечному складі згідно з рекомендаціями фтизіатра так само заклади первинно-лікувальної мережі отримують препарати і забезпечують на місцях лікування. Це села та населені пункти, які є» [P6, лікар-фтизіатр, 158–164].

2. Опитані неодноразово зазначали, що від початку повномасштабного вторгнення росії їхні ЗОЗ мали всі необхідні препарати і для діагностики, і для лікування ТБ в потрібних обсягах, навіть були запаси на складах, тож пацієнти отримували належну медичну допомогу:

«Наразі такої проблеми немає. В нас є можливість використання нашого транспорту, наших медичних працівників для отримання цих препаратів і для розповсюдження їх до пацієнтів, якщо буде така потреба» [P2, сімейний лікар, 346–348];

«Ліки є, да, ліки є в повному обсязі, і перший, і другий ряд. Немає проблем з тим» [P12, лікарка-фтизіатр, 663].

На думку однієї з експерток, перебоїв у забезпеченні необхідним не було, ймовірно, і завдяки гуманітарній допомозі, яка покращила ситуацію із забезпеченням ліками та розхідними матеріалами:

«У нас — ні, в нас не було. Я вам скажу, що з початком війни навіть було би і краще, я би сказала, тому що дуже багато було гуманітарної допомоги, дуже багато і відповідно забезпечень. Ми просто, бачите, ми були в ковіді, і практично ми з ковіду зразу ввійшли у війну, і тому в нас забезпечення, тьфу-тьфу, не було перебоїв» [P11, лікарка-пульмонолог, 457–460].

Інша експертка повідомила, що в їхньому ЗОЗ були періоди, коли бракувало певних препаратів і вітамінів, але антибіотики були завжди:

«ПротиТБні препарати, тобто специфічні препарати, були завжди. Зараз немає отого, по всій Україні немає, але є й інша схема лікування, є комбінований препарат,



у склад якого входить етамбутол. Не було якийсь період вітаміну В6. Щоб не було антибіотиків — такого не було. Розчини є, перев'язка — достатньо» [P20, лікарка-фтизіатр, 569–572].

3. Більше половини експертів в інтерв'ю повідомили, що під час війни не мали серйозних складнощів із підтриманням зв'язку з пацієнтами, адже тих, хто переїхав до інших областей або мігрував за кордон, консультують у телефонному режимі чи по відеозв'язку. Частина пацієнтів була передана під нагляд колег із медичних закладів на території, куди вони виїхали, а хворі, які мають можливість періодично приїздити додому, продовжують отримувати препарати особисто, приходячи на прийом:

«Та, мабуть, [це] ніяк не змінилося. Тобто телефонний зв'язок працює, відеозв'язок наразі працює, проблем з телекомунікаціями наразі немає... За рахунок телефону або тих самих месенджерів. Теж проблем немає зазвичай» [P2, сімейний лікар, 332–333, 335];

«Підтримуємо [зв'язок з пацієнтами]... Засобами телефонного зв'язку... Є пацієнти, які виїхали за межі області, але ми передали їх в інші лікувальні заклади, туди, куди вони виїхали. Вони там продовжують лікування. Частина сказала, що вони будуть лікуватися тут. Вони приїждять через певний проміжок часу, ми видаємо препарати. Але телефонним зв'язком ми з ними завжди на зв'язку. Вони обстежуються, надсилають нам дані обстеження, ми їх вводимо в реєстр. Вони приїждять сюди за препаратами. Якщо якісь проблеми виникають, вони сюди приїждять на один день отримати препарати. І частина виїхала за кордон, люди там продовжували лікування... Да, були запити [від пацієнтів щодо надання консультацій дистанційно]. Все це можливо. Лікарі завжди на зв'язку» [P3, лікарка-фтизіатр, 706, 714, 706–712, 716].

Пацієнти, які залишилися у своїх містах, відвідують медичні заклади за потреби обстеження чи отримання ліків:

«У принципі, підтримуємо. Багато хто залишився, до нас приходять. Небагато, але є за кордоном, то в телефонному режимі» [P9, сімейна лікарка, 530–531].

Проте частина експертів зазначили, що зберегти зв'язок вдалося не з усіма пацієнтами, які виїхали за кордон:

«Якщо вони приходять, то звісно, очний огляд, за телефоном, соціальними мережами, месенджери... Багато людей виїхало, багато людей у Європі зараз, не мають змоги просто по телефону з нами зв'язатися — в деяких країнах не працює роумінг. Не всі пацієнти знають особистий номер лікаря, на якому є месенджери» [P23, сімейний лікар, 383–384, 386–388].

Говорячи про зв'язок із пацієнтами, одна з лікарка-пульмонологів наголосила на тому, що специфіка лікування легеневих захворювань не дозволяє покладатися на дистанційне діагностування, але для корекції призначеного лікування застосовуються сучасні засоби зв'язку з пацієнтами:



«Дуже рідко [є запити від пацієнтів на надання консультацій дистанційно]. Дивіться, пульмонолог — це така спеціальність, яка передбачає аускультацию хворих, тобто по телефону якщо дзвонить хворий і каже: “Лікарю, я кашляю”, — то я можу назвати вам мінімум три причини, які не пов’язані з легенями, а кашель є. Тобто кожен раз я наполягаю на цьому по телефону. Я такий лікар, що мені треба бачити, шукати, стукати, слухати. Але так буває для корекції призначеного лікування, це імейл, і телефон, різноманітні засоби — все це приміняється... Якщо це якісь хронічні хворі, які спостерігаються, то так, я вже розумію, про що там мова, і корекція лікування якогось тривалого хронічного захворювання, то це можливо зробити. Але в нашій спеціальності це я собі важко уявляю, як можна не подивитися хворого і призначити лікування, якщо чесно» [P4, лікарка-пульмонолог, 442–447, 451–454].

Говорячи про зміни, пов’язані з повномасштабним вторгненням, одна з експерток висловила думку, що пацієнти, які виїхали за межі країни, стали більше цінувати українських лікарів і відповідно частіше звертатися до них дистанційно, бо побачили, як працюють лікарі в Європі, і зазнали складнощів під час звернень до них:

«Ми взагалі почали себе більше цінувати, українські лікарі, коли наші люди почали їздити за кордон... Не те, що ми почали носом крутити, але просто люди приїжджають, і навіть ті, які виїхали і там живуть, вони сюди приїжджають і кажуть: дивіться, в мене сьогодні гінеколог, стоматолог, УЗД, а не через пів року, тому що мені треба, щоб тут порадили, в мене є така проблема, бо я там до лікаря не попаду. Це цінується більше, і люди довіряють, навіть які поїхали, вони пишуть, радяться, особливо якщо немає можливості потрапити до лікаря» [P8, лікарка-терапевт, 522–526].

Ще однією зміною після початку війни стала потреба вибудовувати комунікацію з пацієнтами-військовими з урахуванням особливостей їхньої діагностики та лікування:

«Тобто з початку повномасштабного вторгнення до нашої батьківщини у нас з’явилися нові пацієнти, це військовослужбовці, і ми відчули вимоги і до себе, і до надання послуг більш конкретних і правильних, і ведення даних пацієнтів. Але за рік праці з такими пацієнтами ми зрозуміли, що, як я вже казала, вони потребують перш за все психологічної допомоги. І це впливає на лікування ТБ, бо такі пацієнти могли теж спокійно піти, залишити заклад, але повернути їх ставало важче, бо це потрібно було зробити ряд дзвінків. Дзвінок у службу ВСП — військової служби правопорядку. Таким чином ми розуміли, що це може і негативно... Вплинути на самого військового, да. Старалися обійти цей момент, самі як могли працювали з такими пацієнтами. І як правило, ці пацієнти не приходять просто самі. Це були скарги, він поскаржився своєму медику, медик військової частини направив до конкретної служби, а уже та служба — до нас. І в нашому закладі при дообстеженні і підтвердженні діагнозу ТБ такі пацієнти були представлені на ВЛК» [P16, лікарка-фтизіатр, 611–618, 620–624].



Окремим питанням, яке ми обговорювали з експертами, було з'ясування того, чи виникала в їхніх пацієнтів і пацієнок потреба в допомозі щодо підтримання безперервності терапії.

Більшість опитаних лікарів повідомили, що пацієнти не зверталися особисто до них із проханням щодо підтримки мотивації не переривати лікування від ТБ, оскільки і так свідомі того, що лікування має бути безперервним:

«Саме з ТБ у мене таких не було пацієнтів. Ті, які в мене є, чемні, свідомі, сказали приймати — значить, приймати, сказали пів сьомого вечора — значить, пів сьомого. Тобто там проблем не виникає. Ви розумієте, в сімейного лікаря і терапевта є така кількість пацієнтів, які дзвонять і приходять поговорити і в кінці дякують: “Ви зі мною поговорили, мені дуже приємно. Я вже здорова”» [P8, лікарка-терапевт, 522–526].

При цьому деякі експертки зазначали, що психоемоційний стан хворих наразі складний, але вони намагаються не полишати лікування:

«Вы знаете, они так были благодарны нам, что мы все-таки приходим на работу и оказываем все виды помощи, так что это было, наверно, самое спокойное и адекватное время при их лечении. Они были настолько привержены, из-за страха гибели, наверное — мы всегда под этим страхом ходили, — что выполняли все поручения основная масса. Но психоэмоциональное состояние у некоторых больных оставляло желать лучшего» [P19, лікарка-фтизіатр, 649–653].

Відповідаючи на питання про те, чи з'являлись у їхніх пацієнтів запити на нові, додаткові, види послуг, приблизно п'ята частина опитаних зауважили, що такої потреби не виникло. Експертка із Запоріжжя при цьому додала, що збільшилася кількість хворих за рахунок людей із тимчасово окупованих територій:

«Щодо виявлення власне ТБ, то ні, напевно. Фтизіатри є, сімейні лікарі є, всі працюють» [P10, сімейна лікарка, 495];

«Які були, такі і лишилися. Люди їх потребують, вони записуються на консультації, приходять до лікаря... Єдине, що змінилося, — це хворих, напевно, стало більше, бо раніше воно вирішувалося на рівні районних лікарень, у тому ж Бердянську. От я вирішила сюди, ми направляли, у кожного 10, хай 20. Зараз усі ці люди виїхали звідти, більша частина, да, і тепер вони приходять до нас на консультації. Збільшилась» [P3, лікарка-фтизіатр, 420–421, 423–426].

Двоє експерток розповіли про те, що в перші тижні війни були випадки втрати зв'язку з пацієнтами, які евакуювались до більш безпечних регіонів чи за кордон, але потім контакт відновлювався, і таким пацієнтам навіть передавали через родичів ліки за кордон. Хтось із пацієнтів, не бажаючи переривати лікування, на початку війни просив отримати препарати на рік наперед:

«В перші дні війни люди тікали, їм було не до лікування. Потім, коли вони вже трошки заспокоїлися, через родичів за кордон передавали медикаменти їм, для того щоб вони продовжували лікування. Тобто пацієнти просили» [P3, лікарка-фтизіатр, 721–723];



«Так, вони от 24 лютого, 25 вимагали отримати лікування чуть лі не на весь рік, бо вони не знали, що далі. Вони хотіли закінчити лікування» [P21, лікарка-інфекціоніст, 352–353].

Регіональні експерти також розповідали, що їхні пацієнти, які виїхали за кордон, доліковувались там:

«Особисто в мене є тільки одна людина, у якої виявили ТБ, тому що вона онкохвора, і їй зробили КТ грудної клітини, знайшли очаг, і як на біду, почалася війна. І вона виїхала до Німеччини, там же звернулася до медичної допомоги, і там її пролікували. Це мій особистий випадок. А інші, слава богу, не зверталися» [P23, сімейний лікар, 393–396].

Відсутність потреби в нових послугах чи консультаціях експерти, які про це повідомили, пояснюють тим, що не змінилась система діагностики і лікування:

«Давайте зі сторони пацієнтів, наприклад, якби я була пацієнтом. І в нашому закладі, напевно що, ніяких проблем, тому що доступ до діагностики не змінився» [P12, лікарка-фтизіатр, 581–582];

«Все, що ми робили раніше, все і робимо. Яюсь я не звернув уваги, що нам стало потрібно. Нікому не відмовляємо» [P23, сімейний лікар, 374–375].

Інша частина експертів та експерток розповіли, що запити стосовно нових консультацій чи допомоги виникають у внутрішньо переміщених осіб або тих, хто виїхав за кордон і намагається там знайти контакти лікарень, де можна отримати допомогу:

«У мене взагалі в основному пацієнти — внутрішньо переміщені особи, і ми їм проводимо обстеження повне всім, стараємося. Тобто я маю на увазі скринінг от по цьому протоколу, наказу ми проводимо всім, проводимо рентген, флюорографії, [нерозбірливо] ці всі тести на ВІЛ, на гепатити С, В ми їм всім проводимо» [P24, сімейна лікарка, 294–297];

«Да, у нас же есть в разных странах сайты, адреса, куда пациенты могут отправляться за получением как антиретровирусной терапии, так и противотуберкулезной терапии. И когда мы знаем, что пациенту надо уехать и он заблаговременно нам об этом говорит, конечно, мы предоставляем полную выписку, с полными анализами. Понятно, что никто ее не переводит, сам пациент этим занимается, и уже даем ему ссылку на тот или иной сайт, где они там... Зачастую пациенты уезжают и не знают, в какой населенный пункт они уедут, и даже иногда в какую страну, мы просто им даем координаты, объясняем что, да, действительно важно пить, не пропускать и обязательно обратиться туда, где вы будете по месту нахождения» [P15, лікарка-фтизіатр, 492–499].

Загалом більшість регіональних експертів наголосили на актуалізації потреби пацієнтів у психологічній допомозі, причому, на їхнє переконання, вона має бути доступною і безплатною:



«Найбільша потреба зараз є саме у психологічних консультаціях. Особливо для пацієнтів — внутрішньо переміщених осіб або для тих, хто стикається з військовими діями» [P2, сімейний лікар, 305–306];

«В основному дуже багато психолога треба послуг, тому що навіть, я вам скажу, ті, що тут живуть люди, ми тут мало маємо такого от, то все одно психологічно люди є знищені, і відповідно на психологічному низькому фоні теж розвиваються всі захворювання. Відповідно психолог — дуже хотілося б, так» [P11, лікарка-пульмонолог, 439–442].

З цього приводу сімейна лікарка зі Львова повідомила, що така послуга в її ЗОЗ уже почала надаватись пацієнтам, і вони радо нею користуються:

«З початку — так, хіба що психолога, психотерапевта. І ми цим досить активно користуємося. В нас на першому поверсі відкрився Центр психологічного здоров'я, і досить багато пацієнтів ми скеруємо... Особливо навіть ті, що мають ТБ. Бо це є дуже велика стигматизація від суспільства, не всі хочуть про це говорити. Тобто у нас були випадки виявлення ТБ в старшої такої жінки, і це була прям трагедія для цілої родини. Тому що як так, сім'я нормальна... Але деякі люди із дому не виходять певний період часу, тому що не можуть зрозуміти, звідки в них це взялося. Тобто ми рекомендуємо, даємо скерування — пацієнти ідуть, усі задоволені» [P9, сімейна лікарка, 513–515, 517–521].

Важливу думку про вагомую роль саме лікарів первинної ланки медичної допомоги в наданні психологічної підтримки висловила терапевтка з Івано-Франківська. За її словами, звернення людини одразу до психіатра в нашому суспільстві ще не є поширеним через вплив стереотипів, а сімейні лікарі першими можуть діагностувати у своїх пацієнтів відповідні проблеми та допомогти в їх вирішенні:

«Тут обов'язково нам треба розвивати не тільки для військових, але і для людей, які постраждали від насильства, надання психологічної допомоги безкоштовно, тому що навіть якщо людина погоджується, і ти бачиш, що їй потрібно чи в неї є тривожний чи депресивний розлад, чи посттравматичний розлад, ти можеш як сімейний лікар запідозрити першим, що є проблеми, що не всі психіатри це признають. Тобто коли ти прийдеш до психіатра з питанням психологічного здоров'я, ти дуже часто можеш бути стигматизований і відкинутий, тому що твою проблему знецінять і скажуть: "Це дурниця, в людей є інші проблеми". Тому кількість спеціалістів свідомих і налагодження оцієї сітки взаємодії, в тому числі з первинною ланкою. І звичайно, ціна. Навіть якщо людина погоджується, вона горить: "Я не маю зараз можливості оплачувати", тому, можливо, якісь групи підтримки, де людина може знайти... особливо люди, які постраждали від насильства. Це дуже важливо. Недавно був у нашого кардіолога пацієнт, якого катували током, кардіолог надала йому допомогу, обстеження і все таке, але катували током» [P8, лікарка-терапевт, 487–498].



Із загальної тональності відповідей варто виокремити коментар однієї з експерток про те, що багатьох пацієнтів (імовірно, вона мала на увазі чоловіків призовного віку) зараз цікавлять не додаткові послуги з лікування ТБ, а отримання групи інвалідності:

«Ні. Пацієнтів ТБ не цікавить, пацієнтів цікавить зробити групу другу інвалідності, зробити довідку по догляду, щоб не йти на війну... Ковід, не цікавить нікого ТБ, зараз цікавить тільки група по інвалідності, все» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 931–932, 936].

Під час глибинних інтерв'ю ми запитували в експертів, що може стати на заваді наданню пацієнтам послуг, яких вони потребують.

Половина опитаних фахівців висловили впевненість, що перешкод для надання нових послуг чи консультацій пацієнтам у їхніх регіонах немає, проте вони допустили, що складнощі можуть бути в районах, наближених до бойових дій:

«Зараз, мабуть, таких прямих перешкод у нас немає, тому що, на щастя, немає активних бойових дій в нашому місті. У прифронтових територіях, звичайно ж [є]» [P2, сімейний лікар, 312–313].

Друга половина експертів наголосили на тому, що наразі обмежений доступ пацієнтів, особливо ВПО, до психологічної допомоги:

«Про це всі знають [потреба у психологічній допомозі], наш заклад про це знає, і ми на даний час шукаємо вихід в цьому плані. Да, залучити психолога в штат, колись у нас був, але на даний час це все десь втратилось. Необхідність є, задача поставлена, з цим на даний час працюють. Також цей стан впливає на лікування ТБ, бо вони не розуміють всю серйозність ситуації і чим це може в подальшому завершитись. І це також впливає на лікування» [P16, лікарка-фтизіатр, 597, 599, 601–603].

Оцінюючи повноту й рівень надання протитуберкульозних послуг під час війни на момент проведення дослідження (травень — червень 2023 року), переважна більшість регіональних експертів охарактеризували його як достатній чи хоча б задовільний, зазначивши, що обсяг надання протитуберкульозних послуг не змінився, наскільки це можливо під час війни:

«Я оцінюю, що ми достатньо надаємо послуг. Всі, які вони потребують, всі надаються» [P3, лікарка-фтизіатр, 730];

«По фтизіатрії, я думаю, що так [рівень та повнота протитуберкульозних послуг не знизилась], тому що саме ця програма дає можливість будь-якому фтизіатру, чи будь-який області, чи будь-якому лікарю, в тому числі і нам, побачити, що пацієнт отримав і лікувався в тих своїх часах, коли він був за місцем проживання... От відповідно вони бачать, яке він отримав лікування тут, так що пацієнт не випадає з поля зору» [P6, лікар-фтизіатр, 687–689, 691];

«В повному обсязі, належної якості, з надзвичайно більш емоційним поривом і емоціями» [P7, лікарка-пульмонолог, 707];



«В воєнний час, зрозумійте, ми як працювали, так ми і працюємо. Важче ще, звичайно, психологічно також важко. Ми ж не знаходимося в якихось кращих умовах чи ми не чуємо сирени. Це все та ж інформація, ми приходимо і ділимося. Це... мені навіть важко сказати. Ми працюємо, все одно працюємо» [P18, сімейна лікарка, 483–486];

«Вы знаете, наверное, по нынешним требованиям он является вполне удовлетворительным. И как только появится необходимость в чем-то большем и эта необходимость будет превышать какие-то разовые моменты, то, наверное, будет запрос выше» [P19, лікарка-фтизіатр, 708–710];

«Задовільно. Все добре. Ми стараємося» [P21, лікарка-інфекціоніст, 358].

Ті респонденти, які надають терапію з лікування ТБ, зазначили, що використовують для контролю методи ДОТ чи цифрових технологій, а також звертаються по допомогу до благодійних організацій і соціальних працівників:

«Як ми забезпечуємо контрольованість, так? Використовуємо методи ДОТ, відео-ДОТ для спостереження за отриманням і використанням пацієнтами лікарських засобів для лікування ТБ. Тобто співпрацюємо знову ж таки зі спеціалізованими закладами з надання протитуберкульозної допомоги. І знову ж таки співпрацюємо з благодійними організаціями, які теж допомагають як і в обстеженні пацієнтів, так і у використанні лікування, також надають таку допомогу» [P2, сімейний лікар, 354–359];

«Як в умовах ковіду було, так і в умовах війни. Забезпечуємо контроль за допомогою цифрових технологій або особисто, або із залученням благодійних організацій, які здійснюють психосоціальний супровід пацієнтів» [P3, лікарка-фтизіатр, 733–735];

«За допомогою соціальних працівників» [P22, 520].

Крім того, експерти повідомили, що у сфері надання допомоги хворим із ТБ для дотримання індивідуального підходу до кожного пацієнта і забезпечення безперервності терапії (зокрема й щодо видачі препаратів для лікування) спільно працюють різні фахівці — ендокринологи, фтизіатри, психологи тощо:

«Власне, максимальний індивідуальний підхід до кожного та з залученням психологів, сімейного і фтизіатра, та якщо є потреба, то інших вузьких спеціалістів. Тобто проводим роботу, наприклад, із ендокринологами тими самими. Якщо є цукровий діабет, щоб дали рекомендації, як себе вести, наприклад, якщо завтра перестане бути в пацієнта доступ до установи, там бахне щось, ще щось. Тобто як він себе має вести, і щоб він мав забезпеченість навіть тими самими препаратами інсуліну чи таблетованими формами теж на довший термін. Вони теж почали їх виписувати на довший термін» [P12, лікарка-фтизіатр, 669–675].

Особлива увага приділяється лікуванню військових:

«Взагалі-то, якщо це військовослужбовець, він самостійно не може залишити наш заклад. Якщо він навіть і виходить до магазину, то це за перепусткою, яка видається



на годину. Але ті пацієнти, які ще не звільнені, які не пройшли ВЛК, не отримують перепустку, вони взагалі не можуть вийти за територію. Якщо це стосується звичайних, то всі бактеріовиділювачі не мають... права залишати відділення. Якщо такий пацієнт залишив відділення, то ми повідомляємо в амбулаторну службу, подивимось, за яким районом закріплений пацієнт, тобто який лікар буде надалі його вести, повідомляємо соціальному працівнику. Він його повинен знайти. Як правило, він його знаходить, але тільки через деякий час він повертається до лікування» [P16, лікарка-фтизіатр, 659–662, 664–667];

«На сьогоднішній день ми маємо досвід консультації і лікування пацієнтів-солдатів, але солдати до нас госпіталізуються менше, вони лікуються у військових госпіталях, як правило, приходять до нас в певних випадках. Консультативну роботу для пацієнтів, для солдатів, для Збройних сил України ми надаємо» [P7, лікарка-пульмонолог, 687–691].

Питаннями забезпечення безперервності терапії, за словами лікарів, опікуються і військові адміністрації:

«Це на рівні адміністрації домовляються заклади, поставка медичних засобів, засобів для діагностики, засобів індивідуального захисту» [P21, лікарка-інфекціоніст, 361–362].

Наостанок регіональні експерти висловили свої рекомендації та побажання стосовно покращення роботи протитуберкульозної служби під час війни.

1. Треба нагально вирішувати проблеми з наданням медичних послуг на щойно деокупованих територіях:

«Наприклад, у таких містах, які деокуповані — той же Херсон, — там взагалі зараз немає медичного забезпечення, наскільки про це розповідають мені пацієнти. І звісно, це проблема. Не те що за ТБ не доглядають, а там взагалі важко отримати медичну допомогу» [P23, сімейний лікар, 407–409].

2. Існує потреба в покращенні на загальнодержавному рівні фінансування певних препаратів для лікування:

«От власне на державному рівні мене цікавить квантиферон, туберкулін і КТ. Тобто я вважаю, що це не має бути проблема закладу якогось окремого, для цього має бути з якогось резервного фонду, скажімо, кошти, які знаходять на дороги і на все решта непотрібне, а сюди мають бути спрямовані ці кошти, і вони мають бути в будь-якому доступі легкому для пацієнта і для лікаря. Бо це спростить мою роботу і, скажімо, збільшить об'єм моєї роботи, якість моєї роботи, тому що я зараз маю обмеження щодо груп ризику у виявленні латентної ТБної інфекції, мені бракує туберкуліну. Я би дуже хотіла скористатися просто квантифероном, кому мені буде потрібно, але я цього можливості не маю. Мені складають труднощі в цьому плані, труднощі відносні, але я можу оприділити додатковий час, роздрукувати додаткову інформацію і переконати пацієнта, що йому це конче необхідно і чому йому необхідно



такий дорогий метод обстеження. І навіть на ту саму реакцію Манту є покази і протипокази, в кожного зараз алергізованих організмів є надзвичайно багато, враховуючи доступність до різної хімії і всього решта. І психологічний фактор теж відіграє велику роль, тому що, кажу, і то треба в часі теж: сьогодні зробив реакцію, за три доби зчитуєш, додаткове відвідування лікаря, тут здав кров, лікар собі відслідкував, чи пацієнт встигнув, у телефонному режимі результати собі роздрукував і дивишся. Тобто абсолютно це на державному рівні мене цікавить, і в цьому є обмеженість не тільки по-нашому ЗОЗ, а взагалі по державі» [P12, лікарка-фтизіатр, 679–695].

3. Необхідно долати брак вузькопрофільних фахівців у ТБній службі:

«Лише питання того, що раніше в протиТБній службі були вузькі фахівці, які були досвідчені, наприклад, у фтизіатрії [нерозбірливо], яких зараз залишилось один спеціаліст, і в умовах війни до нього потрапити неможливо. Він навіть не в Києві. Ось це, мабуть, такий недолік, який був з того часу, як ліквідували ортопедичне відділення в 2-й Київській протиТБній лікарні. У нас є проблема відносно лікування таких хворих, а в таких хворих буває ураження хребта, кісток. Особливо якщо йдеться про ураження хребта, то таким пацієнтам потрібне дуже специфічне ліжко — це ортопедичні ліжка, і вони потребують у деяких випадках навіть індивідуально сконструйованого ліжка. У нас такого немає, тобто ТБ хребта, мабуть, на сьогоднішній день є найбільшою проблемою відносно лікування, бо раніше проводилися операції. Ще якщо так вже більш поглиблено розглянути це питання, то, мабуть, ще відносно ТБ нирок і сечовидільної системи. Так ось, були фахівці, але ж згодом, окрім мене, нікого не залишилось» [P22, лікарка-фтизіатр, 39–50].

4. Варто залучити міжнародні організації до діагностування ТБ у внутрішньо переміщених осіб як окремої групи ризику:

«Як окрему групу ризику виділили внутрішньо переміщених осіб, і думаю, що це є правильно, але я б теж туди залучила якісь міжнародні організації, служби допомоги, і теж мотивація якимось мотиваційними такими пакетами, можливо, частково навіть і транспортним супроводом, навіть цією самою доступністю комп'ютерної томограми. Бо коли я дзвоню, наприклад, у діагностичний центр, то їм однаково, а я кажу: «Ви розумієте, що мені треба? То не чекає». Захворювання, яке не чекає, і людина зараз є в пріоритеті в нас, особливо АТОшники, внутрішньо переміщені. Я вважаю, що вони мають право на таке, і ви не перепрацюєте, якщо двоє внутрішньо переміщених дощолкаєте в день» [P12, лікарка-фтизіатр, 611–619].

5. Важливо приділяти достатню увагу питанням профілактики ТБ та проблемі проживання людей у неналежних умовах:

«Профілактика перш за все. Це перше. Але зараз більша скупченість населення, так, і не всі розуміють. Проживання в неналежних умовах — також це є ризику» [P1, сімейна лікарка, 563–564].



6. Для усунення можливих перешкод у наданні протитуберкульозної допомоги деякі регіональні експерти вважають за потрібне залучати до допомоги військовій адміністрації, зокрема для надання транспорту і можливості додаткових обстежень:

«[Залученням] адміністрацій військових для роботи з цього питання. Для надання більшої кількості можливостей маршрутних таксі, автобусів для транспортування пацієнтів. Залучення якихось додаткових гуманітарних програм. Тобто щоб пацієнти могли дозволити собі додаткові обстеження, переміщення» [P2, сімейний лікар, 317–320].

Резюмуючи аналіз впливу повномасштабного вторгнення росії на систему протитуберкульозної допомоги в Україні, можемо констатувати: опитані національні та регіональні експерти впевнені, що система протитуберкульозних послуг в Україні встояла під час війни та успішно долає актуальні виклики:

«У нас работает все оборудование, лаборатория, врачи. То есть если пациент своевременно обратился к своему доктору, дальше уже зависит от доктора, направит он его, то есть совместная работа доктора и пациента, чтоб они сконтактировали и поняли, что это двоим им нужно сделать. И если пациент это будет проходить, все будет хорошо. То есть у нас все работает» [P17, сімейна лікарка, 365–368];

«У нас пацієнти всі, от скажу — всі лікуються з ТБ 100%. Продуктові пакети мають, вирішення соціальної підтримки — ми за наявності медичних показань, які в них є, направляєм, будь ласка, на МСЕК... Якщо пацієнти вже приїжджали з інших, східних областей чи зони бойових дій, які мали вже визначення, встановлену групу інвалідності, проблеми з переглядом немає. Ми переоформляємо медичний документ на фтизіопульмонологічній МСЕК, яка їх оглядає, і відповідно продовжується. Хоча на період військових дій, можливо, вони мають право цього не робити, але в тому випадку, якщо є потреба, особливо при первинному зверненні, тобто установлення самого факту інвалідності, то проблем абсолютно ніяких немає... Це фонд уже соціального страхування так саме їх підтримує» [P6, лікар-фтизіатр, 694–696, 698–703, 705].

Особливо варто наголосити на уважному ставленні лікарів до хворих. У відповідях експертів ми неодноразово чули, що вони продовжують перейматись станом здоров'я та перебігом лікування навіть тих своїх пацієнтів, які зараз лікуються за кордоном, бо розуміють, що вони можуть не отримувати там такого ж рівня підтримки, у першу чергу моральної, та не мають змоги звертатись до лікарів так часто, як робили це вдома:

«Мабуть, і пацієнти, які поїхали, які за кордоном, хотілось би, щоб вони швидше повернулися і щоб ми мали про них більше даних і більше їх обстежували. Тому що все-таки онлайн-консультації — це маленькі консультації. Проконтролювати, як вони обстежуються в Європі чи десь, хто там в Штати поїхав, ми ж не можемо... Там зовсім інший рівень медицини. І, як свідчить практика і відгуки наших пацієнтів, що



вони скупають за українською медициною. В принципі, за кордоном не все так легко і просто, там до лікаря потрапити — це не так, як в нас, що ти захворів, скомунікувавася з лікарем своїм, і все, прийшов на огляд або отримав онлайн-консультацію. Там цього немає. Тому ми не можемо знати, вже як їхній стан здоров'я. І хотілось би, щоб, звичайно, вони повернулись» [P10, сімейна лікарка, 525–533].

Тож маємо аргументовані підстави погодитись із твердженням однієї з експерток про те, що послуги хворим на ТБ в Україні, незважаючи на всі труднощі й виклики війни, надаються «в повному обсязі, належної якості, з надзвичайно більш емоційним поривом і емоціями» [P7, лікарка-пульмонолог, 707].

2.7. Пропозиції експертів щодо підвищення рівня доступності послуг із протидії ТБ

Національні експертки, говорячи про напрями підвищення рівня доступності послуг протидії ТБ, наголосили на необхідності реалізації таких заходів:

- на загальнодержавному рівні має бути політична воля для системного подолання ТБ, потрібна політика, яка б пріоритезувала розвиток сфери протитуберкульозних послуг;
- покращувати інформаційну діяльність щодо важливості профілактики ТБ та економічних переваг його раннього виявлення: *«Тому що, як на мою думку, у профілактику варто вкладатися і в інформаційний компонент, щоб люди розуміли, чому це важливо, і в фінансування з усіх сфер. Тому що коли ти слухаєш міжнародних фахівців, які оцінюють економічний вплив на раннє виявлення [нерозбірливо], ти раніше виявив, скільки ти зекономив коштів, це уже прораховано, це дуже круто працює, якщо, мені так здається, це працювало б на тих, хто приймає рішення на місцях» [H1, 1374–1378];*
- підвищувати усвідомлення лікарями первинної ланки медичної допомоги важливості проведення обстежень пацієнтів на ТБ та їхньої відповідальності за дотримання протоколів скринінгу населення на ТБ: *«Треба працювати з первинкою більш тісно для того, щоб вони проводили скринінг населення, бо все ж таки більшість контактів у людей з сімейними лікарями, просто так ніхто не йде до фтизіатра» [H2, 546–548];*
- покращувати послуги, пов'язані зі спрощенням проведення обстеження на ТБ, зокрема систему доставки мокротиння до відповідних лабораторій;
- підвищувати увагу до профілактичних обстежень з боку і населення, і лікарів;
- проводити просвітницьку роботу серед лікарів із метою спонукання їх сумлінніше виконувати свої професійні обов'язки, допомагати їм удосконалювати свої знання у сфері протидії ТБ;



- проводити широкі інформаційні кампанії для населення щодо важливості профілактики ТБ і заради підвищення обізнаності населення про хворобу та подолання пов'язаних із нею стереотипів;
- збільшувати і раціонально використовувати фінансування сфери, роблячи особливий акцент на профілактиці: *«Це були соціальні захворювання, в них держава вкладалася, про них держава піклувалася і вкладається. Єдине що, кажу ж, дуже хотілося б, щоб бистріше настали такі часи, коли і до профілактики дійде діло, не тільки по самозверненню... Інформаційні і фінансові формації»* [Н1, 1407–1409, 1411];
- покращувати ситуацію із забезпеченням медичним обладнанням та устаткуванням;
- опікуватись підтримкою кадрового потенціалу;
- допомагати тим медичним закладам, які зазнали руйнувань і потребують відновлення, а також забезпечити укриття: *«Там були руйнування, були під час руйнування і були запити щодо відновлення приміщень, щодо кадрів — був відтік кадрів, але яюсь справлялися своїми силами. Такої надзвичайної ситуації не було, можливо, якісь були потреби в додатковому харчуванні, центр тож в цьому напрямку допомагав. Зараз про це обладнання, устаткування вирішується питання. І також звертали увагу на наявність укриттів, практично їх мало. Ось в оцьому була нагальна проблема найбільше, а так усі послуги були забезпечені»* [Н3, 760–767];
- активніше впроваджувати і використовувати у сфері боротьби з ТБ новітні інформаційні технології та технічні можливості: *«Інноваційні технології, такі як система штучного інтелекту, портативні рентген-апарати, розширення мережі мобільних амбулаторій, мобільних бригад — оце в перспективі. Це все в планах, просто необхідно розширення»* [Н2, 585–587];
- розвивати програму соціальної підтримки людей із ТБ через упровадження своєрідного кураторства їх на місцевому рівні: *«Скажемо так, для кожної людини має бути людина, яка її підтримує у всіх моментах... Це можна залучати і громаду ту саму, от можливі приклади: і голова, і людина просто з села, і якісь члени старостату, щоб оцю людину підтримати і в якійсь мірі, можливо, знайти той шлях, який би оздоровив його, не лише він пролікувався по МОЗу, а ще і, можливо, ті всі вади, які були в нього негативні, можливо, його оздоровити соціально»* [Н3, 832–833, 835–838].

Регіональні експерти, висловлюючи побажання та рекомендації щодо підвищення рівня доступності послуг із протидії ТБ, торкнулися таких важливих напрямів роботи.

Найбільш дієвим способом виявлення пацієнтів із ТБ на ранніх стадіях переважна більшість опитаних лікарів вважають систематичні обстеження населення (рентген, флюорографію, клінічний аналіз крові, скринінги, КТ, аналіз мокротиння, обстеження молекулярно-генетичним методом, проби Манту для дітей):



«Виявлення — скринінг, флюорографія... Хотя бы начать с чего-то, чтобы та же работа... Некоторые приходят и флюорографию не делают годами» [P1, сімейна лікарка, 575, 577–578];

«Рентгенологічна діагностика та використання молекулярно-генетичних методів дослідження» [P2, сімейний лікар, 369];

«Тобто в нас діти теж входять у групи ризику, можемо їм пропонувати реакцію Манту. Пацієнти деякі здають квантиферонові тести в платних лабораторіях» [P9, сімейна лікарка, 557–558];

«І часто, якщо прострочено 2–3 роки, всі ТБ, які ми тут виявили за останні місяць, два, три, це всі, хто не проходив профілактичний огляд щороку. “А нас не викликали”. Сімейні лікарі зараз не викликають, а, напевно, могли б викликати, тобто профілактичні якісь методи, профілактичні дії сімейних лікарів могли б спростити це виявлення» [P4, лікарка-пульмонолог, 508–511].

Одна з експерток зазначила, що на державному рівні має бути прийнята відповідна нормативна база, яка б упроваджувала обов'язкові медичні огляди та посилювала контроль за їх проведенням:

«Контроль за профілактичними і медичними оглядами на державному рівні законними. Тому що в нас є проблема: медичних оглядів у нас в закладі немає, тому що у нас вони проводяться правильно, ідеально, у нас немає фіктивних медичних оглядів. Я не впевнена в тих медичних оглядах, які нам приносять, тому що за день, за дві години приносять з інших закладів медичні огляди. Це не медичні огляди. Тобто якщо би цей контроль був, можливо, була би ще якась більша ефективність, а так, якщо не... Знову ж таки взаємодія. Якщо буде раз в рік медичний огляд стандартний проводиться, це вже буде більше половини результату, в тому числі по ТБ, але тоді спрацює вся система: по ТБ, по онкології, по інших інфекційних, неінфекційних захворюваннях. Звичайно, в першу чергу по ТБ» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 949–956].

Можливим інструментом покращення ситуації з виявленням ТБ, на думку деяких регіональних експертів, може стати посилення вимог до проходження медкомісії для влаштування на роботу:

«Може, більш суворі підходи до обстеження на роботу. Так, як от з ковідом: без вакцинації нікуди, — ось так з рентгеном: ти нікуди. Може, так, якісь обстеження, чи ти був у лікаря. Може, за кордоном це якісь страхові компанії: якщо ти не звернувся, то там свої якісь нюанси. Але опять, мотивація йде грошова, все одно грошова, як не крути. Не знаю, може, на роботу хай не приймають, не беруть, не допускають без обстеження. Всі сфери мають бути залучені до цього» [P18, сімейна лікарка, 500–504].



Конче необхідними експерти вважають різноманітні соціально-просвітницькі заходи інформування населення про особливості захворювання та сучасні підходи до його лікування, які зараз, з їхньої точки зору, не є достатніми:

«Мне кажется, больше информационных каких-то видеообращений, брошюр для того, чтобы пациенты понимали, что с какими-то симптомами, жалобами определенными они сразу же могли обратиться на консультацию или прием к семейному доктору. Что туберкулез не отстраняет их от общества, что они также остаются, то есть это такое же заболевание, например, как и другое, только требует контроля, лечения и диагностики, то есть что на этом не останавливается их жизнь... Прежде всего профилактика» [P1, сімейна лікарка, 567–571, 573];

«Я бы сказала, санитарно-просветительская работа — это наше слабое звено. Вот она проводится, с моей точки зрения, не на достаточном эпидемиологическом уровне. Может быть, необходимо расширить перечень контингентов, которых необходимо обследовать. Потому что потребности, которые диктует нынешнее время, заставляют» [P19, лікарка-фтизіатр, 755–758];

«Мабуть, якась більша соціальна якась така програма, можливо, в мас-медіа: “ТБ виліковний. Звернись вчасно”. От у такому плані» [P21, лікарка-інфекціоніст, 369–370].

Крім того, деякі експерти зазначали, що в країні розроблені відповідні алгоритми та є багато інформаційних матеріалів. Важливо дотримуватись чинних протоколів, виконувати настанови, вчасно проводити обстеження, зокрема й контактних осіб, пропагувати інформацію про шляхи профілактики та запобігання ТБ. Усе це може значно покращити ситуацію:

«А ви подивіться, в кожному магазині, в кожній школі, кожному ЛПЗ є плакатики, є картиночки, що таке ТБ, коли потрібно йти до лікаря, які є симптоми. Мені здається, що якщо ми будемо дотримуватися отих алгоритмів, куди потрібно йти, якщо будуть нашими лікарями сімейними вчасно обстежуватися контакти, тобто в класі — боронь боже, погано сказала — в колективі виявлені хворі ТБ, там всі, хто контактують, обстежуються в найближчий період часу від виявлення випадку. Якщо так робити, однозначно ТБ буде ганятися швидше» [P7, лікарка-пульмонолог, 740–746].

Одна з експерток висловила думку, що ситуація з поширенням ТБ в державі прямо залежить від загальної ситуації в суспільстві, відсутності війн та інших катаклізмів, загального рівня і якості життя населення:

«ТБ виліковується не лікарями — ТБ виліковується політиками і керівниками держави: у щасливій, не голодній, задоволеній життям спільноті ТБ сам по собі піде далеко... Медицина потрібна, ні, але не забуваємо про те, що все-таки в стабільному суспільстві, де немає війни, де хороші умови життя народу, де хороший клімат — а в нас у каїні він найкращий у світі, — де є хороший дух, ТБ напевно колись не буде існувати» [P7, лікарка-пульмонолог, 747–751].



Регіональні експерти багато говорили про важливість роботи сімейних лікарів, які мають ставати уважнішими до проблеми ТБ, так би мовити, більш настороженими щодо цієї хвороби та проводити відповідну роботу зі своїми пацієнтами, підтримуючи з ними постійний контакт:

«Це робота сімейних лікарів, от на них справді покладена така відповідальність по виявленню цих пацієнтів, що поки вони дійдуть до пульмонолога, то вже 8 раз можна їх виявити і 10 раз вже призначити лікування ТБ. І хочеться, щоб вони якось більш насторожені, може, були, я не знаю. Можливо, більша частина сімейних лікарів все-таки якось схиляються до цих скринінгових анкет, але є такі, що навіть не знають про них, що треба проводити скринінг, виявляти ТБ, направляти хворих» [Р4, лікарка-пульмонолог, 474–480];

«Стосовно медичних працівників — первинна ланка повинна бути настроєна встати на шлях все ж таки виявлення ТБ, тобто згадати, що є така проблема, і докласти всі зусилля для того, щоб працювати хоча би в рамках виконання того протоколу і тих прописаних дій медичних працівників, які вони повинні зробити на шляху виявлення та профілактики ТБ серед свого законтрактowanego населення. Якщо оце все зробити, те, що прописано нормативними документами, то це дуже великий відсоток пацієнтів, яких можна буде виявити на ранніх стадіях, надати їм допомогу своєчасну, і звісно, покращити епідеміологічну ситуацію» [Р3, лікарка-фтизіатр, 744–749];

«Я думаю, що сімейним лікарям треба неодноразово якось це доносити на лекціях, конференціях, онлайн-розсилках, нагадувати їм про це. Насправді вони ж займаються великою кількістю хвороб: діабет, гіпертонічна хвороба і це все. ТБ вони бачать раз на кілька років, справжній ТБ, а то деякі сімейні лікарі жодного можуть не бачити, не запідозрити, бо вони всі якось від них ідуть далі і десь там осідають в диспансері, в пульмонології і так далі. Просто просвітницьку якусь роботу треба проводити, і чим частіше повторювати сімейним лікарям, тим більше вони запам'ятають і будуть це робити» [Р4, лікарка-пульмонолог, 489–495];

«Контакт, повинен бути контакт лікаря з пацієнтом. Якщо немає контакту лікаря з пацієнтом, якщо укладена фіктивна декларація, якщо лікар фіктивно, формально відноситься до роботи, якщо пацієнт не звертається, то результату з цієї взаємодії не буде ніколи» [Р5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 945–949].

Для покращення роботи лікарів первинної ланки медичної допомоги деякі експертки із закладів вторинної ланки запропонували посилювати просвітницьку роботу серед колег і проводити відповідні навчання з урахуванням завантаженості сімейних лікарів роботою:

«І можливо, що власне трошки більше навчання дати можливість сімейним лікарям, не просто так, що ти справді сидиш на прийомі, а там десь по телефону ти слухаєш якийсь вебінар одним вухом. Це неправильно. То якийсь такий досвід. А зараз з питань фтизіатрії, судячи по собі навіть як просто по фтизіатру, минулого року взагалі



нічого мені не читали місто Львів, в тому році вже проводив і Центр громадського, був представник, і соціальна служба була людей [нерозбірливо], і Центр легеневого, і нам надавали інформацію щодо нововведень, які існують. І на тій конференції сімейних лікарів було дуже мало, тому що вирватися з прийому нереально» [P12, лікарка-фтизіатр, 736–744];

«Я думаю, что необходимо какие-то, может быть, тренинги проводить для семейных врачей. Может быть, вот на этой первичной ланке, потому что мы по сути являемся принимающим звеном. Принимающее звено уже действует по факту, мы подтверждаем либо опровергаем, лечим, даем рекомендации и так далее. Наверное, все-таки необходимо делать акцент на первичной ланке, на профилактике, на каких-то, может быть, лозунгах, не лозунгах, но на восстановлении внимания к своему здоровью у людей, характеру питания» [P19, лікарка-фтизіатр, 786–791].

Експерти з медичних закладів різних ланок висловлювали пропозиції запровадити заохочення для сімейних лікарів активніше проводити профілактичні огляди:

«Треба щось цікаве придумати, я не знаю, може, якісь заохочення сімейних лікарів, які провели профілактичний огляд 50% населення, 70%. Медальку тобі на грудь... повинна бути мотивація. Так цікавіше працювати. Якась не те що мотивація, якісь конкурси... Я не знаю, щось треба придумати» [P4, лікарка-пульмонолог, 522–523];

«Мотивувати лікарів з приводу цього, проводити постійно роботу з лікарями, розповсюджувати новітні матеріали світового рівня, які допомагають працювати з пацієнтами, хворими на ТБ. В принципі, все це робиться, але я думаю, що можна інтенсифікувати процес» [P23, сімейний лікар, 424–426].

Особливе значення має робота сімейних лікарів і терапевтів із пацієнтами груп ризику. При цьому експерти наголошують, що ефективність такої роботи безпосередньо залежить від завантаженості лікарів і кількості пацієнтів, яких вони за нормативами мають обстежувати:

«Власне, робота в групах ризику і активне виділення, робота первинної ланки, та вважаю, що теж не буде ефективною роботи, допоки сімейний лікар буде мати по 1800 декларацій» [P12, лікарка-фтизіатр, 698–699].

Експерти неодноразово у своїх відповідях порушували проблему недостатньо свідомого ставлення пацієнтів до свого здоров'я та несвоєчасного звернення до лікарів із симптомами захворювання. Для підвищення вмотивованості пацієнтів необхідні заходи зі стимулювання їх підтримувати постійний контакт із сімейним лікарем і лікарями інших спеціалізацій:

«Вважається, що 80% залежить від пацієнта, тільки 20% залежить від лікаря. Тобто якщо у пацієнта є вмотивованість стосовно власного здоров'я, то, звичайно, є шанс його своєчасно виявити. Це стосовно пацієнта» [P3, лікарка-фтизіатр, 741–743];

«Це таке складне питання. Я вже собі думала, в нас же не тільки ця проблема є, в нас же є проблема і з виявленням онкозахворювання на ранніх стадіях. Як людей



заохотити? Мені подобається, в нас українська натура така, що треба тільки гривнею штрафувати, тому якби в нас була якась страхова медицина, яка передбачала, що ти маєш це зробити, а не зробив — вибач, твої проблеми, або заплати в три рази більше. Можливо, тоді це б сприяло. Я не маю відповіді на питання, як це покращити, заохотити людей, тому що, якщо ти сам несвідомий, то попіклуватися про своє здоров'я ніхто тебе заставить» [P8, лікарка-терапевт, 556–562];

«Щоб з боку пацієнта була вмотивованість... Тому в першу чергу потрібна інформаційна кампанія стосовно того, що кожен пацієнт повинен відноситися до себе таким чином, що його здоров'я — це в першу чергу його проблема... Уся інформаційна кампанія повинна бути направлена на те, що не лікар буде ходити і виявляти, а що ви, як тільки у вас щось змінюється по здоров'ю, спосіб життя, якщо у вас якісь скарги з'явилися, то ви повинні звернутися до лікаря, не сидіти, поки вас прийдуть вже за ручки приведуть або за ножки принесуть. Тобто в першу чергу повинна бути зацікавленість самого пацієнта у власному здоров'ї, а медицина вже буде йому допомагати реалізувати» [P3, лікарка-фтизіатр, 753–769].

Ба більше, деякі експертки підкреслювали, що не всі люди мають підписану із сімейним лікарем декларацію, що ускладнює можливість виявлення хвороби:

«Це перш за все вимоги до себе, щоб пацієнти розуміли, що ТБ не лікується просто парацетамолом і ібупрофеном. Що при виникненні скарг треба звертатися до лікаря. Але як правило, багато пацієнтів на сьогоднішній день не має сімейних лікарів, таким чином, виявити ТБ взагалі... Бо викликається швидко, є в мене лікар — хай дає направлення, немає — немає документів, тобто ні паспорта, ні свідоцтва про народження в даних пацієнтів може не бути. Таким чином, цей процес затягується, і запускаються оці процеси загострення і невчасного виявлення» [P16, лікарка-фтизіатр, 686–692].

Потрібна просвітницька робота серед населення, бо люди бояться йти обстежуватись, не знають, що ТБ може торкнутись кожного, але при цьому він виліковний і лікування безкоштовне:

«Від нас, в принципі, все добре працює. Можливо, десь якась просвітницька робота для пацієнтів, бо дуже багато хто бояться іти до лікаря, обстежуватися. Це ж, на їхню думку, дуже страшний діагноз. Має бути для них навіть якась просвітницька робота, що лікування є, що воно безкоштовне, що це не є таке захворювання, яким хворіють тільки якісь певні верстви населення, що заразитися може будь-хто. Особливо в групу ризику теж шахтарі входять, різні люди, які по роботі працюють так, що їхні органи дихання можуть уражатися. Це теж є. Тобто їм казати» [P9, сімейна лікарка, 593–598].

Також одна з експерток, лікарка-терапевт приватної клініки, зазначила важливість налагодження комунікації приватних і державних медичних закладів для забезпечення безплатного профілактичного обстеження на ТБ:



«Найважливіше — про комунікацію приватного закладу з державними і про те, що це не зовсім доступно кожному через те, що, можливо, в них є обмежена кількість обстежень через дороговизну. Це найосновніше» [P8, лікарка-терапевт, 537–539];

«Безкоштовність. Якщо людина буде знати, що має можливість раз в рік безкоштовно зробити рентген, "GeneXpert", будь-що, тобто якщо людина буде просто знати, що це безкоштовно, вона піде. Якщо це треба буде навіть зробити лишніх два кроки, піти туди, а потім туди, то вона піде. Якщо, наприклад, я їй скажу, що треба зробити це і це, і вона скаже "Скільки це коштує?", я скажу "Безкоштовно, просто треба ваша участь", більшість людей піде» [P8, лікарка-терапевт, 599–603].

Для вирішення проблеми невчасного звернення пацієнтів до лікарів деякі експертки пропонували залучати сучасні комунікаційні практики, нагадуючи людям про необхідність регулярно проходити огляди за допомогою СМС- або імейл-розсилок, чат-ботів і тому подібного:

«Можливо, якусь розсилку робити пацієнтам, що треба пройти обстеження» [P24, сімейна лікарка, 338];

«Я собі завжди думаю, як би я хотіла, щоб це було краще, і якби людині нагадували, приходив лист, і це було настільки розвинуто на вільному рівні, щоб якщо сусід, наприклад, каже "Мені прийшов лист, що мені треба зробити те і те. Мені СМС прийшло". Чому обленерго можуть додавати показники в чат, а ти не можеш прийти і щось зробити? Це дуже велике питання, я думаю, що ми на порозі цього. Це має бути чітке нагадування кожному... Я не зобов'язую людину йти вже, але таким легеньким дружнім нагадуванням... Бо я дивлюсь по собі — якби мені нагадали раз в рік, що ти маєш робити те і те, вау! Класно! Добре... Я один час думала, щоб зробити чат-бот і вітати своїх пацієнтів з днем народження і присилати їм нагадування про те, що їм до уролога треба здати маркери... До речі, наше керівництво планує оновити нашу робочу систему медичну, і там можна буде відфільтровувати. Я вже чекаю на цей момент» [P8, лікарка-терапевт, 565–569, 571–572, 576, 579–580, 582–583].

Інші експерти висловлювали пропозиції в якості ресурсів, необхідних для посилення інформування пацієнтів, залучати навіть офіційні канали комунікації місцевих громад:

«Інформаційні... Сейчас больше есть же группы тех же сел, там старосты есть и все. То есть вот на таком административном уровне» [P1, сімейна лікарка, 586, 588–589];

«Зараз насправді до інформаційних ресурсів дуже добрий доступ. Знову ж таки, повертаючись до Центру громадського здоров'я або Академії Національної служби здоров'я України, — дуже багато інформації, тренінгів, тому такої проблеми не виникає» [P2, сімейний лікар, 380–382].

На думку регіональних експертів, для підвищення рівня доступності послуг із протидії ТБ потрібно також значну увагу приділити організації зручної для пацієнтів і лікарів логістики обстеження на ТБ, яка б передбачала скорочення маршруту пацієнта, забезпечення медичних



закладів необхідним обладнанням, розширення мережі лабораторій та своєчасну доставку мокроти на аналіз:

«Скоротити маршрут пацієнта. Наш заклад знаходиться на незначній, але на достатній відстані від центральної поліклініки. І деяким групам населення, а особливо особам похилого віку, важко дістатися. Але іноді це питання вирішується мобільними флюорографами» [P23, сімейний лікар, 416–418];

«Так, і щоб той самий комп'ютер був теж у своїй установі, і ти прийшов, і ти на одному місці все отримав. Фактично тоді, скажімо, до доби ти отримуєш повноцінну відповідь, що є у тебе» [P12, лікарка-фтизіатр, 736–738];

«Частина сімейних лікарів направляє хворих, але хворому треба самому взяти цю мокроту і відвезти або як там у них налагоджено. Це доставка мокроти — от в чому проблема. Оця логістика не зрозуміла: в амбулаторії поліклінік дуже багато, а лабораторія одна. Таке велике місто — і всього дві точки, де можна зробити цей аналіз. Це неприпустимо, так не може бути. Треба розширювати перелік цих лабораторій як мінімум» [P4, лікарка-пульмонолог, 480–483].

Важливе значення також має спрощення доступу населення до виїзних флюорографічних обстежень, зокрема у віддалених селах, наявність тест-систем у лікарнях:

«Выездная флюорография по тем же селам, чтобы приезжали и тот же скрининг делали. Потому что те же бабушка, дедушка не в состоянии доехать в город. Поэтому это очень упрощает это все» [P1, сімейна лікарка, 581–582];

«Спростити доступ — це збільшити кількість систем, лабораторій. Якщо це буде в кожному районі, то не треба, наприклад, з правого берега їхати сюди, на Победу, біля медінституту 6-ї лікарні. Яюсь не дуже зручно добиратися, довозить і так далі... Це одне з основних. Якщо буде в кожному районі в сусідній будівлі, то це зручно буде, і частіше будуть направлять» [P4, лікарка-пульмонолог, 497–499, 501–502];

«Проводити, звичайно, ті мінімальні базові обстеження: крім огляду, має бути рентген грудної клітки, і звичайно, дослідження харкотиння експертне. Якщо це буде робитися в реалі, виявлення так само буде на задовільному рівні, і проблем як таких не буде. Друге — все-таки потрібно яюсь вирішити питання із обстеженням отих саме пацієнтів, які не склали декларацію, які залишилися поза системою медицини» [P6, лікар-фтизіатр, 716–720];

«Як я раніше кавав, підвищити доступність флюорографічного обстеження для всього населення. Це включає виїзні флюорографії. Також, мабуть, використання у державних закладах охорони здоров'я методів обстеження крові, наприклад квантиферонового тесту. Наскільки мені відомо, це приватні лабораторії зазвичай роблять. Якщо б у нас була така можливість, було б добре» [P2, сімейний лікар, 74–77].



Важливим завданням є покращення забезпеченості медичних закладів тестами для обстеження на ТБ:

«Я, напевне, єдине, що сказала би, — що то треба ще один “Джин Експерт” у кожному установу» [P12, лікарка-фтизіатр, 732];

«Забезпеченість тестами... Наприклад, ці картриджі, якщо прямо робити скринінг за допомогою “Джин Експерта”, то це колосальні кошти. Поки що в нас це не скринінгове обстеження, це в нас обстеження за клінічними показаннями, для скринінгу це дуже дорого» [P5, лікарка-терапевт та інфекціоніст, директорка КНП «ЦПМКДД», 958, 960–962];

«Якщо б у нас були тести, это было бы очень хорошо. Такие тесты, как на гепатит, на ВИЧ, на беременность, на ковид. Это было бы супер. Но на данный момент у нас таких тестов в поликлинике нет. Да, это было бы очень здорово, иметь тесты» [P17, сімейна лікарка, 376–378];

«Комп'ютерна і “Джин Експерт”. Тут, бачите, “Джин Експерт” — такий метод скринінгу, він покаже нам, і швидко...» [P11, лікарка-пульмонолог, 486–487].

Одна з експерток, лікарка-інфекціоніст, висловила думку, що важливо спростити процедуру переведення хворих у стаціонари та збільшити кількість відповідних стаціонарів:

«Дуже важко перевезти пацієнтів у профільний медичний заклад, стаціонари. Дуже мало якось стало стаціонарів, які надавали б допомогу таким пацієнтам. Якщо, наприклад, це бета-мінус, дуже важко перевезти такого пацієнта в спеціалізований заклад, у стаціонар. Поки він дійде до амбулаторного етапу, ще потрібно пролікувати його стаціонарно — це дуже важко. І цих закладів стало значно менше. Дуже важко перевести кудись пацієнта. Поки ТБ, вибачте на слові, не полізе з усіх дірок, з дренажів, відкрита форма ще кудись, дуже важко кудись звернутись» [P21, лікарка-інфекціоніст, 388–393].

Деякі з опитаних лікарів порушили й питання необхідності збільшення кількості персоналу в протиТБній службі, а також необхідності підготовки фахівців із подвійною спеціалізацією:

«Це треба перш за все покращити в тому плані, що набрати необхідну кількість персоналу, щоб кожен виконував свої функції. А не сидить лікар і замість того, щоб приймати пацієнта і більше уваги приділити общенню, да... спілкуванню, сидить, як економіст той же, розраховує, що, де, які аналізи, куди аналізи, що робити для того, щоб пішли гроші до закладу» [P16, лікарка-фтизіатр, 717–719, 721–722];

«Раніше колись, починаючи з радянських часів, були фахівці, які мали по дві спеціальності — ТБ і ендокринолог, ТБ і офтальмолог, ТБ і гінеколог, тобто все це з приставкою “фтизіо”: фтизіо-гінеколог, фтизіо-офтальмолог, фтизіо-ендокринолог, фтизіо-ортопед, фтизіо-уролог, фтизіо-дерматолог. А зараз нікого немає» [P22, лікарка-фтизіатр, 52–55].



Низка експертів наголосили на питанні покращення фінансування медичних закладів, задіяних у виявленні та лікуванні ТБ:

«Фінансових ресурсів можна добавляти, ніхто не відмовиться... Справа в тому, що чим більше фінансів — це якість діагностики і так само відповідно якість медичної допомоги, медикаментозне забезпечення. Ніхто не збирається сказати, що ми зараз можемо забезпечити медикаментами стовідсотково — я маю на увазі фтизіатрію, а взагалі, якщо звернутися в загальнолікувальну, і стаціонарне лікування... Звичайно, що потребує, напевно, додаткового фінансування, тому що вартість медичних послуг собівартості навряд чи відповідає... Ви рахуєте, вартість амбулаторного перебування прийому до 50 гривень лікаря — це достатньо?» [Р6, лікар-фтизіатр, 723, 725–728, 730–731, 733–734];

«Мабуть, збільшити фінансування цієї галузі охорони здоров'я, щоб була достатня кількість медичного персоналу, постійно якийсь почерговий режим, позмінний, щоб у будь-який день — не важливо, це вихідні, свят зараз у нас немає, тривога не тривога — завжди хтось був черговий, який міг би вирішити якісь організаційні питання» [Р21, лікарка-інфекціоніст, 382–385].

Слід зазначити, що серед регіональних експертів були й ті, хто вважає, що зараз ніяких проблем у роботі протитуберкульозної служби немає і покращувати нічого не потрібно:

«Зараз все відносно спокійно. Мені важко відповісти, ми працюємо, як працювали. І на початок вторгнення 24 лютого, то був четвер, ми всі були на роботі, і в п'ятницю, і в подальшому. Ми всі працювали» [Р9, сімейна лікарка, 609–611];

«Наразі ми проблем не маємо. Тобто медичні заклади фінансуються [нерозбірливо], покриває всі дослідження» [Р10, сімейна лікарка, 547–548].

Підсумовуючи аналіз пропозицій експертів щодо підвищення рівня доступності послуг із протидії ТБ в Україні, констатуємо, що питання про забезпечення сталості послуг із протидії ТБ викликало в деяких експертів труднощі при відповіді. Дехто зазначав, що не має відповіді на питання через невизначеність завтрашнього дня та військові дії:

«Я не впевнений, що я можу відповісти, тому що дуже багато питань. Це військові дії. Але що ми тут можемо? Нам лише вдається адаптуватися до тих умов, які є, а там уже...» [Р2, сімейний лікар, 386–387].

Інші переадресувували з цим питанням до вузьких спеціалістів — фтизіатрів:

«Це важко сказати, це вам мають фтизіатри сказати, які в них постали виклики і що вони хочуть із цього зробити. Це пульмонолог тут вам, напевно, не відповідь» [Р4, лікарка-пульмонолог, 529–530];

«У принципі, мені важко сказати. Це більше до вторинної ланки, мені здається, до діагностики, до того, чи їм це доступно, наскільки вони це хочуть і можуть проходити» [Р9, сімейна лікарка, 614–615].



На завершення наведемо дві важливі, з нашої точки зору, думки експертів, які вдало резюмують фахове бачення стратегічної мети політики із запобігання поширенню ТБ в країні та дієвих інструментів її реалізації.

Перша позиція стосується того, що необхідно не просто виявити і вилікувати хворобу, а потрібна системна робота з пацієнтами, що вилікувалися від ТБ, але не розуміють, як далі контролювати власний стан здоров'я, зокрема й через створення відповідних інформаційних баз:

«Що робиться з пацієнтами, які вилікувалися? Пів року вони пройшли лікування в диспансері, далі у них підтримуюча терапія, і тут також вони можуть відсіюватися. Розумієте? Тобто втрачається контроль. Він не дійшов до сімейного лікаря, він ходив і перестав, кудись виїхав, там не став на облік в іншому центрі, в іншому місті. Тобто я так розумію, що це треба переводити в електронний формат, якась повинна бути єдина електронна база відслідковування цих пацієнтів, їхнього переміщення, потрібні контакти з ним, контактні особи цих осіб. Розумієте? Щоб воно мало вже якийсь цивільний, сучасний вигляд, а не так: "Ой, десь у мене був цей пацієнт. Карточка. Візьміть, будь ласка, подивіться!" А телефон вже старий на цій карточці, двадцять раз поміняв сім-карту. І це заважає» [P14, сімейна лікарка, 342–350].

Друга, на наш погляд, є базовою умовою успішності будь-яких програм покращення медичного обслуговування в Україні: потрібно підвищувати престижність роботи медичних працівників і працівниць та пропагувати повагу суспільства до їхнього внеску в розвиток держави:

«Тому я вважаю, що держава повинна проводити не одноразово, не на декілька років, а рівномірно з усіх боків програми відновлення поважного ставлення до лікарів, до всієї медичної служби. Це вирішить багато проблем» [P22, лікарка-фтизіатр, 266–269].



Розділ 3. Аналіз глибинних інтерв'ю з пацієнтами визначених категорій щодо впливу COVID-19 на надання послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 у ЗОЗ, в яких вони отримували діагностику і лікування

Під час реалізації якісного компонента дослідження було проведено 28 глибинних інтерв'ю з пацієнтами (чоловіками та жінками віком 18+ років), які були поділені на три цільові групи. У першій групі (особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації) були проведені 15 інтерв'ю: з 10-ма жінками віком 20–57 років та 5-ма чоловіками віком 26–46 років. Пацієнти другої групи (особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану) представлені 7-ма чоловіками віком 42–69 років. У третій групі (особи, які перехворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК) в інтерв'ю взяли участь 5 жінок віком 28–50 років та 1 чоловік віком 35+ років.

Переважна кількість представників усіх трьох груп мають дітей і повні родини (дружина, чоловік, діти), декілька інформантів проживають із батьками або в незареєстрованих партнерствах. Свої житлові умови всі учасники інтерв'ю визначили як гарні або нормальні:

«Гарні, звичайні житлові умови. Нормальні, не люкс, но типа хорошо... Удвох [із дочкою]» [ЯС6, 15, 17];

«Ось так ми і проживаємо — чоловік, дитина, мама, тато і сестра... Нам усім хватає місця, ще і можемо когось підселити, якщо шо» [ЯПЗ, 14, 16];

«Це 4-кімнатна квартира і проживає в нас 5 чоловік: я, мої діти, чоловік та моя свекруха» [ЯС15, 17].

Професійний статус учасників інтерв'ювання різноманітний (учитель, лікар, стоматолог, водій, економіст, будівельник, бухгалтер, філолог, підприємець, пенсіонер тощо), більшість із них мають вищу освіту.

3.1. Загальна оцінка пацієнтами якості послуг із протидії ТБ та/або COVID-19 у ЗОЗ, в яких вони лікувались

Під час інтерв'ю учасники й учасниці поділилися своїми історіями хвороби та обставинами, які викликали потребу обстеження.

Представники 1-ї групи здебільшого звернулись до лікаря з ускладненнями від COVID-19 у вигляді кашлю, виділення мокротиння, головного болю, температури:

«Я дуже хворіла довго і перехворіла ковідом, і після ковіду у мене був кашель і значна слабкість протягом десь півтора місяця. Я майже не припиняла кашляти, спочатку



був непродуктивний кашель, потім продуктивний кашель, зміна мокротиння. Температура тривала досить довго» [ЯС1, 18–20];

«Були ярко виражена мокрота і кашель і мокрий, і сухий, і тому лікар зрозумів, що потрібно мене відправити... Це, напевно, під час ковіду було» [ЯС2, 23–24, 27];

«Я дуже довго кашляла і мала температуру, тобто дуже себе погано почувала, сильна слабкість у мене була [під час ковіду]» [ЯС3, 22–23];

«Ми захворіли ковідом, вилікувалися. Потім захворіли в той же самий час, але вже цього року. В мене піднялася температура [нерозбірливо], відповідно куди — в ТБній лікарні, бо там лежали в лікарні. Більш ознайомлений, знаєш, де рентген зробити, де, що, куди йти. Приїхали туди. Там зробили рентген і направили нас вже здати мокроту. Тобто уже в поліклініку, бо сказали, що це трошки складніше... Але так, харкотиння, потім бронхоскопію робили... Негативний. Тобто ТБ не було, а п'ятно було, саме вогнище» [ЯС4, 27–31, 39–40, 48].

Респонденти з 2-ї групи вказали на присутність симптомів, які супроводжувались посиленням хвороби, або загострення хронічних хвороб:

«У мене хвороба легень — системні пневмоніти, я хворію з 2014 року. Їжджу раз на рік у Київ, роблю КТ і консультації. Останній раз був у 2018 році, потім була перерва. Минулого року я зробив КТ, там ніби нормально. Цього року весною я трошки забув, захворів, мені сказали пройти обстеження. Я звернувся в пульмонологічний центр, лежав і там же проходив планове лікування. Потім мій стан трошки погіршився по моїй хворобі, призначили знову, ті самі гормони трошки перервав» [ЯГ2, 16–21];

«А просто піднялася температура, і я різко відчув задуху, я не міг зробити кроку, бо бракувало повітря. Викликали швидку. Спочатку подзвонив до сімейного лікаря, її не було. Завідувача, на щастя, була відділенням, вона скерувала. Зробили тест на ковід. Тест був позитивний, і мене скерували в лікарню. Це була п'ята лікарня, пульмонологічне відділення. Коли я туди потрапив, переміщати своє тіло з койки було мені досить важко... Це було в перші дні, як я лежав. Аналізи здавав, і наскільки я пам'ятаю, була баночка, куди харкотиння здавав. Чи було мені скерування на ТБ? Знаєте, як лежить людина майже без пам'яті, і за аналізи прийшли, сказали взяти харкотиння зранку» [ЯГ3, 25–29, 34–36].

Пацієнти 3-ї групи зазначили, що перехворіли на COVID-19 і мали ускладнення (пневмонію):

«Спершу в мене було в середині березня захворювання на ковід. Слабкість у мене була, і потім налякало мене те, що я не відчувала запахів, не було ніяких запахів. І звернулася до лікаря, і виявили, що в мене ковід. Ми полікували ковід. У червні стало дуже погане самопочуття: задишка, важко дихати, температура, морозило. Звернулася до лікарів, виявили пневмонію, а з тими ще додатково здавали аналізи. Так і виявили ТБ» [ЯП2, 18–22];



«Я хворів на ковід, а після цього в мене почалася бронхіальна астма» [ЯП6, 33].

Респонденти всіх трьох цільових груп відчували різні емоції у зв'язку з направленням на обстеження на ТБ. Дехто поставився до цього спокійно:

«Абсолютно спокійно, тому що мені [нерозбірливо] в дитинстві. Я дуже довго була на обліку в тубдиспансерах, і я тому віднеслась спокійно абсолютно. Тому що ще багато пацієнтів з діагнозом, тому контакт на роботі» [ЯС1, 24–26];

«Та реакция у меня была больше нейтральная. Я обратилась к врачу, мне назначили определенные анализы, в том числе назначили на мокроту, поэтому никакой у меня не было негативной... Необходимость. Мне было плохо, мне было не столь важно, какие анализы буду проходить, мне нужен был результат, чтобы меня вылечили» [ЯС11, 49–52];

«Нет, ничего не было [ніяких особливих емоцій]... Мне сказали “надо”, я и сделал. Тем более, в больнице лежал, мне кровь с вены брали 2 раза в день, на сахар брали через каждые 4 часа» [ЯГ1, 50, 52–53].

Та були й ті, у кого це викликало острах:

«Страшно було, тому що в мене маленька дитина. Я не думала, що в мене може бути ТБ, тому що перед тим я родила дитину, робила всі обстеження. Чоловік робив, у нас були партнерські роди, тобто я не дуже переживала, але все рівно боялася» [ЯС3, 34–36].

Аналіз результатів якісного компонента операційного дослідження показав, що в цілому пацієнти позитивно оцінюють якість отриманих послуг у контексті загального враження від спілкування з медичним персоналом, організації обстеження та відсутності перешкод при його проходженні. Зокрема, респонденти всіх цільових груп відзначили відсутність черг, зручну логістику та швидкість проходження обстеження (2–3 дні).

- пацієнти 1-ї групи: *«Да [приблизно за добу]. Результат мокротиння, правда, йшов 5 днів, а рентген в цей же день, хвилин через 15–20» [ЯС1, 38]; «Я зробив, по-моєму, за день чи за 2, і так само аналізи швидко прийшли, тобто це не зайняло багато часу... Можливо, 3» [ЯС2, 48–49, 51]; «2–3 дня. Десь 2 дня я проходила, і потім ще пару днів результат» [ЯС6, 45];*
- пацієнти 2-ї групи: *«Приблизно доба. Я здавав аналізи, і десь на другий день уже були результати» [ЯГ2, 41]; «Флюорографію і мокротиння... Я недолго лежал — 10 дней всего. Когда эта эпопея была, у меня сработало то, что прививки были и улучшение пошло. Я вам скажу так: дней 5, меньше даже» [ЯГ1, 62–63]; «Кілька днів, може, так» [ЯГ 6, 62]; «Десь четвертий чи п'ятий день. Моя лікуюча лікар прийшла й сказала, що того в мене немає, є ковід і супутні захворювання. Богу, каже, дякувати, що ТБність не підтвердилась» [ЯГ3, 62–63];*
- пацієнти 3-ї групи: *«Все на місці. Різні точки в лікарні, але все в одній будівлі» [ЯП3, 86]; «Кілька днів. Може, два-три було в нас обстеження, рентген робиться до 11 ранку і*



результати в той же дали, а на наступний день я приїхала до лікаря, і мені дали направлення вже на ТБ на аналізи. А вони здаються зранку, тобто в той день я вже не встигла, я робила їх на наступний. Тобто десь два-три дні» [ЯП1, 50–53]; «Ну два дні та. Фактично зробили все за один день результат вже на другий день приїхали. За результатом там і за лікуванням. Таблетками, висновками» [ЯП3, 82–83]; «В течение дня я все это сделала» [ЯП5, 80].

Також респонденти всіх трьох груп зауважили, що не було складнощів із проходженням рентгену та здачею мокротиння:

«Ні, не було [складнощів]» [ЯП6, 70]; «Ні, там дівчата завжди на місці. Ми робили кожні два місяці» [ЯП3, 91]; «Очень все быстро, мне повезло тогда, что все быстро получилось» [ЯГ7, 45]; «Я без черги на рентген, тому швидко: хвилин 15 в мене зайняло часу» [ЯГ1, 34]; «В мене була чітко зазначена година, на яку я мав бути» [ЯС2, 72–73].

Важливою складовою оцінки якості надання протитуберкульозних медичних послуг в умовах пандемії COVID-19 є оцінка учасниками й учасницями інтерв'ю ставлення медичного персоналу під час обстеження, яка в пацієнтів усіх цільових груп виявилась переважно позитивною:

«Моя думка — зараз це є нормальне. Спершу для мене це було дуже важко прийняти... Ні, лікарі, медсестри дуже навіть добре, і посміхалися, і гарно навіть могла зав'язатися розмова. Ні, дуже гарне відношення» [ЯП2, 64, 68–69];

«Якісне» [ЯП6, 78];

«Та абсолютно адекватне, нормальне. Ну там ніхто не гиркав ніхто не психував не розказував як нам жити. Все нормально» [ЯП3, 98–99];

«Нормальное, обычное. Точно никакого хамства и негативного отношения, ничего такого не было. Поэтому в этом плане все нормально было» [ЯП4, 73–74];

«Навіть досить нормальне... Лікар, дякувати богу, нормальний попався. Чи всі такі — не знаю. В нас якось все окей» [ЯС4, 119, 121];

«Загалом задовільне ставлення, привітні, відповідають на запитання, все, що цікавить, розповідають. Скарг до персоналу немає» [ЯС5, 51–52].

Респонденти всіх трьох груп також зазначили, що отримували вичерпні пояснення про необхідність проходження обстеження та відповіді на додаткові запитання:

«Так. Я з завідуючою розмовляв, кожен день обхід, і ми просто спілкувались, що будемо робити, і вона мені все розповідала» [ЯГ5, 63–64];

«Какие-то, может, и были незначительные [питання], но просто мне объясняли настолько все подробно, что каких-то глобальных вопросов у меня не было» [ЯГ4, 60–61];



«Да, врачи попались очень компетентные, подробности объясняли, для чего это делается и как это делается, поэтому все было понятно» [ЯГ4, 40–41];

«Лікар досить доступно мені пояснив» [ЯП2, 31].

Ми ставили пацієнтам питання про фінансування обстеження та вимоги додаткової оплати. Учасники й учасниці інтерв'ю зазначили, що послуги отримали безоплатно та не чули пропозицій про додаткову оплату (наприклад, фонд кабінету):

«Безкоштовно все було» [ЯС1, 56]; «Ні, безкоштовно» [ЯС3, 83];

«Я не пам'ятаю, мені здається, що я не оплачував» [ЯС2, 96];

«Ні-ні. Тільки те, що виїжджали [витрачали кошти на транспорт]. А рентген безкоштовний, харкотиння. За аналізи ми не платили абсолютно. Таблетки безкоштовні» [ЯС4, 141–142];

«Ні, все безкоштовно. Ніяких фінансових витрат додаткових не було» [ЯС6, 76];

«Ні-ні, я нічого не платила» [ЯП1, 91]; «Ні, не оплачувала» [ЯП2, 79].

Висловлюючи рекомендації щодо покращення надання послуг із виявлення та діагностики ТБ, більшість респондентів у першу чергу вказували на необхідність посилення превентивних заходів:

«Я думаю, що краще профілактика. Це, напевно, на рівні сімейного лікаря, пояснення людині, що треба раз на рік проходити флюорографію [нерозбірливо]. Профілактика саме більше. Це залежить і від сімейних лікарів, і від влади, і особисто від людей, краще за собою переживати» [ЯГ2, 121–124].

3.2. Ставлення пацієнтів до проблеми поширення захворюваності на ТБ в Україні

Характеризуючи загальну ситуацію з поширенням ТБ в Україні, пацієнти всіх трьох цільових груп висловили впевненість, що останнім часом захворюваність зростає через війну та недбале ставлення населення до власного здоров'я:

«Напевно те, що люди трошки халатно ставляться до свого здоров'я. Ну і з розряду покашляв і пішов собі. Десь там трошки сам полікувався, а воно затягується, а потім складніша форма і так далі» [ЯП3, 130–132];

«Думаю, що це масштабно, просто через те, що люди невчасно звертаються і дуже халатно відносяться. Навіть якщо людина знає, що вона хвора на ТБ, вона відповідно ходить без маски. Я дуже давно знаю людей, які були хворі на ТБ, тобто лежали в тубдиспансері, але не дотримувались цього маскового режиму» [ЯС3, 88–91];

«Є поширена, на мою думку... Наразі соціальний фактор. Також війна відіграє певну роль, що дуже багато людей знаходяться в окопах, у сирості, в мокрих бліндажах.



Відповідно ніхто не убезпечений, не убережений. А якщо десь є носій, і відразу виникає вогнище» [ЯС5, 70, 72–74].

Інформанти були одностайні в тому, що після повномасштабного вторгнення росії на територію України ситуація з обстеженням на ТБ суттєво не змінилась, але ризик захворіти на ТБ збільшився:

«Я думаю, війна завжди впливає на країну і економіку, і медицину також. По тому да, напевно, як-то впливало в плані того, що всі зусилля брошені на боротьбу з агресором, і можливо, дійсно, якісь-то профілактичні заходи тепер не в пріоритеті» [ЯС9, 148–150];

«Не в кращу сторону... На другий план [відійшла проблема ТБ] Обстеження — то нормально. А от просто взагалі контроль — відійшло на друге... якесь відношення до цього... Десь те, що скоротили диспансери» [ЯГ6, 258, 262–263].

Стосовно зацікавленості проблемою захворюваності на ТБ в Україні до моменту отримання направлення на обстеження учасниці й учасники інтерв'ю поділились на майже рівні за розміром групи. Дві третини пацієнтів 1-ї та троє із 7-ми пацієнтів 2-ї цільових груп замислювались над проблемою поширення ТБ в суспільстві й до власного обстеження:

«Так, звичайно. Ця проблема завжди у нас стоїть гостро, і завжди на цей рахунок проводяться масові обстеження, щорічні флюорографії для населення. Тому завжди актуальна тема» [ЯС5, 81–82];

«Так, задумувалась... Нам ще в школі розповідали про це, в університеті, що він передається повітряно-крапельним шляхом, і можна підхопити» [ЯС14, 98, 100–101];

«Как-то так задумывался. Почему? Потому что знакомые, врачи и просто, и что заболевание ширится... То есть даже благополучные люди болеют» [ЯГ1, 115–116].

Натомість третина пацієнтів 1-ї, четверо із 7-ми пацієнтів 2-ї та всі представники 3-ї цільових груп повідомили, що до отримання направлення на обстеження взагалі не цікавились цією темою:

«Ні. Я пам'ятаю, що в коридорах висять стенди ці, плакати, що захворювання на ТБ, що робити, інше. Але вони такі вже старі, і в них так багато дрібного тексту, що нічого не читається. Ти просто дивишся і бачиш — там щось ТБ. Ніколи не задумувалася, не замислювалася, думала, що це проблеми людей інших. Але як може в мене таке трапитися, якщо я дуже обережна, нікуди не ходжу або стараюся масочний режим, завжди маска, ще щось, я ні з ким не контактую з хворих? І як воно могло прийти до мене?» [ЯП1, 108–113];

«Если честно, наверное, нет. Пока не коснется, об этом не думаешь» [ЯС10, 101];

«Не задумувались, тому що поки грім не вдарить, ніхто не перехреститься» [ЯГ3, 107].



Практично всі респонденти зазначили, що на ТБ можуть хворіти люди з різних верств населення, та висловили впевненість, що широкий загаль ставиться до хворих на ТБ зневажливо та/або з острахом:

«Очень негативное, все боятся этих людей. Если кто-то узнает, что рядом находится человек, у которого есть это заболевание, мы не готовы вникать в ситуацию, является ли этот человек заразным для окружения. Может, он не является, может, он болеет и не переносит инфекцию. Мы не готовы воспринимать такую болезнь около себя. Потому что у нас где-то такой шаблон есть, что это туберкулез, что этот человек заразен, мы все умрем, будет беда» [ЯС11, 140–144];

«Зэки, неблагополучные, наркоманы какие-то. Вот у меня у знакомых никто никогда не болел, поэтому вообще, когда мне сказали, испугался немного из-за этого. А так — такие люди болеют, наверное. Может, и другие, конечно» [ЯГ7, 73–75];

«Відторження, мені так здається, по більшій частині... ТБ де ж можна було підхватити? Там якась людина дуже тисла: як так можна, не стій поруч зі мною, не кашляй, таке, щоб не підхопити. Це як якісь там байки з дитинства, не знаю: з цим не розмовляй, цей кашляє — не стій поруч» [ЯП1, 121, 123–125];

«Із того, що виявляли, — це абсолютно різний контингент. Це були і з місць позбавлення волі, ВІЛ-інфіковані, це були особи з вищою освітою, які працювали у вишах. Тобто абсолютно соціалізовані, із загальної точки зору без зон ризику. І це були люди похилого, навіть старечого віку, які перебували тривалий час вдома, не виходячи, маючи букет хронічних захворювань. От такий контингент. І ще військові» [ЯС1, 75–79];

«До того навіть не задумувалась про це, зараз розумію, що на ТБ може захворіти будь-хто, це не залежить ні від освіти, ні від стану матеріального, ще чогось. Захворіти може кожен, підхопити десь, я навіть не знаю. Я ж теж сиділа думала: коли прийде аналіз, точно це не ТБ. Або ТБ, якщо це він, от якщо так сталося, то це означає, що навіть я, яка сиджу дома і майже не виходжу, в групі ризику була в той момент» [ЯП1, 128–132].

Варто зауважити, що коли респонденти всіх цільових груп характеризували особистий досвід спілкування з хворими на ТБ, то позначали його як нейтральний, без особливих емоцій:

«Может быть, поэтому у меня и отношение достаточно рациональное. Я не то чтобы не боюсь этой болезни, но я воспринимаю ее как болезнь, которую можно и нужно лечить» [ЯС8, 235–237];

«Это было волнение и не больше» [ЯС11, 173].

Крім того, деякі респонденти зазначали, що в їхньому оточенні є знайомі, які проходили обстеження або хворіли на ТБ:



«Колись, я ж кажу, що була — це було дуже давно — мала ТБ [знайома], так» [ЯС3, 120];

«Проходили обстеження [знайомі], але не хворіли» [ЯС4, 207];

«Є які проходили обстеження, але не хворіли» [ЯС5, 104].

Частина респондентів повідомили, що їхні знайомі, які стикались із необхідністю обстеження та/або лікування ТБ, ділилися з ними своїми переживаннями:

«Ділилися і розказували, бо знали, що десь якась може бути порада, може, ми більше були в лікарні, можемо якийсь там шлях підказати, як зробити чи куди підійти» [ЯС4, 220–221].

Інші учасники й учасниці інтерв'ю зазначали, що бажання обговорювати цю проблему їхні знайомі не мали:

«Нет. Они не хотят об этом говорить» [ЯС11, 188]; «Не ділилися». [ЯП6, 151].

Один респондент розповів, що його другу думка про вилікованість ТБ допомогла не хвилювалось через свій діагноз:

«У принципі мій друг не переживав. Захворів — треба лікуватися, для нього це було нормально. Це ж не рак, це коли рак у людини, це вже переживання, а ТБ виліковується» [ЯГ5, 127–128].

Якщо говорити про труднощі та обмеження, з якими можуть стикнутись люди з ТБ, то, на думку респондентів, це можуть бути складнощі з пересуванням в громадському транспорті, фінансові труднощі, а також несприйняття суспільством:

«Поїздка в сам тубдиспансер, який знаходиться в іншому кінці міста, і сама обстановка там, чесно кажучи, не налаштовує людину на те, щоб лікуватися і одужувати. Це перше. По-друге, дуже багато полірезистентних, антибіотикорезистентних форм» [ЯС1, 86–89];

«Я думаю, складнощами, напевно, фінансовими, тому що вона розуміє, що їй потрібні кошти на лікування. Я думаю, що 70% людей є не з благополучних сімей, і вони не мають цих коштів... [негативне і упереджене ставлення]» [ЯС2, 135–136, 140].

Говорячи про допомогу хворим на ТБ людям у подоланні труднощів, респонденти всіх цільових груп зазначали, що надати її можуть здебільшого медики та психологи, а також наголосили на важливості своєчасного лікування і діагностики:

«Вчасно треба завжди робити якісь рентгени, перевіряти, все таке» [ЯС4, 172];

«Я думаю, что своевременное лечение... Если с ней [ситуацією з хворобою] разбираться самому» [ЯС9, 126, 128];

«Я думаю, що все-таки спеціалісти, медики і психологи» [ЯГ3, 134].

Щодо заходів протидії розповсюдженню захворюваності на ТБ та покращення процедури обстеження пацієнти всіх груп наголосили на тому, що допомогти зменшити кількість



захворювань на ТБ можуть ефективно лікування, профілактичні обстеження і просвітницькі заходи з інформування населення:

«Прежде всего это медицинская сторона. Я не понимаю, насколько доступно это лечение. Просто в любом случае только медицина может помочь. Осуждение окружающих никуда не денется» [ЯС11, 168–169];

«Людина має проходити раз в рік флюорографію, навіть якщо вона себе нормально і добре відчуває» [ЯС12, 165–166];

«Мені здається, більше треба по телевізору і все решта, більше просвітницької роботи. Всі заходи, все в лікарнях» [ЯС15, 142–144].

3.3. Досвід лікування та пропозиції пацієнтів із виявленим ТБ щодо підвищення рівня доступності послуг

Окремо звернемо увагу на відповіді респондентів (представників 2-ї та 3-ї цільових груп), у яких підтвердилась ймовірність ТБ. Вони зазначили, що відчували психоемоційне напруження, коли дізналися про захворювання, проте зараз отримують усю потрібну допомогу з обстеження, лікування та психологічного супроводу:

«Ні, я спочатку не прийняла це. Я, можна сказати, дуже довго думала, чи це можливо, чи правда, хоч мені лікарі казали, що це так воно і є... Психологічно я на деякий час... день я подумала, можливо... З цим якимось мені допомогли лікарі, що нічого такого страшно, що це лікується, і якщо вчасно ми звернулися, все буде добре» [ЯП2, 154–155, 159–160];

«Так яка. Засмучена. Але нічого страшного. Та шок зрозуміло. Ніхто не розумів звідки воно береться та як так стається» [ЯП6, 196–197].

Респонденти з виявленим ТБ розповіли, як тривало лікування:

«Фтизіатри, хірург мене оперував, заслужений хірург України. Дуже добре ставлення. Все розказують» [ЯГ5, 166–167];

«Ні, принаймні мені без проблем [триває лікування]. Я отримала препарати всі, які мені були потрібні, і аналізи. Так, мені назначають аналізи, навіть приходити — черги немає такої» [ЯП2, 218–219].

Першими, кому вони повідомляли про підтвердження діагнозу ТБ на обстеженні, були рідні:

«Першому з усіх, мабуть, молодшому брату, я вже не пам'ятаю... Всі знають» [ЯГ5, 153, 155];

«Мама» [ЯП2, 162];



«Та сім'ї. Мама була біля мене, разом хворіли і разом виявили. Ну а потім чоловік» [ЯП6, 194].

Респонденти розповіли, як вплинув на них пережитий досвід лікування хвороби:

«У принципі я знаю, що тепер точно потрібно щороку проходити флюорографію або рентген. Обізнаний» [ЯГ5, 162–163];

«Ой, чесно, для мене це зараз дуже змінено. Я зрозуміла, що важливі дуже якісь моменти. В першу чергу, якщо щось тебе турбує, звертайся до лікаря. По-друге, обов'язково має бути відпочинок, харчування, якийсь спосіб життя. Так, змінили для себе дуже багато чого... Лікар проговорював, що потрібно добре харчування, а не так, як я собі любила раз в день або якийсь перекус. Це потрібно обов'язково, тим більше, щоб уникнути ТБ. Що це має бути? Нормальне харчування, свіже повітря. Відпочинок обов'язково також потрібен, бо організм коли слабкий, то саме легше його вразити» [ЯП2, 182–184, 187–190].

Пацієнти зазначили, що отримували лікування безплатно і задоволені його якістю та ставленням до них медичного персоналу. Ніяких складнощів під час лікування вони не мали, а також не відчували упередженого ставлення з боку оточуючих, можливо, і через те, що не особливо ділились зі знайомими інформацією про свою хворобу:

«Та ні, бо практично не розповсюджували інформацію, що я хвора на ТБ» [ЯП6, 236];

«Поки що не так уже багато знають про це» [ЯП2, 222].

Цікавими є думки респондентів із виявленим ТБ щодо вдосконалення процесу обстеження на ТБ. Здебільшого вони зазначають, що все добре, але й надають певні рекомендації, як-от покращити технологічну якість обладнання (флюорографів), збільшити видачу медикаментів, посилити цифровізацію та інформування про ТБ:

«Я думаю, що було б непогано, щоб про це більше говорили і пояснювали людям, що це є така страшна хвороба і нам потрібно про неї знати, і знати, як з нею боротися, щоб, не дай боже, не прийшла саме до вас, до когось іще ця проблема» [ЯП2, 282–284];

«Потрібно більше просвітницької роботи. Навіть у війну життя продовжується, діти ростуть, молодь. І починати треба з оцього, щоб проходили. Я вважаю, що в нас усе добре: лікарні працюють, все працює. Приходь і тільки здавай» [ЯС15, 153–155];

«Флюорографія — більша пропускна здатність апаратів, флюорографів... Безкоштовний доступ. Тому що є в інших закладах, якщо 2 проєкції, то під 400 гривень у приватних клініках. Можливо, перемовини вести з приватними клініками, може, держава хоч частково буде якось фінансувати, щоб перекласти це навантаження частково і на приватні клініки. Зараз треба масовий скринінг. Це основне» [ЯС1, 142, 144–147].



3.4. Оцінка пацієнтами впливу повномасштабного вторгнення росії на надання протитуберкульозних послуг

Під час проведення інтерв'ю респонденти на прохання дослідників висловились стосовно впливу повномасштабного вторгнення росії на надання протитуберкульозних послуг в Україні. На їхню думку, ситуація з наданням послуг змінилась через такі моменти:

- війна спричиняє погіршення ситуації в усіх сферах суспільства, зокрема й у наданні медичних послуг: *«Когда все сбрасывается назад... Любая война — это и экономику, и медицину, кроме хирургии, все назад, то есть это шаг назад. И естественно, и услуги, как говорится, нам нужно то, то, а ты со своим туберкулезом пришел. Понимаете? Вот такой разговор»* [ЯГ1, 183–185];
- збільшилась кількість захворювань на ТБ, адже масова евакуація спричинила великі скупчення людей, що могло бути фактором поширення захворювання: *«Я думаю, що могла [війна вплинути на те, що більше стало хворих на ТБ], тому що коли були критичні моменти, особливо, коли були переїзди, можливо, там були різні скупчення людей, а це на кордонах чи навіть у поїздах могло вплинути все. Люди контактували, не знали, хто з ким, було велике скупчення, переживання, нервозність. І воно триває»* [ЯГ2, 135–138];
- деякі лікарні змінили локацію або позачинялись, через що не всі люди мають доступ до медичних послуг, лікарі виїхали за кордон або у більш безпечні регіони чи пішли на війну, крім того, погіршились фінансові можливості населення: *«Возможно, не каждый имеет сейчас доступ к медицине, потому что некоторые учреждения покрывались, некоторые люди уехали, многие сейчас потеряли год и до последнего оттягивают свой визит к врачу. Как-то раньше человек более охотно шел в больницу, сейчас финансовая сторона играет большую роль, многие уехали»* [ЯС11, 210–213];
- більшість людей відчувають стрес: *«Це ж стрес, стрес впливає на весь організм, і всі хворіють. Я просто до того, що в мене бабуся, і вона була на дачі, і біля дачі був обстріл, і в неї цей стрес, коли вона повернулася додому, викликав те, що в неї тиск підвищився. Людина не хотіла йти в лікарню, бо як старі люди: "Нікуди не піду. Нащо мені в лікарню?" І весь день в неї тиск не спадав, що прийшлося визивати швидку допомогу. І я думаю, що це в кожного так стрес викликає якісь захворювання»* [ЯП1, 190–195]; *«Кто-то в связи с военной ситуацией психологически устал и не хотят ничего делать, сложили руки»* [ЯС11, 213–214];
- через часті повітряні тривоги є необхідність йти в укриття, що заважає нормальній роботі медичних закладів: *«Я думаю, из-за того, что в стране на данный момент происходит огромное количество воздушных тревог, то соответственно это мешает нормальной работе медучреждений, потому что врачам приходится спускаться в убежище, для того чтобы минимизировать риски. Поэтому, я думаю,*



получается перенос времени либо каких-то исследований, то есть затягивание» [ЯГ4, 144–147].

Отже, на думку опитаних пацієнтів, повномасштабне вторгнення росії в Україну призвело до погіршення ситуації з можливістю людей отримувати медичні послуги загалом і протиТБні зокрема.

3.5. Побаження та рекомендації пацієнтів цільових груп щодо вдосконалення процесу обстеження на ТБ

На прохання до інформантів надати рекомендації стосовно вдосконалення процесу обстеження на ТБ здебільшого вони зазначали, що все добре, але змогли виокремити покращення технологічної якості обладнання (флюорографів), збільшення кількості медикаментів, посилення цифровізації та інформування про ТБ:

«Я думаю, що було б непогано, щоб про це більше говорили і пояснювали людям, що це є така страшна хвороба і нам потрібно про неї знати, і знати, як з нею боротися, щоб, не дай боже, не прийшла саме до вас, до когось іще ця проблема» [ЯП2, 282–284];

«Потрібно більше просвітницької роботи. Навіть у війну життя продовжується, діти ростуть, молодь. І починати треба з оцього, щоб проходили. Я вважаю, що в нас усе добре: лікарні працюють, все працює. Приходь і тільки здавай» [ЯС15, 153–155];

«Флюорографія — більша пропускна здатність апаратів, флюорографів... Безкоштовний доступ. Тому що є в інших закладах, якщо 2 проєкції, то під 400 гривень у приватних клініках. Можливо, перемовини вести з приватними клініками, може, держава хоч частково буде якось фінансувати, щоб перекласти це навантаження частково і на приватні клініки. Зараз треба масовий скринінг. Це основне» [ЯС1, 142, 144–147].

Отже, результати глибинних інтерв'ю з пацієнтами виявили переважання позитивних відгуків і вражень від отриманих медичних послуг у пацієнтів усіх трьох цільових груп. У цілому, респонденти задоволені організацією роботи ЗОЗ, якістю обслуговування в них і виконанням своїх функцій медичними працівниками. Пацієнти також відзначили безбар'єрність отримання послуг: зручну логістику, відсутність черг, короткотривалість обстеження, відсутність фінансових витрат.

Загалом учасники й учасниці інтерв'ю вважають, що вони обізнані про стан захворювання на ТБ в Україні, але зазначили, що більше уваги почали приділяти цьому питанню тільки після потрапляння на обстеження. Практично всі пацієнти стверджують, що суспільство з пересторогою ставиться до людей, хворих на ТБ, більшість людей намагаються їх уникати, а от з боку ЗОЗ пацієнти не вбачають жодних проблем чи складнощів із наданням медичних послуг. Також респонденти висловили розуміння того, що на ТБ можуть хворіти представники будь-яких верств населення, а не тільки малозабезпечені чи вразливі категорії.



Покращення ситуації з протидією поширенню ТБ в Україні респонденти пов'язують із посиленням просвітницької роботи, розповсюдженням інформації в медіа про саму хворобу, її профілактику, діагностику й особливості лікування.



Розділ 4. Аналіз результатів скринінгового анкетування пацієнтів цільових груп

У межах реалізації кількісного компонента дослідження було проведено скринінгове анкетування пацієнтів. Згідно з метою і завданнями дослідження респондентів поділили на три цільові групи залежно від проявів симптомів та перебігу захворювання на COVID-19:

- група 1 — особи, які на момент проведення дослідження мали лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мали клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребували госпіталізації;
- група 2 — особи, які на момент проведення дослідження мали тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і були госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану;
- група 3 — особи, які на момент проведення дослідження перехворіли на COVID-19 і мали постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК.

Загалом було опитано **145** респондентів. Маємо таке представництво пацієнтів кожної групи у відсотках від загальної кількості опитаних (Таблиця 1).

Таблиця 1

Доля представників цільових груп у загальній вибірці кількісного етапу дослідження

№ групи	Критерій	%
Група 1	Особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації (кашель більше 2-х тижнів, кровохаркання, підвищену втомлюваність і слабкість, підвищену пітливість, особливо вночі, зменшення ваги тіла з невизначених причин, підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C))	46,9
Група 2	Особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану відповідно до галузевого стандарту у сфері охорони здоров'я	37,2
Група 3	Особи, які перехворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК	15,9

Дослідження проводилось у шести регіонах України: у Запорізькій, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Харківській областях і в місті Київ. Розподіл пацієнтів цільових груп за регіонами дослідження наведений у Таблиці 2.

Таблиця 2



Розподіл пацієнтів цільових груп за регіонами дослідження, %

Регіон дослідження	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Запорізька	11,0	11,8	11,1	8,7
Івано-Франківська	11,7	5,9	20,4	8,7
м. Київ	22,8	26,5	14,8	30,4
Львівська	14,5	13,2	16,7	13,0
Одеська	17,9	25,0	11,1	13,0
Харківська	22,1	17,6	25,9	26,1

4.1. Соціально-демографічні характеристики респондентів кількісного етапу дослідження

Представництво пацієнтів за статтю-віковим розділом має такі показники.

У загальній кількості опитаних жінки склали **40,7%**, чоловіки — **59,3%**, доля чоловіків переважає і в усіх трьох цільових групах пацієнтів (Таблиця 3).

Таблиця 3

Розподіл респондентів за статтю в розрізі цільових груп пацієнтів, %

Стать респондентів	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Жіноча	40,7	42,6	35,2	47,8
Чоловіча	59,3	57,4	64,8	52,2

Більшість респондентів становлять чоловіки і в розрізі регіонів, де проводилось дослідження, крім Харківської області, де було опитано більше жінок, ніж чоловіків (Таблиця 4).

Таблиця 4

Розподіл респондентів за статтю в розрізі регіонів дослідження, %

Регіон дослідження	Жіноча стать	Чоловіча стать
Запорізька область	43,8	56,3
Івано-Франківська область	35,3	64,7
м. Київ	27,3	72,7



Львівська область	47,6	52,4
Одеська область	38,5	61,5
Харківська область	53,1	46,9

За віком найчисельнішою групою є респонденти 60+ років (**42,1%**). У цільових групах 1 і 2 представництво опитаних цієї вікової категорії також найбільше, а в групі 3 переважають опитані віком 35–49 років — **34,8%** (Таблиця 5).

Таблиця 5

Розподіл респондентів за віком у розрізі цільових груп пацієнтів, %

Вік респондентів	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
18–24 років	3,4	1,5	5,6	4,3
25–34 років	12,4	14,7	13,0	4,3
35–49 років	20,7	19,1	16,7	34,8
50–59 років	21,4	22,1	18,5	26,1
60+ років	42,1	42,6	46,3	30,4

Розподіл респондентів за віком по регіонах, у яких проводилось опитування, всюди показав переважання пацієнтів вікової категорії 60+ років (Таблиця 6).

Таблиця 6

Розподіл респондентів за віком у розрізі регіонів дослідження, %

Регіон дослідження	Вікова група, років				
	18–24	25–34	35–49	50–59	60+
Запорізька область	12,5	12,5	12,5	31,3	31,3
Івано-Франківська область	11,8	17,6	11,8	17,6	41,2
м. Київ	0,0	9,1	27,3	18,2	45,5
Львівська область	0,0	4,8	33,3	23,8	38,1
Одеська область	3,8	23,1	19,2	15,4	38,5
Харківська область	0,0	9,4	15,6	25,0	50,0
Загалом	3,4	12,4	20,7	21,4	42,1



Більшість опитаних (**60,7%**) перебувають у зареєстрованому шлюбі та проживають разом із чоловіком / дружиною. У розрізі цільових груп таких відповідно **60,3%**, **59,3%** та **65,2%**. Схожа ситуація в розподілі респондентів, що перебувають у зареєстрованому шлюбі та проживають разом із чоловіком / дружиною, і за регіонами дослідження: Запорізька область — **43,8%**, Харківська область — **62,5%**, м. Київ — **75,8%**, Івано-Франківська область — **35,3%**, Одеська область — **53,8%**, Львівська область — **76,2%**.

Більше половини опитаних пацієнтів (**51,1%**) мають вищу освіту: **34,5%** — повну, **16,6%** — базову вищу освіту. Середню спеціальну освіту мають **29,7%** опитаних. При розгляді рівня освіти респондентів за регіонами дослідження констатуємо, що респонденти з базовою та повною вищою освітою переважають у чотирьох регіонах, а найбільша їх частка серед опитаних у місті Київ — сукупно **69,7%**. Наступні за кількістю респондентів із базовою та повною вищою освітою регіони — Одеська область (**64,3%**), Харківська область (**56,2%**) і Львівська область (**38,1%**). У Запорізькій області більшість респондентів (**56,3%**) мають середню спеціальну освіту (технікум, коледж), а в Івано-Франківській області порівну опитаних пацієнтів (по **29,4%**) мають повну середню та середню спеціальну освіту.

За характеристикою «рід діяльності» серед респондентів переважають непрацюючі пенсіонери (**30,3%**), наступна за кількістю група — безробітні (**11%**). Порівняння розподілу респондентів за родом діяльності в розрізі цільових груп пацієнтів виявило такі особливості: серед опитаних у групі 2 друге та третє за кількістю місця — за медичними працівниками (**17,4%**) та представниками сфери торгівлі (**13,0%**) (Таблиця 7).

Таблиця 7

Розподіл респондентів за родом діяльності в розрізі цільових груп пацієнтів, %

Рід діяльності респондентів	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
На пенсії та не працюю	30,3	37,0	21,7	30,3
Безробітний / безробітна	11,0	13,0	4,3	11,0
Працюю на робочій посаді в приватній організації / на приватному підприємстві	9,7	11,1	0,0	9,7
Працівник / працівниця сфери торгівлі	6,2	0,0	13,0	6,2
Підприємець / підприємниця (власний бізнес)	5,5	5,6	4,3	5,5
Медичний працівник / медична працівниця	5,5	1,9	17,4	5,5
Військовослужбовець / військовослужбовиця	5,5	11,1	4,3	5,5
Працюю на робочій посаді в державній організації / на державному підприємстві	4,8	1,9	8,7	4,8
Працюю на офісній посаді в приватній організації / на приватному підприємстві	4,8	5,6	8,7	4,8



Держслужбовець / держслужбовиця	4,1	1,9	4,3	4,1
На пенсії та працюю	3,4	3,7	0,0	3,4
Працюю в сільському господарстві на себе	2,1	0,0	8,7	2,1
Веду домашнє господарство, доглядаю за сім'єю	1,4	0,0	0,0	1,4
Працівник / працівниця сфери освіти	1,4	3,7	0,0	1,4
Працюю на офісній посаді в державній організації / на державному підприємстві	1,4	1,9	4,3	1,4
Працюю в сільському господарстві за наймом	0,7	0,0	0,0	0,7
Навчаюсь і не працюю	0,7	1,9	0,0	0,7
<i>Важко відповісти</i>	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Не хочу відповідати</i>	1,4	0,0	0,0	1,4

Зіставлення даних щодо роду діяльності за регіонами дослідження привело до таких висновків:

- у Запорізькій області найбільшим серед опитаних є представництво двох груп — безробітних і медичних працівників (по **18,8%**), а непрацюючі пенсіонери становили **12,5%**;
- у Запорізькій області серед опитаних істотно відрізняється від інших регіонів кількість медичних працівників — **18,8%** проти наступних за кількістю **9,5%** у Києві та **9,1%** у Львівській області;
- в Івано-Франківській області на першому місці за кількістю опитаних сукупно (**29,4%**) виявилась група робочих державних (**17,6%**) і приватних (**11,8%**) організацій і підприємств, а категорії «непрацюючі пенсіонери» та «безробітні» становили по **23,5%**;
- в Одеській області серед респондентів найбільше представників сфери торгівлі — **15,4%** проти найближчих **9,1%** у Києві.

Рівна кількість респондентів — по **22,8%** — зазначили свій рівень доходу як такий, коли коштів вистачає на продукти й одяг, але немає можливості купувати дорогі речі, наприклад, побутову техніку, та як такий, коли вистачає на все необхідне, але заощаджень не роблять. На другому місці за кількістю — **18,6%** — варіант «вистачає на продукти, одяг та іноді можу купувати дорогі речі, наприклад побутову техніку». Зазначили, що їм вистачає на харчування, але не вистачає на одяг, **11%** респондентів. У цільовій групі 2 виявилось більше респондентів, яким часто не вистачає грошей і продуктів харчування (Таблиця 8).

Таблиця 8



Рівень доходу респондентів у розрізі цільових груп респондентів, %

Рівень доходу	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Часто не вистачає грошей і продуктів харчування, іноді жебракую	3,4	1,5	7,4	0,0
Не вистачає коштів навіть на продукти харчування, але не жебракую	9,7	7,4	14,8	4,3
Вистачає коштів на харчування, але не вистачає на одяг	11,0	11,8	7,4	17,4
Вистачає на продукти й одяг, але не можу купувати дорогі речі, наприклад побутову техніку	22,8	23,5	16,7	34,8
Вистачає на продукти, одяг, іноді можу купувати дорогі речі, наприклад побутову техніку	18,6	19,1	18,5	17,4
Вистачає на все необхідне, але заощаджень не роблю	22,8	25,0	24,1	13,0
Вистачає на все необхідне і роблю заощадження	4,1	2,9	3,7	8,7
<i>Важко відповісти</i>	2,1	1,5	1,9	4,3
<i>Не хочу відповідати</i>	5,5	7,4	5,6	0,0

Найвищий за регіонами дослідження показник рівня доходу серед опитаних пацієнтів у місті Київ, де **33,3%** респондентів обрали варіант «вистачає на все необхідне, але заощаджень не роблю» та **9,1%** — варіант «вистачає на все необхідне і роблю заощадження». Істотно вищою порівняно з іншими областями є кількість тих, кому вистачає на все необхідне, але вони не роблять заощаджень, в Одеській області — **34,6%** (наступний за розміром показник в Івано-Франківській області становить **23,5%**), проте в Одеській і Харківській областях зовсім не виявилось тих, кому вистачає на все необхідне і вони роблять заощадження. У двох регіонах із шести виявилось більше порівняно з іншими областями респондентів, які обрали варіанти «часто не вистачає грошей і продуктів харчування, іноді жебракую» і «часто не вистачає грошей і продуктів харчування, але не жебракую» — таких по **12,5%** у Запорізькій області та по **9,4%** у Харківській області, тоді як в Івано-Франківській області в обох цих групах показник становив **0,0%**.

Більшість опитаних пацієнтів (**86,9%**) не змінювали населений пункт проживання після початку війни: не змінювали місце проживання взагалі **77,9%**, ще **9%** указали, що мешкають у



тому ж населеному пункті, але в іншому житлі. Сукупно **9,6%** опитаних переїхали до іншого населеного пункту, з них **5,5%** зробили це в межах району або області, а **4,1%** — у межах України. Подібне співвідношення спостерігається і всередині цільових груп пацієнтів. Показовим при порівнянні регіонів є те, що в Харківській області істотно більшою є кількість респондентів, які від початку війни змінили житло в межах населеного пункту. Вірогідно, це пов'язане з обстрілами певних районів Харкова й інших міст регіону.

Переважна більшість учасників опитування (**89%**) зазначили, що не є переміщеними особами. Мають статус ВПО **10,3%** від загальної кількості опитаних. У розрізі цільових груп найбільше ВПО виявилось серед пацієнтів 3-ї категорії — **17,4%** (Таблиця 9).

Таблиця 9

Наявність у респондентів статусу ВПО в розрізі цільових груп пацієнтів, %

Статус ВПО	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Ні	89,0	85,3	96,3	82,6
Так	10,3	13,2	3,7	17,4
Важко відповісти	0,0	0,0	0,0	0,0
Не хочу відповідати	0,7	1,5	0,0	0,0

Порівняння за цим показником регіонів дослідження фіксує, що найбільше опитаних зі статусом ВПО виявилось у Запорізькій області — **25%**, натомість на іншій прифронтовій території — у Харківській області — лише **3,1%** опитаних зазначили, що мають статус ВПО, і це є найменшим серед регіонів показником. В Одеській області ВПО виявилось також небагато — **3,8%** (Таблиця 10). Привертає увагу, що **3%** від кількості опитаних у місті Київ відмовились відповідати на це запитання.

Таблиця 10

Наявність у респондентів статусу ВПО в розрізі регіонів дослідження, %

Регіон дослідження	Ні	Так	Важко відповісти	Не хочу відповідати
Запорізька область	75,0	25,0	0,0	0,0
Івано-Франківська область	88,2	11,8	0,0	0,0
м. Київ	84,8	12,1	0,0	3,0
Львівська область	85,7	14,3	0,0	0,0
Одеська область	96,2	3,8	0,0	0,0
Харківська область	96,9	3,1	0,0	0,0



Резюмуючи аналіз соціально-демографічних характеристик респондентів кількісного компонента дослідження, зазначимо таке:

- серед опитаних переважають чоловіки;
- найчисельнішою віковою групою респондентів є пацієнти віком 60+;
- переважна більшість пацієнтів має вищу або середню спеціальну освіту;
- у всіх цільових групах пацієнтів переважають непрацюючі пенсіонери;
- рівень доходу більшої частини респондентів дає їм змогу мати достатньо коштів на продукти й одяг;
- більшість пацієнтів не змінювали місце проживання після початку війни та не є переміщеними особами.

4.2. Результати білатерального скринінгу на ТБ серед визначених груп пацієнтів із лабораторно підтвердженим захворюванням на COVID-19

Учасники дослідження в процесі білатерального скринінгу були протестовані на COVID-19 і ТБ. Для тестування на COVID-19 пацієнтів груп 1 і 3 переважно був застосований експрес-тест: **54,4%** та **69,6%** відповідно, а в пацієнтів групи 2, які мали важкий перебіг хвороби та були госпіталізовані, переважав ПЛР-тест — **70,4%** (Таблиця 11).

Таблиця 11

Методи тестування на COVID-19,
якими діагностували захворювання в респондентів, %

Методи тестування на COVID-19	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Експрес-тест на антиген	47,6	54,4	29,6	69,6
ПЛР	42,8	32,4	70,4	8,7
Експрес-тест на антитіла	6,9	10,3	0,0	13,0
ІФА-тест на антитіла	2,8	2,9	0,0	8,7
<i>Важко відповісти</i>	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Не хочу відповідати</i>	0,0	0,0	0,0	0,0



Порівняння застосованих методів тестування на COVID-19 у розрізі регіонів дослідження продемонструвало:

- ПЛР тест переважав серед застосованих методів в Івано-Франківській області (ним були продіагностовані **76,5%** учасників дослідження) і в місті Київ (**48,5%**);
- експрес-тест на антиген найчастіше використовувався при обстеженні пацієнтів в Одеській (**65,45**), Львівській (**57,1%**), Запорізькій (**56,3%**) і Харківській областях;
- експрес-тест на антитіла в найбільшій кількості випадків був застосований у місті Київ (**15,2%**) та, крім цього регіону, також у Львівській (**9,5%**), Запорізькій (**6,3%**) і Харківській областях (**6,3%**);
- ІФА-тест на антитіла має найбільший серед регіонів відсоток застосування в Запорізькій області (**12,5%**) та, окрім неї, використовувався при обстеженнях **5,9%** пацієнтів з Івано-Франківської та **3,8%** пацієнтів з Одеської областей.

При тестуванні на COVID-19 учасників опитування позитивний результат був виявлений у **91,2%** респондентів, причому в пацієнтів цільової групи 1 захворювання підтвердилось у **100%** випадків (Таблиця 12).

Таблиця 12

Результат тестування респондентів на COVID-19, %

Результат тестування на COVID-19	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Негативний	5,9	0,0	8,7	4,1
Сумнівний	2,9	0,0	0,0	1,4
Позитивний	91,2	100,0	91,3	94,5
Важко відповісти	0,0	0,0	0,0	0,0
Не хочу відповідати	0,0	0,0	0,0	0,0

У розрізі регіонів дослідження **100%** підтвердження захворювання при обстеженні на COVID-19 було зафіксовано в Запорізькій, Івано-Франківській, Харківській областях. Негативні результати тестування були отримані в місті Київ (**15,2%**) і Львівській області (**4,8%**). Привертає увагу той факт, що у Львівській та Одеській областях зафіксовано відповідно **4,8%** та **3,8%** випадків сумнівного результату, при цьому у Львівській області серед застосованих методів були експрес-тест на антиген (**57,1%**), ПЛР (**33,3%**) та експрес-тест на антитіла (**9,5%**), а в Одеській області — експрес-тест на антиген (**65,4%**), ПЛР (**30,8%**) та ІФА-тест на антитіла (**3,8%**).

Скринінгове анкетування показало, що серед симптомів, які свідчать про ТБ, найбільш розповсюдженими в опитуваних виявились такі (Таблиця 13):



- підвищення температури тіла упродовж останнього часу (враховувалось навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C) — **59,3%** випадків;
- підвищена втомлюваність і слабкість — **47,6%** випадків;
- задишка при незначному фізичному навантаженні — **46,9%** випадків;
- наявний кашель або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль — **43,4%** випадків.

Аналіз інформації в розрізі цільових груп пацієнтів виявив найрозповсюдженіші для кожної з них симптоми:

- перша група: підвищення температури тіла (навіть незначне — до 37–37,2°C) упродовж останнього часу (**63,2%**), наявний кашель або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль (**41,2%**) та підвищена втомлюваність і слабкість (**41,2%**);
- друга група: задишка при незначному фізичному навантаженні (**72,2%**) і підвищення температури тіла (навіть незначне — до 37–37,2°C) упродовж останнього часу (**70,4%**);
- третя група: підвищена втомлюваність і слабкість (**56,5%**) та наявний кашель або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль (**47,8%**).

Таблиця 13

Виявлені в респондентів симптоми, що можуть свідчити про ТБ, %

Симптоми	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
У пацієнта / пацієнтки наявний кашель або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль?	43,4	41,2	44,4	47,8
Пацієнт / пацієнтка відмічає підвищену втомлюваність і слабкість?	47,6	41,2	51,9	56,5
Пацієнт / пацієнтка відмічає підвищену пітливість, особливо вночі?	13,8	14,7	14,8	8,7
Пацієнт / пацієнтка відмічає зменшення ваги тіла з невизначених причин?	13,8	8,8	18,5	17,4
Пацієнт / пацієнтка відмічає підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C) упродовж останнього часу?	59,3	63,2	70,4	21,7
У пацієнта / пацієнтки наявна задишка при незначному фізичному навантаженні?	46,9	30,9	72,2	34,8
Пацієнт / пацієнтка має скарги на біль у грудній клітці?	20,0	13,2	35,2	4,3



Порівняння результатів скринінгового анкетування на ТБ за регіонами дослідження засвідчило таке:

- в Одеській області **100%** респондентів мали упродовж останнього часу підвищення температури тіла, на другому за кількістю місці серед симптомів була наявність у пацієнтів кашлю або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль (**42,3%**), на третьому — підвищена втомлюваність і слабкість (**30,8%**);
- у Запорізькій області зафіксований найбільший серед регіонів показник пацієнтів, які відзначали підвищену втомлюваність і слабкість (**81,3%**), пацієнтів, у яких наявний кашель або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль (**75%**), та пацієнтів, які відмічали підвищену пітливість, особливо вночі (**37,5%**);
- в Івано-Франківській і Львівській областях виявлена найбільша за регіонами кількість скарг пацієнтів на наявність задишки при незначному фізичному навантаженні — відповідно **58,8%** та **57,1%**;
- у Харківській та Івано-Франківській областях виявились найбільші показники симптому «зменшення ваги тіла з невизначених причин» — відповідно **25,0%** та **23,5%**, тоді як у Запорізькій, Львівській та Одеській областях вони були найменшими — відповідно **6,3%**, **4,8%** та **3,8%** (останні два числа, до речі, є взагалі найнижчими значеннями за всіма симптомами в усіх регіонах дослідження);
- скарги на біль у грудній клітці найбільше серед регіонів дослідження турбували пацієнтів із Запорізької області (**31,3%**), міста Київ (**24,2%**) і Львівської області (**23,8%**), а найменше — респондентів із Харківської області (**9,4%**);
- у пацієнтів із міста Києва найпоширенішими симптомами виявились підвищена втомлюваність і слабкість (**60,6%**), наявність кашлю або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль (**45,5%**), а найменш поширеним — симптом «підвищена пітливість, особливо вночі» (**6,1%**).

Серед чинників ризику виникнення ТБ під час опитування респондентів як найбільш значимі були зафіксовані такі (Таблиця 14):

- низький рівень матеріального забезпечення сім'ї, міграція, вживання алкоголю та наркотичних речовин, відсутність постійного місця проживання — **17,6%**;
- наявність хронічного захворювання, що призводить до зниження імунітету (ВІЛ-інфекція, цукровий діабет, онкологічні захворювання тощо) — **11,7%**.

Чітких закономірностей щодо наявності чинників ризику виникнення ТБ в пацієнтів різних цільових груп не було встановлено:

- серед пацієнтів цільової групи 1 нижчими за інші групи виявились чинники «пацієнт отримує лікування преднізолоном або іншими препаратами, які впливають на імунітет» (**2,9%** проти **7,4%** у групі 2 та **8,7%** у групі 3), наявність хоча б одного з



нижчепереліченого: «низький рівень матеріального забезпечення сім'ї, міграція, вживання алкоголю та наркотичних речовин, відсутність постійного місця проживання» (5,6% проти 13,0% у групі 2 та 12,4% у групі 3) і «пацієнт має хронічне захворювання, що призводить до зниження імунітету (ВІЛ-інфекцію, цукровий діабет, онкологічні захворювання тощо)» (8,8% проти 14,8% у групі 2 та 13,0% у групі 3), але при цьому тільки в цій групі був виявлений чинник «пацієнт хворів на ТБ в минулому» (5,9%);

- у пацієнтів цільової групи 2 найвищі показники чинників «пацієнт має хронічне захворювання, що призводить до зниження імунітету (ВІЛ-інфекцію, цукровий діабет, онкологічні захворювання тощо)» (14,3%) та наявність хоча б одного з нижчепереліченого: «низький рівень матеріального забезпечення сім'ї, міграція, вживання алкоголю та наркотичних речовин, відсутність постійного місця проживання» (13,0%), але найнижчий показник чинника «пацієнт перебував у місцях позбавлення волі впродовж останніх 2-х років» (1,9% проти 4,4% в групі 1 та 4,3% в групі 3);
- пацієнти цільової групи 3 мають удвічі більшу кількість випадків впливу чинників «пацієнт мав контакт з особою із захворюванням на ТБ протягом останніх 2-х років» (8,7% проти 4,4% в групі 1 та 3,7% в групі 2) та найвищий показник чинника «пацієнт отримує лікування преднізолоном або іншими препаратами, які впливають на імунітет» (8,7%);
- жодному з учасників та учасниць дослідження не проводилася трансплантація органів (кісткового мозку).

Таблиця 14

Чинники ризику виникнення в респондентів ТБ
в розрізі цільових груп пацієнтів, %

Чинники ризику	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Пацієнт / пацієнтка хворів / хворіла на ТБ в минулому?	2,8	5,9	0,0	0,0
Пацієнт / пацієнтка має хронічне захворювання, що призводить до зниження імунітету (ВІЛ-інфекцію, цукровий діабет, онкологічні захворювання тощо)?	11,7	8,8	14,8	13,0
Пацієнт / пацієнтка отримує лікування преднізолоном або іншими препаратами, які впливають на імунітет (зазвичай застосовуються при лікуванні злоякісних новоутворень, бронхіальної астми, ревматоїдного артриту тощо)?	5,5	2,9	7,4	8,7
Пацієнту / пацієнтці проводилася трансплантація органів (кісткового мозку)?	0,0	0,0	0,0	0,0



Пацієнт / пацієнтка мав / мала контакт з особою із захворюванням на ТБ протягом останніх 2-х років?	4,8	4,4	3,7	8,7
Пацієнт / пацієнтка перебував / перебувала в місцях позбавлення волі впродовж останніх 2-х років?	3,4	4,4	1,9	4,3
Чи характерне для пацієнта / пацієнтки хоча б одне з нижчепереліченого: низький рівень матеріального забезпечення сім'ї, міграція, вживання алкоголю та наркотичних речовин, відсутність постійного місця проживання?	17,6	5,6	13,0	12,4

Зіставлення результатів виявлення чинників ризику виникнення ТБ за регіонами дослідження дало змогу зробити такі узагальнення:

- пацієнти, які хворіли на ТБ в минулому, були виявлені тільки в Запорізькій (**18,8%**) та Івано-Франківській (**5,9%**) областях;
- чинники «пацієнт має хронічне захворювання, що призводить до зниження імунітету (ВІЛ-інфекцію, цукровий діабет, онкологічні захворювання тощо)» та «пацієнт мав контакт з особою із захворюванням на ТБ протягом останніх 2-х років» мають найбільші показники в Запорізькій області (відповідно **25,0%** та **12,5%**), а найменший вплив обох цих чинників зафіксований у Львівській області (по **4,8%**);
- чинник «пацієнт отримує лікування преднізолоном або іншими препаратами, які впливають на імунітет» у найбільшій кількості випадків зафіксований в Одеській області (**11,5%**) та в місті Київ (**9,1%**) і зовсім не виявлений у Запорізькій та Івано-Франківській областях;
- найбільша кількість пацієнтів, які мали «контакт з особою із захворюванням на ТБ протягом останніх 2-х років», виявилась у Запорізькій (**12,5%**) та Івано-Франківській областях (**11,8%**), менше таких випадків було в місті Київ (**6,1%**) та Львівській області (**4,8%**), а в Одеській і Харківській областях вплив цього чинника взагалі не був зафіксований;
- пацієнти, які перебували в місцях позбавлення волі впродовж останніх 2-х років, виявлені в Івано-Франківській (**11,8%**), Запорізькій (**6,3%**), Львівській (**6,1%**) та Харківській областях (**3,1%**), а в Одеській області та місті Київ таких серед опитаних не було;
- чинник, пов'язаний із тим, що пацієнт має хоча б одне з нижчепереліченого: «низький рівень матеріального забезпечення сім'ї, міграція, вживання алкоголю та наркотичних речовин, відсутність постійного місця проживання», — істотно більший за інші регіони в Івано-Франківській (**29,4%**) і Запорізькій (**25,0%**) областях проти **14,3%** у Львівській та



9,4% у Харківській областях і 9,1% у місті Київ, а ось в Одеській області пацієнтів, на яких впливав би цей чинник, не виявлено взагалі.

Результати медичного обстеження РОГК пацієнтів у розрізі цільових груп, відображені в Таблиці 15, зафіксували таке:

- у **13,8%** респондентів було виявлено патологічні зміни в легенях, що можуть свідчити про ТБ;
- у **84,1%** респондентів було виявлено патологічні зміни в легенях, що можуть свідчити про вірусну пневмонію;
- у пацієнтів цільової групи 3 було виявлено меншу, ніж в інших групах, кількість випадків патологічних змін у легенях, що можуть свідчити про ТБ, але виявлено більше інших патологічних змін у легенях, відмінних від ТБ та вірусної пневмонії.

Таблиця 15

Результати медичного обстеження РОГК пацієнтів у розрізі цільових груп, %

Результат РОГК	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Виявлено патологічні зміни в легенях, що можуть свідчити про ТБ	13,8	14,7	14,8	8,7
Виявлено патологічні зміни в легенях, що можуть свідчити про вірусну пневмонію	84,1	85,3	87,0	73,9
Органи грудної порожнини без патологічних змін	0,0	0,0	0,0	0,0
Інше	4,8	0,0	5,6	17,4
Не проводилось	0,0	0,0	0,0	0,0

Порівняння результатів РОГК респондентів за регіонами дослідження засвідчило, що найбільше випадків виявлення патологічних змін у легенях, які можуть свідчити про ТБ, було в Запорізькій області (**31,3%**) проти **17,6%** в Івано-Франківській, **15,6%** у Харківській, **9,5%** у Львівській областях, **9,1%** у місті Київ та **7,7%** в Одеській області.

При дослідженні мокротиння молекулярно-генетичним методом МБТ було виявлено у **12,4%** респондентів і не було виявлено у **87,6%**. Істотної різниці у виявленні при порівнянні результатів цільових груп пацієнтів не зафіксовано (Таблиця 16).

Зіставлення результатів дослідження мокротиння респондентів молекулярно-генетичним методом за регіонами дослідження встановило, що істотно більше випадків виявлення МБТ було



в Івано-Франківській області (**41,2%**) проти **12,5%** у Запорізькій, **12,1%** у місті Київ, **9,4%** у Харківській, **4,8%** у Львівській та **3,8%** в Одеській областях.

Таблиця 16

Результат дослідження мокротиння респондентів молекулярно-генетичним методом у розрізі цільових груп пацієнтів, %

Результат дослідження	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
МБТ НЕ виявлено	87,6	89,7	85,2	87,0
МБТ виявлено	12,4	10,3	14,8	13,0

Таким чином, у результаті білатерального скринінгу на ТБ / COVID-19 у **12,4%** респондентів були виявлені симптоми / ознаки, що можуть свідчити про ТБ (ймовірний ТБ) (Таблиця 17), після чого пацієнти були скеровані до лікаря-фтизіатра для постановки точного діагнозу.

Таблиця 17

Результат білатерального скринінгу респондентів на ТБ / COVID-19 у розрізі цільових груп пацієнтів, %

Результат білатерального скринінгу	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Не виявлено симптомів / ознак, що можуть свідчити про ТБ, — подальше надання необхідного об'єму лікування від COVID-19	87,6	85,3	88,9	91,3
Виявлено симптоми / ознаки, що можуть свідчити про ТБ (ймовірний ТБ), — подальше скерування до лікаря-фтизіатра для уточнення діагнозу	12,4	14,7	11,1	8,7

У пацієнтів цільової групи 3 показник виявлення симптомів / ознак, що можуть свідчити про ТБ (ймовірний ТБ), виявився нижчим — **8,7%** проти **14,7%** у групі 1 та **11,1%** у групі 2.

При порівнянні результатів білатерального скринінгу респондентів на ТБ / COVID-19 за регіонами дослідження встановлено, що найбільше випадків виявлення ТБ (ймовірного ТБ) виявлено в Запорізькій (**25,0%**) та Івано-Франківській (**23,5%**) областях проти **15,6%** у Харківській області, **9,1%** у місті Київ та **7,7%** в Одеській області. У Львівській області результати білатерального скринінгу на ТБ / COVID-19 не виявили симптомів / ознак ТБ (ймовірного ТБ).



Після консультації з лікарем-фтизіатром остаточний діагноз ТБ був встановлений у **8,4%** респондентів, тобто в **4,1%** випадків імовірність хвороби на ТБ не була підтверджена (Таблиця 18).

У цільових групах пацієнтів остаточний діагноз повністю збігся з результатами білатерального скринінгу на ТБ / COVID-19 тільки в респондентів групи 2, а в групах 1 і 3 діагноз у половині випадків не підтвердився.

Таблиця 18

Остаточний діагноз для осіб з імовірним ТБ за результатами білатерального скринінгу на ТБ / COVID-19 з урахуванням результатів консультації лікаря-фтизіатра в розрізі цільових груп пацієнтів, %

Остаточний діагноз	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Діагноз ТБ виключено	91,7	92,6	88,9	95,7
Встановлено діагноз ТБ	8,3	7,4	11,1	4,3

Порівняння результатів білатерального скринінгу на ТБ / COVID-19 та остаточного діагнозу для осіб з імовірним ТБ виявило такі факти:

- у м. Київ лікарі-фтизіатри встановили діагноз ТБ всім пацієнтам, які були спрямовані до них на консультацію після білатерального скринінгу, тобто результати останнього виявились на **100%** точними;
- у Харківській області різниця між кількістю респондентів, які за результатами білатерального скринінгу були спрямовані на консультацію до лікаря-фтизіатра (**15,6%**), і кількістю осіб, яким був встановлений остаточний діагноз ТБ (**12,5%**), становила **3,1%** випадків, у яких діагноз не був підтверджений;
- у Запорізькій, Івано-Франківській та Одеській областях діагноз ТБ після консультації лікаря-фтизіатра був підтверджений у половині випадків — відповідно **12,5%**, **11,8%** та **3,8%** проти **25,0%**, **23,5%** та **7,7%** спрямованих після білатерального скринінгу;
- найбільша кількість пацієнтів з остаточним діагнозом ТБ була встановлена в Запорізькій (**12,5%**), Харківській (**12,5%**) та Івано-Франківській (**11,8%**) областях проти **9,1%** у місті Київ та **3,8%** в Одеській області;
- у Львівській області діагноз ТБ був виключений у **100%** пацієнтів ще на етапі білатерального скринінгу.

У розрізі результату РОГК остаточний діагноз ТБ був встановлений у **60%** випадків, коли на РОГК були виявлені патологічні зміни в легенях, що можуть свідчити про ТБ, та у **3,3%** випадків, коли на РОГК були виявлені патологічні зміни в легенях, що можуть свідчити про вірусну пневмонію. Результати білатерального скринінгу на ТБ / COVID-19, що свідчили про ТБ (ймовірний ТБ), після консультації лікаря-фтизіатра підтвердились у **50%** випадків.



4.3. Оцінка пацієнтами якості отримання медичних послуг

Аналіз оцінки респондентами кількісного компонента дослідження якості отримання медичних послуг розпочнемо з характеристики процесу проходження повного обстеження, яке складалося зі скринінгового анкетування в кабінеті лікаря, радіологічного обстеження органів грудної клітки та дослідження мокротиння молекулярно-генетичним методом GeneXpert.

Відповіді респондентів стосовно часу, витраченого на повне обстеження, розподілились так: **60%** опитаних пройшли обстеження за 2–3 дні, **25,5%** — за 1 день (Таблиця 19). У розрізі трьох цільових груп опитаних значних відмінностей у часі проходження обстеження не виявлено. Так, пройшли обстеження за 2–3 дні:

- **61,8%** респондентів групи 1 — особи, які мають лабораторне підтвердження захворювання на COVID-19 і мають клінічні прояви захворювання / скарги, що не потребують госпіталізації (кашель більше 2-х тижнів, кровохаркання, підвищену втомлюваність та слабкість, підвищену пітливість, особливо вночі, зменшення ваги тіла з невизначених причин, підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C), задишку при незначному фізичному навантаженні, біль у грудній клітці);
- **57,4%** респондентів групи 2 — особи, які мають тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 і є госпіталізованими до ЗОЗ у зв'язку з тяжкістю стану відповідно до галузевого стандарту у сфері охорони здоров'я;
- **60,9%** респондентів групи 3 — особи, які перехворіли на COVID-19 і мають постковідні залишкові зміни в легенях за даними РОГК.

Таблиця 19

Оцінка респондентами часу, витраченого на повне обстеження, у розрізі цільових груп, %

Шкала вимірювання	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Усе пройшов / пройшла за один день	25,5	30,9	22,2	17,4
Знадобилось 2–3 дні	60,0	61,8	57,4	60,9
Обстеження тривало протягом усього тижня	9,7	7,4	13,0	8,7
Знадобилось 2 тижні	1,4	0,0	1,9	4,3
Більше 2 тижнів	2,8	0,0	5,6	4,3
Важко відповісти	0,7	0,0	0,0	4,3
Не хочу відповідати	0,0	0,0	0,0	0,0



Лише **9,7%** опитаних зазначили, що обстеження тривало протягом усього тижня. У розрізі цільових груп найбільший відсоток таких респондентів виявився в цільовій групі 2 — **13%**. Крім того, серед пацієнтів цієї групи виявилось і найбільше тих, у кого обстеження тривало понад два тижні — **5,6%**. З огляду на специфіку цієї групи, пацієнти якої мали тяжкий перебіг хвороби, такий відсоток є цілком зрозумілим у контексті можливих особливостей обстеження. Привертають увагу і результати відповідей респондентів цільової групи 3: по **4,3%** пацієнтів знадобилось на обстеження 2 тижні та більше 2-х тижнів; такий же кількості пацієнтів було важко відповісти на це питання.

За часом проходження обстеження в розрізі регіонів дослідження були виявлені такі особливості:

- у кожному регіоні, окрім Івано-Франківської області, найчастіше на обстеження витрачалось 2–3 дні: Запорізька область — **56,3%**, Харківська область — **50%**, місто Київ — **66,7%**, Одеська область — **69,2%**, Львівська область — **81%**;
- більшість пацієнтів з Івано-Франківської області (**35,3%**) зазначили, що для проходження обстеження їм вистачило одного дня, але при цьому в області був і найвищий за регіонами дослідження відсоток тих, хто обрав варіант «Обстеження тривало протягом усього тижня» — **23,5%** проти наступного за розміром показника **18,8%** у Запорізькій області;
- у Харківській області виявилась найбільша серед регіонів кількість респондентів, які пройшли обстеження за один день, — **40,6%**, а рівно половина (**50,0%**) опитаних в області обрали варіант «Знадобилось 2–3 дні»;
- у Львівській області взагалі не виявилось пацієнтів, у яких обстеження тривало більше 2–3 днів: **19,0%** пройшли всі етапи за один день і **81,0%** — за 2–3 дні.

При зіставленні відповідей респондентів про час проходження обстеження в розрізі їхнього матеріального становища виявлено, що більшість представників усіх виокремлених за шкалою матеріального статусу груп пройшли обстеження за 2–3 дні. Особливістю групи пацієнтів, які позначили свій матеріальний статус як «часто не вистачає грошей і продуктів харчування, іноді жебракую», стало те, що в ній **20%** опитаних обрали варіант «Знадобилось 2 тижні». Ще однією групою, де цей показник відрізнявся від нуля (**3%**), стали респонденти, яким вистачає на продукти й одяг, але вони не можуть купувати дорогі речі, наприклад побутову техніку.

Серед тих, хто пройшов обстеження за один день, найбільше було респондентів у групах із достатком середнім і нижчим від середнього: такий варіант обрали **37%** тих, кому вистачає на продукти, одяг та вони іноді можуть купувати дорогі речі, наприклад побутову техніку, і **33,3%** тих, кому вистачає на продукти й одяг, але вони не можуть купувати дорогі речі, наприклад побутову техніку.

Кількість тих, хто пройшов обстеження за тиждень, виявилась найбільшою в найзаможнішій групі респондентів: зазначили, що витратили стільки часу, **33,3%** тих, кому



вистачає на все необхідне і хто робить заощадження. Наступною за кількістю таких відповідей (**31,3%**) стала група тих, кому вистачає коштів на харчування, але не вистачає на одяг.

Порівняння термінів проходження обстеження в залежності від того, чи змінювали респонденти місце проживання під час війни, виявило такі факти:

- найбільша кількість тих, хто пройшов обстеження за один день, була в групі тих, хто переїхав до іншого населеного пункту в межах району або області — **50,0%**;
- більшості респондентів у всіх виокремлених за цим показником групах, окрім тих, хто переїхав до іншого населеного пункту в межах України, знадобилось на обстеження від одного до трьох днів: таких сукупно (поєднання в групі кількості відповідей «1 день» та «2–3 дні») було **87,6%** серед тих, хто не змінював місце проживання, **87,5%** серед тих, хто переїхав до іншого населеного пункту в межах району або області, та **84,6%** серед тих, хто мешкає в іншому житлі в тому ж населеному пункті;
- порівняно з іншими групами є відмінності у відповідях тих респондентів, хто переїхав до іншого населеного пункту в межах України: серед них узагалі не виявилось тих, хто пройшов обстеження за один день; 2–3 дні для обстеження знадобилось половині пацієнтів (**50,0%**), зафіксовано майже втричі більше проти інших груп (**33,3%**) тих, чиє обстеження тривало протягом усього тижня; у понад двічі (**16,7%**), якщо порівняти з наступним за розміром показником (**7,7%**) у групі тих, хто мешкає в іншому житлі в тому ж населеному пункті, було респондентів, яким знадобилось для обстеження два тижні.

Майже однаковою виявилась кількість тих, хто пройшов обстеження за 2–3 дні, серед тих, хто не має та хто має статус внутрішньо переміщеної особи, — відповідно **60,5%** та **60%**. Дещо відрізняється кількість виборів інших варіантів при порівнянні відповідей респондентів без статусу ВПО та зі статусом ВПО:

- за один день пройшли обстеження **25,6%** пацієнтів без статусу та **20,0%** зі статусом;
- обстеження тривало протягом усього тижня в **9,3%** опитаних без статусу та в **13,3%** зі статусом ВПО;
- істотно відрізняється в цих двох групах кількість тих, кому на обстеження знадобилось два тижні: таких зафіксовано **0,8%** серед людей без статусу ВПО та **6,7%** серед внутрішньо переміщених осіб;
- респондентів, чиє обстеження тривало більше двох тижнів, узагалі не виявилось серед людей зі статусом ВПО та було **3,1%** серед тих, хто цього статусу не має.

Про те, що опитані в цілому пройшли обстеження відповідно до запланованого алгоритму, свідчать відповіді на запитання про труднощі, які виникли в процесі обстеження (Таблиця 20).



Таблиця 20

Оцінка респондентами труднощів, які виникли при проходженні обстеження,
у розрізі цільових груп пацієнтів, %

Труднощі	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Жодних труднощів не виникало	69,7	67,6	81,5	47,8
Було складно знайти час на обстеження через зайнятість	22,8	25,0	16,7	30,4
Багато часу витратив / витратила в черзі до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert	3,4	2,9	0,0	13,0
Довелось їздити населеним пунктом за різними адресами	2,8	2,9	0,0	8,7
Складно було знайти інформацію про графік роботи лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert	1,4	0,0	1,9	4,3
Не зміг / не змогла потрапити до рентген-кабінету з першого разу	1,4	2,9	0,0	0,0
Складно було знайти лабораторію з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устатковану обладнанням GeneXpert	0,7	1,5	0,0	0,0
Не вистачало інформації про те, що, де і коли робити	0,7	1,5	0,0	0,0
Складно було знайти рентген-кабінет	0,0	0,0	0,0	0,0
Складно було знайти інформацію про графік роботи рентген-кабінету	0,0	0,0	0,0	0,0
Не зміг / не змогла потрапити з першого разу до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert	0,0	0,0	0,0	0,0
Багато часу витратив / витратила в черзі до рентген-кабінету	0,0	0,0	0,0	0,0
Довелось платити додаткові кошти (збір на кабінет, плівку, реактиви, швидкі тести тощо)	0,0	0,0	0,0	0,0
Медичний персонал був непривітний	0,0	0,0	0,0	0,0



Інше	0,0	0,0	0,0	0,0
Важко відповісти	1,4	2,9	0,0	0,0
Не хочу відповідати	3,4	2,9	0,0	13,0

Показово, що в **69,7%** опитаних жодних труднощів при обстеженні не виникло, але при цьому показники відповідей на це питання істотно відрізняються в пацієнтів груп 2 і 3, де такий варіант обрали відповідно **81,5%** та **47,8%**.

Серед проблем проходження обстеження найбільша кількість респондентів зазначили складність знайти час на обстеження через зайнятість (**22,8%**). Цей момент може бути пов'язаний як з особливостями роботи медичних закладів (графіком роботи відповідних кабінетів), так і з особистими життєвими обставинами опитаних.

Аналіз у розрізі груп показав, що найбільше тих, хто мав певні труднощі під час опитування, було серед респондентів групи 3 (**56,8%**), з-поміж яких **30,4%** опитаних було складно знайти час для обстеження через зайнятість; **13%** багато часу витратили в черзі до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert; **8,7%** респондентів довелося їздити населеним пунктом за різними адресами; **4,3%** опитаних складно було знайти інформацію про графік роботи лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert. Причому **13%** пацієнтів цієї групи не захотіли давати відповідь на це питання, що також може непрямо свідчити про те, що вони мали певні труднощі під час обстеження.

Закономірно, що найменше труднощів з обстеженням виникло в пацієнтів цільової групи 2, які проходили його під час перебування в стаціонарному відділенні, але при цьому **16,7%** опитаних усе ж обрали варіант «Було складно знайти час на обстеження через зайнятість», а **1,9%** — «Складно було знайти інформацію про графік роботи лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert».

Пацієнти цільової групи 1 у своїх відповідях позначили найбільше різних варіантів труднощів:

- було складно знайти час на обстеження через зайнятість — **25,0%** респондентів;
- багато часу витратили в черзі до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert, — **2,9%** респондентів;
- не змогли потрапити до рентген-кабінету з першого разу — **2,9%** респондентів;
- довелося їздити населеним пунктом за різними адресами — **2,9%** респондентів;
- складно було знайти інформацію про графік роботи лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert, — **1,9%** респондентів;
- складно було знайти лабораторію з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устатковану обладнанням GeneXpert, — **1,5%** респондентів;



- не вистачало інформації про те, що, де і коли робити — **1,5%** респондентів.

Порівняння відповідей респондентів на це питання за регіонами дослідження дало такі результати:

- найбільше пацієнтів, які обрали варіант «жодних труднощів не виникало», виявилось в Івано-Франківській області — **88,1%**;
- в Івано-Франківській області пацієнти позначили найменшу кількість варіантів труднощів, яких вони зазнали під час обстеження: окрім нестачі часу на обстеження (**11,8%**), єдиною трудностю опитані назвали те, що їм довелося їздити населеним пунктом за різними адресами (**5,9%**);
- високою була кількість опитаних, які пройшли обстеження без труднощів, у Харківській області (**78,1%**), місті Київ (**75,8%**) і в Одеській області (**73,1%**);
- помітно меншою за інші регіони є кількість пацієнтів, у яких не було труднощів під час обстеження, у Львівській (**47,6%**) і Запорізькій (**43,8%**) областях;
- у Львівській області найбільшою є кількість респондентів, яким було складно знайти час на обстеження через зайнятість, — **38,1%** проти наступного за кількістю показника **25,0%** у Запорізькій області;
- Запорізька область істотно відрізняється від інших регіонів за кількістю респондентів, які обрали варіант «Багато часу витратили в черзі до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устаткованої обладнанням GeneXpert», — таких серед пацієнтів області виявилось **18,8%** проти **4,8%** у Львівській та **3,1%** у Харківській областях (в інших регіонах таких варіантів відповіді не зафіксовано);
- Львівська область виявилась єдиною серед регіонів дослідження, у якій пацієнти (**9,5%**) зазначили, ще не змогли з першого разу потрапити до рентген-кабінету, Запорізька область — єдиною, де пацієнтам (**6,3%**) складно було знайти лабораторію з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня, устатковану обладнанням GeneXpert, а місто Київ — єдиним регіоном, де опитані (**3%**) мали труднощі з тим, щоб знайти рентген-кабінет.

Важливою складовою оцінки якості надання протитуберкульозних медичних послуг в умовах пандемії COVID-19 стали відповіді респондентів стосовно того, наскільки вони задоволені рівнем отриманих медичних послуг і ставленням до них медичного персоналу під час обстеження.

Аналіз результатів показав, що пацієнти в цілому задоволені рівнем отриманих медичних послуг: **77,9%** опитаних зазначили, що цілком задоволені цим параметром під час обстеження, та **21,4%** — скоріше задоволені (Таблиця 21).

Таблиця 21



Оцінка респондентами задоволеності рівнем послуг під час обстеження, %

Шкала оцінок	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Взагалі не задоволений / не задоволена	0,0	0,0	0,0	0,0
Скоріше не задоволений / не задоволена	0,0	0,0	0,0	0,0
Скоріше задоволений / задоволена	21,4	33,8	9,3	13,0
Цілком задоволений / задоволена	77,9	64,7	90,7	87,0
Не звертав / не звертала на це уваги	0,7	1,5	0,0	0,0
<i>Важко відповісти</i>	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Не хочу відповідати</i>	0,0	0,0	0,0	0,0

Показовими в цьому випадку є три аспекти, на які варто звернути увагу:

- в оцінках пацієнтів істотно переважає варіант «Цілком задоволений / задоволена»;
- жоден респондент у всіх цільових групах не дав негативної оцінки рівню послуг, наданих медичними працівниками під час обстеження на ТБ;
- лише **1,5%** опитаних у цільовій групі 1 зазначили, що не звертали уваги на рівень послуг, і це можна вважати прямим свідченням важливості цієї характеристики для переважної більшості пацієнтів.

Задоволення пацієнтів наданими під час обстеження на ТБ послугами при порівнянні результатів за регіонами дослідження мало такий рівень (наведені відсотки відповідей за варіантами «Скоріше задоволений / задоволена» / «Цілком задоволений / задоволена»): Запорізька область — **31,3% / 68,8%**, Харківська область — **3,1% / 96,9%**, Київ — **27,3 / 72,7%**, Івано-Франківська область — **17,6% / 82,4%**, Одеська область — **34,6% / 61,5%**, Львівська область — **19% / 81%**.

Оцінка респондентами ставлення до них медичного персоналу під час обстеження в цілому виявилась позитивною — загалом **98,7%** задоволені цим моментом (**76,6%** цілком задоволені, **22,1%** — скоріше задоволені). Показово, що варіант «Взагалі не задоволений / не задоволена» обрали лише опитані з цільової групи 3 (**4,3%**), а варіант «Не звертав / не звертала на це уваги», як і у випадку з питанням про рівень наданих послуг, фігурує лише серед пацієнтів цільової групи 1 (**1,5%**) (Таблиця 22).

Таблиця 22

Оцінка респондентами задоволеності ставленням медичного персоналу під час обстеження, %

Шкала оцінок	Загалом	Група 1	Група 2	Група 3
Взагалі не задоволений / не задоволена	0,7	0,0	0,0	4,3
Скоріше не задоволений / не задоволена	0,0	0,0	0,0	0,0



Скоріше задоволений / задоволена	22,1	33,8	11,1	13,0
Цілком задоволений / задоволена	76,6	64,7	88,9	82,6
Не звертав / не звертала на це уваги	0,7	1,5	0,0	0,0
Важко відповісти	0,0	0,0	0,0	0,0
Не хочу відповідати	0,0	0,0	0,0	0,0

Порівняння відповідей респондентів на це питання за регіонами дослідження свідчить про таке:

- найбільша кількість пацієнтів, які залишились цілком задоволені ставленням до них медичного персоналу, виявлена в Харківській (**96,9%**) та Івано-Франківській (**88,2%**) областях, а найменше таких було в Одеській області (**57,7%**);
- більшою порівняно з іншими регіонами була доля варіанта «Скоріше задоволений / задоволена» в сукупному показнику задоволеності ставленням медичного персоналу в трьох регіонах дослідження — Одеській (**38,5%** скоріше задоволених та **57,7%** цілком задоволених) і Запорізькій (відповідно **31,3%** та **68,8%**) області та в місті Київ (відповідно **27,3%** та **69,7%**);
- місто Київ виявилось єдиним регіоном дослідження, у якому пацієнти (**3,0%**) зазначили, що взагалі не задоволені ставленням до них медичного персоналу в процесі обстеження на ТБ.

Отже, респонденти кількісного компонента дослідження в цілому позитивно оцінили швидкість і легкість проходження, рівень отримання послуг і ставлення до них медичного персоналу під час повного обстеження на ТБ.



Розділ 5. Загальні висновки за результатами дослідження

5.1. Оцінка впливу пандемії COVID-19 на обсяг і види наданих послуг із протидії ТБ

Перші ознаки появи нової інфекції в Україні, за словами експертів, стали проявлятися від грудня 2019 — січня 2020 року, коли почала збільшуватись кількість пацієнтів із нетиповою картиною результатів обстежень і серйозними ускладненнями від хвороби. На початку березня 2020 року в країні був офіційно оголошений карантин у зв'язку з поширенням COVID-19.

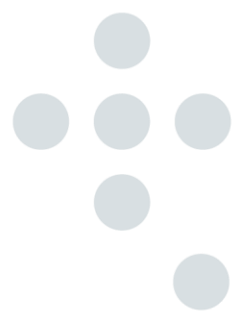
Проведений аналіз результатів дослідження впливу пандемії COVID-19 на обсяг і види надання протитуберкульозних послуг в Україні дає підстави зафіксувати основні її наслідки, що вплинули на роботу системи охорони здоров'я. Питання щодо ситуації в ЗОЗ у період пандемії COVID-19 ставились під час глибинних інтерв'ю національним і регіональним експертам, а в процесі глибинних інтерв'ю та скринінгового опитування пацієнтів не обговорювались.

1. Фінансування роботи фтизіатричної служби

Проаналізувавши відповіді на питання про вплив пандемії COVID-19 на фінансування заходів із виявлення та лікування ТБ, ми дійшли висновку, що експерти вважають фінансову підтримку галузі під час пандемії належною. За їхніми свідченнями, загальне фінансування потреб фтизіатричної служби залишалось стабільним та/або незначно змінилось, незважаючи на те, що основний фокус фінансування був спрямований на боротьбу з COVID-19.

Не було значних проблем із фінансуванням медичних препаратів для ТБ, загальна доступність ліків від ТБ для пацієнтів не була суттєво обмеженою. Ба більше, надавались додаткові препарати для лікування ТБ: антибіотики широкого спектра, неспецифічні антибіотики для лікування сепсису, препарати для придушення грампозитивної та грамнегативної флори, антикоагулянти, гормональні та судинні препарати, препарати для купірування побічних реакцій тощо.

Водночас у коментарях деяких експертів зафіксовані свідчення того, що проблемним моментом виявилась закупівля матеріалів для обстеження. Крім того, одна з експерток, лікарка-фтизіатр, зазначила, що у своїй роботі відчувала нестачу препарату «Молнупіравір», який знижує тяжкість симптомів COVID-19. А сімейний лікар, відповідаючи на питання про фінансування, указав, що його заробітна плата не збільшувалась у період пандемії. Також деякі експерти повідомляли, що під час пандемії багато протитуберкульозних послуг іще не покривались фінансуванням у межах пакета НСЗУ.



2. Зміни в роботі медичних закладів

Характеристика, яку експерти дали впливу пандемії на роботу ЗОЗ із профілактики та виявлення ТБ, була неоднозначною. Ймовірно, відмінності в оцінках пов'язані з регіональними особливостями організації роботи медичних закладів під час пандемії.

Частина лікарів як первинної, так і вторинної ланок стверджували, що робота з діагностики та лікування ТБ під час пандемії суттєво не змінилась, і підкреслювали, що всі послуги надавались пацієнтам у повному обсязі, а кількість хворих навіть дещо зменшилась.

Інші експерти повідомили, що робота лікарів ЗОЗ різних рівнів зазнала істотних змін.

У медичних закладах первинної ланки медичної допомоги ці зміни полягали в такому:

- збільшилось навантаження на сімейних лікарів / терапевтів та інтенсивність їхньої роботи;
- сімейні лікарі були активно задіяні в процесі вакцинації населення, що також збільшувало навантаження на них;
- через завантаженість стаціонарних відділень ковідними хворими медичні заклади первинної ланки допомоги брали на себе лікування пацієнтів, які за нормальних умов мали би бути госпіталізовані;
- змінився графік та, певним чином, функціонал роботи, коли сімейні лікарі не ходили по дільницях, а пацієнти рідше звертались по допомогу;
- хворі на ТБ майже не звертались до лікарів первинної ланки.

Робота лікарів-фтизіатрів і пульмонологів, за твердженнями експертів, змінилась таким чином:

- істотно збільшилась інтенсивність роботи через велику кількість госпіталізованих хворих і потребу вести відповідну документацію в системі «eХелс»;
- у лікарів з'явилися додаткові функції, оскільки вони через брак фахівців-інфекціоністів і мали виконувати свої безпосередні обов'язки, і були задіяні в боротьбі з COVID-19;
- лікарі-пульмонологи стали більш завантаженими через пандемію, оскільки консультація потребувала більше часу, а доступ до неї був ускладнений;
- лікарі-фтизіатри обов'язково обстежували всіх хворих на COVID-19;
- кількість пацієнтів із виявленим ТБ зменшилась через фокусування на COVID-19 та ізоляцію хворих;
- пандемія ускладнила застосування кур'єрської доставки ліків у системі протитуберкульозних послуг.





3. Потреба в додатковому медичному персоналі

Усі національні експертки під час проведення глибинних інтерв'ю були однастайні в тому, що в період пандемії не було потреби залучати додатковий медичний персонал до роботи саме в протитуберкульозних програмах. Із 24 опитаних регіональних експертів лише дві сімейні лікарки заявили, що під час пандемії не було потреби в залученні додаткового медичного персоналу в їхній роботі. Більшість же висловили впевненість, що залучення додаткових медичних працівників було потрібне, передусім для лікування хворих на COVID-19. У багатьох ЗОЗ зменшилась фактична кількість лікарів і середнього медичного персоналу, у деяких випадках і через те, що частина співробітників зловживали законними підставами брати відпустки на тривалий термін, а перерозподіл навантаження між працюючими відбувався не завжди оптимально.

Кілька лікарок-фтизіатрів під час інтерв'ю повідомили, що додатковий персонал залучався і безпосередньо до роботи фтизіатричної служби, але не всі нові працівники потім залишались працювати.

4. Умови роботи медичних працівників і забезпеченість засобами індивідуального захисту під час роботи

Медичні заклади почали працювати в умовах підвищеного інфекційного контролю та великої кількості важких хворих, що критично збільшило фізичне і психоемоційне навантаження на медичний персонал, який на початку пандемії не був достатнього забезпечений засобами індивідуального захисту, і це також негативно відбивалось на психоемоційному стані лікарів.

5. Методична та інформаційна підтримка роботи лікарів

Оцінки експертів щодо забезпечення роботи лікарів інформаційною та методичною допомогою розділились на дві групи: позитивні й негативні. Більшість експертів стверджували, що отримували багато методичної інформації, були поінформовані стосовно нововведень і наукових відкриттів у своїй сфері, отримували чіткі методичні рекомендації з актуальних питань, брали участь в офлайн- і онлайн-тренінгах.

Варта уваги така особливість: деякі позитивні відповіді мали дещо поверховий, формалізований характер, тобто про активну просвітницьку й навчальну допомогу в них не йшлося. Акцент був зроблений на тому, що ця допомога відбувалась у вигляді масової розсилки інформаційних матеріалів на пошту без будь-якої подальшої перевірки ступеня засвоєння чи опрацювання цієї інформації, а також у розповсюдженні певних настанов про те, як розташовувати в приміщеннях ЗОЗ застережливі знаки, інформаційні дисплеї для пацієнтів і тому подібне.

Майже всі негативні оцінки зводились до відсутності сторонньої методичної допомоги, але експерти, маючи бажання, ознайомлювалися з інформацією самостійно, оскільки вона була наявна у вільному доступі.

У відповідях усіх експертів підкреслювалась важливість постійного моніторингу професійних знань і навичок медичного персоналу, особливо під час екстрених періодів на



кшталт пандемії, коли збільшується навантаження на медичних працівників і виникає ризик зосередження на лікуванні конкретної хвороби при зменшенні уваги до інших.

6. Профілактика професійного вигорання медичних працівників

Гострою проблемою під час пандемії стало питання профілактики і подолання емоційного вигорання медичних працівників у нових умовах. Аналізуючи відповіді експертів, можемо виокремити напрями, за якими відбувалась основна психоемоційна допомога лікарям під час пандемії:

- підтримка фахових психологів. Опитані лікарі зазначали, що в деяких колективах є штатні психологи, які проводили бесіди задля визначення головних проблем медичного персоналу, пропонували поради з їх вирішення. Також деякі експерти говорили, що психологи приїздили з візитами до них у ЗОЗ для підтримки морального духу колективу;
- участь в освітніх заходах. Експерти розповіли, що брали участь у різноманітних тренінгах, лекціях, конференціях, присвячених професійному вигоранню, ментальному здоров'ю, адаптації до роботи в кризових умовах тощо;
- взаємна допомога та підтримка колег, яку багато хто з експертів називав чи не головним засобом зняття психоемоційного напруження;
- допомога від благодійних фондів як прояв додаткової уваги та підвищення значущості медичної професії.

Водночас була зафіксована значна кількість відповідей експертів із негативною оцінкою ситуації з наданням підтримки медичним працівникам у профілактиці й подоланні емоційного вигорання. Якщо узагальнити, коментарі опитаних зводяться до того, що ніяких заходів, присвячених цьому питанню, не проводилось, фахова психологічна допомога спеціалістів не надавалась. Такі твердження свідчать, що, незважаючи на наявність певних методичних рекомендацій і використання інструментів онлайн-просвіти, дієвої системи запобігання емоційному вигоранню лікарів в Україні під час пандемії COVID-19 побудовано не було.

7. Кількість випадків передачі ТБ

Опитані експерти під час інтерв'ю висловили протилежні думки щодо впливу пандемії COVID-19 на кількість випадків передачі ТБ і захворюваність на ТБ в цілому. Більшість експертів вважають, що карантинні обмеження зменшили кількість випадків передачі ТБ та інших захворювань, які розповсюджуються повітряно-крапельним шляхом. Інші експерти впевнені, що оскільки COVID-19 ускладнив діагностування ТБ, а карантинні обмеження змушували людей постійно перебувати в приміщеннях, тісний контакт удома збільшив кількість випадків передачі ТБ всередині сімей.

Подібним чином розділились оцінки експертів і щодо впливу пандемії COVID-19 на кількість виявлених випадків захворювання на ТБ. Менша частина лікарів висловили думку, що ситуація кардинально не змінилась.

Інші дві точки зору поділяє більша і майже рівна між собою кількість фахівців. Одні впевнені в тому, що підвищена увага населення до свого здоров'я, збільшення кількості



обстежень легенів (РОГК і КТ) привели до кращого виявлення ТБ. Протилежний погляд полягає в тому, що карантинні обмеження й уникання людьми (особливо з ослабленим імунітетом, ВІЛ-позитивних, із хронічними захворюваннями) візитів до лікаря через страх заразитись на COVID-19 спричинили зменшення кількості випадків виявлення ТБ, але сама захворюваність зросла. Особливої уваги заслуговує думка однієї з експерток, що під час пандемії виявлення ТБ було ускладнене через його «маскування».

8. Можливість виявлення ТБ

Після оголошення карантину для запобігання поширенню COVID-19 в Україні нормативним актом були призупинені медичні профілактичні огляди, що, на думку експертів, негативно вплинуло на систему діагностики, спрямовану на раннє виявлення ТБ. Інші експерти зауважили, що масові обстеження КТ та РОГК покращили виявлення ТБ.

Водночас за пандемії пацієнти із симптомами багатьох гострих і хронічних захворювань, зокрема й ТБ, уникали візитів до ЗОЗ, боючись зараження на COVID-19, чи не могли потрапити на прийом до лікарів через великі черги та/або зміни в режимі прийому вузьких спеціалістів. Крім того, у період пандемії пацієнти втрачали координацію в медичних питаннях, їм було важко визначитись, куди саме звертатися та які тести здавати, щоб отримати допомогу в разі ускладнень.

Окремим фактором, який, на думку деяких експертів, зменшив кількість випадків виявлення ТБ, стало те, що медична система не була орієнтована на діагностування ТБ, настороженість лікарів щодо ТБ знизилась. Усе це негативно позначалось на діагностуванні та виявленні ТБ.

9. Обстеження на ТБ

Аналізуючи вплив пандемії COVID-19 на різноманітні сфери медичного обслуговування, було розглянуто і питання затримок у проведенні лабораторних тестів і рентгенологічного обстеження під час пандемії COVID-19. Частина опитаних експертів повідомила, що в їхніх ЗОЗ (як первинної, так і вторинної ланки медичної допомоги) не було з цим особливих проблем. Інші наголошували на тому, що пандемія COVID-19 спричинила збільшення навантаження на рентгенкабінети і КТ через великий наплив людей, які прагнули пройти обстеження за власною ініціативою, без направлення лікаря. Медичні заклади змінювали режим своєї роботи, намагались чітко регламентувати графік проходження рентгенологічних обстежень задля уникнення перехресного спілкування між пацієнтами та мінімізації ризиків передачі вірусу. Зафіксовані навіть випадки цілодобової роботи кабінетів обстежень.

Одна з експерток, повідомляючи про істотні ускладнення в проведенні лабораторних тестів і рентгенологічного обстеження, окремо зазначила, що в разі підозри на ТБ обстеження проводилось без особливих затримок, тобто медична система демонструвала здатність ефективно реагувати на виклики навіть за умов великої кількості хворих на COVID-19.

10. Терміни встановлення діагнозу ТБ

З'ясовуючи думки експертів щодо впливу пандемії COVID-19 на терміни встановлення діагнозу ТБ, було виявлено три різні точки зору. Одні фахівці стверджували, що термін



встановлення діагнозу ТБ під час пандемії майже не змінився. Другі експерти висловили переконання, що ситуація погіршилась і терміни подовжились. Представники третьої позиції переконані, що пандемійні зміни навіть сприяли покращенню процесу встановлення діагнозу ТБ.

11. Взяття пацієнтів із встановленим діагнозом ТБ на облік для лікування

Перенаправлення пацієнтів із виявленим ТБ для взяття на облік і отримання лікування, на думку опитаних експертів, або не змінилось, або погіршилось. Крім того, одна з лікаррок повідомила про випадки відмови в госпіталізації пацієнтів із активною формою ТБ до стаціонарних відділень.

12. Обстеження контактних осіб

Відповідаючи на питання про вплив пандемії COVID-19 на обстеження контактних осіб, частина експертів зазначили, що воно не зазнало змін і проводилося відповідно до протоколів, незалежно від пандемії. Інші опитані повідомили, що в цьому питанні виникли помітні труднощі, пов'язані з карантинними обмеженнями.

13. Забезпечення пацієнтів препаратами для лікування

Важливим питанням дослідження було з'ясування того, яким чином і на який період пацієнти під час пандемії COVID-19 отримували препарати для лікування. З цього приводу експерти повідомили, що у зв'язку з карантинними обмеженнями хворим на ТБ ліки видавали на довший, ніж зазвичай, термін, а контакт із лікарем підтримувався дистанційно, тільки за потреби відвідування консультація проводилась очно.

Узагальнення відповідей експертів виявило два основних способи отримання препаратів пацієнтами:

- пацієнти забирали препарати самостійно, при цьому всі організаційні моменти вирішувались у телефонному режимі;
- препарати пацієнтам доставляли соціальні працівники.

Період, на який пацієнти отримували ліки під час пандемії, за словами експертів, визначався такими основними чинниками:

- ступенем тяжкості протікання захворювання;
- відстанню від дому пацієнта до медичного закладу, де видавались ліки;
- активністю міграцій пацієнтів у межах країни.

З урахуванням зазначених факторів існували такі варіанти термінів, на які пацієнтам видавались ліки:

- до 1 місяця (лікувались легкі форми захворювання, які давали позитивну динаміку вже на початку лікувального процесу);
- на 3 місяці;
- на 6 місяців.



14. Способи підтримки зв'язку лікарів із пацієнтами

Зі слів експертів було зафіксовано три основні канали підтримки зв'язку з пацієнтами:

- телекомунікації (телефонні розмови, спілкування в месенджерах, відеозв'язок). Опитані лікарі повідомили, що елементи телемедицини вони почали використовувати ще до пандемії, оскільки це стало досить зручною альтернативою особистому відвідуванню, давало можливість бути завжди на зв'язку з пацієнтами та економило їм час і витрати на дорогу;
- відвідування пацієнтами лікарні. Здійснювалося тими пацієнтами, які мали скарги та не мали остаточного діагнозу;
- виклик лікаря додому. Ця практика мала місце для тяжких пацієнтів, які не могли самотужки діставатись до лікарні, а також для пенсіонерів і дітей.

15. Використання в медичних послугах із протидії ТБ інформаційних технологій

Велика кількість пацієнтів через карантинні обмеження мали складнощі з тим, щоб діставатись до медичних закладів, тому лікарі почали активніше застосовувати інструменти телемедицини. Досвід використання цифрових технологій підтримки прихильності пацієнтів до лікування в опитаних експертів виявився різним залежно від місця і специфіки роботи. Зокрема, лікарі стаціонарних відділень майже нічого не могли сказати з цього приводу, оскільки вони спілкуються з пацієнтами безпосередньо.

Спеціалісти, які лікують пацієнтів амбулаторно, під час інтерв'ю досить позитивно оцінили можливість використання в процесі лікування телемедицини, онлайн-консультацій та інших цифрових технологій, оскільки вони є досить зручними в тих випадках, коли їх коректно використовувати.

Перевагами застосованих технологій експерти вважають те, що вони допомагають лікарям завжди «тримати руку на пульсі» без безпосереднього контакту з пацієнтом і підвищують рівень самостійності й свідомого ставлення пацієнтів до свого здоров'я, адже вони повинні уважно відстежувати певні особливості свого стану, щоб описати суть проблеми лікарю, орієнтуватись у певних показниках, якщо мова йде про результати аналізів та їхнє порівняння, і розвивати високий рівень самодисципліни.

Певним недоліком такої практики, за свідченнями частини експертів, була переважно односторонність зв'язку: пацієнти самі телефонували і писали, на свій розсуд визначаючи рівень потреби звертання до лікаря, а лікарі не контролювали процес лікування повністю, бо майже не робили зворотних дзвінків пацієнтам. Ця тенденція мала місце через дисбаланс: була надмірно велика кількість пацієнтів і недостатня кількість лікарів в умовах великих масштабів захворювання.

Головними факторами, які, на думку лікарів, є перешкодами для широкого впровадження цифрових технологій у роботі з пацієнтами, є неготовність і небажання частини хворих вибудовувати комунікацію таким чином. Найчастіше таке небажання, за оцінками опитаних фахівців, пояснюється поважним віком пацієнтів або низьким рівнем їхньої освіти.



16. Прихильність хворих на ТБ до лікування, пацієнтська дисципліна та рівень вибуття пацієнтів із лікування

Вплив пандемії COVID-19 на поведінку пацієнтів із ТБ експерти оцінили по-різному. Одні зазначали, що особливих змін не помітили. Другі вказали на погіршення пацієнтської дисципліни через об'єктивні (карантинні обмеження) та суб'єктивні (складні психоемоційні стани через страх заразитись на COVID-19) моменти, спричинені пандемією. Були й експерти, які вважали, що пацієнти стали більш свідомими та відповідальними, а також активніше цікавились можливим впливом COVID-19 на перебіг лікування від ТБ.

Переважна більшість експертів у відповідь на питання про вплив пандемії COVID-19 на рівень вибуття пацієнтів із лікування ТБ повідомили, що значно він не змінився, хоча, як і завжди, спостерігались поодинокі випадки вибуття. Утім деякі лікарі пояснили, що вплив пандемії позначився на підтриманні зв'язку з пацієнтами через страх заразитись і бажання людей, хворих на ТБ, перебувати подалі від великих міст.

17. Потреба пацієнтів із ТБ в додаткових послугах

Під час глибинних інтерв'ю експерти висловили думку, що в пандемійний період пацієнти мали потребу в додаткових медичних консультаціях. Позиції лікарів щодо того, на які саме додаткові послуги був запит у хворих на ТБ, умовно можна поділити на дві групи.

Представники першої групи констатували, що пацієнтам необхідні були додаткові обстеження вузькопрофільних спеціалістів, зокрема пульмонологів. Експерти другої групи наголошували передусім на необхідності психологічних консультацій, оскільки неконтрольована паніка та розпач створювали не менше негативних наслідків для здоров'я, аніж ускладнення, безпосередньо спричинені хворобою.

18. Що можна покращити в майбутньому

У відповідь на питання про те, якої ще допомоги потребували фахівці фтизіатричної служби в пандемійний період, більшість опитаних наголосили, що вони мали все необхідне для роботи, але й висловили кілька побажань на майбутнє:

- спростити протоколи роботи сімейних лікарів, оскільки існував та існує зараз дуже широкий функціонал, що призводить до виснаженості лікарів через невідповідність кількості пацієнтів їхнім можливостям і, як наслідок, спричиняє отримання пацієнтом неякісних, неповних консультацій;
- відкоригувати і структурувати алгоритм діагностики ТБ, особливо на етапі комунікації та взаємодії лікарів;
- ініціювати проведення навчання для молодшого медичного персоналу з метою покращення процесу взаємодії медичних сестер і лікарів за рахунок збільшення швидкості роботи й підвищення рівня взаєморозуміння та довіри між колегами.

Таким чином, можемо констатувати, що карантинні обмеження, спричинені пандемією COVID-19, на думку опитаних експертів, у цілому погіршили доступ пацієнтів із ТБ до лікарень і дещо збільшили рівень вибуття пацієнтів із лікування. Через суттєве зменшення кількості



звернень до лікарів збільшилась кількість запущених випадків ТБ, що, ймовірно, могло призвести до збільшення смертності серед хворих на COVID-19, які мали невиявлений ТБ, і водночас не було адекватно відображене в статистиці через скасування обов'язкової звітності щодо ТБ з боку медичних закладів первинної ланки.

Незважаючи на перелічені негативні впливи пандемії COVID-19, національні і регіональні експерти зазначили, що в країні була проведена величезна робота щодо боротьби з COVID-19, вакцинації населення та подолання наслідків пандемії, і це привело до взяття ситуації під контроль у сфері охорони здоров'я в цілому та в наданні послуг із протидії ТБ зокрема. Проте початок повномасштабного вторгнення росії спричинив нові виклики системі протитуберкульозних медичних послуг.

5.2. Оцінка бар'єрів доступу до послуг із протидії ТБ та факторів позитивного впливу, що виникли у зв'язку з пандемією COVID-19

Основними **бар'єрами**, які під час пандемії COVID-19 заважали якісному виявленню ТБ й наданню протитуберкульозних послуг, на думку національних і регіональних експертів, були:

- карантинні заходи;
- стигматизація ТБ в суспільстві;
- низька інформованість населення щодо профілактики та лікування ТБ;
- подекуди некомпетентність лікарів у питаннях протидії ТБ;
- недотримання деякими лікарями алгоритмів, покликаних сприяти ранньому виявленню ТБ;
- погіршення фінансування протитуберкульозних заходів на рівні місцевого самоврядування.

Окремо експерти наголошували на тому, що істотним бар'єром доступу до послуг із протидії ТБ є неухвалене ставлення населення до свого здоров'я та нерозуміння важливості своєчасного звернення до лікарів із симптомами будь-яких захворювань. Ба більше, не всі люди мають підписану декларацію із сімейним лікарем, що ускладнює можливість виявлення, вчасного обстеження та лікування всіх хвороб загалом і ТБ зокрема.

Головними **проблемами у сфері послуг із протидії ТБ**, які були до пандемії і загострились у її період, із точки зору опитаних експертів, можна вважати такі.

1. Незважаючи на те, що на ТБ хворіють представники різних верств населення, більшість пацієнтів із встановленим діагнозом — представники маргінальних груп. Ця обставина обумовлює складнощі зі встановленням контакту з такими хворими через недостатній рівень їхнього виховання та культури, нерозуміння елементарних санітарних і соціальних норм. Через



особливості комунікативних практик пацієнтів із груп ризику лікарі зазнають додаткового навантаження під час роботи, оскільки спілкування з цими людьми має здебільшого стресовий, деструктивний характер.

2. Через труднощі комунікації та почасти неможливість досягнення взаєморозуміння з пацієнтами лікарям важко контролювати процес лікування та відповідати за його результат, адже більшість їхніх рекомендацій і порад такі хворі на ТБ можуть ігнорувати. На думку експертів, ця проблема спричинена не тільки специфікою поведінки самих пацієнтів, а й відсутністю підтримки лікувального процесу цієї групи пацієнтів на законодавчому рівні. У лікарів немає законних важелів впливу на цих пацієнтів, і тому супровід лікування без співпраці з боку пацієнта може мати доволі поверховий, формальний характер.

3. Складнощі роботи у сфері протидії ТБ викликають у медичного персоналу підвищену потребу в підтримці мотивації їхньої роботи. Експерти наголошують на важливості більшої уваги та позитивної оцінки значущості праці лікарів і молодшого медичного персоналу з боку місцевих та державних органів влади, публічної вдячності їм за ту колосальну роботу, яку вони проводили і проводять.

Говорячи про фактори позитивного впливу на послуги з протидії ТБ, більшість експертів схилялись до висновку про відсутність пов'язаних із пандемією змін, які б позитивно вплинули на їхню роботу. Така позиція є цілком зрозумілою, оскільки той період супроводжувався високим рівнем стресу як для медичних працівників, так і для пацієнтів через пряму загрозу життю, а отже, спогади про нього мають переважно негативне психоемоційне забарвлення.

Утім у процесі дослідження все ж вдалося виявити чимало цікавих думок експертів стосовно **позитивних впливів змін**, які відбулися під час пандемії COVID-19, на сферу послуг із протидії ТБ.

1. Пандемія стимулювала швидший розвиток фтизіатричної служби, підвищилась її адаптивність і здатність до змін. На центральному рівні були прийняті заходи, спрямовані на забезпечення безперервності діагностики, лікування та профілактики ТБ у зв'язку з ризиками, спричиненими COVID-19. Збільшився перелік відповідних послуг.

2. COVID-19 спричинив зростання уваги до захворювань органів дихання загалом і до ТБ зокрема, що вплинуло на політику забезпечення сфери. Держава стала краще опікуватись забезпеченням ЗОЗ засобами індивідуального захисту медичного персоналу. Підвищилась матеріально-технічна оснащеність медичних закладів загалом і фтизіатричних зокрема, з'явилося нове обладнання, яке суттєво покращило якість надання протитуберкульозних послуг. Саме під час пандемії стали спостерігатись більш активні надходження в тубдиспансери іноземних медичних препаратів і витратних матеріалів для обстежень. Розширились можливості лабораторних обстежень на ТБ, активніше став використовуватись метод молекулярно-генетичної діагностики GeneXpert.

3. Покращилась комунікація і посилилась взаємодія між ЦГЗ, медичними закладами і міжнародними організаціями. Збільшилась фінансова допомога закладам охорони здоров'я з боку міжнародних благодійних фондів.



4. У деяких ЗОЗ первинної ланки у зв'язку з пандемією відбулось розширення спектра протитуберкульозних послуг завдяки підписанню відповідного пакета з НСЗУ, відкрилися штатні посади фтизіатрів, яких раніше не було, що покращило доступ пацієнтів до медичних послуг із протидії ТБ. Покращилась робота стаціонарних фтизіатричних відділень, поглибилися професійні знання й навички медичного персоналу.

5. Відбулися зміни на краще в робочих алгоритмах щодо залучення різних спеціалістів для диференційованої діагностики пацієнтів, що вплинуло на свідомість лікарів і покращило їхню обізнаність, зокрема і щодо діагностування та лікування ТБ.

6. Пандемія пришвидшила впровадження інформаційних технологій у сферу протитуберкульозних послуг, ширше стали використовуватись онлайн-ресурси для супроводу та контрольованого лікування хворих на ТБ. Були масштабовані успішні кейси та відпрацьовані алгоритми надання протитуберкульозних послуг дистанційно.

7. Активізувалась робота з організації професійного навчання й інформаційно-методичної підтримки медичних працівників щодо питань протидії ТБ. Виклики пандемії стимулювали лікарів і молодший медичний персонал швидше вчитись та активніше підвищувати свою фаховість.

8. Пандемія дисциплінувала як лікарів, так і пацієнтів, акумулювала всі можливі сили й ресурси, об'єднала людей навколо спільної мети. Завдяки пандемії лікарі побачили, що взаємодія між різними службами — як медичними, так і соціальними — може бути досить конструктивною та результативною, а швидкість у прийнятті управлінських рішень — це реальність, а не міф.

9. Відбулись трансформації у свідомості пацієнтів у бік відповідальнішого ставлення до свого здоров'я, більш свідомого сприйняття необхідності проходження великої кількості обстежень, зокрема під час профілактичних медичних оглядів, ретельнішого виконання рекомендацій лікарів і більшої прихильності до здорового способу життя в повсякденні. Люди почали більше цінувати стан спокою та відсутності хвороб. Пацієнти з ТБ, які через загрози життю під час пандемії переживали гострий стрес, подекуди отримали можливість мати психотерапевтичний супровід.

10. Карантинні заходи позитивно вплинули на профілактику передачі ТБ, оскільки суворо контролювалось дотримання санітарних обмежень, маскового режиму та самоізоляції.

11. Інтенсивність роботи медичного персоналу під час пандемії актуалізувала нагальну потребу розроблення програм відновлення ресурсного стану співробітників і запобігання професійному вигоранню медичних працівників.

Думки експертів стосовно подолання проблем, які виникли з початком пандемії, розділились: частина вважає, що вони вирішилися, частина — що до цього ще далеко, а частині взагалі було важко дати однозначну оцінку. Єдиний момент, який об'єднав опитаних фахівців, — це спільне визнання того, що **пандемія стала джерелом появи безцінного досвіду**, додаткових знань, винайдення нових схем лікування, ознайомлення з властивостями й ефективністю нових, невідомих ліків, сприяла міжнародному обміну досвідом. Приклади застосування інноваційних



підходів і стратегій для підтримки й розширення якісних протитуберкульозних послуг, упроваджені під час пандемії, свідчать про те, що фтизіатрична служба України в цілому успішно пододала виклики, спричинені COVID-19.

5.3. Оцінка впливу повномасштабного вторгнення росії на обсяг і види послуг із протидії ТБ

Повномасштабне вторгнення росії спричинило численні складнощі та проблеми в системі надання протитуберкульозних послуг. Серед основних національні та регіональні експерти назвали такі:

- зруйновано або пошкоджено частину ЗОЗ;
- порушено логістичні шляхи доставки медикаментів і реактивів до певних регіонів;
- зменшилась кількість працюючих медичних працівників, проте лікарі в протитуберкульозних закладах продовжують надавати підтримку своїм пацієнтам, навіть якщо ті виїхали за кордон, чому, зокрема, сприяє налагоджений зв'язок з іноземними колегами;
- зменшилась кількість випадків виявлення ТБ;
- підвищився ризик виникнення ТБ, особливо у ВПО;
- ускладнене повноцінне обстеження ВПО, оскільки не всі вони звертаються до ЗОЗ після зміни місця проживання;
- недостатнє фінансування протитуберкульозної служби;
- неможливе діагностування ТБ на окупованих територіях;
- відсутність статистичних даних про кількість хворих на територіях, де наразі часті обстріли.

Основними факторами, які в нинішній ситуації заважають виявленню ТБ, експерти вважають:

- недостатню інформованість пацієнтів щодо особливостей роботи фтизіатричної служби (побутує хибна думка про платний характер лікування);
- небажання пацієнтів звертатися до лікарів на обстеження;
- проблему недообстеження на ТБ в первинній ланці медичної допомоги;
- відсутність зацікавленості в реалізації державної стратегії подолання ТБ з боку політиків.

Зараз є нагальна потреба у психологічній підтримці пацієнтів, особливо ВПО та людей із деокупованих територій. Підвищити мотивацію пацієнтів продовжувати лікування від ТБ в сучасній ситуації можуть такі заходи:



- забезпечення засобами зв'язку — смартфоном або планшетом, якщо в цьому є потреба конкретного хворого, і надання соціальної підтримки (зокрема — харчових «пакетів»);
- загальна інформованість про важливість збереження здоров'я, надання психологічної підтримки;
- надання пацієнтам психологічної підтримки та проведення загальних медоглядів;
- забезпечення житлом внутрішньо переміщених пацієнтів, а також надання їм юридичних консультацій;
- створення сервісів підтримки ментального здоров'я, яких потребують абсолютно всі українці, не лише хворі на ТБ.

Загалом фтизіатрична служба, за оцінками експертів, продовжує працювати, статистичні дані збираються навіть із територій, що були деокуповані. Визначаються річні потреби в ліках і проводяться закупівлі та доставка препаратів по регіонах. На територіях, де немає бойових дій, пацієнти забезпечені всіма необхідними препаратами. Зв'язок із пацієнтами підтримується за допомогою телемедицини. Надходить допомога від донорів і гуманітарних фондів, є необхідне обладнання й ліки, надаються безоплатні діагностика та лікування від ТБ.

Національні та регіональні експерти надали такі рекомендації та побажання стосовно покращення роботи протитуберкульозної служби під час війни.

1. Потрібно нагально вирішувати проблеми з наданням медичних послуг на щойно деокупованих територіях.
2. Існує потреба в покращенні на загальнодержавному рівні фінансування певних препаратів для лікування.
3. Необхідно долати брак вузькопрофільних фахівців у туберкульозній службі.
4. Варто активніше залучати міжнародні організації до діагностування ТБ у внутрішньо переміщених осіб як окремої групи ризику.
5. Важливо приділяти достатню увагу питанням профілактики ТБ та проблемі проживання людей у неналежних умовах.
6. Залучати до допомоги в організації роботи фтизіатричної служби військові адміністрації, зокрема для надання транспорту і можливості додаткових обстежень.

Пацієнти під час глибинних інтерв'ю висловили своє бачення впливу повномасштабного вторгнення росії на обсяг і види послуг із протидії ТБ. На їхню думку, система протитуберкульозних послуг, як і медична сфера загалом, зазнає негативного впливу війни через такі чинники:

- збільшення кількості хворих на ТБ, спричинене великими скупченнями людей під час масової евакуації та постійними стресами через ризики для життя і здоров'я;



- ускладнення доступу населення до медичних послуг через вимушені зміни місця проживання, закриття або переміщення лікарень, зменшення кількості працюючих лікарів;
- велика кількість повітряних тривог, що заважають нормальній роботі медичних закладів;
- погіршення фінансового становища пацієнтів через складну економічну ситуацію в державі.

Попри наявні труднощі, пацієнти в процесі глибинних інтерв'ю та скринінгового анкетування в цілому позитивно оцінили швидкість і легкість проходження, рівень отримання послуг і ставлення до них медичного персоналу під час повного обстеження на ТБ. Опитані, які хворіли на ТБ, зазначили, що отримували лікування безплатно, ніяких складнощів у процесі не мали і задоволені його якістю. Респонденти також відзначили безбар'єрність отримання послуг: зручну логістику, відсутність черг, короткотривалість обстеження, відсутність фінансових витрат.

Незважаючи на те, що поки немає підстав говорити про подолання всіх проблем із виявленням і діагностуванням ТБ в країні, у цілому опитані пацієнти й національні та регіональні експерти впевнені, що система протитуберкульозних послуг в Україні встояла під час війни та долає актуальні виклики.

5.4. Ключові фактори впливу на доступність, рівень покриття і якість послуг із протидії ТБ

Опитані під час проведення глибинних інтерв'ю національні та регіональні експерти, а також пацієнти виокремили такі ключові фактори впливу на доступність, рівень покриття і якість послуг із протидії ТБ в Україні.

1. Активне впровадження широкого й масового інформування населення про особливості захворювання на ТБ задля покращення ситуації із запобіганням його поширенню.
2. Сприяння зміні суспільного ставлення до ТБ в напрямі розуміння того, що ТБ — це не щось винятково асоціальне, а лише захворювання, яке може торкнутися будь-якої людини з будь-якої верстви населення, і що ймовірність захворіти на ТБ не дорівнює соціальному неблагополуччю.
3. Розробка й упровадження в систему освіти спеціальних просвітніх заходів інформування про проблему ТБ, спрямованих на дітей і підлітків.
4. Пропаганда нульової дискримінації людей із ТБ в суспільстві.
5. Моніторинг та оновлення за потреби у відповідності з новітніми світовими досягненнями нормативної бази роботи фтизіатричної служби.
6. Дієва імплементація прийнятих МОЗ стандартів, процедур, алгоритмів, рекомендацій із протидії ТБ в практику надання медичної допомоги населенню.



7. Упровадження в роботу медичної системи людиноорієнтованих моделей підтримки хворих на ТБ.
8. Зміцнення кадрового потенціалу фтизіатричної служби, підготовка фахівців подвійної спеціалізації.
9. Покращення трудових умов для медичних працівників у напрямі профілактики професійного вигорання.
10. Удосконалення системи професійного навчання медичних працівників щодо їхньої обізнаності з питань надання протитуберкульозних послуг.
11. Поновлення обов'язкового профілактичного обстеження населення для забезпечення ефективного раннього виявлення ТБ з урахуванням викликів в умовах війни та браку фінансування.
12. Удосконалення логістики роботи фтизіатричної служби, концентрація за можливості в одному закладі охорони здоров'я всіх послуг з обстеження та лікування ТБ. Підтримання в дієвому стані логістичних ланцюгів доставки ліків хворим на ТБ з урахуванням викликів війни.
13. Покращення доступності обстеження на ТБ, рівня забезпеченості необхідним для цього обладнанням, витратними матеріалами та сучасними методами діагностики ТБ, зокрема GeneXpert.
14. Ширше використання практики роботи спеціалістів фтизіатричної служби «на виїзді», коли фахівці з регіональних протитуберкульозних закладів обстежують хворих чи потенційних хворих на ТБ на рівні районів і доставляють біоматеріали на обстеження до найближчих лікарень, де є діагностичне обладнання GeneXpert.
15. Активне застосування в ЗОЗ нових підходів до надання протитуберкульозних медичних послуг з урахуванням досвіду роботи в умовах локдауну: онлайн-запису пацієнтів, використання засобів цифрової комунікації лікарів між собою та з пацієнтами тощо.
16. Посилення відповідальності медичних працівників за дотримання протоколів проведення скринінгу на ТБ в закладах первинної ланки медичної допомоги.
17. Удосконалення роботи з людьми, хворими на ТБ, у напрямі підвищення зручності регламентів відвідування ЗОЗ пацієнтами для обстеження й отримання ліків.
18. Посилення та підвищення ефективності роботи з людьми з груп високого ризику ТБ та людьми з імовірним ТБ.
19. Розробка й упровадження в соціальну практику програм психологічної підтримки для людей, хворих на ТБ.
20. Підвищення обізнаності фахівців фтизіатричної служби щодо надання психологічної підтримки пацієнтам із метою посилення їхньої прихильності до лікування.



21. Поширення мотиваційної роботи з хворими на ТБ в напрямі підвищення їхньої пацієнтської дисципліни, посилення організованості та відповідальності за власне здоров'я й епідеміологічну ситуацію в суспільстві в контексті запобігання поширенню хвороби.
22. Активне продовження роботи із залучення до вирішення проблем людей із ТБ пацієнтських і громадських організацій, а також активізація допомоги з боку місцевих громад і спільнот.
23. Проведення просвітницької роботи з членами сімей і близькими хворих на ТБ з метою посилення їхньої соціальної підтримки та створення сприятливого для одужання оточення. Важливо, щоб люди з ТБ відчували впевненість у можливості повного одужання, а також могли отримати необхідну психологічну допомогу.
24. Посилення відповідальності за невиконання державної стратегії протидії ТБ всіх суб'єктів її реалізації.

Забезпечення ефективного впливу перелічених факторів, на думку експертів нашого дослідження, є запорукою дієвої національної політики протидії ТБ, спрямованої на постійне вдосконалення системи відповідних медичних послуг, подолання стереотипів щодо захворювання та запобігання стигматизації людей із ТБ.

5.5. Рекомендації щодо підвищення рівня доступності протитуберкульозних послуг

Узагальнивши думки національних і регіональних експертів щодо заходів підвищення рівня доступності протитуберкульозних послуг в Україні, наведемо перелік отриманих порад, побажань і рекомендацій:

- активно поширювати через засоби масової інформації та соціальні медіа інформаційні кампанії для населення, спрямовані на покращення обізнаності людей про ТБ, профілактику його поширення в країні та важливість обстеження;
- сприяти вкоріненню в управлінців різних рівнів і широкого загалу думки щодо корисного економічного впливу раннього виявлення ТБ (економії коштів у майбутньому на лікування важких форм захворювання тощо);
- посилювати на державному рівні контроль за проведенням профілактичних медичних оглядів з обов'язковим прийняттям відповідної нормативної бази;
- сприяти підвищенню рівня настороженості щодо ТБ в сімейних лікарів / терапевтів, мотивувати їх сумлінно проводити скринінг населення;
- переглянути нормативи щодо кількості пацієнтів, закріплених за сімейними лікарями / терапевтами, у бік зменшення навантаження на них для покращення ефективності роботи з кожною людиною, яка звертається по медичну допомогу;



- посилювати контроль за дотриманням сімейними лікарями / терапевтами протоколів обстеження на ТБ та алгоритмів його діагностування;
- розвивати практики підтримання постійного контакту між сімейними лікарями / терапевтами й пацієнтами, запобігати випадкам укладання фіктивних декларацій і формального ставлення медичних працівників до професійних обов'язків;
- проводити на постійній основі навчання для медичного персоналу ЗОЗ, особливо первинної ланки, щодо покращення їхніх знань із питань профілактики та лікування ТБ для підвищення рівня виявлення випадків захворювання;
- розробити систему фінансового заохочення сімейних лікарів / терапевтів для активнішого проведення профілактичних оглядів, стимулювання їхніх пацієнтів проходити регулярні обстеження;
- стимулювати сімейних лікарів / терапевтів приділяти особливу увагу роботі з особами з груп ризику для запобігання поширення серед них ТБ;
- опікуватись підготовкою фахових кадрів для роботи фтизіатричної служби, залучати медичних сестер до роботи з пацієнтами щодо профілактики ТБ, проводити для них профільні навчання щодо питань протидії ТБ;
- збільшувати фінансування фтизіатричної служби для забезпечення обладнанням та устаткуванням, необхідним для проведення обстежень на ТБ;
- збільшувати кількість персоналу в протитуберкульозній службі та підготовку фахівців із подвійною спеціалізацією;
- покращувати алгоритми діагностування ТБ, включно з доступністю для пацієнтів державних ЗОЗ сучасних методів обстеження крові (зокрема квантиферонового тесту, який наразі роблять тільки приватні лабораторії), та систему доставки мокротиння до лабораторій;
- ширше впроваджувати у сферу послуг із протидії ТБ інформаційні технології та новітнє обладнання (системи штучного інтелекту, програми контрольованого лікування, портативні рентген-апарати тощо);
- розширювати мережу мобільних амбулаторій і бригад для покращення доступу населення до обстеження на ТБ;
- скорочувати маршрут пацієнта, покращувати логістику роботи фтизіатричної служби;
- сприяти впровадженню системи соціального супроводу (кураторства) людей із ТБ, залучати до їхньої підтримки ресурси місцевих громад, «оздоровлювати людей соціально»;
- проводити системну роботу з пацієнтами, що вилікувалися від ТБ та потребують підтримки в розумінні того, як контролювати власний стан здоров'я.



Пацієнти під час реалізації якісного та кількісного компонентів дослідження надали свої рекомендації стосовно вдосконалення процесу обстеження та лікування ТБ:

- упроваджувати профілактичні заходи, спрямовані на запобігання поширенню ТБ;
- покращувати технологічну якість обладнання (передусім флюорографів);
- посилювати цифровізацію протитуберкульозних послуг;
- збільшити термін, на який видаються медикаменти;
- активніше проводити просвітницьку роботу серед населення та розповсюджувати інформацію в медіа про ТБ, його профілактику, діагностику й особливості лікування.

Загалом, на думку опитаних пацієнтів та національних і регіональних експертів, потрібно пріоритезувати питання подолання ТБ на загальнодержавному рівні та контролювати виконання прийнятих рішень на всіх рівнях.