



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ЩОМІСЯЧНИЙ ДАЙДЖЕСТ НОВИН

ЛЮТИЙ 2023

УКРАЇНА ПЕРШОЮ В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ ОНОВИЛА СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ: ЩО ЗМІНИЛОСЬ

[19 січня 2023 року](#) наказом МОЗ України № 102 затверджено [оновлені стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»](#), що розроблені за активної участі фахівців Центру громадського здоров'я. Таким чином, Україна стала першою країною європейського регіону, яка оновила національні стандарти з надання медичної допомоги при туберкульозі відповідно до найновіших рекомендацій ВООЗ.

У рамках оновлення в Україні впроваджено інноваційні режими лікування ВРА_{LM}/ВРА_L в рамках рутинного використання. Завдяки режиму ВРА_L тривалість лікування пацієнтів з лікарсько-стійкою формою туберкульозу скорочується майже втричі: 6–9 місяців проти 18–24 місяців. Пацієнтам більше не потрібно протягом багатьох місяців отримувати болісні ін'єкції. Окрім того, цей режим надає набагато більше шансів на одужання (до 90% за даними результатів клінічних досліджень).



«Навіть повномасштабна війна не завадила Україні першою в європейському регіоні запровадити нові стандарти у лікуванні туберкульозу. Попри всі перешкоди та виклики, команді Центру громадського здоров'я вдалось оновити національні стандарти надання медичної допомоги відповідно до найновіших рекомендацій ВООЗ та доказової медицини. Ми

розраховуємо, що й інші країни якомога швидше послідувать нашому прикладу, щоби кожен українець зміг отримати сучасне оновлене лікування у будь-якій точці світу», — каже **Яна Терлеєва**, завідувач відділу управління та протидії туберкульозу Центру громадського здоров'я.

Загалом впроваджені оновлення стосуються 6 пунктів Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз»:

- охорона громадського здоров'я та профілактика туберкульозу;
- систематичний скринінг на туберкульоз серед груп підвищеного ризику розвитку захворювання;
- діагностика туберкульозу, в тому числі із лікарською стійкістю;
- лікування туберкульозу, в тому числі із лікарською стійкістю;
- ведення ВІЛ-інфекції та інших супутніх захворювань у людей із захворюванням на туберкульоз;
- ведення туберкульозу у дітей та підлітків.

Що нового у Стандартах медичної допомоги «Туберкульоз»:

- оновлено ведення туберкульозу в дітей та підлітків, що включають питання вакцинації БЦЖ серед ВІЛ-інфікованих дітей;
- запроваджено сучасні підходи до діагностики туберкульозу у дітей та підлітків;

- запроваджено інтегрований алгоритм ухвалення рішення про лікування у дітей віком до 10 років з імовірним туберкульозом легень, описані сучасні підходи до формування педіатричних схем лікування туберкульозу;
- врегульовано підходи сімейно-орієнтованої медичної допомоги дітям та підліткам, а також аспекти педіатричної паліативної допомоги тощо;
- оновлено стандарти лікування чутливого туберкульозу за віковими категоріями та тяжкістю захворювання: запроваджено скорочені 4-місячні схеми лікування чутливого туберкульозу із використанням рифапентину замість традиційних 6-місячних режимів;
- оновлено рекомендації щодо дозування протитуберкульозних препаратів до ваги пацієнта;
- визначено обсяг рекомендованих заходів при клінічному веденні пацієнтів при неефективності лікування тощо;
- оновлено стандарти лікування лікарсько-стійкого туберкульозу — стандарт передбачає регулювання питань щодо вибору сучасних режимів терапії із пріоритетом повністю пероральних схем лікування.

Більш детально — у документі [“Стандарти медичної допомоги “Туберкульоз”](#).

ДЕСТИГМАТИЗУЮЧА ЛЕКСИКА ДЛЯ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Пануюча в українському суспільстві стигма щодо людей, які хворіють на туберкульоз, стає бар'єром на шляху доступу до послуг з діагностики, лікування та профілактики цього захворювання.

Стигма та самостигма людей з туберкульозом зменшують їх прихильність до лікування, перешкоджають швидкій реінтеграції у суспільство та відновленню працездатності. Більше третини (39%) людей

в Україні особисто стикалися зі стигмою на шляху діагностики та лікування ТБ, і це заважало їм отримувати медичні послуги. Здебільшого стигматизація проявляється під час відвідування медичних закладів (18%), на роботі (11%), у громаді (10%).

Для формування та розвитку гендерно-чутливої мови спілкування про туберкульоз, заснованої на правах людини, фахівці відділу управління та протидії туберкульозу Центру



громадського здоров'я [розробили національні рекомендації дестигматизуючої термінології](#). Вони будуть корисні фахівцям сфери протидії туберкульозу, медикам, соціальним працівникам та представникам громадських організацій. За посередництва пацієнтської організації TVreopleUkraine в рекомендаціях було враховано безпосередній досвід людей, яких торкнулась проблема туберкульозу. Національні рекомендації будуть постійно доповнюватись новими термінами.

“Усі заходи з протидії стигмі й дискримінації та формування толерантного ставлення починаються з мови спілкування. Нам потрібно змінювати мислення, мову та

діалог щодо туберкульозу у повсякденному та професійному житті, акцентувати увагу на людях, а не на їхніх особливостях чи хворобі, поважати права людей. Орієнтована на людину мова дозволяє спонукати говорити відкрито про свій досвід, формувати толерантне ставлення до людей з туберкульозом у суспільстві. Толерантна лексика - це шлях у напрямку глобального подолання туберкульозу”, — каже **Яна Терлеєва**, завідувачка відділу управління та протидії туберкульозу ЦГЗ.

Відповідно до Програми медичних гарантій на 2023 рік щодо діагностики та лікування туберкульозу, однією з вимог до організації надання послуг є дотримання толерантного ставлення до пацієнтів відповідно до затвердженої у надавача медичних послуг програми протидії дискримінації та стигматизації хворих на туберкульоз та забезпечення конфіденційності відповідних медичних даних.

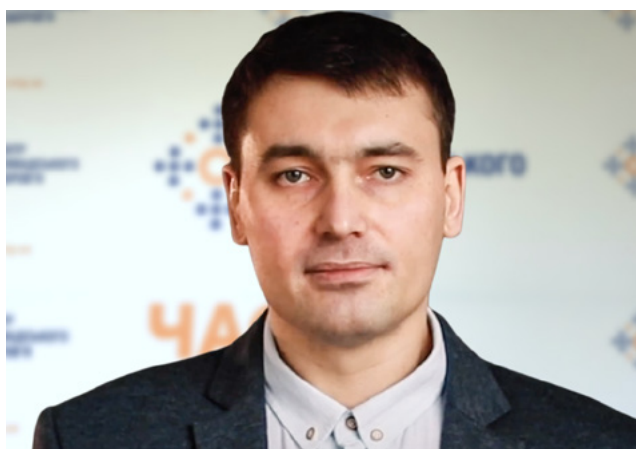
Національні рекомендації стануть також в нагоді при підготовці зазначених програм.

Ознайомитись детальніше з дестигматизуючим “словником” можна [ТУТ](#).

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ: ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ

“В усьому світі питання раціонального застосування антибіотиків — надважливе. Неправильне застосування антимікробних препаратів може шкодити здоров'ю пацієнта або викликати антибіотикорезистентність.

Аби полегшити вам життя, ми зібрали усі найбільш актуальні поради з застосування антибіотиків для пацієнта. В цих матеріалах ви дізнаєтесь: які бувають шляхи введення препаратів, як діяти в певних ситуаціях, на які нормативно-правові документи орієнтуватися в роботі, як покращити стан пацієнта та змусити страждати лише бактерії”.



РОМАН КОЛЕСНИК,
керівник відділу антимікробної
резистентності та інфекційного контролю ЦГЗ

КОЛИ ДОЦІЛЬНО ПРОВОДИТИ ОЦІНКУ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ?

Кожні 48-72 годин після початку введення антибактеріального препарату. Перші 12-24 годин не є показовими та не дозволяють коректно оцінити ефективність лікування, оскільки, зазвичай, антибіотики досягають максимальної бактерицидної дії через 24-48 годин. Винятки роблять у випадках швидкого прогресування погіршення клінічного стану пацієнта, або результати лабораторії вказують на потребу ранньої корекції антимікробної терапії.

Які ж критерії сигналізують про ефективність антибіотикотерапії й підказують про можливість її припинення? Досягнення наступних критеріїв є ґрунтовною причиною для припинення антимікробної терапії:

- нормалізація температури тіла ($\leq 37,5^{\circ}\text{C}$) протягом 24-48 год без використання антипіретиків;
- зникнення та/або значне ослаблення проявів основних клінічних симптомів/синдромів інфекційної хвороби;
- тенденція до нормалізації або нормалізація основних лабораторних показників (наприклад, зниження лейкоцитозу, нейтрофіліозу, зменшення зсуву лейкоцитарної формули ліворуч, нормалізація або зниження більш ніж на 80% рівня прокальцитоніну);
- ерадикація бактерії з крові/інших стерильних локусів або зменшення їхньої кількості в нестерильному локусі



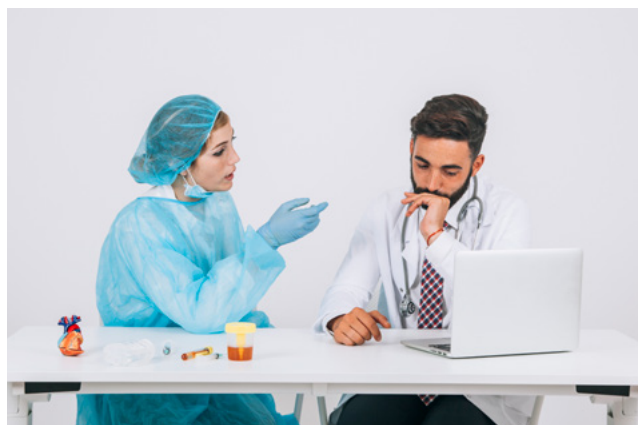
(наприклад, матеріал з рани, сечі);

- відсутність ознак поліорганної недостатності, яка пов'язана з інфекційною хворобою.

Більш детально читайте в документі [“Стандарт медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою”](#)

ДЕЕСКАЛАЦІЯ ТА ЕСКАЛАЦІЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ

Від початку призначення антимікробного препарату лікар має кожні 48-72 годин проводити оцінку ефективності антимікробної терапії та розглядати доцільність її продовження. Отримані лікарем результати мік-



робиологічного дослідження покажуть ефективністю лікування й зорієнтують в доцільності корекції курсу антибіотиків.

Три основні **тактики** лікаря для **модифікації (підлаштування) призначення антимікробного препарату (АМП)**:

- **Ескалація АМП.** Цей метод характеризується більш інтенсивним наступом на хворобу – переведення пацієнта на:
 - ін'єкційне введення АМП після перорального;
 - прийом АМП широкого спектру дії після АМП вузького спектру дії;
 - комбіновану АМП-терапію після монотерапії АМП;
- **Деескалація АМП.** Зокрема, переве-

дення пацієнта на:

- пероральний прийом АМП після ін'єкційного введення;
- прийом АМП вузького спектру дії після призначення АМП широкого спектру;
- монотерапію АМП після комбінованої антимікробної терапії;

- **Оптимізація АМП.** Характеризується незначними змінами в призначенні АМП, наприклад, зниження добової дози та кратності введення АМП.

ВИБІР АНТИБІОТИКІВ ДЛЯ ЕМПІРИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Принципи раціонального призначення антимікробних препаратів стверджують, що ефективна антибіотикотерапія починається після ідентифікації збудника інфекційного захворювання. Але лікар не завжди може чекати на результати бактеріологічного дослідження. Деякі пацієнти потрапляють у лікарню в ургентних станах або ж мають загрозливу симптоматику, яка змушує починати антибіотикотерапію якнайшвидше.

У таких випадках пацієнту призначається емпірична терапія, що означає лікування захворювання до встановлення діагнозу — інфекційного збудника, базуючись на клінічній здогадці.

В основі клінічної здогадки — медичний досвід та прагматичний підхід. Так для вибору емпіричної терапії необхідно врахувати:

- вік людини;
- імунний статус;



- супутні захворювання;
- ймовірність певної мікробної етіології;
- резистентності збудників та ризику можливих побічних реакцій.

Окрім того, обов'язково необхідно брати до уваги дані локальної антибіотико-резистентності.

На допомогу лікарям розроблено [«Стандарт медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»](#)

Отож лікарю потрібно згідно зі стандартом при виборі антибіотика враховувати:

- типи/групи пацієнтів з інфекційними захворюваннями та ризик наявності множинної антимікробної резистентності;
- очікуваний терапевтичний ефект проти найбільш імовірного інфекційного агента (залежно від анатомічної локалізації осередку запалення);
- його можливої стійкості до обраного антибактеріального препарату;
- враховувати умови виникнення захворювання бактеріальної етіології (госпітальна/позагоспітальна).

Бажано у всіх клінічних випадках для проведення емпіричної терапії призначати один антибактеріальний препарат. У випадку призначення кількох антибактеріальних препаратів з метою емпіричного лікування, впродовж 72 годин необхідно визначити етіологію збудника, та, за наявності, його чутливість до антибіотиків, що дозволить перейти на монотерапію (провести деескалацію).

ШЛЯХИ ВВЕДЕННЯ АНТИБІОТИКІВ

Шлях введення — це спосіб потрапляння лікарського засобу в організм. Їх існує велике різноманіття, але для антимікробних препаратів їх перелік навмисно обмежений.

Згідно зі стандартом «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною



метою» затвердженого [наказом №823 МОЗ України](#) від 18 травня 2022 року, шляхи введення антибактеріальних препаратів суворо регламентовані.

У закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, антибактеріальні препарати слід вводити відповідно до інструкції. Існують такі шляхи введення антибактеріальних препаратів:

- пероральний,
- внутрішньовенний,
- внутрішньокістковий
- інгаляційний (деколи)

Заборонені такі шляхи введення, як **інтраартеріальний, ендолімфатичний, внутрішньочеревний, внутрішньом'язовий** та безпосередньо **в рану**.

Про **внутрішньом'язовий** шлях введення варто згадати коли:

1. Єдино можливий шлях згідно з інструкцією;
2. Неможливо виконати **внутрішньовенний** або **внутрішньокістковий** шлях введення за необхідності надання пацієнтові невідкладної медичної допомоги.

У закладах що надають первинну медичну допомогу призначення ін'єкційних антибіотиків взагалі заборонено! У випадку потреби їх призначення, пацієнта передають до закладів вторинного або третинного рівня.

Отже, лікар повинен обирати найбільш гуманний метод лікування — пероральні

антибіотики. Або ж якнайшвидше переводити з **парентерального шляху введення на ентеральний**. І попри те, що лікарю може здатися, що фармакотерапія без уколів то «несолідно» та недостатньо ефективно, чисельні дослідження продемонстрували, що не має різниці в ефективності **перорального та внутрішньовенного** шляхів введення. Потрібно пам'ятати, що **пероральне** введення антибактеріальних препаратів має такі **переваги**:

- зниження ризику розвитку катетер-асоційованих інфекцій кровотоку;
- зниження ризику розвитку ускладнень, що пов'язані з інфузією пацієнта;
- зниження вартості лікування пацієнта;
- краще ставлення пацієнтів до лікування;
- зниження ризику інфікування медичних працівників;
- зменшення тривалості госпіталізації пацієнтів.

Тому при виборі шляху введення антибіотика лікарю допомагає Стандарт і ретельна оцінка усіх переваг та недоліків у кожному окремому випадку.

ВИБІР АНТИБІОТИКА ДЛЯ ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ: МОДИФІКАЦІЯ ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИБІОТИКІВ

Антибіотикотерапія буває:

- емпірична — коли збудник ще не визначено;
- етіотропна — коли збудник вже встановлений.

На сьогодні не існує достатньо ефективних методів етіологічної експрес-діагностики збудника. В реальних умовах початкова етіотропна антибіотикотерапія практично завжди є емпіричною. Тому вибір антибіотика для етіотропної терапії хворих здійснюється з урахуванням природної активності препаратів щодо основних збудників. Щоб впевнитись у правильності вибору необхідно:

- регулярно переглядати ефективність



антимікробного препарату кожні 48-72 години;

- проводити модифікацію за потреби.

Коли є результати мікробіологічного дослідження, то ми отримуємо беззаперечне підтвердження або спростування правильності вибору. Далі необхідно обов'язково переглянути чи відповідає призначений препарат виявленому збуднику та його

профілю резистентності, адже саме тоді й починається та сама **етиотропна терапія**.

На жаль, навіть коли ми знаємо винуватця всіх бід пацієнта, це не дозволяє правильно обрати препарат для його лікування. Тому в кожній конкретній ситуації необхідно також враховувати розповсюдженість і характер вторинної резистентності збудників. Щоб напевне відправити мікроб у "нокаут", нам потрібно отримати дані чутливості збудника до антибактеріальних препаратів в кожному окремому випадку. А до отримання результату бактеріологічного дослідження — враховувати дані локального моніторингу антибіотикорезистентності в закладі.

Та як би нам сильно не хотілось знищити підступну бацилу, обов'язково враховуємо співвідношення користь/школа, враховуємо супутні захворювання, може й навіть спадковість. Пам'ятайте, мікроб — це єдине, що повинно страждати!

ЯК ПОДАТИ СКАргу ПРО ПОРУШЕННЯ АНТИТЮТЮНОВОГО ЗАКОНУ

Тютюновий дим містить понад 7 000 хімічних елементів, з яких щонайменше 250 є токсичними, а [69 спричиняють онкологічні захворювання](#).

Пасивні курці (ті, хто вдихають тютюновий дим поряд із курцем) також мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань на [25-30%](#) та респіраторних хвороб, зокрема, ішемічну хворобу серця і рак легень.

Вдихання вторинного тютюнового диму може відбуватися всюди, де є курці. За оцінками [Всесвітньої організації охорони здоров'я](#), 200 тисяч осіб щорічно вмирає через вплив тютюнового диму на роботі. Близько 700 мільйонів дітей вдихає повітря, яке забруднене тютюновим димом.

16 грудня 2021 року Верховна Рада України ухвалила [Закон №1978-IX](#) «Про внесення змін до деяких законів України щодо охо-

рони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну», який розширює перелік місць де заборонено курити.

Від 11 липня 2022 року запрацювали **нові** антитютюнові обмеження. Тепер **[тютюнові вироби для електричного нагрівання \(ТВЕНи\) заборонено вживати](#)** у громадських місцях на рівні із сигаретами, е-сигаретами та кальянами.

У заборонених місцях, зокрема, на території та в приміщеннях охорони здоров'я, мають бути розміщені графічний знак та текст «*Куріння, вживання, використання тютюнових виробів, електронних сигарет, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння, кальянів заборонено!*» (мал. 1)

Без елементів контролю норми закону часто залишаються «мертвими». Щоб кожен громадянин міг захищати своє право на



Куріння, вживання, використання тютюнових виробів, електронних сигарет, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згорання, кальянів

ЗАБОРОНЕНО!

мал. 1

Графічний знак та текст про заборону куріння в загальних місцях

бездимне середовище, Центр громадського здоров'я в межах проєкту «Посилення анти-тютюнових заходів в Україні» розробив цифровий застосунок для моніторингу порушень антитютюнового законодавства.

Якщо бачите порушення — куріння в громадському місці, розміщення в ресторанах попільничок та кальянів, рекламу куріння — ви маєте право подати скаргу (рис. 2).

Це можна зробити в декілька кліків:

- на сайті nosmoking.phc.org.ua
- з мобільного застосунку [NoSmoking](#) (доступний поки лише для android)
- через чат-бот в месенджерах [Telegram](#) і [Viber](#)

Обирайте для себе найзручніший спосіб. У всіх застосунках необхідно буде заповнити поля та згенерувати підпис. За бажання можна надати фото чи відео.

Результати розгляду скарги придуть на електронну адресу. Система сама фіксує та обирає контролюючий орган, в компетенцію якого входить розгляд такого типу скарги.

Держпродспоживслужба — притягнення до відповідальності суб'єктів господарювання за створення умов для куріння в заборонених місцях, порушення заборони реклами.

Національна поліція України — притягнення до відповідальності курців, нелегальна торгівля.

Використовуйте ці застосунки та поширюйте інформацію про них серед своїх пацієнтів. Лише спільними зусиллями ми зможемо захистити своє середовище від шкоди тютюнового диму!

З 11 липня 2022 року, згідно із Законом,*

ЗАБОРОНЕНО КУРІННЯ, ВЖИВАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ:

- пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згорання
- трав'яних виробів для куріння
- тютюнових виробів
- кальянів
- електронних сигарет
- предметів, пов'язаних з їх вживанням

*Закон України від 16.12.2021 № 1978-ІІІ «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну»

ЩО РОБИТИ, ЯКЩО ВАС ОБКУРЮЮТЬ?

- 1 Звернутися до адміністрації закладу або установи.
- 2 Звернутися до поліції за номером 102.
- 3 Скласти скаргу до Держпродспоживслужби на заклад, адміністрація якого створила умови для куріння або іншим чином порушує норми «бездимного» законодавства.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!

- ✓ У заяві потрібно вказати повне найменування суб'єкта господарювання, його код ЄДРПОУ — ці дані можна знайти у куточку споживача, а також на фіскальних чеках.
- ✓ За можливості додайте фото або відеозаписи.
- ✓ Тематикою звернення оберіть «захист прав споживачів».

Куріння тютюнових виробів у місцях, де це заборонено законом, а також в інших місцях, визначених рішенням відповідної сільської, селищної, міської ради, тягне за собою попередження або накладення **штрафу 51-170 грн.** У разі повторного протягом року порушення **штраф становить 170-340 грн.** *Ст. 175-1 КупАП

Центр громадського здоров'я ЖИТТЯ

Замовник — ГО «Життя». Наклад — 50 шт. У разі використання інфографіки та її даних посилання на автора обов'язкове.

мал. 2

інфографіка подачі скарги про порушення [Закон №1978-ІХ](#) «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну»