

ПРОТОКОЛ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

А. Загальна частина

Захворювання. Туберкульоз легень та позалегеневої локалізації

Шифр за МКХ-10. А15 – А16 – туберкульоз легень; А17 – А18 – позалегеневий туберкульоз; А19 – міліарний туберкульоз.

Розробники:

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України» (адреса: 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10, тел. (044) 275 04 02.):

Фещенко Юрій Іванович, доктор медичних наук, професор, академік Національної академії медичних наук, Головний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Пульмонологія і фтизіатрія», директор ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України»; адреса Інституту: 03680, Київ, вул. М. Амосова, 10, тел. (044) 275 02 04;

Мельник Василь Михайлович, доктор медичних наук, професор, заступник директора ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України», завідувач відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України»;

Черенько Світлана Олександрівна, доктор медичних наук, професор, провідний науковий співробітник відділу фтизіатрії ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України";

Матусевич Валентина Георгіївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України»;

Новожилова Ірина Олексіївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України»;

Юхимець Володимир Олексійович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, учений секретар ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України»;

Линник Микола Іванович, кандидат медичних наук, науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України».

Рецензенти:

М'ясніков Віктор Георгійович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри фтизіатрії та пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика;

Процюк Раду Георгійович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Кужко Михайло Михайлович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділенням фтизіопульмонології ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України».

Дата наступного оновлення Стандарту – 2015 рік.

Б. Протокол організації лікування хворих на туберкульоз

Галузь застосування Протоколу – протитуберкульозні заклади та лікувально-профілактичні заклади загальної медичної мережі усіх рівнів.

Нормативні посилання. Цей Протокол ґрунтується на раніше розробленому нами проекті Стандарту організації медичної допомоги хворим на туберкульоз. У цьому Протоколі використані такі нормативно-правові документи:

1. Конституція України / Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року.

2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ із змінами та доповненнями за 1992 – 2007 рр.

3. Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5 липня 2001 року № 2586-ІІІ із змінами та доповненнями згідно Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення боротьби із захворюванням на туберкульоз» від 15 березня 2006 року № 3537-ІV.

4. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року № 4004-ХІІ із змінами та доповненнями за 1994 – 2007 рр.

5. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках» від 8 лютого 2007 року № 648-V.

6. Наказ МОЗ України від 10.03.2004 р. № 131 «Про покращання організації відбору та санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз».

7. Наказ МОЗ України від 28.05.2008 р. № 276 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію».

8. Наказ МОЗ України від 30.04.2009 р. № 287 «Про направлення на санаторне лікування хворих на туберкульоз та осіб із груп ризику».

9. Наказ МОЗ України від 24.05.2006 р. № 318 «Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні».

10. Наказ МОЗ України від 09.06.2006 р. № 384 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».

11. Наказ МОЗ України від 22.10.2008 р. № 600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».

12. Наказ МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні адаптованої ДОТС-стратегії».

13. Наказ МОЗ та АМН України від 27.06.2006 р. № 422/40 «Про затвердження Посібника з питань боротьби з туберкульозом на основі міжнародних стандартів з контролю за туберкульозом».

14. Міжнародні стандарти, що регулюють надання медичної допомоги при захворюванні на туберкульоз / Ф. С. Хопвелл. – Сьоме видання, 7 вересня 2005 р. – Пер. з англ. – Сан-Франциско, 2005. – 33 с. [вид. Бюро ВООЗ в Україні, 2007].

15. WHO/HTM/TB/2006.371. Руководство по лечению туберкулеза у детей, для национальных программ борьбы с туберкулезом: Противотуберкулезная программа для стран Центрально-азиатского региона. ВОЗ. – Пер. В. В. Завольский, Науч. ред.: О. В. Ловачева, Г. Цогт, Б. Бабамурадов. – ВОЗ, 2007 [Отпечатано в Узбекистане].

16. WHO. The Stop TB Strategy / WHO/HTM/TB/2006.368. – WHO, 2006. – 21 р.

Основні терміни, визначення та скорочення

Акредитація – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям і гарантії високої якості професійної діяльності.

Активна форма туберкульозу – це туберкульоз будь-якої локалізації з ознаками активності специфічного процесу, підтвердженими клінічними, лабораторними, в т.ч. методом позитивної бактеріоскопії і/або посіву патологічного матеріалу, гістологічними і рентгенологічними дослідженнями.

АМН – Академія медичних наук (нині – Національна академія медичних наук (НАМН)).

Англ. – англійська, англійської.

Бактеріальний туберкульоз – це туберкульоз підтверджений бактеріологічно, тобто з бактеріовиділенням, виявленим методами мікроскопії мазка, культуральним чи іншим методом.

Бактеріовиділювач – це хворий, у якого при наявності проявів активності туберкульозного процесу (інфільтративні, фіброзні і вогнищеві зміни з перифокальною реакцією, з розпадом легеневої тканини або без нього), будь-яким методом дослідження (мікроскопія мазка, посів), навіть одноразово, знайдені мікобактерії туберкульозу. Це також стосується хворих з затихаючим активним туберкульозом або туберкульозом сумнівної активності.

Бактеріонегативний туберкульоз легень (хворий) – це туберкульоз у хворого із тричі встановленим мазок-негативним результатом і/або негативним результатом культурального дослідження і наявністю рентгенопозитивних змін у легенях.

Виявлення випадків захворювання на туберкульоз – це медична діяльність, спрямована на виявлення специфічного туберкульозного запалення у будь-яких органах і тканинах організму методами анкетування, туберкулінодіагностики, клінічної та променевої діагностики та підтвердження активних форм туберкульозу за допомогою мікроскопії мазка і/або гістоцитологічним методом.

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини.

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.

Вперше діагностований туберкульоз або новий випадок туберкульозу – його діагностують у пацієнтів, які ніколи не отримували антимікобактеріального лікування або лікувалися менше ніж 1 місяць.

Вторинна або набута резистентність – це резистентність мікобактерій туберкульозу, яка виявлена у хворих, котрі лікувалися антимікобактеріальними препаратами довше 4 тижнів;

в т.ч. – в тому числі.

ГІНК – гідразид ізоніотинової кислоти.

(ГІСТ+) – гістологічно підтверджений.

(ГІСТ-) – гістологічно не підтверджений.

Госпіталізація – це поміщення особи, хворої на туберкульоз, або особи, щодо якої існує підозра на цю недугу, до спеціалізованого стаціонарного протитуберкульозного диспансеру, відділення, туберкульозного санаторію з метою діагностики, лікування чи ізоляції або профілактичної антимікобактеріальної терапії.

Диспансеризація – це система медичних заходів, що проводиться протитуберкульозними закладами і спрямована на активне своєчасне виявлення хворих на туберкульоз, залучення їх до лікування, систематичне спостереження за перебігом специфічного процесу та ефективністю лікувально-профілактичних заходів, оздоровлення побуту хворого за ініціативою медичного закладу, його раціональне працевлаштування, профілактичні заходи розповсюдження туберкульозу, його рецидивів тощо.

ДОТ – (з англ. DOT – directly observed therapy) – лікування (терапія) під безпосереднім спостереженням.

ДОТ-кабінети – кабінети для лікування (терапії) хворих під безпосереднім спостереженням.

ДОТС – (з англ. DOTS – directly observed treatment, short course) – лікування під безпосереднім спостереженням, коротким курсом. Абревіатура

DOTS означає: D – directly – безпосереднє; O – observed – контрольоване (спостережуване); T – treatment – лікування; S – short course chemotherapy – короткими курсами хіміотерапії. Це умовна («фірмова») назва стратегії боротьби з туберкульозом, яку рекомендує ВООЗ. ДОТС-стратегія полягає в одночасному виконанні п'яти умов (компонентів): 1) підтримка урядом національної програми протитуберкульозної роботи; 2) виявлення хворих на туберкульозом за зверненням (пасивне виявлення) за допомогою прямої бактеріоскопії; 3) проведення хворим на туберкульоз стандартизованої короткострокової терапії під безпосереднім спостереженням; 4) регулярне й безперебійне постачання протитуберкульозними препаратами високої якості; 5) впровадження стандартизованої системи обліку й звітності про виявлення випадків туберкульозу та наслідків лікування і проведення моніторингу програми. У ході впровадження ДОТС-стратегії в різних країнах вона піддавалася адаптації, видозмінювалася і доповнювалася іншими заходами. В Україні – це Адаптована ДОТС-стратегія.

ДОТС-плюс стратегія – це стратегія боротьби з неефективно лікованим і хіміорезистентним туберкульозом, що ґрунтується на ДОТС-стратегії. Її проводять на територіях, покритих ДОТС-стратегією.

ДУ – Державна установа.

Ізоляція – це відокремлення особи, хворої на заразну форму туберкульозу, чи особи, щодо якої існує підозра, що вона хвора на заразну форму туберкульозу, від оточуючих з метою унеможливлення передачі інфекції іншим особам;

ін. – інші.

Індикатор – це точно визначена вимірювана змінна величина, пов'язана з трьома провідними напрямками роботи щодо забезпечення якості медичної допомоги хворим на туберкульоз – структурою, процесом або результатом.

Інфіковані мікобактеріями туберкульозу – це особи, в яких виявлена позитивна імунна реакція на туберкулін на тлі відсутності клінічних проявів захворювання, що свідчить про зараження збудником туберкульозу, або наявність антитіл до мікобактерій туберкульозу за допомогою серологічних тестів.

Інфекційний контроль за туберкульозом – це національна система організаційних протиепідемічних та профілактичних заходів спрямованих на попередження виникнення та зниження ймовірності передачі мікобактерій туберкульозу в лікувально-профілактичних закладах, місцях скупчення людей, проживання хворих на туберкульоз до здорових осіб та попередження суперінфекції у хворих на туберкульоз і профілактики респіраторних інфекційних захворювань.

Клінічні протоколи – це встановлені уповноваженими органами положення про обсяг допомоги хворому та порядок реалізації етапів надання медичної допомоги, наприклад, туберкульозі, які безпосередньо пов'язані з клінічними рекомендаціями, розробленими на принципах доказової медицини.

Клінічні рекомендації – це положення, яке систематично допрацьовується з метою допомоги лікарю і пацієнту при прийнятті рішень, що стосуються

медичної допомоги при певному захворюванні, зокрема туберкульозі, і при певних обставинах.

Конверсія мокротиння – це два послідовно отриманих негативних мазка мокротиння та культурального дослідження з інтервалом 1 місяць.

Контактні особи (побутові синоніми: «контактні» або «контакти») – це особи, які безпосередньо близько стикаються з хворим на туберкульоз і оточуючими його предметами, чи хворою на туберкульоз твариною, і внаслідок цього мають високий ризик зараження мікобактеріями туберкульозу через забруднене збудниками повітря або іншим шляхом і занедужати. Контакти бувають сімейні (члени сім'ї хворого), родинні (члени родини), квартирні (які проживають з хворим в загальній комунальній квартирі) і виробничі (які працюють з хворим в одному приміщенні, користуються спільними предметами та інструментами) та ін.

КСБ – кислотостійкі бактерії.

Лікувально-профілактичні заходи – це заходи медичного характеру щодо індивідуальної профілактики, своєчасного виявлення захворювання, діагностики, лікування, медичного (диспансерного) нагляду та реабілітації хворих на туберкульоз.

Ліцензування – це процес оцінки відповідності лікувально-профілактичної установи мінімуму вимог щодо структури і ресурсів, які можуть забезпечити безпечно надання медичної допомоги.

ЛКК – лікарсько-консультаційна комісія.

ЛПЗ – лікувально-профілактичні заклади.

Манту проба з 2 ТО туберкуліну PPD-L (ППД-Л) – цей термін містить такі складові: проба Манту – син.: туберкуліновий тест або туберкулінова проба; 2 ТО – 2 туберкулінові одиниці; PPD (purified protein derivative – очищений білковий дериват); L – Лінникової. Отже, проба Манту з 2 ТО туберкуліну PPD-L дослівно означає «туберкуліновий тест з 2 туберкуліновими одиницями очищеного білкового деривату Лінникової».

МБТ – мікобактерії туберкульозу.

(МБТ+) – з бактеріовиділенням.

(МБТ-) – без бактеріовиділення.

МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація хвороб, травм і причин смерті. Десятий перегляд.

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я.

Неактивні туберкульозні зміни – це залишкові зміни після перенесеного туберкульозу у пацієнта, який у минулому хворів на туберкульоз, вилікувався від нього і ці зміни не становлять загрози для інфікування інших осіб.

Обов'язкова госпіталізація осіб – вона стосується тих осіб, яких судом ухвалено відповідне рішення щодо обов'язкової госпіталізації, яка здійснюється на строк до трьох місяців. Продовження лікування цих осіб здійснюється за рішенням суду на визначений ним строк на підставі висновку лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) протитуберкульозного закладу.

Оцінка якості – це визначення відповідності наданої протитуберкульозної медичної допомоги встановленим на даний час стандартам, очікуванням і потребам окремих пацієнтів і груп населення.

Підозра на туберкульоз – це наявність в особі будь-яких характерних для захворювання на туберкульоз симптомів чи ознак, зокрема, кашлю, що триває протягом 2–3 тижнів і довше, причину якого не можна пояснити, і/або рентгенологічних змін в легенях, походження і характер яких не можна пояснити.

Первинна резистентність – це резистентність мікобактерій туберкульозу у хворих на вперше діагностований туберкульоз, які ніколи не лікувалися антимікобактеріальними препаратами.

ПЛР – полімеразно-ланцюгова реакція.

Полірезистентність – це резистентність мікобактерій туберкульозу більше ніж до одного антимікобактеріального препарату I ряду, за винятком одночасної резистентності мікобактерій туберкульозу до ізоніазиду та рифампіцину.

Позалегеневий туберкульоз – його діагностують при специфічному ураженні будь-яких органів, крім легень, зокрема плеври, внутрішньогрудних, черевних та периферичних лімфатичних вузлів, сечостатевої системи, шкіри, суглобів, кісток, мозкових оболонок, органи черевної дуплини. При туберкульозному ураженні кількох позалегневих органів до діагнозу позалегеневого туберкульозу включають той орган або систему, які найбільше уражені.

Початкова резистентність – це резистентність мікобактерій туберкульозу, яка виявлена у хворих на вперше діагностований туберкульоз, які лікувалися антимікобактеріальними препаратами не довше 4 тижнів.

Протитуберкульозні заклади – це спеціалізовані заклади охорони здоров'я, що здійснюють діагностику туберкульозу та надають лікувально-профілактичну (стаціонарну та амбулаторну) допомогу хворим на туберкульоз (протитуберкульозні диспансери, лікарні, відділення, кабінети, науково-дослідні інститути, денні стаціонари, санаторії тощо).

Протитуберкульозні заходи (син.: протитуберкульозна допомога) – це комплекс соціально-економічних, організаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів щодо захисту населення від туберкульозу, спрямованих на забезпечення профілактики, виявлення, діагностики, лікування (терапії), медичного (диспансерного) нагляду та реабілітації хворих на туберкульоз, що науково обґрунтовані й реалізуються відповідно до чинних стандартів і нормативно-правових актів у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.

Протитуберкульозні медичні заклади (син.: протитуберкульозні лікувально-профілактичні заклади) – це спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я та спеціалізовані протитуберкульозні підрозділи закладів охорони здоров'я загального профілю (відділення, кабінети тощо), що здійснюють виявлення і діагностику туберкульозу та надають лікувально-профілактичну (стаціонарну, амбулаторну, санаторну) допомогу хворим на туберкульоз;

р. (рр.) – рік (роки).

Рецидив туберкульозу – це активація туберкульозного процесу (підтверджена позитивними мазком і/або культурою, і/або клініко-

рентгенологічно) у осіб, які раніше хворіли на туберкульоз, завершили повний основний курс антимікобактеріальної терапії та вважалися вилікованими.

Розширена антимікобактеріальна резистентність (син.: розширена резистентність або розширена медикаментозна резистентність) – це особлива складова мультирезистентного туберкульозу, коли, окрім резистентності мікобактерій туберкульозу одночасно до ізоніазиду та рифампіцину, ще має місце резистентність до одного з фторхінолонів і аміноглікозидів, зокрема канаміцину, капреоміцину або амікацину.

син.: – синонім.

СЕС – санітарно-епідеміологічна станція.

СНІД – синдром набутого імунodefіциту.

Стандартизація в охороні здоров'я – це діяльність, спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.

ТБ – туберкульоз.

Туберкулінодіагностика (син.: туберкулінізація для тварин) – це специфічний діагностичний тест, що проводиться за допомогою внутрішньошкірного введення людині туберкуліну (проба Манту) для виявлення осіб, сенсibilізованих антигенами мікобактерій туберкульозу, тобто для своєчасного виявлення осіб інфікованих мікобактеріями туберкульозу зовні чи після введення протитуберкульозної вакцини БЦЖ та для виявлення хворих на туберкульоз.

Туберкульоз – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що передається від хворої людини повітряно-крапельним та іншими шляхами, викликається збудником мікобактеріями туберкульозу (людського, бичачого і африканського штамів; інші штами мікобактерій спричиняють мікобактеріози) і характеризується утворенням специфічних гранулом в різних органах і тканинах (специфічне туберкульозне запалення) у поєднанні з неспецифічними реакціями та поліморфною клінічною картиною, що залежить від форми, стадії, локалізації та поширеності патологічного процесу. Туберкульоз перебігає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями, найчастіше вражає найбільш вразливі, соціально дезадаптовані групи населення (біженці, мігранти, особи, які перебувають в установах кримінально-виконавчої системи, особи без постійного місця проживання, алкоголіки, наркомани тощо), спричиняє високу тимчасову та стійку втрату працездатності, вимагає тривалого комплексного лікування та реабілітації хворих, а також приводить до негативних соціально-економічних наслідків і при недотриманні стандартів щодо виявлення та лікування – до передчасної смерті, через що відноситься до соціально небезпечних захворювань.

Туберкульоз легень – його діагностують тоді, коли туберкульозний процес локалізований у паренхімі легені; до нього не відносяться такі позалегенові форми як туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та ексудативний плеврит без патологічних змін в легенях. При поєднанні легеневого і позалегенового туберкульозу випадок захворювання реєструють як туберкульоз легень.

Туберкульоз підтверджений – вважається у пацієнта з позитивними мазком на кислотостійкі бактерії і/або культурою мікобактерій туберкульозу, і/або підтвердженням за допомогою гістологічного методу, а також підтвердження діагнозу туберкульозу допускається на основі результатів анамнезу, туберкулінодіагностики і клініко-рентгенологічних даних та висновку центральної лікарсько-консультативної комісії (ЦЛКК).

ФБС – фібробронхоскопія.

Хворий на активну форму туберкульозу – це особа з вираженими проявами туберкульозу, підтвердженими клінічними, лабораторними (в т.ч. позитивним мазком і/або культурою), гістологічними та рентгенологічними дослідженнями.

Хворий на заразну форму туберкульозу – це хворий на активну форму туберкульозу, у патологічному матеріалі якого виявлені мікобактерії туберкульозу, і такий хворий є джерелом туберкульозної інфекції для осіб, які з ним контактують.

Хворий на туберкульоз у стані ремісії – це особа з неактивними залишковими проявами туберкульозу, яка не несе загрози інфікування контактних осіб, але потребує медичного (диспансерного) нагляду.

Хіміопрофілактика туберкульозу (син.: хіміопрофілактика) – це застосування антимікобактеріальних препаратів з метою профілактики латентної туберкульозної інфекції, захворювання на туберкульоз серед контактних осіб і попередження рецидивів туберкульозу (протирецидивне лікування).

Хіміорезистентний туберкульоз – це така форма туберкульозу, при якій хворий виділяє мікобактерії туберкульозу, резистентні (стійкі) до одного або більшої кількості антимікобактеріальних препаратів і це підтверджено бактеріологічним методом за допомогою тесту визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

Хронічний туберкульоз – діагностують у осіб, в яких в кінці повторного курсу антимікобактеріального лікування продовжують зберігатися позитивний результат бактеріоскопічного і/або культурального дослідження мокротиння на наявність збудника туберкульозу, і/або клінічні та рентгенологічні прояви цього захворювання.

ЦЛКК – центральна лікарсько-консультативна комісія.

Якість медичної допомоги – це належне проведення всіх заходів, які є безпечними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, та впливають на зменшення смертності, захворюваності, інвалідності.

Положення протоколу організації лікування хворих на туберкульоз

Метою Протоколу організації лікування хворих на туберкульоз (далі Протоколу) є підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз на засадах поліпшення організації лікування, моніторингу і контролю за

лікуванням і, як наслідок, зниження захворюваності й смертності населення від цієї недуги та зменшення економічних збитків суспільству від туберкульозу.

Основними завданнями Протоколу є:

- 1) створення уніфікованої та оптимізованої системи раціональної науково обґрунтованої організації лікування хворих на туберкульоз на засадах адаптації до Міжнародних стандартів;
- 2) збільшення обсягів, доступності, якості, ефективності лікування хворих в межах державних гарантій забезпечення громадян медичною допомогою;
- 3) скорочення термінів втраченого здоров'я населення внаслідок легеневого та позалегеневого туберкульозу шляхом впровадження у медичну практику сучасних організаційних методів лікування хворих на цю недугу;
- 4) підвищення ефективності використання людських і матеріальних ресурсів у протитуберкульозній службі та закладах загальної медичної мережі у процесі лікування хворих на туберкульоз.

Принципи реалізації Протоколу. Реалізація Протоколу ґрунтується на таких принципах:

- 1) всезагальна соціальна справедливість і повна доступність до лікування хворих на туберкульоз незалежно від їх соціального стану, рівня доходів і місця проживання;
- 2) забезпечення контрольованого лікування хворих і наближення його до місця проживання хворого;
- 3) економічна ефективність лікувального процесу у хворих на туберкульоз;
- 4) єдність фтизіатричної науки і практики, фтизіатричної служби і загальної медичної мережі, фтизіатричної служби і громадських організацій у сфері туберкульозу;
- 5) активна участь усіх протитуберкульозних закладів, закладів охорони здоров'я загальної мережі, товариств Червоного Хреста та інших громадських організацій, волонтерів у вирішенні питань лікування хворих на туберкульоз.

Стратегічні принципи організації лікування хворих на туберкульоз в сучасних умовах – це реорганізація і реструктуризація інфраструктури протитуберкульозної служби в рамках реформи усієї охорони здоров'я, впровадження сучасних технологій організації лікування хворих на туберкульоз адаптованих до Міжнародних стандартів, активізація санітарно-епідеміологічної служби, первинної медико-санітарної ланки і громадського сектору у лікуванні хворих на туберкульоз інтегрально з протитуберкульозною службою. В сучасних умовах *важливого значення набувають:*

- формування державної політики в галузі охорони здоров'я населення і медичної науки (в тому числі й щодо організаційних форм етапного лікування хворих на туберкульоз) та посилення відповідальності усіх органів влади за їх реалізацію;
- розвиток недержавного сектору охорони здоров'я і визначення його ролі в організації контрольованого лікування та надання соціальної підтримки хворим на туберкульоз;
- залучення професійних медичних асоціацій (лікарів, фтизіатрів і пульмонологів, хірургів та ін.) до реалізації державної політики в галузі

протидії туберкульозу та розвитку фтизіатричної науки, в т.ч. щодо розробки і впровадження нових форм і методів організації лікування хворих на туберкульоз;

- проведення реформ в охороні здоров'я шляхом переходу до страхової медицини та визначення ролі й місця серед цих реформ заходів щодо організації стаціонарного, санаторного, амбулаторного лікування хворих на туберкульоз та лікування їх на дому;

- реформування, реорганізація і реструктуризація інфраструктури протитуберкульозної служби і через вивільнені ресурси поліпшення умов для лікування хворих на туберкульоз;

- надання державних гарантій щодо безперервного забезпечення хворих на туберкульоз антимікобактеріальними препаратами I та II ряду гарантованої якості, харчуванням стаціонарних хворих і соціальною підтримкою на амбулаторному етапі лікування;

- удосконалення правового регулювання у сфері організації лікування хворих на туберкульоз та усунення протиріч, суперечностей і різночитань у різних центральних і регіональних нормативно-правових актах, привівши їх до єдиного знаменника;

- розробка і впровадження в практику передових форм і методів організації державного санітарно-епідеміологічного нагляду за туберкульозом, гігієнічної та епідеміологічної експертизи, моніторингу здоров'я населення, середовища перебування людей, груп ризику та хворих на туберкульоз;

- забезпечення необхідним для організації лікування хворих на туберкульоз кадровим потенціалом: для протитуберкульозної служби – лікарями-фтизіатрами, лаборантами, рентгенологами, патронажними медичними сестрами; для загальної медичної мережі – сімейними та дільничними лікарями, патронажними медичними сестрами; підвищення рівня їх кваліфікації;

- підвищення соціальної захищеності лікарів, середнього, молодшого та обслуговуючого персоналу протитуберкульозних закладів та їх пацієнтів;

- підвищення зацікавленості громадян до участі у якості волонтерів у процесі лікування хворих на туберкульоз.

Застосування Протоколу. Основні положення цього Протоколу слід застосовувати організаторам охорони здоров'я, головним фтизіатрам центральних і регіональних органів виконавчої влади та охорони здоров'я, головним лікарям протитуберкульозних закладів, санітарно-епідеміологічних станцій і закладів загальної медичної мережі, керівникам загальнодержавної та регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз та іншим фахівцям, які прямо чи дотично беруть участь в організації лікування хворих на туберкульоз у адміністративних територіях та у всій країні.

В цьому Протоколі використовується шкала переконливості доказів щодо запропонованих організаційних заходів:

а) переконливі докази вважаються тоді, коли є вагомі докази ефективності та безпечності положень (окремих організаційних заходів) Протоколу, що пропонуються;

б) відносно переконливі докази вважаються тоді, коли є достатня кількість доказів для підтвердження того чи іншого положення (окремого організаційного заходу), що пропонується;

в) відсутність достатніх доказів вважається тоді, коли існуючих доказів недостатньо для пропонування тих чи інших рекомендацій (положень, організаційних заходів), але все ж таки ці рекомендації можуть надаватися з урахуванням певних обставин, наприклад, національні традиції, наявність коштів, людських і матеріальних ресурсів тощо (зокрема стосовно санаторного лікування хворих, які завершили основний курс антимикобактеріальної терапії);

г) немає достатньо доказів для того, щоб рекомендувати реалізацію того чи іншого положення (організаційного заходу, рекомендації).

Докази поділяються на декілька рівнів:

а) докази, які отримані при застосуванні у багатьох країнах;

б) докази, які отримані при застосуванні у багатьох пілотних проектах;

в) докази, які отримані при ретроспективному застосуванні та метаналізі;

г) докази, які отримані окремими дослідниками на локальних територіях.

Ведення цього Протоколу. Контроль за веденням «Протоколу організації лікування хворих на туберкульоз» здійснюється Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, Головними управліннями охорони здоров'я обласних Дніпропетровської та Львівської, Головним управлінням охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управлінням охорони здоров'я та курортів Вінницької, управлінням охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управлінням охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій, головними державними санітарними лікарями адміністративних територій, а на їх підлеглі протитуберкульозні заклади та заклади охорони здоров'я загальної медичної мережі покладається безпосереднє ведення зазначеного Протоколу. ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» залучається для контролю за веденням цього Протоколу, а також безпосередньо реалізує цей Протокол у своїх структурних підрозділах.

Система ведення Протоколу передбачає взаємодію ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» з усіма зацікавленими організаціями.

Медико-соціальна й економічна значущість розробки цього Протоколу. Не зважаючи на протитуберкульозні заходи, які проводяться в Україні в рамках Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках, епідемічна ситуація з туберкульозу бажає бути кращою. Якщо у 1990 р. в Україні реєструвалося 16404 нових хворих при захворюваності на туберкульоз 32,0 на 100 тис. населення, то у 2009 р. туберкульоз діагностований у 33424 хворих і захворюваність зросла до 72,7 на 100 тис. населення, або в 2,27 рази. Аналогічна ситуація стосується й смертності хворих від туберкульозу. Так, у 1990 р. в Україні від туберкульозу померло 4212 хворих і смертність становила 8,1 на 100 тис. населення, а у 2009

р. їх померло – 7675 і смертність зросла до 18,2 на 100 тис. населення, або в 2,25 рази.

З 1995 р. в Україні спостерігається епідемія туберкульозу, правда, з 2006 р. Україна вступила в період стабілізації епідемії. За 2006 – 2009 рр. захворюваність на туберкульоз знизилася на 12,62 % (з 83,2 до 72,7 на 100 тис. населення), а смертність – на 18,39 % (з 22,3 до 18,2 на 100 тис. населення). Проте у 2009 р. туберкульоз наніс Україні збитків на суму 3,4 млрд. грн.

Попри стабілізацію епідемії туберкульозу в Україні окреслилася низка невирішених проблем щодо туберкульозу, зокрема: збільшення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, частоти хіміорезистентного туберкульозу серед усіх хворих, незадовільний інфекційний контроль у протитуберкульозних закладах, низка проблем щодо протитуберкульозних заходів у пенітенціарній системі, вкрай незадовільна соціальна підтримка хворих на амбулаторному етапі лікування, вельми повільні темпи зростання ефективності лікування хворих на туберкульоз. На цьому тлі упродовж багатьох років необґрунтовано хаотично руйнувалася матеріально-технічна база протитуберкульозної служби (ліквідовувалися протитуберкульозні диспансери і санаторії, скорочувалися стаціонарні ліжка в них), не поповнювався кадровий потенціал лікарів фтизіатрів та середніх медичних працівників протитуберкульозної служби.

В ситуації, що склалася, у більшості адміністративних територій України не налагоджена чітка організація лікування хворих на туберкульоз ні в стаціонарі, ні на санаторному етапі, ні амбулаторно, ні на дому. Лікування хворих на туберкульоз часто відбувається хаотично, неконтрольовано, без чітких організаційних заходів. Наприклад, невчасно закуповуються антимікобактеріальні препарати, що призводить до переривів у лікуванні хворих і формування хіміорезистентності; не налагоджена контрольованість лікування; суперечності між фтизіатрами та фтизіохірургами щодо показань і протипоказань до хірургічного лікування хворих на туберкульоз призводять до низької хірургічної активності та неефективного використання фтизіохірургічних ліжок та кадрів у цих відділеннях.

Зважаючи на викладене, протитуберкульозна служба в Україні й передусім в кожній адміністративній території потребує реорганізації та реструктуризації, а протитуберкульозні заходи, насамперед щодо організації лікування хворих на туберкульоз – оптимізації. Щоб ці заходи проводилися науково обґрунтовано та уніфіковано у всіх адміністративних територіях, розроблений цей спеціальний Протокол організації лікування хворих на туберкульоз.

Цей Протокол дозволить у всіх адміністративних територіях проводити раціональні науково обґрунтовані організаційні заходи щодо ефективного лікування хворих на туберкульоз і тим самим поліпшить якість, економічну і медико-соціальну ефективність лікування хворих, посилить контроль за туберкульозом, що приведе до зниження захворюваності та смертності населення від цієї недуги, й, відповідно, до зменшення економічних збитків суспільству від туберкульозу.

Невід’ємні складові частини організації лікування хворих на туберкульоз. Невід’ємними складовими частинами організації лікування хворих на туберкульоз є реалізація таких заходів:

- 1) нормативно-правове, програмне і управлінське регулювання організації лікування хворих на туберкульоз;
- 2) організація лікарського менеджменту для хворих на туберкульоз;
- 3) юридичні, морально-етичні та правові аспекти організації лікування хворих на туберкульоз;
- 4) організація етапного лікування, медико-соціальної реабілітації та ресоціалізації хворих на туберкульоз;
- 5) організація навчання медичного персоналу та волонтерів, інформування хворих та населення щодо організації лікування туберкульозу;
- 6) організація соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу;
- 7) організація фінансування лікувального процесу хворих на туберкульоз.

Розділ 1. Нормативно-правові, морально-етичні, програмні та управлінські аспекти регулювання організації лікування хворих на туберкульоз

1.1. Організація ефективного лікування хворих на туберкульоз у всіх протитуберкульозних і лікувально-профілактичних закладах загальної медичної мережі усіх рівнів повинна здійснюватися строго на підставах чинних нормативно-правових актів, загальнодержавної та регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз. Зазначені документи повинні стати основою для розробки майбутніх загальнодержавної, галузевих (наприклад, у пенітенціарній системі) і регіональних програм, нормативно-правових документів, розробки і вдосконалення системи моніторингу в процесі лікування, планування і впровадження передових високоефективних технологій щодо організації диспансеризації та контрольованого лікування хворих у стаціонарі, амбулаторно, санаторно, на дому, а також проведення наукових досліджень з цих питань з подальшим впровадженням наукових розробок у практику.

На підставі чинних нормативно-правових актів, загальнодержавної та регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз повинні використовуватися людські, матеріальні та фінансові ресурси, необхідні для лікування хворих, повинні визначатися пріоритети лікування хворих, особливо при нестачі антимікобактеріальних препаратів, наприклад, в першу чергу хворих на вперше діагностований туберкульоз та його рецидив, хворих на вперше діагностований резистентний (в т.ч. мультирезистентний та з розширеною резистентністю) туберкульоз і, насамкінець, хворі на хронічний резистентний (в т.ч. мультирезистентний та з розширеною резистентністю) туберкульоз, хворі, які потребують паліативного лікування. Для недисциплінованих хворих, які постійно переривають лікування, зловживають алкоголем, наркотиками тощо застосовують обов’язкове лікування.

1.2. Чинні нормативно-правові документи у сфері лікування хворих на туберкульоз (стандарти, клінічні протоколи, національні керівництва) слід постійно вдосконалювати з метою врахування передових методів і форм організації та стандартів лікування, усунення протиріч, суперечностей і різночитань у різних центральних і регіональних нормативно-правових актах.

1.3. Пріоритетними засадами в організації лікування хворих на туберкульоз в Україні повинні бути адаптовані до українських національних умов положення Стоп ТБ стратегії, а саме:

1.3.1. Якісне розширення й посилення Адаптованої ДОТС-стратегії, яка реалізовується згідно наказу МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні адаптованої ДОТС-стратегії» і включає:

1.3.1.1. Політичну та фінансову підтримку програми боротьби з туберкульозом та забезпечення її на рівні Уряду та адміністративних територій країни.

1.3.1.2. Виявлення хворих на активні форми туберкульозу, яке слід здійснювати:

- за зверненням в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за методом мікроскопії мазка та рентгенофлюорографії;
- шляхом проведення туберкулінодіагностики серед груп ризику у дітей (у кожній адміністративній території необхідно визначити групи ризику щодо захворювання на туберкульоз серед дітей, а основні зазначені групи ризику слід визначити окремим наказом МОЗ України);
- шляхом проведення скринінгової флюорографії або мікроскопії мазка серед груп ризику у дорослих (у кожній адміністративній території необхідно визначити групи ризику щодо захворювання на туберкульоз серед дорослих, а основні зазначені групи ризику слід визначити окремим наказом МОЗ України).

1.3.1.3. Діагностику туберкульозу здійснювати шляхом:

- проведення мікроскопії мазка;
- посіву мокротиння і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів (окремим наказом МОЗ України необхідне зменшення загальної кількості посівів протягом основного курсу лікування, визначення основних етапів мікробіологічного контролю);
- рентгенологічної діагностики;
- використання інших лабораторних та інструментальних методів дослідження (за показаннями).

1.3.1.4. Лікування хворих на туберкульоз забезпечувати шляхом:

- проведення стандартизованого контрольованого короткострокового режиму антимікобактеріальної терапії хворим 1, 2, 3 категорій під безпосереднім контролем медичного працівника;
- призначення п'ятикомпонентного стандартизованого контрольованого режиму антимікобактеріальної терапії хворим на тяжкі форми туберкульозу (окремим наказом МОЗ України необхідно визначити тяжкі форми туберкульозу);
- проведення стандартизованого п'яти-, шестикомпонентного режиму антимікобактеріальної терапії хворим на мультирезистентний туберкульоз до

отримання тесту лікарської чутливості, а у подальшому призначення індивідуальних схем лікування;

- призначення хірургічного лікування туберкульозу за показаннями (окремим наказом МОЗ України підлягають перегляду конкретні строки консультації торакального хірурга та показання до хірургічного лікування);
- здійснення контролю за ефективністю лікування за когортним аналізом;
- проведення лікування в інтенсивній фазі переважно у стаціонарі, у фазі продовження – переважно амбулаторно під контролем медичного працівника;
- надання дозволу на призначення препаратів II ряду за рішенням консилиуму обласних (Кримського республіканського, Київського та Севастопольського міських) протитуберкульозних медичних закладів, в яких функціонують лабораторії з діагностики туберкульозу III рівня;
- здійснення паліативного лікування хворим з розширеною медикаментозною резистентністю у разі неможливості призначення чотирьох антимікобактеріальних препаратів I та II ряду.

1.3.1.5. Забезпечення протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами проводити шляхом закупівлі препаратів I та II ряду за рахунок Державного бюджету України та залучення позабюджетних коштів.

1.3.1.6. Моніторинг за туберкульозом здійснювати шляхом:

- створення національного та регіонального комп'ютерного реєстру хворих на туберкульоз;
- створення системи моніторингу ефективності програми боротьби з туберкульозом;
- здійснення моніторингу діагностичних та лікувальних заходів;
- затвердження та впровадження рекомендованих ВООЗ обліково-звітних статистичних форм.

1.3.1.7. Профілактику туберкульозу проводити шляхом:

- призначення хіміопрофілактики контактним, інфікованим мікобактеріями туберкульозу дітям, особам, які віднесені до контингентів групи ризику щодо захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфікованим;
- вакцинації та ревакцинації вакциною БЦЖ.

1.3.1.8. Заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-асоційованого туберкульозу (поєднання туберкульозу та ВІЛ-інфекції) здійснювати шляхом координації національних програм з туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

1.3.2. Боротьба з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, множинно-лікарсько-стійким (МЛС) туберкульозом та іншими викликами. Включає заходи п. 1.1.8, а також:

- проведення спільних заходів щодо боротьби з туберкульозом і ВІЛ-інфекцією;
- профілактику й контроль за туберкульозом із множинною лікарською стійкістю;
- систему моніторингу й оцінки, у тому числі, кількісної оцінки результатів лікування.

1.3.3. Сприяння зміцненню систем охорони здоров'я, зокрема:

- активна участь у зусиллях щодо вдосконалювання загальносистемної політики, кадрових ресурсів, фінансування, управління, надання послуг та інформаційних систем;

- обмін інноваціями, що сприяють зміцненню систем, включаючи практичний підхід до здоров'я легень;

- адаптація інновацій з інших галузей.

1.3.4. Залучення всіх постачальників медичних послуг, зокрема:

- використання підходів, заснованих на співробітництві як між державними організаціями, так і між державним і приватним секторами;

- застосування міжнародних стандартів надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.

1.3.5. Розширення можливостей хворих на туберкульоз і суспільства, що включає такі заходи:

- роз'яснювальна робота, інформування й соціальна мобілізація;

- участь громад у наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз;

- дотримання хартії пацієнтів про медичну допомогу хворим на туберкульоз.

1.3.6. Підтримка й розвиток наукових досліджень, в т.ч.:

- прикладні наукові дослідження на основі програм боротьби з туберкульозом;

- наукові дослідження, спрямовані на розробку нових діагностичних засобів, лікарських препаратів і вакцин.

Безумовно, у Адаптованій Стоп ТБ стратегії акцентують увагу на заходах, що стосуються організації лікування хворих на туберкульоз, оскільки лікування хворих є найефективнішим протитуберкульозним заходом, здатним прямо чи опосередковано впливати на епідемічну ситуацію з туберкульозу.

1.4. Для розробки, планування, фінансування та реалізації організаційних заходів лікування хворих найефективнішим є програмний підхід з наявністю національного керівництва по реалізації загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз, клінічних протоколів ведення хворих і міжвідомчої координації контролю за туберкульозом, які поліпшують якість, контроль і ефективність організації медичної допомоги хворим на туберкульоз.

Після розробки і затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз слід розробляти і затверджувати аналогічні галузеві (наприклад, у пенітенціарній системі) та регіональні програми, які повинні відображати особливості протитуберкульозних заходів у тій чи іншій галузі, регіоні, в т.ч. й весь спектр організаційних заходів щодо лікування хворих на туберкульоз.

1.5. Після затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз призначають керівників загальнодержавної, галузевої, регіональної програми, першими заступниками яких є фахівці з організації лікування хворих на туберкульоз. Їм підпорядковується група контролю та моніторингу, як за виконанням програми, так і за ефективністю лікування.

1.6. На кожен із затверджених програм розробляється План заходів щодо реалізації відповідної програми (далі – План) із визначенням термінів

виконання та конкретних виконавців. Окремий розділ цього Плану повинен стосуватися організації лікування хворих на туберкульоз і забезпечувати додержання прав людини і громадянина, вільний доступ до безкоштовності, загальнодоступності та рівних можливостей отримання лікування від туберкульозу.

1.7. Плануючи організаційні заходи лікування хворих на туберкульоз пріоритетне місце повинна займати реалізація інтеграції діяльності протитуберкульозної служби з загальною медичною мережею, санітарно-епідеміологічною службою та зацікавленими органами виконавчої влади (службою міграції, внутрішніх справ, виконання покарань, ветеринарної служби тощо) щодо проведення безперервного контрольованого лікування хворих на всіх етапах, особливо на амбулаторному етапі, в т.ч. вдома.

1.8. Скорочуючи терміни стаціонарного лікування і надаючи пріоритет амбулаторному лікуванню хворих, в т.ч. на дому, здійснюють реформування, реорганізацію та реструктуризацію інфраструктури протитуберкульозної служби, насамперед, матеріально-технічної бази, кадрового потенціалу та ліжкового фонду, створюючи у адміністративних територіях кращі санітарно-гігієнічні й матеріальні умови для надання стаціонарної, амбулаторної і хоспісної допомоги хворим на туберкульоз та поліпшення якості лікування.

1.9. Навчальні програми з фтизіатрії для студентів і лікарів різних профілів та населення повинні періодично переглядатися та оновлюватися. За ініціативою протитуберкульозної служби із залученням інших фахівців слід щороку проводити навчальні семінари для організаторів охорони здоров'я, фтизіатрів, лаборантів, терапевтів, сімейних та дільничних лікарів, завідуючих поліклініками, епідеміологів, працівників засобів масової інформації, а також для середніх медичних працівників з метою підвищення рівня їх знань щодо туберкульозу, які повинні підтверджуватися здаванням комп'ютерного екзамену й отриманням відповідних сертифікатів.

1.10. Для контролю за раціональним використанням коштів закладами охорони здоров'я і виконанням ними плану реалізації протитуберкульозних заходів та для проведення контрольованого амбулаторного лікування хворих слід максимально залучати громадські організації, що сприятиме формуванню громадянського суспільства і поліпшенню якості медичних послуг хворим на туберкульоз.

1.11. З метою виявлення туберкульозу на ранніх стадіях, що поліпшує ефективність його лікування, слід постійно мотивувати населення в запобіганні туберкульозу та своєчасному звертанні хворих за медичною допомогою.

1.12. Для оперативного моніторингу у процесі лікування хворих слід сформувати національний і регіональний комп'ютерні реєстри, що дозволить поліпшити реєстрацію та облік хворих, проводити моніторинг ефективності лікування, а також поліпшить оперативне управління виконанням протитуберкульозних заходів.

1.13. Необхідне регулярне щоквартальне проведення кураторських візитів вищестоящими протитуберкульозними закладами, органами центральної та виконавчої влади у нижчестоящі лікувально-профілактичні заклади (протитуберкульозні та заклади загальної медичної мережі) та органів влади з

метою курації, оцінки, моніторингу та здійснення постійного контролю за дотриманням протоколів лікування хворих, правильною оцінкою ефективності лікування, надання консультації з діагностики та лікування хворих і водночас контролю за ефективністю та рентабельністю інших протитуберкульозних заходів, окрім лікування, і на цих засадах внесення коректив у їх планування та реалізацію.

1.14. Для надання протитуберкульозної допомоги високої якості й посилення відповідальності протитуберкульозні заклади та заклади загальної медичної мережі повинні укладати контракти з пацієнтами, у яких повинна бути повна поінформованість пацієнта щодо суті послуг, ускладнень і можливого прогнозу, а також викладені обов'язки і хворого, і лікувально-профілактичного закладу, в т.ч. протитуберкульозного; це зменшить кількість відмов від лікування та порушення режиму, а також служитиме інформованою згодою пацієнта щодо виконання тих чи інших стандартів.

1.15. Обов'язковим є проведення акредитації і ліцензування всіх протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів, що поліпшить рівень надання протитуберкульозної допомоги.

1.16. При відмові хворого на заразну форму туберкульозу від госпіталізації (яка водночас є ізоляцією), антимікобактеріального лікування чи недотримання нею режиму лікування протягом 24 годин до такого пацієнта повинно бути застосовані обов'язкові ізоляція, госпіталізація до протитуберкульозного медичного закладу та лікування згідно чинного законодавства України.

1.17. Обов'язковою умовою початку та проведення протитуберкульозного лікування є необхідність отриманої в порядку, встановленому законом, інформованої згоди пацієнта. Через те лікувально-профілактичному закладу, який організовує лікування на будь-якому етапі (стаціонарно, у денному стаціонарі, амбулаторно, на дому, у санаторії тощо) доцільно укласти контракт (угоду) про надання медичної допомоги хворому на туберкульоз (далі – Контракт). Контракт укладають між хворим і лікувально-профілактичним закладом, а щодо неповнолітніх чи недієздатних пацієнтів – між їх батьками чи опікунами і лікувально-профілактичним закладом.

У Контракті (угоді) викладають:

- орієнтовний Індивідуальний план обстеження та лікування пацієнта у зрозумілій для нього формі;
- обсяг та зміст медичної допомоги, яка буде надана;
- умови і місце надання медичної допомоги хворому;
- пацієнт (або законний представник – один із батьків чи опікун неповнолітнього / недієздатного) має право обрати собі лікуючого лікаря-фтизіатра, навіть того, який не є працівником вказаного протитуберкульозного медичного закладу і за згодою сторін це відображається у Контракті;
- відповідальність, обов'язки та права лікувально-профілактичного закладу у процесі надання медичної допомоги хворому, в т. ч. відповідальність закладу за дотримання анонімності та конфіденційності щодо відомостей про хворого. Особиста конфіденційна інформація про хворого може бути надана

третій стороні лише з його дозволу (або з дозволу законного представника – одного із батьків чи опікуна неповнолітнього / недієздатного).

- відповідальність, обов'язки та права хворого у процесі надання медичної допомоги хворому, в т.ч. дії при порушенні ним вимог Контракту;
- фінансові зобов'язання сторін в процесі надання медичної допомоги хворому (якщо такі передбачаються);
- очікувані результати надання медичної допомоги хворому;
- процедури подання скарг хворим на дії медичних працівників у процесі надання медичної допомоги хворому;
- контакти і підписи сторін.

Якщо у процесі надання медичної допомоги хворому на туберкульоз за необхідністю переглядається Індивідуальний план обстеження та лікування пацієнта чи до нього вносяться зміни відповідно до потреб, що виникають, то укладається додатковий Контракт (угода) з відповідними змінами.

Контракт складається у двох примірниках: один примірник видається хворому (або його законному представнику – одного із батьків чи опікун неповнолітнього або недієздатного), інший зберігається у лікувально-профілактичному закладі.

Перед підписанням Контракту лікар-фтизіатр повинен обговорити і роз'яснити пацієнту (або його законному представнику – одному із батьків чи опікуну неповнолітнього / недієздатного) кожне положення цього контракту, в разі необхідності надає пояснення до повного розуміння та узгодження Контракту.

1.18. Хворих на заразні форми туберкульозу ізолюють в стаціонарному відділенні протитуберкульозного медичного закладу аж до припинення виділення з їх організму збудника туберкульозу, підтвердженого за допомогою методів, визначених у клінічному протоколі (стандарті) надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.

1.19. Рішення про доцільність ізоляції хворого на туберкульоз у стаціонарному відділенні протитуберкульозного медичного закладу приймається консилиумом лікарів (і/або ЛКК) у лікувально-профілактичному закладі, який виявив хворого, а рішення про можливість виписки ізольованого хворого із стаціонару приймається консилиумом лікарів (і/або ЛКК) у цьому стаціонарі.

1.20. Після припинення бактеріовиділення з організму хворого його лікування продовжується в амбулаторних умовах за висновком ЛКК (у денному стаціонарі, чи на дому, чи у санаторії) до повного завершення призначеного стандартного курсу лікування.

1.21. При відмові хворого на заразну форму туберкульозу (або законного представника такого неповнолітнього / недієздатного заразного хворого) від запропонованої ізоляції у стаціонарі протитуберкульозного медичного закладу, або відмові такої особи від запропонованого їй антимікобактеріального лікування, або недотримання нею призначеного режиму протитуберкульозного лікування, лікуючий лікар повідомляє про це голову ЛКК протитуберкульозного медичного закладу, в якому перебуває такий хворий, і ЛКК виносить рішення про доцільність термінового звернення до суду про

обов'язкову ізоляцію такої особи у стаціонарі протитуберкульозного медичного закладу.

1.22. Після встановлення одного із зазначених вище фактів протитуберкульозний медичний заклад зобов'язаний протягом 24 годин в письмовому вигляді повідомити про рішення ЛКК головного державного санітарного лікаря відповідного району (міста).

1.23. З метою запобігання поширенню туберкульозу та передачі його іншим особам, зазначений головний державний санітарний лікар протягом 24 години після отримання направленою на його адресу повідомлення голови ЛКК протитуберкульозного медичного закладу зобов'язаний передати до суду за місцем знаходження протитуберкульозного закладу заяву про розгляд відповідної справи та винесення рішення про обов'язкову ізоляцію такої особи у стаціонарі протитуберкульозного медичного закладу.

Позовну заяву про обов'язкову ізоляцію такої особи у стаціонарі має право надсилати до суду й адміністрація протитуберкульозного медичного закладу за рішенням своєї ЛКК, повідомивши про це головного державного санітарного лікаря відповідного району (міста).

1.24. Хворий на туберкульоз, щодо якого подана позовна заява до суду про обов'язкову ізоляцію, або законний представник такої особи, має право відстоювати свої інтереси в суді через адвоката.

1.25. Обов'язкова ізоляція особи у стаціонарі протитуберкульозного медичного закладу здійснюється за рішенням суду, як правило, на строк від одного до трьох місяців, про що зазначається у позовній заяві.

1.26. У разі, якщо хворий на заразну форму туберкульозу (або законний представник такого неповнолітнього / недієздатного заразного хворого), що відмовляється від запропонованої ізоляції у стаціонарі або від запропонованого лікування, або недотримується призначеного режиму протитуберкульозного лікування, переховується та уникає контактів з медичними працівниками, суд може винести рішення про розшук та привод з метою ізоляції такої особи до відповідного протитуберкульозного закладу.

1.27. Якщо хворий виконав рішення суду, але наприкінці строку ізоляції він продовжує становити небезпеку для оточуючих чи відмовлятися від подальшого протитуберкульозного лікування чи порушує режим лікування, голова ЛКК протитуберкульозного медичного закладу, в якому було ізолювано зазначену особу, та головний державний санітарний лікар відповідного району (міста) зобов'язані повторно звернутися до суду щодо продовження строку ізоляції такої особи.

1.28. Хворий на туберкульоз, щодо якого судом винесено рішення про обов'язкову ізоляцію, або законний представник такої особи, має право оскаржити зазначене рішення суду в установленому законом порядку. До прийняття апеляційним судом нового рішення у зазначеній справі хворий повинен виконувати рішення суду першої інстанції.

1.29. Обов'язкова ізоляція в умовах стаціонару протитуберкульозного медичного закладу не повинна застосовуватися до хворих на туберкульоз з числа вагітних жінок та жінок, які мають дітей віком до трьох років.

1.30. У протитуберкульозних медичних закладах, у яких забезпечується ізоляція хворих на заразні форми туберкульозу, на засадах дотримання інфекційного контролю повинні бути можливості для спілкування ізольованих хворих з членами їх сімей чи іншими близькими особами, а при необхідності – з іншими медичними працівниками, які не працюють в цих закладах, працівниками соціальних служб, священнослужителями, нотаріусами та адвокатами.

1.31. При ухиленні хворого від виконання рішення суду про обов'язкову ізоляцію органи керівник протитуберкульозного медичного закладу письмово звертається до органу внутрішніх справ відповідного району (міста), працівники якого у межах своїх повноважень надають медичним працівникам допомогу у забезпеченні виконання відповідних рішень суду.

■ Критерії та індикатори якості нормативно-правових, морально-етичних, програмних і управлінських аспектів регулювання організації лікування хворих на туберкульоз:

1.1. Виконання чинних нормативно-правових актів, загальнодержавної та регіональної програм протидії захворюванню на туберкульоз, протоколів, стандартів щодо організації лікування хворих на туберкульоз, адаптованих до міжнародних:

1.1.1. Дотримання статті 49 Конституції України, прийнятої на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року щодо того, що “У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності”, у %, що обчислюється відношенням кількості лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), у яких повністю реалізовується зазначена стаття Конституції, до кількості всіх лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), помножене на 100,0 %.

1.1.2. Дотримання Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, затвердженого наказом МОЗ України від 09.06.2006 р. № 384 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз», щодо лікування хворих на туберкульоз, у %, що обчислюється відношенням кількості лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), у яких повністю реалізовується зазначений Протокол, до кількості всіх лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), помножене на 100,0 %.

1.1.3. Дотримання Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію, затвердженого наказом МОЗ України від 28.05.2008 р. № 276 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію»), щодо лікування хворих на туберкульоз, у %, що обчислюється відношенням кількості лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), у яких повністю реалізовується зазначений Клінічний протокол, до кількості всіх лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), помножене на 100,0 %.

1.1.4. Дотримання Стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз, затвердженого наказом МОЗ України від 22.10.2008 р. № 600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз», щодо лікування хворих на туберкульоз, у %, що обчислюється відношенням кількості лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), у яких повністю реалізовується зазначений Стандарт, до кількості всіх лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), помножене на 100 %.

1.1.5. Дотримання рекомендацій щодо лікування хворих, зазначених у Посібнику з питань боротьби з туберкульозом на основі міжнародних стандартів з контролю за туберкульозом, затвердженого наказом МОЗ та АМН України від 27.06.2006 р. № 422/40 «Про затвердження Посібника з питань боротьби з туберкульозом на основі міжнародних стандартів з контролю за туберкульозом», щодо лікування хворих на туберкульоз, у %, що обчислюється відношенням кількості лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), у яких повністю реалізуються рекомендації зазначеного Посібнику, до кількості всіх лікувально-профілактичних закладів (або адміністративних територій), помножене на 100,0 %.

1.1.6. Відсоток заходів загальнодержавної, галузевої (наприклад, у пенітенціарній системі) чи регіональної програм щодо організації лікування хворих на туберкульоз, які суперечать чинним нормативно-правовим актам, – це відношення кількості заходів загальнодержавної, галузевої чи регіональної програм щодо організації лікування хворих на туберкульоз, які суперечать чинним нормативно-правовим актам, до кількості усіх заходів у програмі, помножене на 100,0 %.

1.1.7. Відсоток невиконаних заходів щодо організації лікування хворих загальнодержавної, галузевої чи регіональної програм протидії захворюванню на туберкульоз – це відношення кількості невиконаних заходів щодо організації лікування хворих загальнодержавної, галузевої чи регіональної програм протидії захворюванню на туберкульоз до кількості усіх заходів щодо організації лікування хворих на туберкульоз у програмі, помножене на 100,0 %.

1.1.8. Кількість скарг від будь-яких заявників на неналежне лікування чи недостойне поведіння медичних працівників у відношенні до хворого, чи відмову хворому у лікуванні порівняно з тими ж недоліками у аналогічному періоді попереднього року, в абсолютній кількості (за два роки звітний і попередній) та у відсотках (це відношення кількості зазначених недоліків у звітному році до їх кількості у попередньому році, помножене на 100,0 %), з них кількість задоволених скарг, у % (це відношення кількості задоволених скарг до кількості всіх скарг, помножене на 100,0 %).

1.2. Вдосконалення та розробка нормативно-правових документів у сфері протидії захворюванню на туберкульоз:

1.2.1. Відсоток (загальноукраїнських, галузевих, регіональних) нормативно-правових документів, що містять протиріччя, суперечності й різночитання з іншими нормативно-правовими документами свого та вищестоящого рівня, – це відношення кількості (загальноукраїнських,

галузових, регіональних) нормативно-правових документів, що містять зазначені протиріччя, суперечності й різночитання, до загальної кількості чинних (загальноукраїнських, галузових, регіональних) нормативно-правових актів, помножене на 100,0 %.

1.2.2. Кількість розроблених нових нормативно-правових документів у порівнянні з аналогічним періодом минулого року, в абсолютній кількості та у відсотках, які обчислюються відношенням кількості розроблених нормативно-правових документів у звітному та попередньому році, помножене на 100,0 %.

1.3. Розробка, затвердження і впровадження Адаптованої Стоп ТБ стратегії:

1.3.1. Адаптована Стоп ТБ стратегія в Україні у стадії розробки, затвердження, впровадження чи відсутня (відповідне відмітити, а також вказати яким нормативно-правовим актом затвержені Адаптована Стоп ТБ стратегія в Україні та План її впровадження).

1.3.2. Відсоток адміністративних територій (областей, міст, районів), у яких впроваджена Адаптована Стоп ТБ стратегія – це відношення кількості адміністративних територій (областей, міст, районів), у яких впроваджена Адаптована Стоп ТБ стратегія до загальної кількості відповідних адміністративних територій у регіоні чи країні, помножене на 100,0 %.

Політична та фінансова підтримка організації лікування хворих у Загальнодержавній (регіональній) програмі протидії захворюванню на туберкульоз:

1.3.3. Є чи немає затвердженої Верховною Радою чи Кабінетом Міністрів України Концепції (Стратегії) та Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз (відповідне відмітити, а також вказати яким нормативно-правовим актом затвержені Концепція (Стратегія) і Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз та План її впровадження).

1.3.4. Відсоток адміністративних територій, у яких на сесіях Рад Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя затвержені Регіональні програми протидії захворюванню на туберкульоз з відповідним фінансуванням – це кількість адміністративних територій, у яких затвержені зазначені Програми, поділена на 27 адміністративних територій в Україні та помножена на 100,0 %.

1.3.5. Відсоток компонентів Адаптованої Стоп ТБ стратегії, які не віддзеркалені у Загальнодержавній (регіональній) програмі протидії захворюванню на туберкульоз, – це 100,0 мінус (відношення кількості розділів цієї Програми, що відповідають Адаптованої Стоп ТБ стратегії, до 6 і помножене на 100,0 %).

1.3.6. Є чи немає призначеного на національному та регіональному рівні відповідального координатора щодо контролю за туберкульозом та фахівця з організації лікування хворих на туберкульоз (відповідне зазначити).

1.3.7. Відсоток адміністративних територій, у яких призначені відповідальні координатори щодо контролю за туберкульозом та фахівці з організації лікування хворих на туберкульоз, – це кількість адміністративних

територій, де такі фахівці призначені, поділена на 27 адміністративних територій в Україні та помножена на 100,0 %.

1.3.8. Є чи немає у Плані реалізації Загальнодержавної та регіональних програмах протидії захворюванню на туберкульоз розділ “Організація лікування хворих на туберкульоз” (відповідне зазначити).

1.3.9. Відсоток невиконаних заходів розділу “Організація лікування хворих на туберкульоз” у Плані реалізації Загальнодержавної та регіональних програмах протидії захворюванню на туберкульоз – це відношення кількості невиконаних заходів до всіх заходів цього розділу, помножене на 100,0 %.

1.3.10. Є чи немає Національного програмного керівництва по боротьбі з туберкульозом на засадах Адаптованої Стоп ТБ стратегії (відповідне зазначити).

1.3.11. Відсоток виділеного цільового фінансування (не в рамках загального бюджетного фінансування протитуберкульозних заходів) на підтримку Загальнодержавної (регіональної) програми протидії захворюванню на туберкульоз на рівні держави та адміністративних територій країни – це відношення кількості цільового фінансування (не в рамках загального бюджетного фінансування протитуберкульозних заходів) на підтримку зазначеної Програми на рівні держави (адміністративних територій країни) до загальної кількості фінансування, виділеного на протитуберкульозні заходи, помножене на 100,0 %.

1.3.12. Відсоток виділеного цільового фінансування (не в рамках загального бюджетного фінансування протитуберкульозних заходів) на Організацію лікування хворих у Загальнодержавній (регіональній) програмі протидії захворюванню на туберкульоз на рівні держави та адміністративних територій країни – це відношення кількості цільового фінансування на організацію лікування хворих в рамках зазначеної Загальнодержавної (регіональної) програми до загальної кількості цільового фінансування відповідної програми, помножене на 100,0 %.

1.3.13. Відсоток коштів, виділених з місцевого бюджету на організацію лікування хворих, – це відношення кількості коштів, виділених з місцевого бюджету на організацію лікування хворих, до кількості цільових коштів, виділених на організацію лікування хворих в рамках регіональної Програми, помножене на 100,0 %.

1.4. Співробітництво протитуберкульозних закладів у сфері організації лікування хворих:

1.4.1. Кількість договорів про співпрацю, в т.ч. у сфері організації лікування хворих, між протитуберкульозними закладами і санітарно-епідеміологічною станцією, центрами боротьби зі СНІДом, наркологічними та ін. диспансерами і закладами загальної медичної мережі та іншими державними організаціями тощо.

1.4.2. Кількість договорів про співпрацю, в т.ч. у сфері організації лікування хворих, між протитуберкульозними закладами і товариством Червоного Хреста, іншими недержавними організаціями, приватними секторами, а також окремими фізичними особами – волонтерами, психологами, соціальними працівниками тощо.

1.4.3. Перерахувати спільні нормативно-правові документи, що свідчать про інтеграцію діяльності протитуберкульозної служби з загальною медичною мережею, санітарно-епідеміологічною службою та зацікавленими органами виконавчої влади (службою міграції, внутрішніх справ, виконання покарань, ветеринарної служби тощо) щодо контролю за туберкульозом, в т.ч. щодо організації лікування хворих на амбулаторному етапі.

1.4.4. Скільки популярної продукції (фільмів, статей, буклетів, виступів, лекцій тощо) щодо туберкульозу, в т.ч. щодо організації лікування хворих на туберкульоз, підготовлено і опубліковано у друкованих та електронних засобах масової інформації.

1.4.5. Які роз'яснювальні, соціальні, економічні та мотиваційні заходи застосовувалися серед хворих та населення щодо поліпшення ефективності лікування хворих на туберкульоз (перерахувати і вказати їх кількість).

1.4.6. Які громади, громадські організації, фізичні особи беруть участь у проведенні амбулаторного та домашнього контрольованого лікування хворих на туберкульоз та їх соціальної підтримки (описати результати їх діяльності).

1.4.7. Дотримуються чи не дотримуються хартії пацієнтів про медичну допомогу хворим на туберкульоз у даній адміністративній території (вказати: так чи ні).

1.4.8. Забезпечуються чи не забезпечуються права людини і громадянина до безкоштовності, загальнодоступності та рівних можливостей надання протитуберкульозної допомоги (вказати: так чи ні).

1.5. Підтримка й розвиток наукових досліджень щодо організації лікування хворих на туберкульоз:

1.5.1. Відсоток прикладних наукових досліджень з питань організації лікування хворих на туберкульоз в рамках Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз – це відношення кількості науково-дослідних робіт, присвячених організації лікування хворих на туберкульоз в рамках Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз до кількості всіх науково-дослідних робіт в рамках зазначеної Програми, помножене на 100,0 %.

1.5.2. Відсоток наукових досліджень, спрямованих на розробку нових антимікобактеріальних та патогенетичних лікарських препаратів, нових методів і технологій лікування хворих – це відношення кількості науково-дослідних робіт, присвячених розробці нових антимікобактеріальних та патогенетичних лікарських препаратів, нових методів і технологій лікування хворих в рамках Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз до кількості всіх науково-дослідних робіт в рамках зазначеної Програми, помножене на 100,0 %.

1.6. Збереження цілісності протитуберкульозної служби, її реформування, реорганізація та реструктуризація у регіонах країни:

1.6.1. Скільки скорочено протитуберкульозних диспансерів, туберкульозних санаторіїв та ліжок в них, а також медичних працівників за останні 3 роки (вказати в абсолютних цифрах).

1.6.2. Проводилися чи не проводилися круглі столи і громадське обговорення щодо реформування, реорганізації та реструктуризації протитуберкульозної служби (їх кількість та прийняті рішення).

1.6.3. Які підходи до управління і контролю за виконанням програм і протитуберкульозних заходів, в т.ч. через державні та регіональні міжурядові комісії, прийняті в адміністративній території (описати).

1.7. Уніфікація навчальних програм щодо туберкульозу і проведення навчальних семінарів:

1.7.1. Відсоток вищих (середніх) державних і недержавних медичних освітніх закладів, які викладають фтизіатрію за уніфікованими навчальними програмами щодо туберкульозу, які відповідають загальнодержавній (регіональним) програмам протидії захворюванню на туберкульоз – це відношення кількості вищих (середніх) державних і недержавних медичних освітніх закладів, які викладають фтизіатрію за уніфікованими навчальними програмами щодо туберкульозу, до кількості всіх вищих (середніх) державних і недержавних медичних освітніх закладів, помножене на 100,0 %.

1.7.2. Кількість навчальних семінарів з фтизіатрії для організаторів охорони здоров'я, лаборантів, сімейних та дільничних лікарів, терапевтів, завідуючих поліклініками, епідеміологів, фтизіатрів та інших лікарів, а також для середніх медичних працівників, які проведені у звітному році порівняно з попереднім.

1.7.3. Кількість фахівців (організаторів охорони здоров'я, лаборантів, сімейних та дільничних лікарів, терапевтів, завідуючих поліклініками, епідеміологів, фтизіатрів та інших лікарів, а також для середніх медичних працівників) на 100 працюючих, які пройшли навчання з метою підвищення рівня їх знань щодо туберкульозу, – це відношення (кількості зазначених фахівців, які пройшли навчання і отримали сертифікати, помножена на 100,0) до загальної кількості зазначених фахівців у лікувально-профілактичному закладі.

1.8. Залучення громадських організацій до контрольованого лікування хворих на туберкульоз:

1.8.1. Кількість громадських організацій у сфері боротьби з туберкульозом, що зареєстровані в адміністративній території (вказати кількість і перерахувати їх назви).

1.8.2. Мають чи не мають громадські організації доступ до контролю за раціональним використанням коштів закладами охорони здоров'я і виконанням ними плану реалізації протитуберкульозних заходів, в т.ч. на організацію лікування хворих (вказати: так чи ні).

1.8.3. Скільки волонтерів залучили громадські організації для проведення амбулаторного контрольованого лікування хворих та профілактичної хіміотерапії (зазначити кількість).

1.8.4. Скільки хворих на туберкульоз і осіб, які потребують профілактичної хіміотерапії, обслуговують волонтери, що залучені громадськими організаціями (зазначити кількість).

1.9. Мотивація медичних фахівців і хворих на туберкульоз до їх безперервного і контрольованого лікування:

1.9.1. Скільки фільмів, статей, буклетів, виступів, бесід, лекцій тощо щодо безперервного і контрольованого лікування хворих на туберкульоз підготовлено чи проведено у звітному році (зазначити абсолютні цифри порівняно з попереднім роком).

1.9.2. На скільки хворих і людино-днів зменшилася чи збільшилася кількість переривів у лікуванні хворих на туберкульоз за відповідними категоріями за звітний період порівняно з аналогічним попереднім періодом (відповідно від даних звітного періоду відняти дані періоду попереднього року і отримаємо кількість хворих і людино-днів зі знаком плюс чи мінус).

1.9.3. На скільки хворих зменшилася чи збільшилася кількість відмов від лікування хворих на туберкульоз за відповідними категоріями за звітний період порівняно з аналогічним попереднім періодом (відповідно від даних звітного періоду відняти дані періоду попереднього року і отримаємо кількість хворих зі знаком плюс чи мінус).

1.9.4. Відсоток хворих, які не отримували контрольованого лікування у стаціонарі, в санаторії, амбулаторно чи на дому на період аналізу під час кураторського візиту, – це відношення кількості хворих, у яких на період кураторського візиту не встановлено контрольоване лікування, до кількості проаналізованих хворих за час кураторського візиту, помножене на 100,0 %.

1.10. Кураторські візити, комп'ютерний реєстр і моніторинг в процесі лікування хворих на туберкульоз:

1.10.1. Є чи немає національного (регіонального) комп'ютерного реєстру (відповідне зазначити).

1.10.2. Проводиться чи не проводиться моніторинг ефективності лікування хворих на регіональному та національному рівнях (відповідне зазначити).

1.10.3. Є чи немає статистичних обліково-звітних форм для реєстрації, обліку хворих на туберкульоз та проведення лікувально-діагностичних заходів (відповідне зазначити); на скільки місяців (днів) вистачає їх запасу (вказати).

1.10.4. Є чи немає плану кураторських візитів у протитуберкульозному диспансері (відповідне зазначити).

1.10.5. Як часто у одну адміністративну територію проводяться кураторські візити з метою зовнішнього контролю якості лікування, моніторингу його ефективності, контролю за правильним використанням антимікобактеріальних препаратів (вказати щодо кожного переліку цього пункту).

1.10.6. Які найтипівіші недоліки щодо лікування хворих виявлені під час кураторського візиту (перерахувати, а там, де можливо, виразити у відсотках – це відношення кількості виявлених недоліків до загальної кількості перевірених первинних медичних документів, помножене на 100,0 %).

1.10.7. Укладаються чи не укладаються договори (контракти) з пацієнтами під час надання протитуберкульозних медичних послуг (відповідне зазначити, а якщо частково укладаються чи не укладаються, то зазначити відсоток неукладених договорів (контрактів) – це відношення кількості хворих, з якими не укладені договори (контракти), до кількості проаналізованих хворих під час кураторського візиту, помножене на 100,0 %. Це буде відсоток хворих

на туберкульоз, які отримують медичну допомогу не на договірній (контрактній) основі.

1.10.8. Скільки скарг і судових рішень було за неналежне виконання умов договорів (контрактів) з хворими однією із сторін (хворий – протитуберкульозний заклад) (вказати).

1.10.9. Скільки службових листів розповсюджено для оперативного управління організацією лікування хворих на туберкульоз.

1.10.10. Відсоток порушень стандартів (протоколів) лікування хворих, щодо недотримання стандартних схем лікування (або їх зміни без висновків консилиумів, ЛКК) – це відношення кількості хворих, у яких були порушені стандарти (протоколи) лікування до кількості проаналізованих хворих під час кураторського візиту, помножене на 100,0 %.

1.10.11. Відсоток порушень стандартів (протоколів) лікування хворих, щодо недотримання моніторингу в процесі лікування хворих (або їх зміни без висновків консилиумів, ЛКК) – це відношення кількості хворих, у яких були порушені стандарти (протоколи) щодо моніторингу в процесі лікування до кількості проаналізованих хворих під час кураторського візиту, помножене на 100,0 %.

1.11. Акредитація та ліцензування протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів:

1.11.1. Відсоток ліцензованих та акредитованих протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів, що знаходиться у зоні обслуговування, – це відношення кількості ліцензованих та акредитованих протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів, що знаходиться у зоні обслуговування, до їх загальної кількості, помножене на 100 %.

1.11.2. Відсоток ліцензованих та акредитованих лабораторій з бактеріологічної діагностики туберкульозу, що знаходиться у адміністративній території, – це відношення кількості ліцензованих та акредитованих лабораторій з бактеріологічної діагностики туберкульозу, що знаходиться у адміністративній території, до їх загальної кількості, помножене на 100 %.

1.12. Морально-етичні аспекти організації лікування хворих на туберкульоз:

1.12.1. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз (окремо на вперше діагностований рецидив туберкульозу), які надали інформовану згоду лікувально-профілактичному закладу перед початком лікування на будь-якому етапі (стаціонарно, у денному стаціонарі, амбулаторно, на дому, у санаторії тощо) – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз (окремо на вперше діагностований рецидив туберкульозу), які надали зазначену інформовану згоду до кількості перевірених первинних медичних документів (Карта амбулаторного хворого, історія хвороби), помножене на 100,0 %.

1.12.2. Відсоток хворих на туберкульоз, яким проводилося лікування на будь-якому етапі (стаціонарно, у денному стаціонарі, амбулаторно, на дому, у санаторії тощо) на контрактних засадах – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які лікувалися на контрактних засадах, до кількості усіх хворих на активний туберкульоз, яким проводилося лікування, помножене на 100,0 %.

1.12.3. Відсоток хворих на заразні форми вперше діагностованого та вперше зареєстрованого рецидивного туберкульозу, які були госпіталізовані в стаціонарному відділенні протитуберкульозного медичного закладу аж до припинення виділення з їх організму збудника туберкульозу, – це відношення зазначених госпіталізованих хворих до усіх вперше зареєстрованих бактеріовиділювачів протягом року, помножене на 100,0 %.

1.12.4. Відсоток хворих на вперше діагностований та вперше зареєстрований рецидивний туберкульоз, які весь основний курс антимікобактеріальної терапії пройшли тільки амбулаторно (окремо тільки стаціонарно, тільки у денному стаціонарі, тільки на дому, чи тільки у санаторії) – це відношення кількості зазначених хворих (які протягом основного курсу лікувалися тільки амбулаторно, тільки стаціонарно, тільки у денному стаціонарі, тільки на дому, чи тільки у санаторії) до усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз та вперше зареєстрований рецидив туберкульозу, помножене на 100,0 %.

1.12.5. Відсоток хворих на заразну форму туберкульозу, які відмовилися від запропонованого стаціонарного лікування, – це відношення кількості хворих на заразну форму туберкульозу, які відмовилися від стаціонарного лікування, до загальної кількості хворих на заразну форму туберкульозу, помножене на 100,0 %.

1.12.6. Відсоток хворих на заразну форму туберкульозу, які відмовилися від запропонованого антимікобактеріального лікування, – це відношення кількості хворих на заразну форму туберкульозу, які відмовилися від антимікобактеріального лікування, до загальної кількості хворих на заразну форму туберкульозу, помножене на 100,0 %.

1.12.7. Відсоток хворих на заразну форму туберкульозу, які недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування, – це відношення кількості хворих на заразну форму туберкульозу, які недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування, до загальної кількості хворих на заразну форму туберкульозу, помножене на 100,0 %.

1.12.8. Сумарний відсоток хворих на заразну форму туберкульозу, які відмовилися від запропонованого стаціонарного лікування + запропонованого антимікобактеріального лікування + недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування, – це відношення кількості хворих на заразну форму туберкульозу, які (відмовилися від запропонованого стаціонарного лікування + запропонованого антимікобактеріального лікування + недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування), до загальної кількості хворих на заразну форму туберкульозу, помножене на 100,0 %.

1.12.9. Відсоток позовів до суду про обов'язкову ізоляцію у стаціонарі протитуберкульозного медичного закладу осіб, які (відмовилися від запропонованого стаціонарного лікування + запропонованого антимікобактеріального лікування + недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування), – це відношення кількості осіб, які (відмовилися від запропонованого стаціонарного лікування + запропонованого

антимікобактеріального лікування + недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування), до загальної кількості хворих на заразну форму туберкульозу, помножене на 100,0 %.

1.12.10. Відсоток задоволених судами позовів про обов'язкову ізоляцію у стаціонарі протитуберкульозного медичного закладу осіб, які (відмовилися від запропонованого стаціонарного лікування + запропонованого антимікобактеріального лікування + недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування), – це відношення кількості задоволених судами позовів про обов'язкову ізоляцію у стаціонарі протитуберкульозного медичного закладу осіб, які (відмовилися від запропонованого стаціонарного лікування + запропонованого антимікобактеріального лікування + недотримувалися призначеного режиму протитуберкульозного лікування), до загальної кількості поданих позовів до суду, помножене на 100,0 %.

1.12.11. Відсоток хворих на туберкульоз, які ухилялися від виконання рішення суду про обов'язкову ізоляцію, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які ухилялися від виконання рішення суду про обов'язкову ізоляцію, до кількості винесених судами рішень про обов'язкову ізоляцію, помножене на 100,0 %.

1.12.12. Відсоток хворих на туберкульоз, які ухилялися від виконання рішення суду про обов'язкову ізоляцію і органами внутрішніх справ відповідного району (міста) залучені до обов'язкової ізоляції, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які залучені до обов'язкової ізоляції органами внутрішніх справ відповідного району (міста), до загальної кількості хворих на туберкульоз, які ухилялися від виконання рішення суду про обов'язкову ізоляцію, помножене на 100,0 %.

■ **Очікувані результати нормативно-правових, морально-етичних, програмних та управлінських аспектів регулювання організації лікування хворих на туберкульоз** можна оцінювати тільки при комплексній реалізації усіх розділів цього Протоколу організації медичної допомоги хворим на туберкульоз, зокрема й цього розділу. Основним очікуваним результатом має стати поліпшення ефективності лікування хворих внаслідок реалізації організаційних заходів лікування. Для покращання ефективності лікування хворих очікується поліпшення: виявлення та діагностики туберкульозу; лікарського менеджменту, лікування та реабілітації хворих на туберкульоз; профілактики туберкульозу; диспансеризації хворих, їх обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів; кадрового забезпечення протитуберкульозної служби; наукових досліджень у фтизіатрії; соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу; співробітництва з міжнародними та іншими інституціями.

Очікується зменшення кількості хворих на туберкульоз, які переривали лікування і/або відмовлялися від лікування; зменшення кількості заразних хворих, які відмовлялися від обов'язкової ізоляції; поліпшення ефективності стаціонарного, амбулаторного і санаторного лікування хворих на туберкульоз (за даними когортного аналізу). При значній кількості зазначених хворих (які переривали або відмовлялися від лікування і залучені до нього; які

відмовлялися від обов'язкової ізоляції і залучені до неї) у адміністративній території можливий вплив на поліпшення епідемічної ситуації (зменшення захворюваності та смертності від туберкульозу у адміністративній території).

Все це повинно підкріплюватися раціональним фінансуванням протитуберкульозних заходів.

Розділ 2. Організація лікарського менеджменту для хворих на туберкульоз

2.1. Для раціональної організації лікарського менеджменту повинні бути затверджені клінічні протоколи лікування хворих, адаптовані до міжнародних стандартів. В них повинні бути віддзеркалені стандартні схеми антимікобактеріального лікування хворих на туберкульоз 1 – 4 категорій, а у показаних випадках – паліативне, патогенетичне, симптоматичне, хірургічне та санаторне лікування.

2.2. Розрахунок потреби антимікобактеріальних препаратів проводиться з урахуванням схем лікування за кожною категорією при прогнозі потреби на майбутній рік, півріччя чи квартал з урахуванням того, що ще перед початком лікування хворого треба передбачити для нього всі антимікобактеріальні препарати на весь курс лікування.

2.3. Обраховують залишкову кількість кожного антимікобактеріального препарату, що знаходяться на складі та у старшої медичної сестри. На цю кількість зменшують кількість антимікобактеріальних препаратів від розрахункової потреби.

2.4. Формують резерв антимікобактеріальних препаратів залежно від того як часто проводяться тендерні закупівлі, наприклад, якщо антимікобактеріальні препарати закуповуються щоквартально, то формують квартальний резерв, якщо один раз в рік, то формують річний резерв препаратів.

2.5. Заявки для закупівлі антимікобактеріальних препаратів із зазначенням залишків та з урахуванням резерву з кожної адміністративної території направляють до Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам. У заявках враховують також потребу антимікобактеріальних препаратів для хіміопрофілактики контактних, ВІЛ-інфікованих, інфікованих дітей і підлітків та інших категорій згідно чинного законодавства.

2.6. Фахівці Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам формують інтегральну заявку потреби антимікобактеріальних препаратів I та II ряду і подають її до Тендерного комітету МОЗ України для проведення закупівель, якщо антимікобактеріальні препарати закуповуватимуться за кошти Державного бюджету.

2.7. Якщо ж Уряд виділив субвенції з Державного бюджету або якщо антимікобактеріальні препарати закуповуються з місцевих бюджетів, то заявка формується так же, але її спрямовують до Тендерного комітету Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, Головних управлінь охорони здоров'я обласних Дніпропетровської та Львівської, Головного управління

охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій чи до Тендерного комітету головного протитуберкульозного медичного закладу адміністративної території.

2.8. Відповідний тендерний комітет повинен вчасно закупити антимікобактеріальні препарати, укласти договори з постачальниками та розвести закуплені препарати у адміністративні території, дотримуючись при цьому принципу регулярного, безперебійного постачання антимікобактеріальних препаратів гарантованої якості, як шляхом закупівлі їх так і шляхом державного замовлення препаратів у вітчизняного виробника з формуванням необхідного резерву препаратів.

2.9. Аналогічно, як зазначено у пп. 2.1 – 2.8, здійснюється закупівля туберкуліну, вакцини БЦЖ, антиретровірусних препаратів, тест-систем, живильних середовищ, медичної техніки тощо. Цикл медикаментозного менеджменту антимікобактеріальних препаратів та інших закупівель включає: їх вибір, підрахунок потреби, розподілення, гарантію якості, раціональне використання і облік.

2.10. У кожному лікувально-профілактичному закладі, який здійснює стаціонарне, санаторне, амбулаторне лікування чи лікування на дому хворих на туберкульоз, забезпечують правильне зберігання антимікобактеріальних препаратів, дотримання їх строків придатності, їх облік, прийом і видачу у структурні підрозділи, ДОТ-кабінети. Для дотримання цих дій призначають відповідального медичного працівника.

2.11. Відповідальним за правильне зберігання антимікобактеріальних препаратів, дотримання їх строків придатності, їх облік, прийом і видачу на пост чергової медичної сестри у кожному структурному підрозділі є старша медична сестра, а у ДОТ-кабінеті – медична сестра ДОТ-кабінету.

■ Критерії та індикатори якості організації лікарського менеджменту для хворих на туберкульоз:

2.1. Безперебійне забезпечення хворих на туберкульоз антимікобактеріальними препаратами:

2.1.1. Відсоток забезпеченості антимікобактеріальними препаратами 1 – 2 ряду у адміністративній території (по кожному препарату окремо) – це відношення кількості кожного антимікобактеріального препарату 1 – 2 ряду у адміністративній території до розрахункової потреби кожного з цих же препаратів, помножене на 100,0 %.

2.1.2. Є чи немає резервний запас антимікобактеріальних препаратів на центральному, регіональному та районному рівнях і на скільки місяців (днів) його ще вистачить (необхідне відмітити).

2.1.3. Відсоток точності ведення обліку запасів антимікобактеріальних препаратів – це співвідношення запасів, що зареєстровані у бухгалтерських журналах і співпали з фактичною кількістю на складі до кількості спеціально перевірених запасів, помножене на 100,0 %.

2.1.4. Середня тривалість відсутності кожного антимікобактеріального препарату I – II ряду на складах зберігання протягом року (необхідне відмітити).

2.1.5. Середня тривалість відсутності кожного антимікобактеріального препарату I – II ряду у лікувально-профілактичних закладах (необхідне відмітити).

2.1.6. Перерахувати структурні підрозділи протитуберкульозного закладу, у яких не доступні для хворих антимікобактеріальні препарати I ряду.

2.1.7. Відсоток кількості хворих на туберкульоз, у яких були перериви у лікуванні через відсутність хоча б одного призначеного антимікобактеріального препарату I ряду – це відношення кількості хворих на туберкульоз, у яких були перериви у лікуванні через відсутність хоча б одного призначеного антимікобактеріального препарату I ряду, до кількості всіх хворих, яким було призначено лікування антимікобактеріальними препаратами I ряду, помножене на 100,0 %.

2.1.8. Відсоток кількості хворих на туберкульоз, у яких були перериви у лікуванні через відсутність хоча б одного призначеного антимікобактеріального препарату II ряду – це відношення кількості хворих на туберкульоз, у яких були перериви у лікуванні через відсутність хоча б одного призначеного антимікобактеріального препарату II ряду, до кількості всіх хворих, яким було призначено лікування антимікобактеріальними препаратами II ряду, помножене на 100,0 %.

2.2. Забезпечення якості антимікобактеріальних препаратів:

2.2.1. Є чи немає системи забезпечення якості антимікобактеріальних препаратів у лікарському менеджменті: на яких нормативно-правових засадах вона ґрунтується та як вона функціонує (необхідне зазначити).

2.2.2. Відповідають чи не відповідають закуплені антимікобактеріальні препарати міжнародним стандартам якості (необхідне зазначити).

2.2.3. Відсоток сертифікованих партій антимікобактеріальних препаратів, закуплених на місцевому ринку та за кордоном – це відношення кількості сертифікованих партій антимікобактеріальних препаратів, закуплених на місцевому ринку та за кордоном до загальної кількості усіх партій антимікобактеріальних препаратів, закуплених на місцевому ринку та за кордоном за цей же період, помножене на 100,0 %.

2.2.4. Відсоток зразків антимікобактеріальних препаратів з незадовільним результатом контролю якості – це відношення кількості зразків антимікобактеріальних препаратів з незадовільним результатом контролю якості до загальної кількості зразків антимікобактеріальних препаратів, що зазнали дослідження у лабораторії на предмет контролю якості, помножене на 100,0 %.

2.2.5. Відсоток кількості закуплених антимікобактеріальних препаратів з терміном придатності менше 6 місяців – це відношення кількості закуплених антимікобактеріальних препаратів з терміном придатності менше 6 місяців до кількості усіх закуплених антимікобактеріальних препаратів, помножене на 100,0 %.

2.2.6. Відсоток наявних антимікобактеріальних препаратів з терміном придатності менше 6 місяців – це відношення кількості закуплених в поточному та попередніх роках антимікобактеріальних препаратів з терміном придатності менше 6 місяців до кількості усіх наявних антимікобактеріальних препаратів (закуплених в поточному та попередніх роках), помножене на 100,0 %.

2.2.7. Відсоток прострочених антимікобактеріальних препаратів – це відношення кількості прострочених антимікобактеріальних препаратів (закуплених в поточному та попередніх роках) до кількості усіх наявних антимікобактеріальних препаратів (закуплених в поточному та попередніх роках), помножене на 100,0 %.

2.2.8. Відсоток непридатних антимікобактеріальних препаратів внаслідок неправильного зберігання (пошкоджених, затоплених, відсирілих, розбитих ампул та флаконів тощо) – це відношення кількості непридатних антимікобактеріальних препаратів внаслідок неправильного зберігання (закуплених в поточному та попередніх роках) до кількості усіх наявних антимікобактеріальних препаратів (закуплених в поточному та попередніх роках), помножене на 100,0 %.

2.2.9. Відсоток побічних ефектів антимікобактеріальних препаратів – це відношення кількості хворих, у яких в історіях хвороби, температурному листку та листку призначень є будь-які згадки про побічні ефекти антимікобактеріальної терапії до кількості хворих, у яких проаналізована зазначена медична документація, помножене на 100,0 %.

2.2.10. Відсоток офіційно зареєстрованих побічних ефектів антимікобактеріальних препаратів – це відношення абсолютної кількості заповнених форм про побічні ефекти антимікобактеріального препарату до кількості хворих, які лікувалися зазначеним антимікобактеріальним препаратом, помножене на 100,0 %.

■ **Очікувані результати організації лікарського менеджменту для хворих на туберкульоз:** поліпшення ефективності лікування хворих внаслідок безперебійного постачання антимікобактеріальних препаратів I – II ряду гарантованої якості; зменшення частоти перерваного лікування хоча б одним призначеним антимікобактеріальним препаратом через його відсутність; зменшення частоти лікарняної летальності хворих на туберкульоз; зменшення частоти вторинної резистентності у хворих на туберкульоз під час основного курсу лікування.

Розділ 3. Рівні та етапи лікування хворих на туберкульоз

3.1. Умовно розрізняють три рівні надання протитуберкульозної допомоги хворим на туберкульоз, в т.ч. організації їх лікування.

3.1.1. Первинний рівень включає фельдшерсько-акушерські пункти у сільській місцевості, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії. Тут за призначенням районного фтизіатра, погодженого з ЦЛКК, проводять лікування хворих на туберкульоз без бактеріовиділення амбулаторно у зазначеному

лікувально-профілактичному закладі або на дому під безпосереднім контролем медичного працівника щодо вживання кожної дози антимікобактеріальних препаратів.

У сільській місцевості амбулаторне лікування або лікування на дому хворих на туберкульоз здійснюється в основному під контролем фельдшерсько-акушерських пунктів, рідше – міських та районних лікарень загального профілю.

3.1.2. Вторинний рівень включає туберкульозні кабінети в центральних районних лікарнях, ДОТ-кабінети, центральні районні лікарні, районні та міські протитуберкульозні диспансери / туберкульозні лікарні чи туберкульозні відділення центральних районних лікарень, туберкульозні санаторії на території району.

Середній медичний персонал туберкульозних кабінетів в центральних районних лікарнях, ДОТ-кабінетів; середній медичний персонал, сімейні та дільничні лікарі центральної районної лікарні за призначенням районного фтизіатра, погодженого з ЦЛКК, організують лікування хворих на туберкульоз без бактеріовиділення амбулаторно або на дому під безпосереднім контролем медичного працівника щодо вживання кожної дози антимікобактеріальних препаратів. Аналогічне лікування організують фахівці районних та міських протитуберкульозних диспансерів без стаціонару.

У районних та міських протитуберкульозних диспансерах зі стаціонаром / туберкульозних лікарнях чи туберкульозних відділеннях центральних районних лікарень, туберкульозних санаторіях на території району організують стаціонарне, контрольоване стандартизоване лікування хворих на туберкульоз незалежно від наявності чи відсутності бактеріовиділення.

3.1.3. Третинний рівень – це обласні / міські протитуберкульозні диспансери / туберкульозні лікарні, в яких розташовані лабораторії з бактеріологічної діагностики туберкульозу третього рівня, Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України». Тут проводять кваліфіковане комплексне стаціонарне лікування хворих на туберкульоз, включаючи й фтизіохірургічну допомогу.

На третинну рівні профільні науково-дослідні інститути, кафедри фтизіатрії вищих навчальних закладів і закладів післядипломної освіти, окрім надання протитуберкульозної допомоги хворим, проводять наукові дослідження щодо легеневого та позалегеневого туберкульозу. До цих досліджень можуть залучатися протитуберкульозні заклади та практичні фахівці адміністративних територій.

3.2. Можливі три етапи лікування хворих на туберкульоз: 1) стаціонарний (в т.ч. у денному стаціонарі); 2) санаторний; 3) амбулаторний (в т.ч. на дому).

3.2.1. Стаціонарне лікування хворих на туберкульоз здійснюють у протитуберкульозних закладах. Останні призначають лікування усім хворим, в т.ч. й тим, що лікуються під наглядом закладів охорони здоров'я загальної медичної мережі. Хворі на заразні форми туберкульозу на період бактеріовиділення повинні бути госпіталізовані до стаціонарних відділень протитуберкульозних медичних закладів, передусім з метою їх ізоляції на

зазначений період бактеріовиділення. У денному стаціонарі повинні лікуватися хворі без бактеріовиділення.

3.2.2. У туберкульозних санаторіях проводять лікування хворих на туберкульоз та їх реабілітацію, реадaptaцію та ресоціалізацію, хіміопрофілактику серед дітей і підлітків.

3.2.3. Амбулаторне лікування, в т.ч. лікування на дому хворих без бактеріовиділення, проводять контрольовано заклади охорони здоров'я загальної медичної мережі, найчастіше у підтримуючій фазі антимікобактеріальної терапії, інколи при малих формах туберкульозу без бактеріовиділення – весь курс антимікобактеріальної терапії (включаючи інтенсивну та підтримуючу фази).

3.3. Для мотивації хворих на туберкульоз до амбулаторного контрольованого лікування їх забезпечують соціальною підтримкою (харчовими та гігієнічними наборами, квитками на проїзд у транспорті – міському, в межах району чи області, замісною терапією наркоманів, що знаходяться на обліку, тощо)

3.4. Надання багатопрофільної медичної допомоги хворим на туберкульоз здійснюється в закладах охорони здоров'я загальної медичної мережі, протитуберкульозних медичних закладах та профільних науково-дослідних інститутах.

3.5. Мережа протитуберкульозних медичних закладів та її ліжковий фонд потребують реорганізації та реструктуризації. Ліжковий фонд слід умовно розподілити на госпітальні та соціальні ліжка.

На госпітальних ліжках повинні лікуватися хворі на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз і поширений процес (I категорія), у минулому ліковані хворі (II категорія), хворі без бактеріовиділення (III категорія) та хворі з первинною і вторинною хіміорезистентністю.

На соціальних ліжках повинно проводитися лікування хворих, яких потрібно ізолювати та лікувати протягом всього життя. Слід розвивати мережу денних стаціонарів та реорганізувати санаторні ліжка з профілізацією санаторіїв для проведення основного курсу антимікобактеріальної терапії, лікування хворих на туберкульоз із супутніми захворюваннями, для проведення реабілітаційних і лікувально-оздоровчих заходів, для медичних працівників протитуберкульозних закладів.

3.6. Необхідно визначити потребу в хірургічних ліжках для лікування хворих на туберкульоз органів дихання та розробити показання для оперативного лікування хворих з ускладненим хіміорезистентним туберкульозом, побічною дією хіміопрепаратів та хворих на хронічні форми туберкульозу. Слід впроваджувати сучасні технології прецизійних та ендоскопічних хірургічних втручань з метою скорочення термінів та підвищення ефективності лікування.

■ Критерії та індикатори повноцінної реалізації інфраструктури медичних закладів на різних рівнях та етапах лікування хворих на туберкульоз:

◆ *Загальні критерії та індикатори щодо всіх рівнів та етапів лікування хворих на туберкульоз*

3.1. Забезпеченість лікарями-фтизіатрами адміністративної території (на 10 тис. населення) – це відношення кількості лікарів-фтизіатрів до чисельності населення у адміністративній території на кінець року, помножене на 10000.

Аналогічні розрахунки проводять й щодо інших фахівців протитуберкульозних медичних закладів та закладів загальної медичної мережі.

3.2. Укомплектованість лікарями-фтизіатрами (у %) – це відношення кількості зайнятих лікарських посад фтизіатрів до кількості штатних посад, помножене на 100,0 %.

Аналогічні розрахунки проводять й щодо інших фахівців протитуберкульозних медичних закладів та закладів загальної медичної мережі.

3.3. Середньорічна кількість хворих на туберкульоз, що припадає на одного фтизіатра – це відношення кількості хворих на активний туберкульоз будь-якої локалізації до сумарної кількості фізичних осіб лікарів-фтизіатрів у адміністративній території.

3.4. Кількість хворих на туберкульоз, що припадає на одне ліжко протитуберкульозного медичного закладу у адміністративній території – це відношення кількості хворих на активний туберкульоз будь-якої локалізації до сумарної кількості ліжок для хворих на туберкульоз, в т.ч. санаторних, у адміністративній території.

3.5. Охоплення госпіталізацією хворих на вперше діагностований туберкульоз (у %) – це відношення кількості госпіталізованих хворих на вперше діагностований туберкульоз протягом року до кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, що зареєстровані протягом року, помножене на 100,0 %.

3.6. Охоплення санаторною допомогою хворих на вперше діагностований туберкульоз (у %) – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, що госпіталізовані в санаторії протягом року, до кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, що зареєстровані протягом року, помножене на 100,0 %.

3.7. Відсоток ліцензованих та акредитованих протитуберкульозних медичних закладів, що знаходиться у адміністративній території, – це відношення кількості ліцензованих та акредитованих протитуберкульозних медичних закладів, що знаходиться у адміністративній території до їх загальної кількості, помножене на 100,0 %.

3.8. Відсоток ліцензованих та акредитованих лабораторій з бактеріологічної діагностики туберкульозу, що знаходиться у адміністративній території, – це відношення кількості ліцензованих та акредитованих лабораторій з бактеріологічної діагностики туберкульозу, що знаходиться у адміністративній території, до їх загальної кількості, помножене на 100,0 %.

◆ **Первинний рівень:**

3.9. Відсоток лікувально-профілактичних закладів первинного рівня (фельдшерсько-акушерські пункти, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії), які не беруть участі у амбулаторному контрольованому лікуванні хворих на туберкульоз, – це відношення кількості зазначених лікувально-профілактичних закладів первинного рівня, які не беруть участі у амбулаторному контрольованому лікуванні хворих на туберкульоз, до загальної

кількості усіх зазначених лікувально-профілактичних закладів первинного рівня у районній (чи обласній) адміністративній території, помножене на 100,0 %.

3.10. Відсоток хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у лікувально-профілактичних закладах первинного рівня (фельдшерсько-акушерські пункти, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії) – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у лікувально-профілактичних закладах первинного рівня, до загальної кількості хворих на туберкульоз, що знаходяться на диспансерному обліку у районній чи обласній адміністративній території, де знаходяться зазначені заклади первинного рівня, помножене на 100,0 %.

3.11. Відсоток хворих на туберкульоз, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у лікувально-профілактичних закладах первинного рівня (фельдшерсько-акушерські пункти, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії) – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у лікувально-профілактичних закладах первинного рівня, до загальної кількості хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у районній чи обласній адміністративній території, де знаходяться зазначені заклади первинного рівня, помножене на 100,0 %.

3.12. Відсоток хворих на туберкульоз сільської місцевості, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) міськими та районними лікарнями загального профілю – це відношення кількості сільських хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) міськими та районними лікарнями загального профілю, до загальної кількості сільських хворих на туберкульоз, що знаходяться на диспансерному обліку у районній чи обласній адміністративній території, помножене на 100,0 %.

3.13. Відсоток хворих на туберкульоз сільської місцевості, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у міських та районних лікарнях загального профілю – це відношення кількості сільських хворих на туберкульоз, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у міських та районних лікарнях загального профілю, до загальної кількості сільських хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у районній чи обласній адміністративній території, помножене на 100,0 %.

3.14. Відсоток лікувально-профілактичних закладів вторинного рівня (туберкульозні кабінети в центральних районних лікарнях, ДОТ-кабінети, центральні районні лікарні, районні та міські протитуберкульозні диспансери / туберкульозні лікарні чи туберкульозні відділення центральних районних

лікарень, туберкульозні санаторії на території району), які не беруть участі у амбулаторному контрольованому лікуванні хворих на туберкульоз – це відношення кількості зазначених лікувально-профілактичних закладів вторинного рівня, які не беруть участі у амбулаторному контрольованому лікуванні хворих на туберкульоз, до загальної кількості усіх зазначених лікувально-профілактичних закладів вторинного рівня у районній (чи обласній) адміністративній території, помножене на 100,0 %.

3.15. Відсоток хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у лікувально-профілактичних закладах вторинного рівня загальної медичної мережі (туберкульозні кабінети в центральних районних лікарнях, ДОТ-кабінети; інші фахівці центральної районної лікарні) – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у зазначених лікувально-профілактичних закладах вторинного рівня, до загальної кількості хворих на туберкульоз, що знаходяться на диспансерному обліку у районній (чи обласній) адміністративній території, де знаходяться зазначені заклади вторинного рівня, помножене на 100,0 %.

3.16. Відсоток хворих на туберкульоз, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у лікувально-профілактичних закладах вторинного рівня загальної медичної мережі (туберкульозні кабінети в центральних районних лікарнях, ДОТ-кабінети; інші фахівці центральної районної лікарні) – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у лікувально-профілактичних закладах зазначеного вторинного рівня, до загальної кількості хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у районній (чи обласній) адміністративній території, де знаходяться зазначені заклади вторинного рівня, помножене на 100,0 %.

3.17. Відсоток хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у протитуберкульозних медичних закладах вторинного рівня (районні та міські протитуберкульозні диспансери / туберкульозні лікарні чи туберкульозні відділення центральних районних лікарень, туберкульозні санаторії на території району) – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у зазначених протитуберкульозних медичних закладах вторинного рівня, до загальної кількості хворих на туберкульоз, що знаходяться на диспансерному обліку у районній (чи обласній) адміністративній території, де знаходяться зазначені заклади вторинного рівня, помножене на 100,0 %.

3.18. Відсоток хворих на туберкульоз, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у протитуберкульозних медичних закладах вторинного рівня (районні та міські протитуберкульозні диспансери / туберкульозні лікарні чи туберкульозні відділення центральних районних лікарень, туберкульозні

санаторії на території району) – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які отримують соціальну підтримку під час амбулаторного лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у зазначених протитуберкульозних медичних заклад вторинного рівня, до загальної кількості хворих на туберкульоз, які отримують амбулаторне лікування (окремо обраховують, в тому числі лікування на дому) у районній (чи обласній) адміністративній території, де знаходяться зазначені заклади вторинного рівня, помножене на 100,0 %.

◆ **Вторинний рівень:**

3.19. Кількість хворих на туберкульоз на одне ліжко протитуберкульозного медичного закладу вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні, туберкульозний санаторій на території району) – це відношення кількості хворих на активний туберкульоз будь-якої локалізації (вперше діагностований + рецидив туберкульозу + хронічний та неефективно лікований туберкульоз) до сумарної кількості ліжок у протитуберкульозному медичному закладі вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні, туберкульозний санаторій на території району).

3.20. Середня зайнятість ліжка у протитуберкульозному медичному закладі вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні, туберкульозний санаторій на території району), або середня кількість днів роботи ліжка за рік – це відношення кількості проведених хворими ліжко-днів у зазначених стаціонарних закладах до кількості середньорічних ліжок у протитуберкульозному медичному закладі вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні, туберкульозний санаторій на території району). Норматив цього показника становить 340 днів.

3.21. Обіг ліжка у протитуберкульозному медичному закладі вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні, туберкульозний санаторій на території району) – це відношення кількості пролікованих хворих¹ у зазначених стаціонарних закладах до кількості середньорічних ліжок у протитуберкульозному медичному закладі вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні, туберкульозний санаторій на території району).

¹ Кількість пролікованих хворих – це півсума кількості хворих: тих, що поступили, виписані та померли у стаціонарі.

3.22. Середня тривалість перебування хворого на ліжку у протитуберкульозному медичному закладі вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні,

туберкульозний санаторій на території району) – це відношення кількості проведених хворими ліжко-днів у зазначених стаціонарних закладах до кількості пролікованих хворих¹ у протитуберкульозному медичному закладі вторинного рівня (районний чи міський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром / туберкульозна лікарня чи туберкульозне відділення центральної районної лікарні, туберкульозний санаторій на території району).

¹ Кількість пролікованих хворих – це півсума кількості хворих: тих, що поступили, виписані та померли у стаціонарі.

3.23. Результати лікування хворих на туберкульоз у адміністративній території за місцем знаходження медичних закладів вторинного рівня аналізують за даними когортного аналізу, причому окремо аналізують бактеріопозитивних (мазок-позитивних і культуропозитивних) і бактеріонегативних хворих на вперше діагностований туберкульоз, на рецидив туберкульозу та хронічний туберкульоз. За результатами лікування одного і того ж хворого простежують незалежно від того де він лікувався – у стаціонарі, денному стаціонарі, санаторії чи амбулаторно.

3.23.1. Відсоток успішного лікування – це відношення суми мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, що вилікувані, й тих, що завершили лікування, до загальної кількості зареєстрованих мазок-позитивних хворих на туберкульоз, помножене на 100,0 %.

3.23.2. Відсоток вилікуваних – це відношення вилікуваних нових хворих на мазок-позитивний туберкульоз легень до загальної кількості зареєстрованих таких хворих за один і той же період, помножене на 100,0 %.

3.23.3. Відсоток хворих, які завершили лікування, – це відношення кількості бактеріонегативних хворих, які завершили основний курс, але не відповідають ні критерію вилікування, ні критерію невдачі лікування, до загальної кількості зареєстрованих нових бактеріонегативних хворих, помножене на 100,0 %.

3.23.4. Відсоток конверсії мазка мокротиння наприкінці інтенсивної фази лікування – це відношення нових мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, які стали мазок-негативними в кінці інтенсивної фази лікування, до загальної кількості нових зареєстрованих за цей же період мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, помножене на 100,0 %.

3.23.5. Відсоток невдалого лікування – це відношення нових мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, у яких на 5-му місяці та пізніше від початку основного курсу антимікобактеріальної терапії залишався позитивний мазок мокротиння, до загальної кількості нових зареєстрованих за цей же період мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, помножене на 100,0 %.

3.23.6. Відсоток перерваного лікування – це відношення кількості нових мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, які протягом основного курсу антимікобактеріальної терапії перервали лікування на 2 і більше місяців поспіль, до загальної кількості нових зареєстрованих за цей же період мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, помножене на 100,0 %.

3.23.7. Відсоток померлих хворих – це відношення тих, що померли упродовж основного курсу антимікобактеріальної терапії незалежно від

причини смерті, до загальної кількості зареєстрованих за цей же період аналогічних хворих, помножене на 100,0 %.

3.23.8. Відсоток переведених хворих – це відношення тих хворих, які упродовж основного курсу антимікобактеріальної терапії переведені у лікувально-профілактичні заклади іншої адміністративної території та результати лікування яких невідомі, до загальної кількості зареєстрованих за цей же період аналогічних хворих, помножене на 100,0 %.

3.23.9. Відсоток повторно лікованих хворих – це відношення кількості повторно лікованих хворих до загальної кількості зареєстрованих аналогічних хворих, помножене на 100,0 %.

3.23.10. Відсоток невдалого повторного лікування хворих – це відношення кількості повторно лікованих бактеріопозитивних хворих, які наприкінці повторного режиму антимікобактеріальної терапії залишилися бактеріопозитивними, до загальної кількості аналогічних зареєстрованих хворих для повторного лікування, помножене на 100,0 %.

3.23.11. Летальність у стаціонарному протитуберкульозному медичному закладі (протитуберкульозному диспансері зі стаціонаром, туберкульозній лікарні, туберкульозному відділенні загального медичного закладу, туберкульозному санаторії) – це відношення кількості померлих у стаціонарі до сумарної кількості вибулих та померлих, помножене на 100,0 %.

◆ **Третинний рівень:**

3.24. Критерії та індикатори діяльності інфраструктури протитуберкульозних медичних закладів на третьому рівні надання протитуберкульозної медичної допомоги (обласні (міські) протитуберкульозні диспансери і туберкульозні лікарні з бактеріологічними лабораторіями третього рівня, профільні науково-дослідні інститути і кафедри фтизіатрії вищих навчальних закладів й закладів післядипломної освіти) обчислюються так, як і на другому рівні (див. пп. 3.19 – 3.23.11). Якщо на цьому рівні у будь-якому протитуберкульозному медичному закладі немає амбулаторного чи санаторного етапу лікування хворих на туберкульоз, то його не обчислюють. На відміну від вторинного на третинному рівні проводять хірургічне лікування хворих на туберкульоз, тому обчислюють відповідні індикатори.

3.25. Питома вага (у %) оперованих з приводу туберкульозу серед контингентів, що хворі на туберкульоз – це відношення загальної кількості оперованих з приводу туберкульозу до загальної кількості хворих на активний туберкульоз, які знаходяться на диспансерному обліку, помножене на 100,0 %.

3.26. Питома вага (у %) оперованих з приводу туберкульозу легень серед контингентів, що хворі на туберкульоз легень, – це відношення загальної кількості оперованих з приводу туберкульозу легень до загальної кількості хворих на активний туберкульоз легень, які знаходяться на диспансерному обліку, помножене на 100,0 %.

Аналогічно обчислюють питому вагу (у %) оперованих з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу, позалегеневого туберкульозу, зокрема туберкульозу кожної локалізації окремо, а також туберкульозу ускладненого хіміорезистентністю, побічною дією антимікобактеріальних препаратів та хворих на хронічні форми туберкульозу.

3.27. Кількість операцій на одне хірургічне ліжко – це відношення кількості проведених операцій до кількості хірургічних ліжок.

Аналогічним способом слід оцінити кількість торакальних операцій під загальним ендотрахеальним наркозом (без пункцій, дренажів, малих хірургічних втручань під місцевим знеболюванням) на одне хірургічне ліжко.

3.28. Середня кількість операцій, що припадає на одного фтизіохірурга за рік – це відношення кількості проведених операцій протягом року до кількості фізичних осіб фтизіохірургів.

Якщо середню кількість операцій, що припадає на одного фтизіохірурга за рік, поділити на 12, то стане відомою середня кількість операцій, що припадає на одного фтизіохірурга за місяць.

Якщо середню кількість операцій, що припадає на одного фтизіохірурга за місяць, поділити на 4, то стане відомою середня кількість операцій, що припадає на одного фтизіохірурга за тиждень. Таким способом можна оцінити кваліфікацію фтизіохірургів, особливо, коли підрахувати кількість торакальних операцій під загальним ендотрахеальним наркозом на одного фтизіохірурга за тиждень.

3.29. Відсоток післяопераційних ускладнень у фтизіохірургічних відділеннях – це відношення кількості оперованих за рік, у яких виникли будь-які післяопераційні ускладнення до кількості всіх прооперованих за рік, помножене на 100,0 %.

3.30. Післяопераційна летальність у фтизіохірургічних відділеннях (у %) – це відношення кількості померлих у післяопераційному періоді у стаціонарі до сумарної кількості усіх прооперованих, включаючи померлих, помножене на 100,0 %.

3.31. Відсоток протитуберкульозних медичних закладів третього рівня, які беруть участь у наукових дослідженнях та їх впровадженні, – це відношення кількості протитуберкульозних медичних закладів третього рівня, які беруть участь у наукових дослідженнях та їх впровадженні, до загальної кількості протитуберкульозних медичних закладів третього рівня у адміністративній території, помножене на 100,0 %.

■ **Очікувані результати повноцінної реалізації рівнів та етапів лікування хворих на туберкульоз:** поліпшення ефективності стаціонарного, амбулаторного і санаторного лікування хворих на туберкульоз як на кожному рівні окремо, так і в адміністративній території загалом у зв'язку із спадкоємністю між рівнями та етапами лікування хворих і поліпшення його контрольованості, підвищення ефективності та зменшення летальності; поліпшення ефективності хірургічного лікування хворих на туберкульоз через зменшення частоти післяопераційних ускладнень та летальності; зменшення частоти резистентності у хворих на туберкульоз під час основного курсу лікування.

Розділ 4. Організація етапного лікування, медико-соціальної реабілітації та ресоціалізації хворих на туберкульоз

4.1. Клінічний діагноз туберкульозу і призначення лікування хворого здійснює лікар-фтизіатр. Остаточний клінічний діагноз туберкульозу, встановлення клінічної категорії та призначення/коригування схеми лікування погоджується на центральній лікарсько-консультативній комісії (ЦЛКК).

4.2. Лікування хворих на активний туберкульоз будь-якої локалізації повинно бути стандартним і контрольованим. Клінічні протоколи (стандарты) щодо надання медичної допомоги хворим на різні форми туберкульозу розробляються українськими фахівцями з врахуванням відповідних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я і затверджуються Міністерством охорони здоров'я України. Лікування кожного хворого на туберкульоз здійснюється під безпосереднім контролем медичного працівника чи спеціально навченого волонтера за кожним прийомом хворим протитуберкульозних препаратів.

4.3. За наявності показань за висновком консилиуму лікарів та лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) можливі зміни стандартного режиму антимікобактеріальної терапії, в тому числі приєднання до неї патогенетичного, симптоматичного, колапсотерапевтичного, хірургічного та інших видів комплексного лікування, наприклад, лікування ускладнень туберкульозу та супутньої патології тощо.

4.4. Лікування хворих на позалегеновий туберкульоз повинно здійснюватися під спостереженням фтизіатра відповідного профілю за цими ж принципами з використанням тих же форм і технологій, що при туберкульозі органів дихання.

4.5. Лікування хворих на туберкульоз у дітей і підлітків повинно здійснюватися під контролем фтизіопедіатра за тими ж принципами, що й у дорослих та з урахуванням вікових особливостей.

4.6. Відповідальність за лікування хворого і моніторинг в процесі лікування несуть фахівці протитуберкульозних закладів усіх рівнів, за якими прикріплений хворий.

4.7. Основний курс антимікобактеріальної терапії в активній фазі та фазі продовження у хворих на вперше діагностований і рецидивний туберкульоз проводять у стаціонарі (в денному стаціонарі), амбулаторно (на дому) або санаторно залежно від епідеміологічної небезпеки та соціального стану хворого. При невдачі лікування, погіршенні стану хворого і появи бактеріовиділення на будь-якому етапі надання медичної допомоги потрібна ізоляція пацієнта у стаціонарних умовах. Вибір організаційних форм контрольованої антимікобактеріальної терапії залежить від тяжкості захворювання, епідемічної небезпеки (категорії вогнищ, способу життя, матеріально-побутових умов, соціального стану і місцевих умов).

4.8. Стаціонарне лікування хворих в протитуберкульозних медичних закладах усіх рівнів показане:

- за наявністю у хворого станів, що безпосередньо загрожують його життю або можуть призвести до прогресування хвороби;
- бактеріовиділювачам будь-якої категорії (з епідеміологічних міркувань їх доцільно лікувати в стаціонарі до припинення бактеріовиділення, чим обумовлюється ізоляція заразного хворого);

- хворим з прогресуванням та ускладненнями туберкульозу;
- хворим із загостреннями, декомпенсацією та ускладненнями супутньої соматичної, психічної та іншої патології, які неможливо лікувати амбулаторно;
- соціально-дезадаптованим пацієнтам.
- при фтизіохірургічному лікуванні.

За соціальними показаннями (наприклад, безхатченків, однаків та ін.) хворих варто утримувати у стаціонарі протягом усього курсу антимікобактеріальної терапії. З метою забезпечення гарантованого контрольованого лікування усім пацієнтам у інтенсивній фазі антимікобактеріальної терапії доцільно перебувати у стаціонарі, враховуючи достатню кількість ліжок у протитуберкульозних диспансерах та туберкульозних санаторіях.

4.9. Після припинення бактеріовиділення підтримуючу фазу антимікобактеріальної терапії проводять в амбулаторних умовах (чи на дому) під безпосереднім контролем за прийомом препаратів в будь-яких лікувально-профілактичних закладах (протитуберкульозних чи загальної медичної мережі) залежно від бажання пацієнта з урахуванням максимальної зручності проведення контрольованого лікування. На фельдшерсько-акушерських пунктах, сільських амбулаторіях та дільничних лікарнях можливе проведення контрольованого антимікобактеріального лікування лише після призначень лікаря-фтизіатра.

4.10. Хворі з обмеженими формами туберкульозу без бактеріовиділення можуть лікуватися у денному стаціонарі, санаторії, амбулаторно (на дому) протягом всього основного курсу антимікобактеріальної терапії за умови забезпечення контрольованості лікування. Протягом амбулаторного лікування хворим необхідна соціальна підтримка (харчові та гігієнічні набори, квитки на проїзд, замісна терапія наркоманам тощо), яка мотивує їх до лікування.

4.11. Лікування вдома можливе тільки за умов наявності окремої кімнати для хворого на туберкульоз, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років та дотримання правил інфекційного контролю вдома (знезараження мокротиння, наявність ультрафіолетових випромінювачів та засобів індивідуального захисту органів дихання в місцях загального користування та в кімнаті пацієнта).

4.12. При проведенні антимікобактеріальної терапії повинен вестися протокол лікування і зберігатися спадкоємність лікування на всіх етапах.

4.13. Інтенсивну (інколи частково підтримуючу) фази антимікобактеріальної терапії хворих на хіміорезистентний та хронічний туберкульоз проводять у спеціальних відділеннях протитуберкульозних закладів 2–3 рівнів до припинення бактеріовиділення. Після припинення бактеріовиділення у підтримуючій фазі продовжують лікування амбулаторно контрольовано.

В протитуберкульозних закладах 1 рівня та фельдшерсько-акушерських пунктах, сільських амбулаторіях та дільничних лікарнях проводять лікування бактеріонегативних хворих у підтримуючій фазі антимікобактеріальної терапії.

4.14. Лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю проводять у спеціальних відділеннях протитуберкульозних диспансерів третинного рівня до припинення

бактеріовиділення, а в протитуберкульозних установах вторинного рівня і закладах охорони здоров'я загального профілю – у підтримуючій фазі антимікобактеріальної терапії після виписки із стаціонару та припинення бактеріовиділення.

4.15. Амбулаторне лікування (в т.ч. лікування у денному стаціонарі та на дому) проводять у будь-якій фазі лікувального процесу (в інтенсивній фазі та фазі продовження) хворим на туберкульоз без бактеріовиділення і без порушення функції будь-яких внутрішніх органів, як уражених туберкульозом, так і не уражених специфічним процесом. Найчастіше амбулаторне лікування проводять у підтримуючій фазі антимікобактеріальної терапії, інколи при малих формах туберкульозу без бактеріовиділення – весь курс антимікобактеріальної терапії (включаючи інтенсивну та підтримуючу фази). Його проводять контролювано ті заклади охорони здоров'я (протитуберкульозні та загальної медичної мережі), які найбільш наближені до місця проживання хворого, або за бажанням на вибір хворого.

У сільській місцевості контролюване амбулаторне лікування, або лікування на дому хворих на туберкульоз, проводять фельдшерсько-акушерські пункти, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії. У виняткових випадках у приміських населених пунктах амбулаторне лікування або лікування на дому можуть проводити міські та районні лікарні загального профілю.

На районному рівні та у районі міста амбулаторне лікування проводять туберкульозні кабінети в центральних районних лікарнях, ДОТ-кабінети, центральні районні лікарні, районні та міські протитуберкульозні диспансери, а за сумісництвом – фахівці туберкульозних лікарень чи туберкульозних відділень центральних районних лікарень, туберкульозних санаторіїв на території району.

4.16. Показання до санаторного лікування хворих на туберкульоз потребують перегляду. Показаннями до лікування у профільних туберкульозних санаторіях є туберкульоз будь-якої локалізації без бактеріовиділення з компенсованою функцією уражених і неуражених внутрішніх органів, необхідність проведення профілактичної антимікобактеріальної терапії дітям і підліткам, соціально-дезадаптовані хворі на туберкульоз (за соціальними показаннями), тобто у протитуберкульозних санаторіях слід проводити основний курс контролюваної антимікобактеріальної терапії у інтенсивній фазі і/або у фазі продовження поряд із медико-соціальною реабілітацією, ресоціалізацією та реадaptaцією хворих.

Крім того, санаторне лікування застосовують для медико-соціальної реабілітації, ресоціалізації та реадaptaції хворих на туберкульоз протягом підтримуючої фази основного курсу терапії, а в разі потреби – після завершення основного курсу антимікобактеріальної терапії. На базі санаторних закладів слід організовувати навчальні класи і майстерні, де б хворі на туберкульоз, які не можуть працювати за своїм основним місцем роботи могли здобувати іншу професію і адаптуватися у суспільстві.

4.17. Усі хворі на туберкульоз у стаціонарних протитуберкульозних медичних закладах, в т.ч. диспансерних і санаторних, потребують посиленого харчування, збагаченого білками, поліненасиченими жирними кислотами, вітамінами. Кількість жирів, з них 1/3 – рослинного походження, рекомендується в межах фізіологічної норми (100 – 120 г на добу), як і фізіологічна кількість вуглеводів (450 – 500 г на добу). В харчовий раціон хворих необхідно вводити продукти багаті вітамінами та мінералами.

4.18. На всіх етапах надання медичної допомоги хворим на туберкульоз антимікобактеріальна терапія повинна бути контрольованою. Її здійснюють медичні працівники, працівники Червоного Хреста та інших громадських організацій. Перед тим з ними слід провести навчання. Контрольоване лікування не повинні проводити члени родини, оскільки хворі можуть ними маніпулювати.

4.19. З метою контролю виконання режиму лікування, необхідно застосовувати підхід, який, в першу чергу, фокусується на потребах пацієнта і спирається на взаємну повагу пацієнта та лікаря. Спостереження і підтримка повинні враховувати статеві й вікові особливості кожного пацієнта й спиратися на повний діапазон, рекомендованих дій і послуг з надання підтримки пацієнту. Такий підхід передбачає надання консультацій і проведення навчання пацієнта. Головним елементом стратегії, що концентрується на пацієнті, є роз'яснення необхідності суворого дотримання режиму лікування та безпосередній нагляд за прийняттям антимікобактеріальних препаратів (лікування під безпосереднім наглядом – DOT), яке здійснюється лікарем, дії якого відповідають потребам пацієнта і вимогам системи охорони здоров'я (міжнародний стандарт 9).

4.20. Протягом всього курсу антимікобактеріальної терапії всі медичні працівники лікувально-профілактичного закладу, особливо лікуючі лікарі, повинні формувати у хворих прихильність до лікування. Вона досягається проведенням навчання з пацієнтами та з членами їх родини, постійними бесідами з ними та наданням правдивої доступної для хворого інформації про патологію хворого та її можливі наслідки, надання їм емоційної підтримки та соціальної допомоги. В процесі навчання беруть участь лікарі, медичні сестри, працівники громадських організацій та інші особи, що надають медичну допомогу та здійснюють контрольоване лікування. Прихильність до лікування підвищує належна організація лікування на всіх етапах без негативних ексцесів, збоїв, метушні, швидке обслуговування пацієнта і сувора конфіденційність. Лікування необхідно організувати так, щоб максимально враховувалися персональні, емоційно-характерологічні особливості пацієнта та його інтереси.

4.21. Емоційна підтримка з позитивними орієнтирами щодо виліковування необхідна для підвищення прихильності до лікування. Таку підтримку здійснюють як в групових, так і в індивідуальних бесідах з пацієнтами. Неформальна підтримка потрібна щоденно від лікарів, медичних сестер та осіб, що здійснюють контрольоване лікування.

4.22. Якщо пацієнт не з'явився в місце для вживання антимікобактеріальних препаратів, то його слід розшукати швидко в той же день до перерви в лікуванні. До пацієнта слід навідатися додому і в дружній бесіді вислухати причину, з якої він пропустив дозу. Неприпустимі

звинувачення пацієнта. Слід переконати хворого в необхідності продовження лікування.

4.23. В областях (регіонах) з високим показником поширеності ВІЛ-інфекції серед дорослого населення, де є випадки ВІЛ-асоційованого туберкульозу, проведення перед- та післятестового консультування та аналізів на ВІЛ є обов'язковим для всіх пацієнтів з туберкульозом.

В областях (регіонах) з низьким показником поширеності ВІЛ-інфекції, перед- та післятестове консультування та дослідження на ВІЛ проводять для пацієнтів, хворих на туберкульоз, які мають симптоми і/або ознаки схожі на ВІЛ-інфекцію, а також для пацієнтів, хворих на туберкульоз, які в анамнезі мали підозру на ВІЛ з високим ризиком ймовірності (міжнародний стандарт 12).

4.24. Медичні заклади, що здійснюють лікування хворого на туберкульоз несуть відповідальність за важливий сектор охорони здоров'я. Для того, щоб у повному обсязі виконати цю функцію необхідно не тільки призначити відповідний режим лікування, а також забезпечити виконання цього режиму в повному обсязі до повного завершення лікування (міжнародний стандарт 7).

4.25. Стандартизована антимікобактеріальна терапія коротким курсом проводиться протягом 6 – 8 міс. для хворих на вперше діагностований і рецидивний туберкульоз і 18–24 міс. – для хворих на хронічний мультирезистентний туберкульоз та з розширеною резистентністю під безпосереднім контролем і соціальною підтримкою на амбулаторному етапі.

4.26. Всі пацієнти (в тому числі пацієнти з ВІЛ-інфекцією), які не лікувалися раніше, повинні отримати міжнародно прийнятну медичну допомогу із застосуванням антимікобактеріальних препаратів першого ряду гарантованої якості. Інтенсивна фаза триває два місяці, протягом якої призначають ізоніазид, рифампіцин, піразинамід і етамбутол. Друга фаза (продовження) передбачає застосування ізоніазиду і рифампіцину протягом 4 місяців. Ізоніазид та етамбутол, які застосовують протягом 6 місяців, є альтернативними препаратами, які можна призначити протягом другого періоду, але їх пов'язують з більшою частотою невдалого лікування і рецидиву, особливо це стосується пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Дозування антимікобактеріальних препаратів має відповідати міжнародним рекомендаціям (міжнародний стандарт 8).

4.27. Хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз, які не отримують антиретровірусне лікування, повинні пройти таке саме протитуберкульозне лікування, як і пацієнти, які не мають ВІЛ-інфекції.

Всі хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз повинні бути проконсультовані спеціалістом з ВІЛ/СНІДу на предмет того, коли вони мають розпочати антиретровірусне лікування. Слід забезпечити можливість отримання антиретровірусних препаратів всім пацієнтами, які мають показання до антиретровірусної терапії.

Враховуючи важкість комбінованого призначення антимікобактеріального лікування і антиретровірусного лікування, рекомендується проконсультуватись з лікарем в цій області перед початком лікування туберкульозу і ВІЛ-інфекції, не зважаючи на те, яке захворювання

розвинулось першим. Однак, початок лікування туберкульозу не можна відкладати! До завершення першого, інтенсивного етапу протитуберкульозного лікування не слід застосовувати антиретровірусну терапію (міжнародний стандарт 13).

4.28. У всіх пацієнтів слід проводити оцінку ймовірності появи стійкості до антимікобактеріальних препаратів, спираючись на історію попереднього лікування, вплив стійких до препаратів мікроорганізмів на перебіг захворювання, поширеність стійкості до препаратів.

Пацієнти, які припинили лікування, або хронічні випадки туберкульозу оцінюються на предмет появи стійкості до антимікобактеріальних препаратів.

Щодо пацієнтів, у яких ймовірність появи стійкості до антимікобактеріальних препаратів є високою, проводиться дослідження культури і чутливості до препаратів – ізоніазид, рифампіцин, етамбутол.

Найголовнішим фактором появи стійкості до препаратів є попереднє протитуберкульозне лікування. У пацієнтів, які лікувались раніше, ймовірність появи стійкості у 4,0 рази більша, а при захворюванні на туберкульоз із множинною медикаментозною стійкістю – у 10 разів більша, ніж у нових пацієнтів (які не отримували лікування). Пацієнти із хронічною формою туберкульозу (позитивний результат дослідження мокротиння після повторного лікування) і пацієнти, які не пройшли лікування (позитивний результат дослідження мокротиння через 5 місяців лікування) є групою найбільшого ризику появи туберкульозу із множинною медикаментозною стійкістю, особливо, якщо рифампіцин вони приймали протягом всього курсу лікування.

Спостерігається взаємодія препаратів, що призводить до зниження рівнів сироватки рифампіцину при наявності декількох антиретровірусних препаратів. Це підтверджує можливість застосування дослідження чутливості до антимікобактеріальних препаратів у всіх пацієнтів, хворих на туберкульоз, із позитивним результатом дослідження на ВІЛ (міжнародний стандарт 14).

4.29. Пацієнтів, хворих на туберкульоз із множинною медикаментозною стійкістю (мультирезистентністю), слід лікувати за допомогою спеціалізованих режимів лікування із застосуванням протитуберкульозних препаратів другого ряду. Необхідно застосовувати, як мінімум, чотири препарати, до яких мікобактерії туберкульозу можуть бути чутливими. Лікування має тривати не менше 18 місяців. Заходи, сфокусовані на пацієнті, вимагають контролю виконання вимог режиму лікування.

Слід проконсультуватись із лікарем, який має досвід у лікуванні пацієнтів, хворих на туберкульоз із множинною медикаментозною стійкістю (міжнародний стандарт 15).

4.30. У складних клінічних випадках, тяжким хворим на розповсюджені форми туберкульозу з масивним бактеріовиділенням та полірезистентністю можна застосовувати інтенсифіковані стандартні режими антимікобактеріальної терапії під безпосереднім контролем згідно висновку консиліуму або лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК).

4.31. Хворим з ускладненим та хіміорезистентним туберкульозом і неефективною стандартною антимікобактеріальною терапією організовують консультацію фтизіохірурга щодо хірургічного лікування цих пацієнтів.

4.32. Необхідно проводити моніторинг результатів лікування всіх пацієнтів. Найкращим способом моніторингу лікування пацієнтів із легеневою формою туберкульозу є такі.

- ◆ Спостереження за результатами мікроскопічного дослідження мокротиння (два аналізи) на момент завершення етапу інтенсивної фази лікування (два-три місяці), через п'ять місяців, і в кінці лікування.

- ◆ Пацієнти, які мають позитивні результати дослідження мазка через п'ять місяців лікування, вважаються такими, що мають невдалі результати лікування. Для цих пацієнтів слід змінити режим лікування. Для пацієнтів із позалегеневою формою туберкульозу і для дітей, результат лікування найкращим чином оцінюється клінічним методом.

- ◆ Проведення рентгенівського обстеження не є необхідним і може бути виключено (міжнародний стандарт 10).

4.33. Моніторинг у процесі лікування хворих на туберкульоз здійснюють у відповідності з клінічними протоколами за негативацією мазка мокротиння, а також за посівом та клініко-рентгенологічно, причому встановлена висока інформативність мультиспіральної комп'ютерної томографії у процесі моніторингу. Останню доцільно проводити при наявності у протитуберкульозному закладі мультиспіральних комп'ютерних томографів.

4.34. Для кожного пацієнта слід вести облікові форми про призначення препаратів, результати бактеріологічних досліджень та побічні реакції препаратів (міжнародний стандарт 11).

4.35. Якість лікування повинна контролювати ЦЛКК у встановлені терміни моніторингового обстеження згідно клінічних протоколів.

4.36. Ефективність лікування хворих на туберкульоз оцінюють за даними когортного аналізу.

■ Критерії та індикатори організації етапного лікування, медико-соціальної реабілітації та ресоціалізації хворих на туберкульоз:

Основні засади організації лікування хворих.

4.1. Відсоток порушень, встановлених центральною лікарсько-консультативною комісією (ЦЛКК), щодо хибного діагнозу і присвоєння клінічної категорії хворому, недотримання стандартів і контрольованості лікування, – це відношення зазначених кількості зазначених порушень до загальної кількості хворих, які пройшли ЦЛКК, помножене на 100,0 %.

4.2. Відсоток хворих, які отримують амбулаторне лікування під контролем спеціально навченого волонтера, – це відношення кількості хворих, які отримують амбулаторне лікування під контролем спеціально навченого волонтера, до загальної кількості хворих, що лікувалися амбулаторно протягом звітного періоду часу, помножене на 100,0 %.

4.3. Відсоток хворих, у яких були перериви у лікуванні через недотримання спадкоємності лікування на всіх етапах (стаціонар – амбулаторно – санаторно), – це відношення кількості хворих, у яких були перериви у лікуванні через недотримання зазначеної спадкоємності, до загальної кількості хворих на активний туберкульоз, які отримували основний або повторний курс антимікобактеріальної терапії, помножене на 100,0 %.

4.4. Чи є спеціальні відділення у протитуберкульозних диспансерах третинного рівня хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю проводять (так чи ні, відповідне зазначити).

4.5. Додаткова вартість коштів у гривнях, яка виділяється на харчування стаціонарного хворого (відповідне зазначити).

4.6. Середня кількість часу, що проходить на розшукування одного пацієнта, який не з'явився для вживання антимікобактеріальних препаратів, (відповідне зазначити).

4.7. Відсоток хворих на туберкульоз, які консультовані фтизіохірургом, – це відношення кількості хворих, що проконсультовані фтизіохірургом, до загальної кількості хворих на активний туберкульоз, які отримували основний курс або повторне лікування протягом звітного періоду часу, помножене на 100,0 %.

4.8. Відсоток хворих на туберкульоз, у яких були порушені часові та кількісні виміри моніторингу у процесі лікування, – це відношення кількості хворих із зазначеними порушеннями до загальної кількості хворих, які отримували основний курс та повторне лікування, помножене на 100,0 %.

Забезпечення хворих на туберкульоз послугами у процесі їх лікування та реабілітації.

4.9. Відсоток хворих, що знаходяться на лікуванні під безпосереднім наглядом, – це відношення кількості хворих, що знаходяться на лікуванні під безпосереднім наглядом, до загальної кількості нових хворих, що були опитані стосовно проведення їм контрольованого лікування, помножене на 100,0 %.

4.10. Відсоток нових випадків туберкульозу, яким призначений правильний режим лікування згідно протоколу і категорій, – це відношення кількості нових випадків туберкульозу, яким призначений правильний режим лікування згідно протоколу і категорій, до загальної кількості хворих, що отримали повний курс лікування протягом часу, що аналізується, помножене на 100,0 %.

4.11. Відсоток хворих на туберкульоз, які не отримали призначеного їм хірургічного лікування, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, які не отримали призначеного їм хірургічного лікування, до чисельності усіх хворих, яким було рекомендоване фтизіохірургічне лікування, помножене на 100,0 %.

4.12. Відсоток хворих на вперше діагностований та рецидивний туберкульоз, що отримували лікувально-реабілітаційні заходи у туберкульозних санаторіях, – це відношення кількості хворих на вперше діагностований та рецидивний туберкульоз, що отримували лікувально-реабілітаційні заходи у туберкульозних санаторіях, до загальної кількості хворих на вперше діагностований та рецидивний туберкульоз, що знаходилися на обліку, помножене на 100,0 %.

Забезпечення якості лікування та реабілітації хворих на туберкульоз.

4.13. Зазначити резервну кількість обліково-звітних форм бланків (вказати кількість кожної форми).

4.14. Чи проводиться аналіз результатів лікування хворих на туберкульоз за даними когортного аналізу (так чи ні, відповідне зазначити).

4.15. Проводячи когортний аналіз, чи окремо аналізують бактеріопозитивних (мазок-позитивних і культуропозитивних) і бактеріонегативних хворих на вперше діагностований туберкульоз, рецидив туберкульозу та хронічний туберкульоз (так чи ні, відповідне зазначити).

4.16. Вказати чи за результатами лікування одного і того же хворого простежують незалежно від того де він лікувався – у стаціонарі, денному стаціонарі, санаторії чи амбулаторно (так чи ні, відповідне зазначити).

4.17. Відсоток успішного лікування – це відношення суми мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, що вилікувані, й тих, що завершили лікування, до загальної кількості зареєстрованих мазок-позитивних хворих на туберкульоз, помножене на 100,0 %.

4.18. Відсоток вилікуваних – це відношення вилікуваних нових хворих на мазок-позитивний туберкульоз легень до загальної кількості зареєстрованих таких хворих за один і той же період, помножене на 100,0 %.

4.19. Відсоток хворих, що завершили лікування, – це відношення кількості бактеріонегативних хворих, які завершили основний курс, але не відповідають ні критерію вилікування, ні критерію невдачі лікування, до загальної кількості зареєстрованих нових бактеріонегативних хворих, помножене на 100,0 %.

4.20. Відсоток конверсії мазка мокротиння наприкінці інтенсивної фази лікування – це відношення нових мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, які стали мазок-негативними в кінці інтенсивної фази лікування, до загальної кількості нових зареєстрованих за цей же період мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, помножене на 100,0 %.

4.21. Відсоток невдалого лікування – це відношення нових мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, у яких на 5-му місяці та пізніше від початку основного курсу антимікобактеріальної терапії залишається позитивний мазок мокротиння, до загальної кількості нових зареєстрованих за цей же період мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, помножене на 100,0 %.

4.22. Відсоток перерваного лікування – це відношення кількості нових мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, які протягом основного курсу антимікобактеріальної терапії перервали лікування на два і більше місяців поспіль, до загальної кількості нових зареєстрованих за цей же період мазок-позитивних хворих на туберкульоз легень, помножене на 100,0 %.

4.23. Відсоток померлих – це відношення тих, що померли упродовж основного курсу антимікобактеріальної терапії незалежно від причини смерті, до загальної кількості зареєстрованих за цей же період аналогічних хворих, помножене на 100,0 %.

4.24. Відсоток переведених хворих – це відношення тих, що упродовж основного курсу антимікобактеріальної терапії переведені у лікувально-профілактичні заклади іншої адміністративної території та результати лікування яких невідомі, до загальної кількості зареєстрованих за цей же період аналогічних хворих, помножене на 100,0 %.

4.25. Відсоток повторно лікованих хворих – це відношення кількості повторно лікованих хворих до загальної кількості зареєстрованих аналогічних хворих, помножене на 100,0 %.

4.26. Відсоток невдалого повторного лікування хворих – це відношення кількості повторно лікованих бактеріопозитивних хворих, які наприкінці повторного режиму антимікобактеріальної терапії залишилися бактеріопозитивними, до загальної кількості аналогічних зареєстрованих хворих для повторного лікування, помножене на 100,0 %.

4.27. Летальність у протитуберкульозному стаціонарі (туберкульозному санаторії) – це співвідношення кількості померлих у стаціонарі до сумарної кількості вибулих та померлих, помножене на 100,0 %.

4.28. Відсоток малих залишкових явищ у легенях і плеврі у вилікуваних від туберкульозу – це відношення кількості вилікуваних хворих з малими залишковими явищами у легенях і плеврі до всіх вилікуваних від туберкульозу легень і плеври, помножене на 100,0 %.

4.29. Відсоток великих залишкових явищ у легенях і плеврі у вилікуваних від туберкульозу – це відношення кількості вилікуваних хворих з великими залишковими явищами у легенях і плеврі до всіх вилікуваних від туберкульозу легень і плеври, помножене на 100,0 %.

4.30. Частота рецидивів туберкульозу серед усіх вилікуваних – це відношення кількості вилікуваних хворих, у яких виник рецидив туберкульозу, до кількості усіх вилікуваних від туберкульозу, помножене на 100,0 %.

4.31. Середня тривалість одного випадку тимчасової втрати працездатності – це співвідношення числа днів непрацездатності до числа випадків непрацездатності.

4.32. Число випадків тимчасової втрати непрацездатності на 100 працюючих – це відношення числа випадків тимчасової втрати непрацездатності до середнього числа працюючих, помножене на 100,0 %.

4.33. Число днів тимчасової втрати працездатності на 100 працюючих – це відношення числа днів тимчасової втрати непрацездатності до середнього числа працюючих, помножене на 100,0 %.

4.34. Первинна інвалідність хворих на туберкульоз – це відношення кількості вперше визнаних інвалідами у зв'язку з туберкульозом до кількості працюючих, помножене на 10000.

4.35. Питома вага інвалідів серед контингентів хворих на туберкульоз – це відношення числа інвалідів до числа диспансеризованих на активний туберкульоз, помножене на 100,0 %.

4.36. Питома вага інвалідів I, II, III груп серед всіх диспансеризованих інвалідів – це відношення кількості інвалідів певної групи до кількості всіх інвалідів, помножене на 100,0 %.

4.37. Зміна характеру роботи диспансеризованих хворих – це відношення кількості диспансеризованих, які переведені на іншу роботу, до тих, що мали потребу в такому переведенні, помножене на 100,0 %.

4.38. Смертність осіб, що перебувають на диспансерному обліку (на 1000 диспансеризованих) – це відношення числа померлих, що перебували на

диспансерному обліку, до загальної кількості хворих, що знаходилися на диспансерному обліку, помножене на 1000.

4.39. Частота вперше по смертно діагностованого туберкульозу – це відношення кількості хворих, у яких по смертно діагностований туберкульоз, до кількості усіх померлих від туберкульозу, помножене на 100,0 %.

■ Очікувані результати організації етапного лікування, медико-соціальної реабілітації та ресоціалізації хворих на туберкульоз:

1. Досягненнявилікування до 85 % хворих на вперше діагностований туберкульоз, 80 % – на рецидив туберкульозу, за даними когортного аналізу, 60 % – на хронічний і хіміорезистентний туберкульоз. Таких показників слід намагатися досягти і при ко-інфекції туберкульозу та ВІЛ/СНІДу.

2. Зменшення хіміорезистентних форм туберкульозу на 5 – 7 % щорічно.

3. Зменшення летальності на 3 – 5 % щорічно.

Вони можливі за таких умов: безперерйне забезпечення усіх хворих на туберкульоз антимікобактеріальними препаратами I та II ряду гарантованої якості; налагодження контрольованого лікування у стаціонарі, денному стаціонарі, санаторії та амбулаторно для всіх 100,0 % хворих, уникаючи перерваного лікування; постійне інформування населення і хворих на туберкульоз про цю недугу, в т.ч. про особливості організації лікувального процесу.

Розділ 5. Організація навчання медичного персоналу та волонтерів, інформування хворих та населення щодо організації лікування туберкульозу

5.1. Однією із складових успішної організації лікування хворих на туберкульоз є систематична санітарно-освітня робота, спрямована на підвищення знань щодо туберкульозу хворих, медичного персоналу та населення із залученням всіх засобів масової інформації, випуском науково-популярної літератури, листівок, буклетів, пам'яток.

5.2. Слід кожні три роки організовувати 5-денне навчання лікарів фтизіатрів, організаторів фтизіатричної та загальної медичної служби, лаборантів, лікарів загальної медичної мережі, середніх медичних працівників та інших фахівців (або планові курси післядипломної підготовки чи підвищення кваліфікації для них, або курси інформації та стажування) з питань організації контрольованого лікування хворих на туберкульоз та з видачею відповідних сертифікатів.

5.3. На курсах післядипломної підготовки та підвищення кваліфікації лікарів та середніх медичних працівників усіх спеціальностей слід викладати матеріал щодо діагностики туберкульозу та організації контрольованого лікування хворих на туберкульоз.

5.4. При проведенні атестації лікарів та середніх медичних працівників усіх спеціальностей кожному, що атестується, повинні бути задані запитання щодо діагностики туберкульозу та організації контрольованого лікування цим хворим.

5.5. Медичні сестри товариств Червоного Хреста та волонтери перед проведенням контрольованого лікування та надання соціальної підтримки хворим повинні пройти одностороннє навчання і отримати сертифікат щодо проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз у амбулаторних умовах та на дому.

5.6. Під час проведення санітарно-освітньої роботи з хворими на туберкульоз та різними категоріями населення слід застосовувати такі методи, засоби і форми: а) методи індивідуального впливу (наприклад, особиста розмова, консультація щодо стану здоров'я); б) методи впливу на групу осіб комунікації (використання засобів масової інформації, виставки, засоби наглядної агітації).

5.7. Санітарно-освітня робота з хворими на туберкульоз та контактними особами з бактеріовиділювачами повинна полягати у роз'ясненні: 1) шляхів інфікування; 2) гігієнічного режиму; 3) методик лікування туберкульозу; 4) працевлаштування; 5) санітарної профілактики туберкульозу; 6) проведення освітньо-виховної та психотерапевтичної роботи.

5.8. Санітарно-освітня робота за місцем проживання хворого повинна бути спрямована на: 1) суворе дотримання правил гігієни (продвідування помешкання, вологе прибирання); 2) зібране харкотиння і залишки їжі повинні знезаражуватися; 3) окремий посуд і білизна хворого дезінфікуються; 4) систематична дезінфекція приміщень і предметів, якими користується хворий; 5) необхідність періодичних обстежень в протитуберкульозному диспансері, хіміопроділактики.

5.9. Санітарно-освітня робота в сучасних умовах повинна спрямовуватися медичним персоналом серед хворих та населення в таких напрямках:

- Пропаганда елементів особистої гігієни та здорового способу життя – шляхи попередження захворювання на туберкульоз; відповідальне ставлення до власного здоров'я передбачає своєчасне звертання до лікаря у випадку погіршення стану здоров'я, при появі ознак, які зустрічаються під час захворювання на туберкульоз, або при появі ознак в процесі лікування, пов'язаних з побічними діями препаратів чи виникнення ускладнень туберкульозу.

- Пропаганда, спрямована на свідому участь населення у масових медичних закладах і диспансеризації з метою своєчасного виявлення захворювання.

- Висвітлення питань щодо джерела та шляхів розповсюдження збудника туберкульозу і дотримання правил гігієни хворого та членів його сім'ї.

- Пропаганда здорового способу життя: 1) дотримання раціонального режиму праці й відпочинку; 2) раціональне харчування; 3) оптимальний режим рухового навантаження; 4) загартовування; 5) дотримання правил гігієни; 6) співпраця з медичними працівниками у стеженні за станом власного здоров'я.

- Роз'яснення важливості своєчасного виявлення хворих на туберкульоз і суворого дотримання призначеного лікування.

- Викорінення шкідливих звичок: паління тютюну, зловживання алкоголем, наркотиками, самолікування.

5.10. Заборонити рекламу тютюнових та алкогольних виробів і розгорнути широкомасштабну боротьбу з палінням, алкоголізмом та наркоманією.

5.11. З метою пропаганди гігієнічних, медичних і протитуберкульозних знань серед населення та хворих на цю недугу і досягнення їх повного співробітництва з медичними працівниками, на сучасному етапі доцільно:

- Включити питання боротьби з туберкульозом до усіх програм гігієнічного навчання та виховання населення (медико-педагогічного навчання батьків з проблем охорони здоров'я дітей та підлітків, школи материнства і молодих батьків, курси здоров'я у середніх і вищих школах тощо).

- Розробити і видавати масовим тиражем матеріали під рубрикою «Все про туберкульоз».

- Запровадити щотижневу радіо- і телепередачу тривалістю 10-15 хвилин у вечірні години вихідного дня під рубрикою «Наступ на туберкульоз», здійснювати з цих питань рекламні заходи.

- Зобов'язати всі друковані засоби масової інформації не рідше одного разу в місяць друкувати науково-популярні та інформаційні матеріали щодо туберкульозу.

- Широко безкоштовно розповсюджувати для населення та хворих на туберкульоз друковані санітарно-освітні матеріали з питань туберкульозу (пам'ятки, буклети, звернення, заклики, календарів тощо).

- Включити до навчальних програм початкових, середніх загальноосвітніх і спеціальних закладів та вузів курсу занять щодо туберкульозу і здорового способу життя.

5.12. Успішне розв'язання основних завдань організації лікування хворих на туберкульоз прямо пропорційно залежить від послідовності та якості роз'яснювальної та виховної роботи щодо означеного кола питань.

■ Критерії та індикатори якості організації навчання медичного персоналу та волонтерів, інформування хворих та населення щодо організації лікування туберкульозу:

5.1. Відсоток медичних працівників (окремо лікарів фтизіатрів, організаторів фтизіатричної та загальної медичної служби, лаборантів, лікарів загальної медичної мережі, середніх медичних працівників та інших), які пройшли 5-денні тренінги, або курси післядипломної підготовки чи підвищення кваліфікації, або курси інформації та стажування з питань організації контрольованого лікування хворих на туберкульоз – це відношення кількості зазначених медичних працівників (в т.ч. слід оцінювати за кожною спеціальністю окремо), які пройшли 5-денні тренінги, або курси підвищення кваліфікації, або курси інформації та стажування з питань організації контрольованого лікування хворих на туберкульоз, до загальної кількості зазначених медичних працівників, помножене на 100,0 %.

5.2. Чи є уніфіковані навчальні програми для курсів післядипломної підготовки та підвищення кваліфікації лікарів та середніх медичних працівників усіх спеціальностей щодо діагностики туберкульозу та організації контрольованого лікування хворих на туберкульоз (є, немає, відповідне зазначити).

5.3. При проведенні атестації лікарів та середніх медичних працівників усіх спеціальностей вивчається чи ні рівень знань щодо діагностики туберкульозу та організації контрольованого лікування цим хворим (так, ні, відповідне зазначити).

5.4. Відсоток медичних сестер товариств Червоного Хреста та волонтерів, які перед проведенням контрольованого лікування та надання соціальної підтримки хворим пройшли одноденне навчання і отримали сертифікати щодо проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз у амбулаторних умовах та на дому – це відношення кількості зазначених медичних сестер товариств Червоного Хреста та волонтерів, які пройшли навчання і отримали сертифікати, до загальної кількості медичних сестер товариств Червоного Хреста та волонтерів, які беруть участь у проведенні контрольованого лікування хворих на туберкульоз у амбулаторних умовах та на дому.

5.5. Чи розроблені програми і методичні рекомендації щодо інформування хворих та населення з питань організації лікування туберкульозу (так чи ні, відповідне зазначити).

5.6. Абсолютна кількість виступів у засобах масової інформації (радіо- і телепередач), науково-популярних статей, листівок, буклетів, пам'яток, звернень, закликів, календарів тощо (як загалом, так і кожного окремо) порівняно із попереднім аналогічним періодом.

5.7. Динаміка виступів у засобах масової інформації (радіо- і телепередач), науково-популярних статей, листівок, буклетів, пам'яток, звернень, закликів, календарів тощо (як загалом, так і кожного окремо) у звітному періоді – це відношення їх у звітному і аналогічному попередньому періодах, помножене на 100,0 %.

5.8. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, які отримали психотерапевтичну допомогу, – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, які отримали психотерапевтичну допомогу, до загальної кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100,0 %.

5.9. Видаються чи не видаються матеріали під рубрикою «Все про туберкульоз».

5.10. Включені чи не включені до навчальних програм початкових, середніх загальноосвітніх і спеціальних закладів та вузів курси занять щодо туберкульозу і здорового способу життя.

5.11. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, які несвоєчасно звернулися до лікаря, – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, які несвоєчасно звернулися до лікаря, до загальної кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100,0 %.

5.12. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, які відмовилися від лікування або перервали його – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, які відмовилися від лікування або перервали його, до кількості усіх зареєстрованих хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100,0 %.

■ **Очікувані результати організації навчання медичного персоналу та волонтерів, інформування хворих та населення щодо організації лікування туберкульозу:** зменшення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, які несвоєчасно звернулися до лікаря і які відмовилися від лікування або перервали його в процесі антимікобактеріальної терапії; поліпшення ефективності лікування.

Розділ 6. Організація соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу

6.1. Відносини між пацієнтом і протитуберкульозним закладом слід встановлювати на засадах підписання угоди між ними.

6.2. Щодо прав пацієнтів слід дотримуватися Лісабонської декларації щодо прав пацієнта, прийнятої 34-ю Всесвітньою медичною асамблеєю у Лісабоні (Португалія) вересні – жовтні 1981 р., зокрема зафіксувати, що:

- пацієнт має право вільно вибирати свого лікаря;
- пацієнт має право отримувати всебічну кваліфіковану допомогу від лікаря, який вільний від усяких зовнішніх впливів при винесенні своїх клінічних та етичних рішень;
- пацієнт має право погодитися чи відмовитися від обстеження чи певного лікування після того, як він отримав адекватну інформацію від лікаря про можливі наслідки таких дій;
- пацієнт повинен бути впевнений, що лікар буде поважати конфіденційний характер медичних і особистих відомостей про нього;
- пацієнт має право померти з гідністю;
- пацієнт має право прийняти чи відхилити духовну і моральну підтримку, включаючи допомогу священнослужителя відповідної конфесії.

6.3. Заразні хворі на туберкульоз повинні бути ізольовані у протитуберкульозні стаціонари, оскільки вони становлять небезпеку для оточуючих, на період до припинення бактеріовиділення.

6.4. Для хворого на туберкульоз лікування повинно бути безоплатним і він повинен бути забезпечений антимікобактеріальними та іншими необхідними препаратами, харчуванням у стаціонарі та соціальною підтримкою на амбулаторному етапі лікування відповідно до клінічних протоколів.

6.5. Протитуберкульозні заклади разом з органами охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічною службою організують та координують заходи щодо соціального захисту хворих на туберкульоз, які здійснюються органами державної влади, місцевого самоврядування, благодійними фондами, громадськими та міжнародними неурядовими організаціями.

6.6. Працівники протитуберкульозних закладів повинні мати відповідні пільги, встановлені органами державної влади та місцевого самоврядування.

6.7. Медичні працівники повинні в повному обсязі забезпечуватися індивідуальними засобами захисту від туберкульозу, а у протитуберкульозних

медичних закладах, де вони працюють, повинен забезпечуватися інфекційний контроль.

■ **Критерії та індикатори якості організації соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу:**

6.1. На яких засадах будуються відносини між пацієнтом і протитуберкульозним закладом (на контрактних чи ні, відповідне зазначити).

6.2. Дають чи не дають пацієнти інформовану згоду на проведення медичних лікувально-діагностичних процедур (так чи ні, відповідне зазначити).

6.3. Кількість скарг пацієнтів на порушення їх прав у порівнянні з періодом, що передує звітному.

6.4. Кількість судових позовів пацієнтів на порушення їх прав у порівнянні з періодом, що передує звітному.

6.5. Які пільги мають працівники протитуберкульозних закладів (перерахувати).

6.6. Забезпечені чи не забезпечені медичні працівники в повному обсязі індивідуальними засобами захисту від туберкульозу (так чи ні, відповідне зазначити).

■ **Очікувані результати організації соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу:** підвищення ефективності використання існуючих ресурсів протитуберкульозних закладів; отримання матеріальної компенсації пацієнтом за нанесену йому ятрогенну (лікарську) шкоду здоров'ю; зменшення ризику банкрутства лікувально-профілактичного закладу; профілактика неналежного надання медичної допомоги хворим на туберкульоз; поліпшення якості медичних послуг хворим на туберкульоз.

Вони можливі за таких умов: суворе дотримання законодавства України пацієнтами і лікарями; вдосконалення законодавчих актів щодо соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу протитуберкульозних закладів; фінансова підтримка соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу протитуберкульозних закладів.

Розділ 7. Організація фінансування лікувального процесу хворих на туберкульоз

7.1. Для фінансування лікувального процесу слід застосовувати програмний підхід, у якому повинен втілюватися весь комплекс протитуберкульозних заходів.

7.2. Джерела фінансування лікувального процесу хворих на туберкульоз повинні бути складовою усіх протитуберкульозних заходів і складатися з державного, регіонального і місцевого бюджетів, позабюджетних джерел фінансування (кошти грантів, громадських організацій та інших донорів) та коштів від медичного страхування.

7.3. З державного бюджету слід здійснювати щорічну централізовану закупівлю протитуберкульозних препаратів і витратних матеріалів для мікробіологічного та радіологічного моніторингу в процесі лікування хворих.

7.4. З місцевих бюджетів, коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, коштів накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб, коштів, одержаних за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством, слід фінансувати закупівлю тих протитуберкульозних препаратів і витратних матеріалів для мікробіологічного та радіологічного моніторингу в процесі лікування хворих, яких не вистачає від закупівель з державного бюджету, а також необхідні лікарські засоби для патогенетичного, симптоматичного, хірургічного лікування, які передбачені чинними клінічними протоколами лікування хворих на туберкульоз, та продукти харчування стаціонарних хворих.

7.5. Харчові пайки, гігієнічні набори та інше для соціальної підтримки хворих на амбулаторному етапі лікування можуть бути профінансовані, як із державного, так і місцевого бюджетів.

7.6. На законодавчому рівні слід передбачити, що не використані в кінці року асигнування не ліквідовуються, а можуть застосовуватися у наступному бюджетному році.

■ Критерії та індикатори якості організації фінансування протитуберкульозних заходів:

7.1. Кількість виділених коштів на лікування хворих на туберкульоз в країні (галузі, адміністративній території, районі) у звітному році порівняно з попереднім: всього, в тому числі з: цільового фінансування загальнодержавної програми; державного бюджету; регіонального бюджету; місцевого бюджету; коштів грантів; коштів позики; коштів громадських організацій; коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; коштів добровільного медичного страхування; коштів накопичувальних фондів територіальних громад; коштів благодійних фондів; благодійних внесків; пожертвувань юридичних і фізичних осіб; коштів, одержаних за надання платних медичних послуг; інших джерел (відповідне зазначити).

7.2. Перерахувати цільові витрати та їх використання.

7.3. Доля загального фінансування лікувального процесу від потреби – це відношення загальної кількості виділених коштів зі всіх джерел на лікування хворих на туберкульоз до розрахункової потреби, помножене на 100,0 %.

7.4. Коефіцієнт співвідношення витрат на амбулаторну і стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз – це відношення кількості усіх державних коштів, що виділені на амбулаторну допомогу, до кількості усіх державних коштів, що виділені на стаціонарну допомогу.

7.5. Подушне фінансування лікувального процесу на душу населення (в грн.) – це відношення кількості затрат в гривнях за рік до середньорічної кількості населення.

7.6. Вартість лікування одного хворого на туберкульоз – це відношення затрат на лікування всіх хворих на туберкульоз до кількості вилікованих хворих, грн.

■ Очікувані результати організації фінансування протитуберкульозних заходів: пріоритетом буде фінансування потреб

пацієнтів, а не потреб медичних закладів; лікування хворих буде якісніше й ефективніше; поліпшиться загальний доступ до якісної діагностики й лікування хворих на туберкульоз; скоротяться людські страждання й соціально-економічний тягар, пов'язаний з туберкульозом; будуть захищені уразливі групи населення від туберкульозу, в т.ч. від хіміорезистентного та ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу; поліпшаться епідемічні показники з туберкульозу.

Вони можливі за таких умов: отримання фінансування з різних джерел максимально наближеного до потреби; гарантоване фінансування антимікобактеріальних препаратів, живильних середовищ, та інших складових лікувального процесу.

Розділ 8. Цільові показники протоколу організації лікування хворих на туберкульоз

Забезпечення мети Протоколу організації лікування хворих на туберкульоз, зокрема підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз на засадах поліпшення організації лікування, моніторингу і контролю за лікуванням і, як наслідок, зниження захворюваності й смертності населення від цієї недуги та зменшення економічних збитків суспільству від туберкульозу, буде зумовлено завдяки досягненню таких цільових показників, передбачених Стоп ТБ стратегією і адаптованих до українських реалій:

8.1. Зниження захворюваності й смертності від туберкульозу, що започатковане в Україні у 2006 р. буде невпинно продовжуватися.

8.2. До 2015 р. виліковувати щонайменше 85,0 % хворих на туберкульоз легень з бактеріовиділенням.

8.3. До 2020 р. довести захворюваність і поширеність туберкульозу до рівня 1990 року.

8.4. До 2040 р. скоротити на 50 % поширеність туберкульозу й смертність від нього порівняно з 1990 роком.

8.5. До 2050 р. ліквідувати туберкульоз серед дитячого населення, довівши один випадок захворювання на мільйон дітей.

8.6. До 2060 р. ліквідувати туберкульоз як проблему суспільної охорони здоров'я, довівши один випадок захворювання на мільйон чоловік.

Ці показники можливі за таких умов:

8.1. Якщо в Україні відбудуться реформи в економіці, фінансовому секторі, охороні здоров'я та протитуберкульозній службі й вони будуть реорганізовані та реструктуровані й будуть розвиватися на ринкових засадах.

8.2. Якщо Україна подолає нинішню світову фінансово-економічну кризу й надалі подібних криз не буде.

8.3. Якщо в Україні до прогнозного 2060 року не буде масових стихійних лих, аварій, катастроф, епідемій будь яких захворювань, для подолання яких буде потрібний перерозподіл значних фінансових потоків.

8.4. Якщо в Україні буде доступна освіта, охорона здоров'я, фізкультура і спорт, зростатиме освіченість та поінформованість населення щодо туберкульозу, а здоровий спосіб життя буде пріоритетом до 90 % населення.

8.5. Якщо отримають належне фінансування і якісну реалізацію зазначені вище усі напрямки цього Протоколу.

8.6. Якщо до 2015 р. в країні будуть виявляти до 70,0 % нових випадків бактеріологічно і/або гістологічно підтвердженого туберкульозу.

Література

Аплекар, М. Расширенная программа DOTS по борьбе с туберкулезом [Текст] / Ред. М. Аплекар, М. Гжемска, С. Оттмани. – Женева: ВОЗ, 2001. – 29 с.

Ахамед, Н. Краткое руководство по туберкулезу для работников первичной медико-санитарной помощи для стран Европейского региона ВОЗ с высоким и средним бременем туберкулеза [Текст] / Н. Ахамед, Е. Юрасова, Р. Залескис [и др.]. – Женева : ВОЗ, 2004. – 60 с.

Богородская, Е. М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом [Текст] : автореф. дис. д-ра мед.наук : 14.00.26, 14.00.33 / Богородская Елена Михайловна ; Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. – М., 2009 – 47 с.

Боне, А. Борьба с туберкулезом в тюрьмах : Руководство для руководителей программ [Текст] / А. Боне, Э. Эртс, М. Гржемска и др. – М : «Права человека», 2002. – 208 с.

Васильева, А. В. Внелегочный туберкулез: Рук. для врачей / Под ред. А.В. Васильева. – СПб: ИКФ «Фолиант», 2000. – 568 с.

ВОЗ. Борьба с туберкулезом среди беженцев и перемещенных лиц: Межведомственное практическое руководство [Текст]. – Женева : ВОЗ, 2002. – 72 с.

ВОЗ. Методологическое руководство по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия [Текст]. Женева : ВОЗ / Глобальный фонд, 2004. – 94 с.

Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання: Матеріали парламентських слухань у Верховній Раді України 19 травня 2003 року [Текст]. – К.: Парламентське видавництво, 2003. – 60 с.

Коалиция по борьбе с туберкулезом за техническое сотрудничество [Текст] / Tuberculosis coalition for technical assistance. – Копенгаген: USAID, 2006. – 170 с.

Конгстведт, П. Р. Управление медицинской помощью. Практическое руководство : в 2 т. [Текст] / Под общей ред. О. П. Щепина: Пер. с англ. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 743 с.

Кучеренко, В. З. Управление здравоохранением [Текст] / Под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ТЕИС, 2001. – 448 с.

Лехан, В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні [Текст] / Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

Нагорна, А. М. Проблема якості в охороні здоров'я [Текст] / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов – Кам'янець-Подільський: Абетка – Нова, 2002. – 384 с.

Пасечников, А. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью : Международное издание [Текст] / Ред. А. Пасечников, М. Л. Рич. – Бостон, 2003. – 173 с.

Росс, Г. Посібник для розробників клінічних рекомендацій / медичних стандартів [Текст]. Заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова / NICARE. – К., 2006. – 166 с.

Салман, Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : пер. с англ. / Р. Б. Салман, Дж. Фигейрас. – М. : Геотар Медицина, 2000. – 432 с.

Фещенко, Ю. І. Менеджмент у фтизіатрії [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, А. В. Лірник. – К. : Здоров'я, 2007. – 680 с.

Фещенко, Ю. І. Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К.: Здоров'я, 2009. – 488 с.

Фещенко, Ю. І. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2007. – 664 с.

Фещенко, Ю. І. Туберкульоз: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко, С. В. Лірник. – К.: Здоров'я, 2010. – 448 с.

Цілі Розвитку Тисячоліття : Україна [Текст]. – К., 2003. – 29 с.

Шоу, Ч. Д. Основы для разработки национальных стратегий по усовершенствованию качества в системах здравоохранения [Текст] / Ч. Д. Шоу, И. Кало. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ. – 2002. – 67 с.

Щепин, О. П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи [Текст] / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбратен, Г. И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.

Экерман, П. Основы инфекционного контроля: Практическое руководство [Текст]. – 2-е изд. / П. Экерман, М. Бракман, С. Браун и др. – М.: АМР США, 2000. – 277 с.

Colombani, P. Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ [Текст] / P. Colombani, N. Banatvala, R. Zaleskis, D. Maher. – Копенгаген: ВОЗ, 2003. – 34 с.

Field, M. J. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: Directions for a new Program [Text] / M. J. Field, K. N. Lohr. – Washington DC : National Academy Press, 1990. – 97 p.

Graham, N. O. Quality in Health Care [Text] / Ed. N. O. Graham. – Gaithersburg, Maryland : Aspen Publication, 1995. – 135 p.

Getahun, H. Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Предварительный порядок сотрудничества в области ТБ/ВИЧ [Текст] / Ред. H. Getahun. – Женева: ВОЗ, 2004. – 19 с.

Granich, R. Профілактика туберкулеза в лікувально-профілактичних установах при дефіциті необхідних ресурсів : Метод. рекомендації [Текст] / R. Granich, N. J. Binkin, W. R. Jarvis [e. a.]. – Женева : ВОЗ, 1999. – 59 с.

Stanley, J. T. Руководство по повышению качества клинической работы в рамках преобразования российской системы здравоохранения [Текст] / Stanley J. Tillinghast. Программа ЗдравРеформ. – Россия, 1996. – 161 с.

WHO. Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs [Text]. WHO/HTM/TB/2004.344. – August 2004. – Geneva: World Health Organization, 2004. – 228 p.

WHO. Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing : WHO report 2007. [Електронний ресурс] / WHO. – Режим доступу : <http://www.stoptb.iqipsrver.com/default.asp>.

ЗМІСТ

А. Загальна частина	1
Б. Протокол організації лікування хворих на туберкульоз	2
Положення протоколу організації лікування хворих на туберкульоз	9
Розділ 1. Нормативно-правові, морально-етичні, програмні та управлінські аспекти регулювання організації лікування хворих на туберкульоз	14
Розділ 2. Організація лікарського менеджменту для хворих на туберкульоз	32
Розділ 3. Рівні та етапи лікування хворих на туберкульоз	35
Розділ 4. Організація етапного лікування, медико-соціальної реабілітації та ресоціалізації хворих на туберкульоз	44
Розділ 5. Організація навчання медичного персоналу та волонтерів, інформування хворих та населення щодо організації лікування туберкульозу	55
Розділ 6. Організація соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу	59
Розділ 7. Організація фінансування лікувального процесу хворих на туберкульоз	60
Розділ 8. Цільові показники протоколу організації лікування хворих на туберкульоз	62
Література	63