

Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич,
І. О. Новожилова, В. О. Юхимець, М. І. Линник

**ОСНОВНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**
(посібник з організаційно-методичної роботи)

Київ, 2012

УДК 616 – 002.5

Основні засади організації медичної допомоги хворим на туберкульоз (посібник з організаційно-методичної роботи) / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова, В. О. Юхимець, М. І. Линник / За ред. Ю. І. Фещенка, В. М. Мельника. – К., 2012. – 156 с., бібл. 73.

У посібнику туберкульоз розглядається національна проблема. Автори аналізують епідемічну ситуацію з туберкульозу в світі та в Україні, описують організацію боротьби з туберкульозом на засадах Адаптованої Стоп ТБ стратегії. Важливе місце у посібнику займають організаційні підходи до розробки, планування та реалізації протитуберкульозних заходів і програм, організація виявлення та діагностики туберкульозу, лікарського менеджменту, лікування та реабілітації хворих на туберкульоз, профілактики туберкульозу і диспансеризації хворих на туберкульоз. Окремо висвітлені організація діяльності у боротьбі з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ, реєстрації, обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів, а також організація кадрового забезпечення протитуберкульозної служби і наукових досліджень у фтизіатрії. У посібнику також знайшли втілення організація соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу, співробітництва протитуберкульозної служби з міжнародними організаціями та організація фінансування протитуберкульозних заходів.

Посібник рекомендований для лікарів, наукових і педагогічних працівників усіх спеціальностей, які зустрічаються з проблемами туберкульозу. Він може бути використаний для студентів, інтернів, курсантів та середніх медичних працівників.

Рецензенти:

доктор медичних наук, професор В.П. Костроміна,
доктор медичних наук, професор М.М. Кужко.

Постійна web-адреса посібника:

<http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/original/2012/feschenko2012-1.pdf>

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 трічі встановленим мазок-негативним результатом і/або негативним результатом культурального дослідження і наявністю рентгенопозитивних змін у легенях.

Безперервне покращання якості – це управлінська діяльність по безперервному вивченню та удосконаленню процесів надання медичної допомоги хворим на туберкульоз з метою задоволення потреб пацієнтів та інших споживачів.

БЦЖ – вакцина туберкульозна (БЦЖ) суха, що містить живі мікобактерії вакцинного штаму і застосовується для внутрішньошкірного введення.

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.

Вогнище туберкульозної інфекції або туберкульозне вогнище – це місце проживання, роботи та перебування в інших місцях хворого-

бактеріовиділювача, насамперед – це житло, в якому проживає туберкульозний хворий-бактеріовиділювач. При наявності в сім'ї хворого на легеневий туберкульоз дітей або підлітків, квартира вважається туберкульозним вогнищем незалежно від бактеріовиділення. Якщо хворий на бактеріальний туберкульоз продовжує працювати, то безпосереднє місце його праці також є вогнищем туберкульозної інфекції для оточуючих.

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 ізонікотинової 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.

Державна статистика – централізована система збирання, опрацювання, аналізу, поширення, збереження, захисту та використання статистичної інформації.

Доказова медицина – це концепція використання в управлінській практиці науково обґрунтованих фактів, отриманих в ході коректно проведених організаційних, медико-статистичних, економічних, епідеміологічних досліджень; добросовісне, точне і усвідомлене використання найкращих результатів зазначених досліджень (випробувань і впроваджень) для вибору і застосування оптимальних, рентабельних, економічно обґрунтованих ефективних протитуберкульозних заходів на конкретній території.

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. Аббревіатура

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.

Епідеміологічний моніторинг захворювання на туберкульоз – це постійно діюча державна система спостереження і обліку, що використовується для аналізу стану поширення захворювання на туберкульоз, його структури і впливу на соціальну та економічну ситуацію у державі на стан здоров'я населення в цілому та для оцінки ефективності протитуберкульозних заходів.

Законодавство України про боротьбу із захворюванням на туберкульоз – це збір законів і нормативно-правових актів, що складається з «Основ законодавства України про охорону здоров'я», законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД), та соціальний захист населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», інших законів і нормативно-правових актів, об'єднаних єдиним замислом для контролю за туберкульозом і поліпшення епідемічної ситуації з цієї недуги.

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;

м. – місто (місті).

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.

Монорезистентність – це резистентність мікобактерій туберкульозу до одного антимікобактеріального препарату I ряду.

Мультирезистентність – це резистентність мікобактерій туберкульозу як мінімум до ізоніазиду та рифампіцину.

Мультирезистентний туберкульоз (туберкульоз з множинною медикаментозною стійкістю) – це будь-яка клінічна форма туберкульозу, коли пацієнт виділяє мікобактерії туберкульозу, що резистентні, як мінімум, одночасно до ізоніазиду та рифампіцину, незалежно від того, стійкі чи не стійкі вони до інших (крім ізоніазиду та рифампіцину) антимікобактеріальних препаратів I та II ряду, що підтверджено лабораторним методом при визначенні чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

НАМН – Національна академія медичних наук.

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.

Основні засади – Основні засади організації медичної допомоги хворим на туберкульоз.

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 особи 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 дулини. При туберкульозному ураженні кількох позалегневих органів до діагнозу позалегневого 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.

Профілактика захворювання на туберкульоз – це заходи соціально-економічного, організаційного, протиепідемічного та медичного характеру, спрямовані на запобігання виникненню та масовому поширенню туберкульозу, а також на своєчасне виявлення інфікованих мікобактеріями туберкульозу дітей та підлітків і хворих на туберкульоз серед населення. Розрізняють специфічну профілактику (щеплення та ревакцинація), хіміопрофілактику, санітарну та соціальну профілактику туберкульозу. Оскільки зазначені профілактичні заходи взаємопов'язані, то їх здійснюють комплексно в таких основних напрямках: профілактичні заходи серед всього населення (щеплення і ревакцинація, соціально-економічні, санітарно-освітні та загально-санітарні заходи); профілактичні заходи серед груп ризику щодо туберкульозу (диспансеризація хворих і контактів, хіміопрофілактика, оздоровлення); профілактичні заходи у вогнищах туберкульозної інфекції (оздоровлення вогнища, дезінфекція, ізоляція бактеріовиділювача, хіміопрофілактика).

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.

Санітарна профілактика туберкульозу – це планомірна організація і проведення системи санітарно-гігієнічних і профілактичних заходів, спрямованих на попередження здорових людей від зараження і захворювання на туберкульоз, яка включає в себе проведення низки соціальних, протиепідемічних, організаційних, лікувальних та інших заходів;

син.: – синонім.

СЕС – санітарно-епідеміологічна станція.

СНІД – синдром набутого імунodefіциту.

Соціальна профілактика туберкульозу (син.: державна профілактика) – це система планомірних комплексних профілактичних заходів соціально-економічного характеру державного масштабу, в організації яких беруть участь державні органи влади разом з мережею протитуберкульозних закладів, громадських та інших організацій та спрямовуються на поліпшення матеріально-побутових умов населення, поліпшення матеріального благополуччя народу та умов його життя і освіченості.

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

Стандарт якості медичної допомоги – це реально досяжний і нормативно затверджений на певний період рівень медичної допомоги.

Статистична інформація (дані) – це офіційна державна інформація, яка характеризує масові явища та процеси, що відбуваються в медичній, економічній, соціальній та інших сферах життя України та її регіонів.

ТБ – туберкульоз.

Туберкулінодіагностика (син.: туберкулінізація для тварин) – це специфічний діагностичний тест, що проводиться за допомогою внутрішньшкірного 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 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 гранульом 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 найбідніші, 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 позалегеневі форми як туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та ексудативний плеврит без патологічних змін в легенях. При поєднанні легеневого і позалегеневого 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, туберкулінодіagnostики 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.

ВАСТЕС – це автоматизована система мікробіологічної діагностики туберкульозу;

r_{xy} – коефіцієнт кореляції між двома змінними (x та y).

Передмова

Туберкульоз знайомий людству з сивої давнини – відколи воно існує. Це захворювання, відоме як сухота, яка уражала людей протягом століть. Періоди епідемій туберкульозу чергувалися затишшям, тобто туберкульоз має хвилеподібний розвиток. До середини 1800-х років думали, що туберкульоз є спадковим захворюванням, однак люди не знали, що туберкульоз може поширюватися від людини до людини через повітря. До 1940-х і 1950-х років не було лікарських препаратів для лікування туберкульозу.

В доантибактеріальний період лікування хворих на туберкульоз здійснювали в санаторіях і спеціальних будинках відпочинку з призначенням посиленого лікувального харчування та різних препаратів, які не впливали згубно на збудника туберкульозу.

У 1882 році німецький учений Robert Koch відкрив бактерію, що викликає туберкульоз, а у 1891 році він винайшов і описав склад туберкуліну. Вона дістала назву «паличка Коха», а нині її називають «мікобактерією туберкульозу».

Український вчений з Галичини Іван Павлович Пулюй (1845 – 1918) у 1877 р. опублікував у «Віснику» Віденської Академії наук власну концепцію катодної трубки, а через 2 роки у тому ж «Віснику» – матеріали до її вдосконалення. За винахід і конструкцію вакуумної трубки (трубки Пулюя) галичанин у 1881 р. одержав срібну медаль на світовій електротехнічній виставці в Парижі й зробив перший знімок людського скелету.

У 1894 році С. Forlanini застосовував штучний пневмоторакс при туберкульозі легенів, що сприяло швидшому загоюванню патологічного процесу.

Через 17 років після відкриття І.П.Пулля – 8 листопада 1895 року німецький вчений із Вюрцбурга Вільгельм Кондрат Рентген (1845 – 1923) відкрив х-проміння, які названі його ім'ям, а 22 грудня 1895 р. професор К.Рентген отримав рентгенограму, і про все це доповів науковій громадськості 23 січня 1896 року, продемонструвавши знімки.

1900 рік ознаменувався початком етапу санаторного лікування хворих на туберкульоз. Багато хворих на туберкульоз направлялися в санаторії та спеціальні будинки відпочинку з визначеним режимом дня. Санаторне лікування було досить розповсюдженим у багатьох країнах. Але фактом було те, що багато хворих на туберкульоз з різних причин (в т.ч. через бідність і відсутність коштів) не могли лікуватися в санаторії та помирали вдома.

У 1920 роках французький мікробіолог і гігієніст, учень Л.Пастера Альберт Кальмет (Albert Calmette, 1863 – 1933) разом з Гереном (С. Gueren) розробили протитуберкульозну вакцину БЦЖ (BCG – Bacille de Calmette et de Gueren). Вперше вакцину БЦЖ застосували Кальмет і Герен разом із Вайль-Алле (В. Weill-Halle) у новонародженої дитини в 1921 р. В 1924 р. у Франції було вакциновано вже більше 300 немовлят, матері яких хворіли на туберкульоз. В СРСР, до складу якого входила Україна, вакцинацію БЦЖ новонароджених почали застосовувати з 1925 р., а з 1948 р. була запроваджена обов'язкова ревакцинація неінфікованих мікобактеріями дітей.

Перелом в боротьбі з туберкульозом наступив у 1943 році, коли американський вчений родом з української Вінниччини Selman Waksman відкрив стрептоміцин, який знищував мікобактерії туберкульозу. З цього часу почалася ера антимікобактеріальної терапії в боротьбі з туберкульозом.

Через 9 років після появи на світ стрептоміцину – у 1952 році – був відкритий найефективніший антимікобактеріальний препарат – ізоніазид (з групи гідразид ізонікотинової кислоти – ГІНК). У 1956 році дослідження в індійському штаті Madarasa започаткувало амбулаторну протитуберкульозну хіміотерапію.

У 1957 році відкрито третій антимікобактеріальний препарат «рифампіцин». З цих пір туберкульоз багато хворих на туберкульоз були вилікувані й смертність від цієї недуги різко знижувалася повсюдно. Черговий спалах туберкульозу в світі відбувся з середини 1980-х років у США та Західній Європі, а після розпаду Радянського Союзу – в Східній Європі та Україні. Апогею цей спалах набув з початку 1990-х років, коли випадки захворювання на туберкульоз знову стали збільшуватися. Через те у 1993 році ВООЗ оголосила туберкульоз глобальною небезпекою. До цього часу мікобактеріями туберкульозу була інфікована 1/3 населення нашої планети.

Донині у світі щорічно реєструється до 10 млн. чол. на бактеріальний туберкульоз і 4 – 5 млн. чол. щорічно помирає від цієї інфекції. За прогнозами експертів ВООЗ до 2020 року у світі з'явиться ще 200 млн. хворих на нові

випадки туберкульозу й 70 млн. хворих помре від цієї інфекції, якщо уряди країн неефективно вестимуть боротьбу з туберкульозом.

Нині боротьба з туберкульозом ускладнилася через високу захворюваність СНІДом і поєднання його з туберкульозом, а також у зв'язку з розвитком полі- й мультирезистентного туберкульозу. Навіть у даний час хворий на туберкульоз може померти, якщо не застосовувати лікування.

Однак, досягнення за останні 15 років: глобальні зусилля щодо боротьби з туберкульозом були переосмислені в 1991 році, коли згідно з рішенням Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я туберкульоз було визнано основною глобальною проблемою охорони здоров'я. Були встановлені два завдання щодо боротьби з туберкульозом в межах прийнятого рішення: встановити діагноз у 70 % нових випадків захворювань із позитивним результатом дослідження мазка івилікувати 85 % таких випадків захворювання. Ці критерії мають епідеміологічне підґрунтя, бо, досягнувши їх, можна вплинути на епідемічну ситуацію з туберкульозу.

В 1994 році, була розроблена і рекомендована міжнародна стратегія боротьби з туберкульозом, відома як *ДОТС-стратегія*. Її основні компоненти:

- 1) політичні зобов'язання щодо прийняття і фінансування зазначеної стратегії;
- 2) діагностування туберкульозу шляхом проведення мікроскопічного дослідження мазка мокротиння;
- 3) короткий курс антимікобактеріальної терапії, що проводиться під відповідним контролем, тобто лікування під безпосереднім наглядом (DOT);
- 4) регулярна поставка препаратів гарантованої якості;
- 5) облікова і звітна система контролю результатів лікування і виконання програми.

Межі ДОТС-стратегії були значно розширені. ДОТС-стратегія застосовувалась у 182 країнах світу. Застосування ДОТС-стратегії допомогло багатьом країнам вдосконалити державні програми боротьби із туберкульозом, зробити значний прогрес у досягненні цілей, поставлених ВООЗ. У 2004 році приблизно 20 мільйонів пацієнтів лікувались згідно з програмою ДОТС у різних країнах. Серед них смертність від туберкульозу стрімко знизилась. Найбільші проблеми у застосуванні ДОТС-стратегії виникли у Африканських країнах регіону пустелі Сахари і деяких країнах Східної Європи, де ця стратегія не сприймалася.

Проте завдяки ДОТС-стратегії показник успішного лікування серед пацієнтів, хворих на туберкульоз із позитивним результатом дослідження мазка, досяг 82 % (майже досяг показників згідно із цілями, встановленими ВООЗ), а у 2003 році показник виявлення захворювання становив 50 %. Показник виявлення захворювання значно збільшився порівняно з 2001 роком у всьому світі.

Для боротьби з хіміорезистентним туберкульозом ВООЗ запропонувала *ДОТС-плюс стратегію*, яка включає всі ті ж 5 компонентів, спрямованих на вплив на хіміорезистентний туберкульоз.

Перший глобальний план боротьби із туберкульозом визначав дії, виконання яких було необхідними для боротьби з туберкульозом протягом 2001 – 2005 років. Цей план контролював глобальні зусилля щодо боротьби із туберкульозом за останні п'ять років. Глобальна боротьба з туберкульозом активно була підтримана збільшенням політичної ролі, визначеній в країнах із високим показником поширеності захворювання, представлений в Амстердамській Декларації (2000 рік), у Заяві щодо боротьби з туберкульозом, оголошеній у Вашингтоні (2001 рік) і на Форумі боротьби з туберкульозом, що проходив у Делі (2004 рік).

У 2005 році ВООЗ прийняла рішення про «надання фінансової підтримки програмам щодо боротьби і профілактики туберкульозу», що вимагало від країн-учасників докласти максимум зусиль для досягнення цілей у боротьбі з туберкульозом. Це рішення спиралось на звіт Комісії з макроекономіки й охорони здоров'я (2001 рік), рішення Форуму, що проходив на вищому рівні, з питань визначення розвитку Тисячоліття в області охорони здоров'я (2004 рік) і рішення Другого Комітету з проблем епідемії туберкульозу (2005 рік).

Після розробки стратегії ДОТС Всесвітня організація охорони здоров'я та її партнери працювали над розробкою додаткових стратегій щодо усунення основних перешкод у досягненні глобальної мети боротьби з туберкульозом – покращання діагностування і лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз, стратегії для державних і приватних медичних установ – залучення всіх медичних установ у виконанні ДОТС. Нововведені механізми, такі як Глобальний лікарський фонд (GDF) і Комітет зеленого світла (GLC), були створені з метою покращання доступу до якісних і дешевих антимікобактеріальних препаратів. Був розроблений план спільних дій, що є необхідними в межах програм боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом і були визначені стратегії боротьби з мультирезистентним туберкульозом.

Завдання на 2006 – 2015 роки. Сьогоднішні показники прогресу щодо контролю за туберкульозом не є достатніми для досягнення цілей щодо зниження показників смертності від туберкульозу і показників поширеності туберкульозу до 2015 року.

В Східній Європі соціально-економічна криза на початку 90-х років і невідповідність системи охорони здоров'я ринковим умовам економіки є причинами збільшення показників поширеності туберкульозу, в тому числі туберкульозу із множинною медикаментозною стійкістю. Ці регіони характеризуються погіршенням ситуації.

Можливості на 2006 – 2015 роки. Використання нових ресурсів стане можливим завдяки збільшенню внутрішнього фінансування у країнах із високим показником поширеності захворювання і збільшенню міжнародного фінансування, в тому числі фінансування Глобального фонду проти СНІДу, туберкульозу та малярії (GFATM). Має розвиватися партнерство між різними країнами і медичними установами, відповідальними за стан системи охорони здоров'я, за вимоги, пов'язані із боротьбою із захворюванням. Як було зазначено вище, будуть розроблені нові стратегії, що покращать ефективність боротьби із туберкульозом.

Другим глобальним планом боротьби з туберкульозом (2006 – 2015 роки), що врахує існуючі досягнення і має забезпечити більш ефективне виконання вимог завдяки зусиллям посилити системи охорони здоров'я, зменшуючи вплив рівня бідності й забезпечуючи виконання прав людини. На ці роки передбачається запровадження нової стратегії боротьби з туберкульозом – *«Стоп ТБ» стратегії*. «Стоп ТБ» стратегія складається з шести основних компонентів:

- 1) покращання якості ДОТС-стратегії (включає усі п'ять компонентів ДОТС-стратегії);
- 2) боротьба з ВІЛ/СНІД-асоційованим туберкульозом;
- 3) боротьба з туберкульозом із множинною лікарською стійкістю;
- 4) посилення системи охорони здоров'я;
- 5) участь всіх медичних закладів, пацієнтів і суспільства в боротьбі з туберкульозом;
- 6) проведення наукових досліджень.

Якщо ВООЗ започаткувала ДОТС-стратегію у 1994 році, а згодом ДОТС-плюс-стратегію, то в Україні ДОТС-стратегія з 2000 р. заснована в пілотних регіонах Донецької області, потім в м. Києві. Ця стратегія в Україні набула офіційного значення після виходу наказу МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії».

В цьому посібнику матеріал викладений згідно із адаптованою нами Стоп ТБ стратегією, а також із Адаптованою ДОТС-стратегією, концепція якої затверджена наказом МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії».

Весь викладений матеріал стосується туберкульозу легень та позалегеневої локалізації (A15 – A16 – туберкульоз легень; A17 – A18 – позалегеневий туберкульоз; A19 – міліарний туберкульоз), а це означає, що розроблені нами основні засади організації медичної допомоги хворим на туберкульоз стосуються рівною мірою туберкульозу усіх клінічних форм і локалізацій.

Звісно, ми не претендуємо на істину останньої інстанції. Щодо тих чи інших засад можлива дискусія, можливі інші підходи та пропозиції. Ми з радістю сприймемо усі зауваження і побажання читачів.

Автори.

Вступ

Чому потрібні Основні засади організації медичної допомоги хворим на туберкульоз?

Потреба Основних засад організації медичної допомоги хворим на туберкульоз ґрунтується на:

- 1) складній епідемічній ситуації з туберкульозу в світі та Україні;
- 2) наявності низки невирішених проблем щодо туберкульозу в Україні;
- 3) наявності ряду не усунених причин погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні;
- 4) наявності багатьох передумов можливого подальшого погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні;
- 5) слабкості існуючих в світі систем організації контролю за туберкульозом;
- 6) малоефективному функціонуванні діючої в Україні протитуберкульозної служби;
- 7) недостатньому фінансуванні та виконанні заходів усіх національних програм контролю за туберкульозом, в т. ч. чинної нині Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках.
- 8) назрілій потребі реформування, реорганізації та реструктуризації охорони здоров'я, в т. ч. протитуберкульозної служби в Україні.

Епідемічна ситуація з туберкульозу.

Туберкульоз – це інфекційна хвороба, що викликається мікобактеріями туберкульозу, перебігає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями, вражає переважно 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. Негативні соціально-економічні наслідки, що спричиняються туберкульозом, дали підстави віднести цю хворобу до групи соціально небезпечних (Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5 липня 2001 року № 2586-III).

Епідемічна ситуація з туберкульозу в багатьох країнах світу, особливо у найбільш вразливих країнах, вийшла з-під контролю і зареєстрована епідемія цього захворювання.

Розрізняють *триєдину епідемію туберкульозу*, тобто таку, що містить три складових загальної епідемії:

перша складова – це епідемія типового туберкульозу, який спостерігався у доантибактеріальну еру, тобто такого що добре піддається антимікобактеріальній терапії; вона включає до 70 – 90 % таких хворих в структурі захворюваності туберкульозом у різних країнах;

друга складова – це епідемія хіміорезистентного туберкульозу, насамперед йдеться про первинну резистентність мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів – від 7 до 25 % таких хворих;

третья складова – це епідемія туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, тобто ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу (близько 5 – 10 % таких хворих в структурі захворюваності туберкульозом).

Розрізняють три рівні епідемії туберкульозу:

1. Високий, коли захворюваність більша від 30 на 100 тис. населення.

2. Середній – захворюваність туберкульозом в межах 10 – 30 на 100 тис. населення.

3. Низький рівень епідемії, коли захворюваність туберкульозом до 10 на 100 тис. населення.

В Україні епідемія туберкульозу зареєстрована в 1995 році, нині спостерігається її високий рівень, хоча з 2006 р. намітилася стабілізація цієї епідемії.

Епідемічна ситуація з туберкульозу в світі.

Щороку в усьому світі усе більше людей помирають від туберкульозу. Після сорокалітнього періоду стабільності в країнах Східної Європи і колишнього Радянського Союзу зросли захворюваність і смертність від туберкульозу.

- Щосекунди у світі інфікується збудником туберкульозу одна людина.
- Щорічно 1 % населення планети інфікується збудником туберкульозу.
- Мікобактеріями туберкульозу інфікована одна третина населення світу.
- Більше 1,5 мільйона випадків туберкульозу зареєстровано в країнах Африки, розташованих південніше від Сахари.
- Щороку в країнах південно-східної Азії реєструється близько 3 мільйонів випадків туберкульозу.
- Більше чверті мільйона випадків туберкульозу щорічно реєструється в країнах Східної Європи.
- У 16 із 61 країни Європейського регіону ВООЗ (ВООЗ / ЄВРО) ситуація з туберкульозу є критичною. У ВООЗ / ЄВРО спостерігаються такі рівні реєстрації туберкульозу:

1. Високий (більше 30 на 100 тис. населення): Російська Федерація, Україна, Румунія, Узбекистан, Казахстан, Білорусь, Киргизія, Таджикистан, Республіка Молдова, Азербайджан, Туркменістан, Литва, Грузія, Латвія, Вірменія, Естонія.

2. Середній (10 – 30 на 100 тис. населення): Туреччина, Іспанія, Польща, Португалія, Югославія, Угорщина, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Хорватія, колишні Югославські республіки, Македонія, Албанія.

3. Низький (до 10 на 100 тис. населення): Німеччина, Франція, Великобританія, Італія, Греція, Нідерланди, Бельгія, Австрія, Данія, Швейцарія, Фінляндія, Ірландія, Ізраїль, Швеція, Норвегія, Люксембург, Мальта, Андорра, Ісландія, Сан-Марино, Монако, Республіка Чехія, Республіка Словаччина, Словенія.

Туберкульозна інфекція – одна із найрозповсюдженіших у світі. За даними ВООЗ приблизно від 30 % до 60 % населення в країнах, що розвиваються, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, тобто мають туберкульозну інфекцію. В країнах, у котрих зареєстрована епідемія туберкульозу, кількість інфікованих мікобактеріями туберкульозу сягає до 80 – 90 % дорослого населення. Щороку приблизно у 8 – 10 мільйонів чоловік розвивається захворювання на туберкульоз, а 2 мільйони помирають від нього, плюс приблизно 3 – 3,5 мільйони чоловік помирають від ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу. Захворювання на туберкульоз в усьому світі є

основною причиною смерті людей. До того ж, в усьому світі спостерігається ріст лікарсько-стійкого туберкульозу.

Епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні.

Захворюваність на туберкульоз протягом 1990 – 2006 рр. збільшилася в 2,60 раз (з 32,0 до 83,2 на 100 тис. населення), з 2007 р. до 2011 р. наступило зменшення захворюваності на 15,8 % (з 79,8 до 67,2 на 100 тис. населення). Якщо в 2007 р. зареєстровано 37095 нових хворих на туберкульоз, то в 2011 р. їхня кількість зменшилася до 30659 хворих на вперше діагностований туберкульоз.

При середньоукраїнському показнику захворюваності на всі форми туберкульозу 67,2 на 100 тис. населення у 2011 р. цей показник був найбільшим у таких адміністративних територіях:

Херсонська – 98,5 на 100 тис. населення;
Дніпропетровська – 95,4 на 100 тис. населення;
Миколаївська – 89,3 на 100 тис. населення;
Одеська область – 87,8 на 100 тис. населення;
Луганська – 79,9 на 100 тис. населення;
Кіровоградська – 79,2 на 100 тис. населення;
Автономна Республіка Крим – 76,3 на 100 тис. населення;
Донецька області – 73,1 на 100 тис. населення;
Житомирська – 71,9 на 100 тис. населення.

Порівняно зі середньоукраїнською захворюваністю на всі форми туберкульозу за 2011 р. цей показник був найменшим у:

м. Києві (38,9 на 100 тис. населення),
Чернівецькій (48,8 на 100 тис. населення),
Волинська (51,9 на 100 тис. населення),
Хмельницькій (52,4 на 100 тис. населення),
Тернопільській (54,1 на 100 тис. населення),
Вінницькій (54,8 на 100 тис. населення),
Полтавській (56,2 на 100 тис. населення),
і Сумській (57,2 на 100 тис. населення) областях.

Захворюваність дітей на активний туберкульозу віці 0–14 років за 2007–2011 р. знизилася на 16,7 % (з 9,6 до 8,0 на 100 тис. дитячого населення).

Якщо у 2007 р. **захворюваність на ВІЛ/СНІД-туберкульозну ко-інфекцію** становила 5,0 на 100 тис. населення, то у 2011 р. вона зросла до 9,1 на 100 тис. населення, тобто на 45,1 %. Ця динаміка на тлі росту ВІЛ-інфекції є поганою прогностичною ознакою, що не дозволяє взяти повний контроль за туберкульозом в Україні. Іншим обтяжливим фактором щодо контролю за туберкульозом є велика **питома вага хіміорезистентного туберкульозу** в структурі захворюваності – до 35,0 % у різних регіонах України.

Співвідношення чоловіків і жінок серед вперше захворілих на туберкульоз становить 3:1 у 2009 р. та 2,2 : 1 у 2011 р. У 2011 р. сільське населення хворіє на туберкульоз на 6,6 % частіше, ніж міське (70,4 проти 65,8 на 100 тис. населення). Найчастіше хворіє на туберкульоз населення працездатного й репродуктивного віку (від 25 до 50 років), близько 60,0 %

серед хворих на туберкульоз становлять соціально дезадаптовані верстви населення.

Смертність від туберкульозу протягом 1990 – 2006 р. збільшилася в 2,75 раз (з 8,1 до 22,3 на 100 тис. населення), з 2007 р. до 2011 р. наступило зменшення смертності на 32,8 % (з 22,6 до 15,2 на 100 тис. населення). Отже, якщо в 2007 р. померло від туберкульозу 10506 чоловік, то у 2011 р. – 6951 хворих.

У 2011 р. при середньоукраїнській смертності від туберкульозу 15,2 на 100 тис. населення цей показник був порівняно вищим у:

Дніпропетровській (22,1 на 100 тис. населення),
Луганській (21,6 на 100 тис. населення),
Кіровоградській (21,1 на 100 тис. населення),
Херсонській (20,8 на 100 тис. населення),
АР Крим (19,8 на 100 тис. населення),
Одеській (18,8 на 100 тис. населення),
Донецькій (18,4 на 100 тис. населення) областях.

У той же час найменша смертність від усіх клінічних форм туберкульозу спостерігалася у:

Хмельницька (7,4 на 100 тис. населення),
м. Києві (7,9 на 100 тис. населення),
Вінницькій (9,4 на 100 тис. населення),
Тернопільській області (9,5 на 100 тис. населення),
Рівненській (9,9 на 100 тис. населення),
Черкаській (10,4 на 100 тис. населення),
Івано-Франківська (10,9 на 100 тис. населення),
Полтавська (11,5 на 100 тис. населення),
Чернівецькій (12,3 на 100 тис. населення) областях.

Поширеність туберкульозу мала таку ж тенденцію. Так, кількість хворих на всі форми активного туберкульозу за 2007 – 2011 р. зменшилася на 22,7 %, або з 200,6 до 155,1 на 100 тис. населення. При середньоукраїнському показнику 155,1 на 100 тис. населення найбільша поширеність активного туберкульозу в 2011 р. реєстрована в таких областях:

Херсонська (216,6 на 100 тис. населення),
Дніпропетровська (208,5 на 100 тис. населення),
Закарпатська (198,2 на 100 тис. населення),
Волинська (189,0 на 100 тис. населення),
Кіровоградська (183,5 на 100 тис. населення),
Івано-Франківська (170,7 на 100 тис. населення),
Львівська (169,1 на 100 тис. населення),
Одеська (161,3 на 100 тис. населення).

Найменша поширеність активного туберкульозу за зазначений період відзначена у:

м. Києві (75,6 на 100 тис. населення),
Вінницькій області (121,8 на 100 тис. населення),
м. Севастополі (128,3 на 100 тис. населення),

Чернівецькій (144,8 на 100 тис. населення),
 Запорізькій (143,8 на 100 тис. населення),
 Харківській (142,5 на 100 тис. населення),
 Хмельницькій (145,3 на 100 тис. населення) областях.

Аналогічна тенденція спостерігається й щодо поширеності активного туберкульозу серед дітей у віці 0 – 14 років: за 2007 – 2011 р. вона зменшилася на 28,4 %, або з 14,1 по 10,1 на 100 тис. населення.

Ефективність лікування хворих на туберкульоз у 2007 – 2010 рр. за когортним аналізом значно не змінилася із тендецією до зменшення. Ефективність лікування хворих на вперше виявлений туберкульоз легень з МБТ+ за мазком і/ або культурою за 2007 р. за когортним аналізом складала 62,3 %, а у 2010 р. – 59,8 %. Згідно з наказом МОЗ України від 24.05.2006 р. № 318 « Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТ-стратегії в Україні» та індикатору ВООЗ вона повинна складати не менше, ніж 85,0 %.

Змінилась динаміка в позитивний бік щодо обсягів фтизіохірургічних втручань. Кількість прооперованих внаслідок деструктивного туберкульозу легенів у 2007 р. составила 1682 хворих на рівні 4,6 % до чисельності хворих на туберкульозом легенів з деструкцією, а у 2011 кількість прооперованих зменшилася до 1574 хворих, що склало 5,3 % до числа хворих на туберкульоз легень з деструкцією. Кількість прооперованих з приводу позалегеневого туберкульозу збільшилася в 2,75 раза (з 6,4 до 17,6 % до числа хворих цією локалізацією туберкульозу), а в абсолютних числах це збільшення становило 1137 – 1278 хворих відповідно. Кількість прооперованих хворих на кістково-суглобовий туберкульоз збільшилася на 53,0 %, сечостатевий туберкульоз – на 14,1 %.

Надзвичайно важливо відзначити, що первинна інвалідність хворих внаслідок туберкульозу різних локалізацій зменшилася з 2,9 до 2,4 на 10 тис. населення, або на 7,3 %, що вказує на поліпшення якості лікування хворих на туберкульоз.

Істотному зниженню захворюваності, смертності й поширеності туберкульозу у 2006–2011 рр. сприяли:

- прийняття Загальнодержавної програми протидії захворюванню туберкульозом в 2007–2011 роках;
- централізовані закупівлі протитуберкульозних препаратів, живильних , середовищ флюорографів та іншого медичного обладнання з Державного бюджету й розподіл їх по адміністративних територіях.

Вони в першу чергу сприяли **поліпшенню ефективності лікування** й зниженню смертності хворих, зменшенню вогнищ туберкульозної інфекції й перериванню епідеміологічного ланцюга передачі туберкульозної інфекції, що позитивно позначилося на захворюваності, смертності й поширеності туберкульозу.

У той же час за 2007 – 2011 р. відзначені й інші надзвичайно важливі **позитивні зрушення в ситуації щодо туберкульозу в Україні**, зокрема:

- захворюваність на активний туберкульоз дітей у віці 0 – 14 років включно знизилася на 16,7 % (з 9,6 до 8,0 на 100 тис. населення цієї вікової

групи), а абсолютна їх кількість зменшилася з 621 до 520. У той же час захворюваність підлітків віком 15 – 17 років у 2007 – 2011 рр. знизилася на 31,2 на 100 тис. населення до 27,7 на 100 тис. населення, тобто має позитивну тенденцію;

- захворюваність на позалегеновий туберкульоз зменшилась з 8,0 на 100 тис. населення до 6,9 на 100 тис. населення, тобто на 13,8 %;
- контингент хворих на всі форми активного туберкульозу зменшився на 22,7 % з 200,6 на 100 тис. населення до 155,1 на 100 тис. населення;
- захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед міських жителів зменшилася з 78,2 до 65,8 на 100 тис. населення, тобто на 15,9 %;
- захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед сільських жителів зменшилася на 15,4 % (з 83,2 до 70,4 на 100 тис. населення);
- захворюваність всіх контактних осіб із хворими у вогнищах туберкульозної інфекції зменшилася на 6,8 % (з 5,9 до 5,5 на 1000 контактів);
- на 8,7 % зменшилася частота рецидивів туберкульозу – з 11,6 до 10,6 на 100 тис. населення;
- контингент диспансеризованих у протитуберкульозних закладах України зменшився на 6,0 %, або з 1073,1 до 1009,3 на 100 тис. населення.

Безсумнівно, це досить позитивні зрушення, що віддзеркалюють ситуацію з туберкульозу в Україні. Вони свідчать про те, що у 2007 – 2011 рр. наступила стабілізація епідемії туберкульозу, яка зареєстрована у 1995 році.

Однак, щорічні збитки від туберкульозу в Україні у 2000 р. складали близько 1,5 млрд. грн., у 2007 р. – 2,1 млрд. грн., у 2011 р. – 3,7 млрд. грн. Більше половини цих збитків зумовлені смертністю хворих на туберкульоз у працездатному віці, які не дожили до пенсійного віку і не додали своєї частки у сукупний валовий національний дохід. Відсутність тенденції до зменшення збитків від туберкульозу на тлі поліпшення епідемічної ситуації зумовлена світовою фінансовою економічною кризою у 2009 р., зростанням цін, в т.ч. на антимікобактеріальні препарати, різкими стрибками курсів долару і євро та девальвацією гривні.

Невирішені проблеми щодо туберкульозу в Україні.

1. Однією з вагомих проблем є *хіміорезистентний туберкульоз*. В Україні частота первинної хіміорезистентності складає від 7 до 20 % хворих в різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 60 – 75 %. Туберкульоз із множинною (розширеною) лікарською стійкістю спостерігається майже у 9 % нових хворих. Це зумовлено тим, що до 2000 року в Україні не закуповувалися антимікобактеріальні препарати і хворі лікувалися хаотично: одним-двома препаратами замість 4 – 5, протягом трьох-чотирьох місяців замість 6 – 8 місяців. Після 2000 року почали закуповувати і застосовувати антимікобактеріальні препарати I та II ряду, в т.ч. у хворих на вперше діагностований туберкульоз, без налагодженої стандартизованої системи визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, без налагодженого контрольованого лікування та без застосування стандартизованих режимів антимікобактеріальної терапії. Все це в сукупності

привело до збільшення частоти стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

2. Другою проблемою є *туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією / СНІДом, або ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз*. Перші випадки ВІЛ-інфекції були зареєстровані в Україні у 1987 році. Епідемія ВІЛ-інфекції невпинно прогресує. Вже зараз Україна має найвищий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед країн Європи. Якщо у 2003 р. в Україні зареєстровано 10009 ВІЛ-інфікованих при захворюваності 21,0 на 100 тис. населення, то у 2005 р. їх стало 13770, у 2009 р. – 15871.

Порівняно з 2006 роком у 2011 році кількість хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз зросла у 2,09 рази (з 1987 до 4157), серед яких більше половини, як правило, помирає. Туберкульоз – найпоширеніша причина смерті серед пацієнтів, хворих на ВІЛ/СНІД.

Є дані про те, що ризик розвитку туберкульозу у ко-інфікованих (ТБ та ВІЛ) становить 5 – 10 % на рік, тоді як у хворих, інфікованих тільки мікобактеріями туберкульозу, такий ризик становить 5 – 10 % протягом життя. Туберкульозом у 21 – 34 рази частіше захворюють ВІЛ-інфіковані у порівнянні з неінфікованими ВІЛ.

Іншими словами, фтизіатри часто не знають про ВІЛ-інфекцію у своїх хворих, а ВІЛ-інфіковані приховують від фтизіатра свою інфікованість і відмовляються від тестування на ВІЛ-інфекцію, тоді як Центри боротьби зі СНІДом у деяких адміністративних територіях не надають своєчасної інформації фтизіатрам про своїх хворих.

3. *Незнання медичними працівниками загальної лікарняної мережі методів діагностики туберкульозу*. За нашими даними, помилки діагностики туберкульозу легенів на фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАПах) становлять 96,7 % – 99,5 %, помилки лікарів сільських амбулаторій та дільничних лікарень – 80,4 % – 90,3 %, помилки лікарів загального профілю центральних районних лікарень (ЦРЛ) – 54,2 % – 72,1 %, помилки міських і обласних лікарів загального профілю – 42,2 % – 51,7 %, помилки лікарів-фтизіатрів – 3,2 % – 4,7 %. Ще плачевніша ситуація щодо позалегеневого туберкульозу, який діагностується вкрай рідко і часто хворому на позалегеневий туберкульоз помилково виставляють діагноз неспецифічного запального процесу позалегеневої локалізації та лікують антибіотиками широкого спектру дії, в тому числі такими, що мають антимікобактеріальну активність.

До того ж, в Україні до 1990 р., зруйнували існуючу інфраструктуру з позалегеневого туберкульозу, скорочувалися ліжка, не готувалися фахівці. Нині лікарі не знають цієї патології, не виявляють та неправильно лікують хворих на позалегеневий туберкульоз.

4. *Відсутність контрольованого лікування на амбулаторному етапі й навіть у багатьох протитуберкульозних стаціонарах*. Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 1999 р. № 667 «Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом» передбачалось запровадження ставок патронажних

медсестер для контрольованого лікування на амбулаторному етапі. Але, на жаль, не у всіх адміністративних територіях України ці ставки введені.

Відсутність контрольованого лікування у протитуберкульозних стаціонарах часто зумовлена тим, що добові дози усіх антимікобактеріальних препаратів I ряду не призначаються вранці, а, наприклад, ізоніазид і рифампіцин – до сніданку, решту препаратів I ряду – після сніданку, або протягом всієї доби – дробово. Такі призначення, по перше, не дозволяють медичній сестрі контролювати протягом дня прийом антимікобактеріальних препаратів, по друге, вони формують у хворого неправильне розуміння про лікування і на амбулаторному етапі такі хворі не будуть серйозно лікуватися. Не завжди медичні сестри протитуберкульозних диспансерів вчасно роблять помітки у листках призначень чи у *«Медичній картці лікування хворого на туберкульоз (ТБ 01, ф. № 081-1/о, ф. № 081-1/о)»*, тобто зразу після прийняття ліків під безпосереднім контролем. Стаціонарним хворим, які знаходилися у короткотривалій відпустці вдома, хибно відмічають буцімто вони приймали антимікобактеріальні препарати в стаціонарі під безпосереднім контролем медичної сестри. Через те втрачається контроль за вживанням антимікобактеріальних препаратів і стає невідомим чи прийняв хворий всю кількість доз антимікобактеріальних препаратів чи ні?

5. Залишається недостатнім *харчування хворих на туберкульоз* у стаціонарах. Харчування хворого на туберкульоз є невід’ємною складовою його лікування. Вартість харчування хворого у стаціонарі, що зазначена у постанові Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1752 «Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу», (9,46 грн. на добу) вже відстала від інфляції та цін на продукти харчування. Таким чином, хворі, що знаходяться на стаціонарному лікуванні у протитуберкульозних диспансерах і санаторіях, харчуються недостатньо і не збалансовано. Необхідно особливо відзначити, що при лікуванні хворих з мультирезистентним туберкульозом, коли використовуються антибіотики резервного ряду, значно зростає кількість токсичних гепатитів, що потребує збільшення кількості білків в 3–4 рази, тобто необхідно переглядати норми харчування даної категорії хворих.

6. Із пересувних флюорографів, які є в Україні, 90 % морально застарілі, дають променеве навантаження в 1,5 – 2 рази більше від норми. Щороку флюорографічний парк зменшується на 3,5 – 5 %. Україна надто повільно переходить на цифрові радіологічні технології. Зруйнована традиція виїзних флюорографічних оглядів у селах, навчальних закладах та на підприємствах. Є випадки, коли керівники підприємств вимагають від медичного закладу, який прислав на підприємство флюорограф, оплатити за світло, яке використовував цей флюорограф. Вже давно масові флюорографічні огляди населення пішли у небуття. План флюорографічних оглядів складається формально, без урахування всього населення, що проживає на даній території. Щороку у списки включають одних і тих же осіб, а інші протягом десятків років не проходять флюорографії. Все це привело до того, що більше, ніж у половини

хворих туберкульоз виявляється при звертанні, а масова флюорографія стала нерентабельною і економічно не вигідною.

7. Викликає тривогу *зростання захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників*. Так, якщо в 1990 році в Україні захворювало 30 медичних працівників протягом року, то у 1997 р. – 375, у 1999 р. – 650, у 2000 р. – 730, у 2001 р. – 723, у 2005 – 777, у 2009 р. – 580, у 2011 р. – 525. Медичні працівники зовсім не захищені й законодавством не чітко урегульоване визнання професійного туберкульозу для багатьох категорій медичних працівників. Кошти для колективних та індивідуальних засобів захисту від туберкульозу медичних працівників не виділяються. Інфекційний контроль у лікувально-профілактичних закладах не дотримується.

8. Важливою проблемою є *й руйнування матеріально-технічної бази та скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби* на тлі епідемії туберкульозу. Так, за 1990 – 2004 роки ліквідовано 61 (32,97 %) протитуберкульозних диспансери, скорочено 10549 (29,47 %) диспансерних ліжок, ліквідовано 38 (28,97 %) протитуберкульозних санаторіїв і 10082 (42,05 %) санаторних ліжок.

У 2009 році в Україні функціонувало 115 протитуберкульозних диспансерів, в тому числі 91 диспансер зі стаціонаром, де нараховувалось 16679 ліжка, на яких проліковано за рік 69366 хворих, в тому числі 24885 сільських жителів. Робота ліжок в рік протитуберкульозних диспансерів складала 339 днів. Середнє перебування хворого на ліжку – 82,5.

У 2011 році кількість протитуберкульозних диспансерів зменшилася до 109 (на 3,6 %), в тому числі зменшилось до 84 диспансерів зі стаціонаром (менше на 7,7 %), де нараховувалось 15572 ліжок (менше на 6,7 %). Робота ліжок в рік протитуберкульозних диспансерів зменшилася до 322,6 днів. Середнє перебування хворого на ліжку збільшилося до 93,5 днів.

Капітальні та поточні ремонти протитуберкульозних закладів не проводяться. У дитячих протитуберкульозних відділеннях були школи, тому що діти лікуються довго. На початку 90-х років школи ліквідовані через брак коштів. Не завадило б в кожній із 27 адміністративних територій перепрофілювати хоч по одному-два протитуберкульозні санаторії для соціально-дезадаптованих хворих на туберкульоз, створити хоспіси.

Отже, нинішні протитуберкульозні диспансери і туберкульозні санаторії не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам, у них десятиліттями не проводилися ремонти, близько 80,0 % медичного обладнання застаріле або несправне. Це стосується й флюоро-рентгенологічного устаткування. Все це привело до скорочення протитуберкульозних диспансерів і санаторіїв і ліжок у них, зниженню профілактичних оглядів на туберкульоз дитячого й дорослого населення.

За 2007 – 2011 рр. кількість лікарів-фтизіатрів у протитуберкульозних диспансерах зменшилася на 6,9 % (з 2951 до 2748) при тому, що середній вік фтизіатрів ($60,5 \pm 3,7$), а забезпеченість ними становить 0,6 на 10 тисяч населення. Молоді фахівці не йдуть у фтизіатрію через високий ризик

занедужати туберкульозом, низької зарплати й неможливістю одержати квартиру.

На жаль, в Україні в галузі фтизіатрії існує кадрова криза. Житлом та іншими пільгами, які служили б мотивацією йти у фтизіатрію, лікарі протитуберкульозних закладів не забезпечуються.

9. У пенітенціарній системі України сповільнилося інтенсивне зростання туберкульозу. Проте захворюваність на туберкульоз у в'язницях значно підвищилася і може стати постійним джерелом інфекції для цивільного населення. Особливо це стосується ув'язнених хворих на туберкульоз із множинною лікарською стійкістю. Смертність від туберкульозу серед ув'язнених суттєво вища від цивільного населення.

10. Сьогодні фтизіатрична служба забезпечена Указами Президента, Законами України, постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів, наказами Міністерства охорони здоров'я. Проте *фінансування для реалізації цієї законодавчої бази немає*. І це є причина всіх невирішених проблем!

Причини погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні.

Погіршенню епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні сприяють такі фактори:

- Скорочення фінансових витрат на охорону здоров'я, що привело до скорочення бюджету на протитуберкульозні заходи, насамперед на виявлення випадків туберкульозу і на повноцінне лікування хворих. Не виявлений і не пролікований туберкульоз є джерелом туберкульозної інфекції та розповсюдження туберкульозу, оскільки відомо, що один бактеріовиділювач за період бактеріовиділення заражає 15 – 17 і більше здорових осіб. Це залежить від щільності контактів.

- Труднощі в отриманні медичної допомоги серед соціально уразливих груп населення (наприклад, особам, що звільнилися з місць позбавлення волі, бездомним, мігрантам, біженцям, особам, що проживають далеко від лікувальних установ – на хуторах, в селах з поганим автобусним сполученням). Це призводить до того, що хворий на туберкульоз не звертається за медичною допомогою, не лікується і заражає навколишніх здорових осіб, особливо здорових дітей.

- Вогнище туберкульозної інфекції у в'язницях, у тому числі туберкульозу з множинною лікарською стійкістю мікобактерій до антимікобактеріальних препаратів, призводить до розповсюдження туберкульозу серед цивільного населення під час відвідувань ув'язнених, амністій чи завершення термінів ув'язнення при наявності не вилікуваного туберкульозу.

- Міграція населення через Україну з Азії, країн колишнього Радянського Союзу та інших країн з несприятливою ситуацією щодо туберкульозу теж призводить до розповсюдження ними туберкульозу серед населення.

- Соціальна криза (безробіття, алкоголізм, наркоманія, бідність, стреси, невпевненість у завтрашньому дні) призводить до погіршення колективного імунітету і кращої сприйнятливості до туберкульозної інфекції.

- Лікарі загальної лікарняної мережі втратили настороженість до туберкульозу, що веде до пізньої діагностики і поширення захворювання.
- Ріст поєднаної інфекції туберкульозу і ВІЛ/СНІДу призводить до прогресування третьої складової епідемії – епідемії ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу.

На початку 1990-х років в Україні розпочалася спроба переходу до ринкової економіки і відкритого суспільства. Ці зміни привели до падіння внутрішньої та зовнішньої торгівлі й до швидкого росту бюджетного дефіциту. Це у свою чергу привело до скорочення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я. Якщо економіка країни вже майже адаптувалася до ринкових умов, то охорона здоров'я залишається на старих, планових радянських рейках і зовсім не пристосована до ринкових умов, що є значним гальмом реалізації протитуберкульозних заходів і контролю за туберкульозом в Україні.

Передумови можливого подальшого погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні.

Незважаючи на зазначені вище труднощі, які значними зусиллями переборюються й цьому істотно допомагає ентузіазм старшого покоління фтизіатрів у виконанні Загальнодержавної програми протидії захворюванню туберкульозом в 2007 – 2011 роках. І завдяки цьому ми вступили в етап стабілізації епідемії туберкульозу, що характеризується поліпшенням ефективності лікування хворих, зниженням захворюваності, поширеності й смертності від туберкульозу. Проте, як відомо, ситуація з туберкульозу на 85,0 % залежить від соціально-економічних чинників, зокрема від рівня української економіки, добробуту й освіченості нашого народу і на 15,0 % – від медицини, тобто від доступності охорони здоров'я, повноти і якості проведення медичних протитуберкульозних заходів.

За нашими даними, на захворюваність туберкульозом суттєво впливають:

- а) обсяги та якість суцільної скринінгової флюорографії ($r_{xy} = 0,69$);
 - б) обсяги вакцинації та ревакцинації в 7-річному віці вакциною БЦЖ ($r_{xy} = 0,75$);
 - в) адекватне й повноцінне харчування населення, що знаходиться у прямому зв'язку з добробутом населення, заробітною платою та пенсійним забезпеченням його ($r_{xy} = 0,86$);
 - г) відселення хворих на туберкульоз – бактеріовиділювачів із густонаселених квартир, гуртожитків, що прямо пропорційно захворюваності контактів ($r_{xy} = 0,70$);
 - д) чисельність соціально-дезадаптованих верств населення: засуджених, алкоголіків, наркоманів, бомжів, бродяг тощо ($r_{xy} = 0,59$);
 - е) захворюваність на СНІД і чисельність ВІЛ-інфікованих ($r_{xy} = 0,91$);
 - є) імунодефіцитні стани різного походження, у тому числі пов'язані із наслідками аварії на Чорнобильській АЕС ($r_{xy} = 0,70$);
 - ж) забруднення території та підземних вод ($r_{xy} = 0,61$);
 - з) гіпердіагностика туберкульозу ($r_{xy} = 0,68$);
 - и) захворюваність на хіміорезистентний туберкульоз ($r_{xy} = 0,98$).
- На поширеність (хворобливість) туберкульозом найбільший вплив мають:

- а) хиби диспансерної тактики ($r_{xy} = 0,84$);
- б) динаміка захворюваності на всі форми туберкульозу ($r_{xy} = 0,56$);
- в) ефективність лікування та протирецидивної терапії хворих на туберкульоз ($r_{xy} = 0,74$);
- г) частота хронізації туберкульозу та його рецидивів ($r_{xy} = 0,70$);
- д) частота хіміорезистентного туберкульозу ($r_{xy} = 0,87$);
- є) частота ВІЛ/СНІД туберкульозної ко-інфекції ($r_{xy} = 0,85$).

На смертність від туберкульозу впливають такі чинники:

- а) незадовільна забезпеченість антимікобактеріальними препаратами хворих, інфікованих і вилікованих від туберкульозу відповідно для лікування, профілактичної та протирецидивної антимікобактеріальної терапії ($r_{xy} = 0,88$);
- б) пізнє виявлення хворих на туберкульоз із поширеними, деструктивними процесами, масивним бактеріовиділенням ($r_{xy} = 0,57$);
- в) нераціональне й неефективне лікування хворих на туберкульоз та його рецидиви ($r_{xy} = 0,70$);
- г) хронізація туберкульозу та зростання рецидивів ($r_{xy} = 0,77$);
- д) хіміорезистентний, зокрема мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю ($r_{xy} = 0,97$);
- є) ВІЛ/СНІД туберкульозна ко-інфекції ($r_{xy} = 0,89$).

Виходячи з викладеного, ми уточнили розроблений нами раніше (Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, 1998) 10-річний прогноз епідемічної ситуації з туберкульозу і він має такий вигляд.

При таких же соціально-економічних умовах, як зараз, захворюваність на туберкульоз в Україні спадатиме на $(0,53 \pm 0,25)$ % за рік, смертність – на $(0,33 \pm 0,23)$ % за рік. За поліпшення соціально-економічних умов у державі захворюваність на туберкульоз зменшуватиметься на $(1,58 \pm 0,39)$ % за рік, смертність – на $(1,06 \pm 0,50)$ % за рік. За погіршення соціально-економічних умов у державі захворюваність на туберкульоз зростатиме на $(3,38 \pm 0,34)$ % за рік, смертність – на $(2,98 \pm 0,37)$ % за рік.

До цього прогнозу можуть внести непередбачені корективи:

- нова хвиля і різний ступінь світової та української фінансово-економічної кризи, кризи в охороні здоров'я та у фтизіатричній службі;
- відсутність реформ, або проведення неправильних реформ у охороні здоров'я та протитуберкульозній службі;
- неможливість взяття під контроль ситуації з ВІЛ-інфекцією / СНІДом й зростання на цьому тлі ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу;
- зростання частоти хіміорезистентного (мультирезистентного та розширеної резистентності) туберкульозу.

Це обумовить непередбачуваний ріст захворюваності й смертності від туберкульозу, в т.ч. ВІЛ/СНІД-асоційованого та хіміорезистентного туберкульозу. Щоб не допустити цієї форс-мажорної ситуації, ми розробили і рекомендуємо для впровадження Основні засади організації медичної допомоги хворим на туберкульоз, як посібник з організаційно-методичної роботи.

Системи організації контролю за туберкульозом.

У світі відомі три системи організації контролю за туберкульозом:

1. Планова радянська система.
2. ДОТС-стратегія, пізніше на її засадах розроблена Стоп ТБ стратегія.
3. Адаптована ДОТС-стратегія чи тепер Адаптована Стоп ТБ стратегія (тобто адаптована до умов різних країн та регіонів).

1. Планова радянська система, що створена М.О.Семашко (1874 – 1949), декларує:

- формування системи протитуберкульозних закладів (туберкульозні кабінети, протитуберкульозні диспансери із стаціонарами та без стаціонарів, туберкульозні санаторії);
- виявлення хворих на туберкульоз, в основному активне (щорічна масова скринінгова туберкулінодіагностика серед дітей до 14 років; скринінгова флюорографія серед населення віком з 15 років кожні два роки, а серед декретованих контингентів щороку), а також, як виняток, пасивне (за зверненням) та мікроскопія мазка;
- складну, деталізовану клінічну класифікацію туберкульозу;
- діагностику туберкульозу із застосуванням комплексу різних коштовних методів (бактеріологічних, рентгенологічних, ендоскопічних, імунологічних тощо);
- трьохетапне індивідуальне лікування хворих на туберкульоз (стаціонар, санаторій та амбулаторне долікування) тривалістю 9 – 12 міс. із застосуванням антимікобактеріальних препаратів і патогенетичних середників, а також хірургічних методів лікування;
- профілактику туберкульозу, що включає: імунізацію вакциною БЦЖ до 30-річного віку, яка за останні роки змінилася триразовою вакцинацією (5-й день життя, 7- та 14-річний вік); хіміопрофілактику, санітарну та соціальну профілактику;
- диспансеризацію хворих на туберкульоз та здорових, що одужали від туберкульозу, усіх контактних, інфікованих дітей.

Після того як пацієнту був поставлений діагноз «туберкульоз» йому забезпечували медичні працівники контрольований прийом антимікобактеріальних препаратів протягом усього курсу лікування (курс лікування тривав до 12 міс.). Для лікування хворих на туберкульоз застосовуються основні антимікобактеріальні препарати (препарати першого ряду): ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол і стрептоміцин.

Ефективність лікування хворих досягала до 95 – 98 % в першу чергу завдяки ранньому і своєчасному активному виявленню хворих на туберкульоз. Хворий вважався вилікований тільки після загоєння порожнин розпаду і каверн, розсмоктування перифокального специфічного запалення і засіву та ущільнення основного туберкульозного процесу.

Планова радянська система дозволила у повоєнні роки взяти під контроль ситуацію з туберкульозу і постійно, щороку знижувати захворюваність та смертність від туберкульозу аж до 1990 року.

На наш погляд, ця система була ефективною, але надто коштовною.

2. ДОТС-стратегія. Донині ДОТС-стратегія була однією з найефективніших програм контролю за поширенням туберкульозу. ДОТС-стратегія, яка розроблена ВООЗ у 1994 р., включає 5 компонентів:

1. Постійна підтримка програми боротьби з туберкульозом з боку уряду і регіональних органів управління охороною здоров'я.

2. Виявлення випадків захворювання на туберкульоз за допомогою мікроскопічного дослідження мокротиння усіх хворих, що звернулися в медичну установу з підозрою на туберкульоз. Підозрою на туберкульоз вважають таку особу, у якої є симптоми або ознаки, схожі на туберкульоз, насамперед, кашель протягом 2 тижнів і довше і будь-які патологічні зміни при рентгенологічному дослідженні грудної клітки.

3. Проведення стандартного режиму лікування від 6 до 8 місяців у всіх хворих з позитивним мазком мокротиння під безпосереднім спостереженням медичних працівників.

4. Регулярне, безупинне забезпечення всіма необхідними протитуберкульозними препаратами гарантованої якості.

5. Стандартна система реєстрації і звітності для проведення оцінки як результатів проведеного лікування, так і програми боротьби з туберкульозом у цілому.

Ця економічно вигідна і ефективна стратегія була розроблена на основі клінічних досліджень і практичного досвіду проведення ряду протитуберкульозних програм за останні 20 років. При правильному здійсненні ДОТС-стратегія:

- дозволяє досягти показникавилікування хворих до 95 %, навіть у країнах з низьким доходом на душу населення;
- перешкоджає поширенню інфекції шляхом першочергового лікування заразних хворих і переривання епідемічного ланцюга передачі інфекції;
- перешкоджає розвитку туберкульозу з множинною лікарською стійкістю.

Після того як пацієнту був поставлений діагноз «туберкульоз», медичні працівники повинні контролювати і реєструвати прийом пацієнтом антимікобактеріальних препаратів протягом усього курсу лікування (курс лікування триває орієнтовно 6 – 8 міс.). Для лікування хворих на туберкульоз застосовуються основні антимікобактеріальні препарати (препарати першого ряду): ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол і стрептоміцин.

Для контролю за процесом лікування дослідження мокротиння повторюється через 2 (3) місяці після початку лікування (у мазок-позитивних в ці терміни – на 3 (4) місяці), на 5-му місяці у процесі лікування, а для визначення результату лікування – наприкінці лікування.

Протягом усього курсу лікування ведеться документація, куди вносяться результати досліджень на різних етапах лікування.

У «Плані поширення програми ДОТС для боротьби з туберкульозом в Європейському регіоні ВООЗ на 2002 – 2006 роки» зазначені такі цільові напрямки для європейських країн:

- Політична воля і партнерство з метою розширення ДОТС-стратегії.

- Забезпечення протитуберкульозними препаратами для розширення ДОТС.
- Забезпечення моніторингу і нагляду за туберкульозом.
- Послідовна, стійка боротьба з туберкульозом і зміни в секторі охорони здоров'я.
- Створення необхідного потенціалу та можливостей для управління програмою ДОТС.
- Зміцнення лабораторних служб.
- Забезпечення прав людини і пацієнтів.
- Соціальна підтримка і соціальне страхування.

Стратегія ВООЗ була впроваджена в багатьох країнах світу, внаслідок чого мільйони хворих на туберкульоз одержали ефективне лікування. ДОТС-стратегія, рекомендована ВООЗ, мала успіх у великій і маленькій, багатій і бідній країнах світу (Сполучені Штати Америки, Перу, Китай, Нідерланди, В'єтнам, Чеська Республіка). Серед країн колишнього Радянського Союзу ДОТС-стратегія з успіхом застосовується у Литві, Латвії, Естонії, Вірменії. Пілотні проекти ДОТС-стратегії проводяться у всіх країнах пострадянського простору. В Україні такі проекти проводилися у Донецькій області та м. Києві, а тепер за кошти позики Міжнародного банку реконструкції та розвитку (МБРР) в рамках проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні» Адаптована ДОТС-стратегія реалізовуватиметься на всій території України. Для цього:

♦ наказом МОЗ України від 08.12.2005 р. № 693 «Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення» затверджені обліково-звітні форми, що адаптовані до міжнародних стандартів;

♦ наказом МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії» затверджена концепція Адаптованої ДОТС-стратегії;

♦ розроблені навчальні модулі для лікарів, лаборантів, середніх медичних працівників, менеджерів, працівників засобів масової інформації;

♦ розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29 березня 2006 р. № 175-р «Про затвердження комплексу заходів щодо боротьби з епідемією туберкульозу на 2006 рік» затверджений Комплекс заходів щодо боротьби з епідемією туберкульозу на 2006 рік замість Національної програми;

За умови правильного проведення стратегія ВООЗ може істотно вплинути на боротьбу з туберкульозом там, де вона застосовується.

В українських пілотних проектах боротьби з туберкульозом, що ґрунтуються на стратегії ВООЗ, здійснена адаптація української стратегії до міжнародних стандартів. В рамках цієї адаптації виявлення випадків туберкульозу проводилося відповідно до чинних рекомендацій МОЗ України і містило в собі:

- виявлення захворювання у осіб з підозрою на туберкульоз, що звернулися в лікувальні установи; підозрою на туберкульоз вважають таку особу, у якої є симптоми або ознаки, схожі на туберкульоз, насамперед, кашель

протягом 2 тижнів і довше і будь-які патологічні зміни при рентгенологічному дослідженні грудної клітки.

- активне обстеження сімейних контактів і регулярне обстеження декретованих контингентів (лікарів, учителів, осіб, що знаходяться в місцях позбавлення волі й т.д.).

Для діагностики туберкульозу, крім досліджень мокротиння, проводилося рентгенологічне дослідження органів грудної клітки. Кожному пацієнту призначався стандартний курс антимікобактеріальної терапії під безпосереднім спостереженням (6 міс. вперше виявленим хворим і 8 міс. хворим на рецидив туберкульозу), причому інтенсивну фазу лікування, як правило, проводили у стаціонарі. Було забезпечено безперебійне постачання протитуберкульозними препаратами. Крім цього, місцеві влади і регіональні товариства Червоного Хреста надавали соціальну допомогу пацієнтам (забезпечували їх безплатними проїздом у громадському транспорті, продуктами харчування, гігієнічними наборами).

Для оцінки результатів лікування проводили когортний аналіз отриманих даних. Успішне лікування (пацієнти з бактеріологічно підтвердженимвилікуванням і пацієнти, що закінчили лікування) серед уперше виявлених хворих було досягнуте майже у 80,0 %, а серед пацієнтів, що знаходилися на повторному лікуванні, – до 60,0 % випадків. Серед ув'язнених цей показник був вищий (95,0 %) при відсутності тих, що перервали лікування. Це дослідження показує, що стратегія ВООЗ може бути успішно впроваджена українською системою охорони здоров'я після адаптації української з міжнародною стратегією.

Рекомендована ВООЗ стратегія боротьби з туберкульозом дозволяє зменшити смертність від туберкульозу і втрату працездатності серед найбільш активної вікової групи населення. Водночас ця стратегія допоможе ефективно використовувати обмежені ресурси за рахунок скорочення термінів госпіталізації, зменшення кількості ліжок і раціонального використання фондів.

Застосування рекомендованої ВООЗ стратегії приведе до зменшення поширеності туберкульозу порівняно з рівнем, що спостерігається в даний час, а також до зниження щорічного ризику інфікування. Крім того, через кілька років знизиться показник смертності від туберкульозу. Таким чином, за рахунок скорочення масштабів передачі інфекції серед населення відбудеться зниження щорічного числа нових випадків туберкульозу, що в остаточному результаті приведе до зниження показника захворюваності.

Для неефективно лікованих та хворих на хіміорезистентний туберкульоз ВООЗ рекомендує ДОТС-плюс-стратегію, яку проводять на територіях, що вже покриті ДОТС-стратегією.

«Стоп ТБ» стратегія. «Стоп ТБ» стратегію розробили Партнерство «Стоп ТБ» разом із стратегічною, технічною і консультативною групами боротьби з туберкульозом ВООЗ і запровадили з 2006 року.

«Стоп ТБ» стратегія ставить мету значно зменшити показник глобальної поширеності туберкульозу до 2015 року, досягти значного прогресу у дослідженнях і розвитку необхідних методів для знищення туберкульозу;

покращити доступ до якісного діагностування і лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз; зменшити страждання людей і соціально-економічний вплив, пов'язаний із захворюваннями на туберкульоз; захистити людей, які складають групу ризику, від туберкульозу, ВІЛ/СНІД-асоційованого і резистентного туберкульозу; підтримати розвиток нових методів, забезпечити можливість їх вчасного і ефективного застосування.

«Стоп ТБ» стратегія має такі завдання:

- зменшити показник поширеності туберкульозу до 2015 року;
- встановити діагноз, як мінімум у 70 % випадків інфекційних (заразних) захворювань на туберкульоз серед прогнозованої кількості, і вилікувати, як мінімум, 85% таких випадків;
- зменшити показник поширеності туберкульозу і показник смертності на 50 % до 2015 року (порівняно з 1990 роком);
- довести показник поширеності туберкульозу менше 1 випадку захворювання на 1 мільйон населення за рік (це є визначення знищення туберкульозу) до 2050 року.

Зазначеної мети та завдань можна досягти шляхом здійснення таких 6 компонентів «Стоп ТБ» стратегії:

1. Покращення якості ДОТС-стратегії:

- Політична підтримка зі збільшенням та розширенням фінансування.
- Діагностування захворювання за допомогою бактеріологічних досліджень.
- Стандартизований режим лікування, нагляд і підтримка пацієнта.
- Ефективна система поставок препаратів гарантованої якості.
- Система контролю і оцінка впливу на ситуацію з туберкульозом.

2. Вирішення особливих задач щодо ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, туберкульозу з множинною медикаментозною стійкістю та інших спеціальних проблем.

- Спільні дії у боротьбі із ВІЛ/СНІД-асоційованим туберкульозом.
- Профілактика і контроль туберкульозу, резистентного до антимікобактеріальних препаратів, в тому числі застосування ДОТС-плюс стратегії.
- Прийняття заходів щодо груп ризику та особливих ситуацій.

3. Посилення системи охорони здоров'я.

- Активна участь у державних і глобальних проектах.
- Введення нових методів боротьби із туберкульозом, що посилюють систему охорони здоров'я.
- Адаптування нововведень з інших сфер для посилення боротьби із туберкульозом.
- Практичний підхід до боротьби із легеневиими захворюваннями – покращання медичної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз, та іншим пацієнтам, хворим на респіраторні захворювання.

4. Залучення всіх медичних закладів до боротьби з туберкульозом.

- Державні й приватні медичні заклади.

- Міжнародні стандарти, що регулюють надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз.

5. Надання підтримки пацієнтам і залучення громадськості.

- Залучення громадськості до проблеми туберкульозу.
- Пропаганда, комунікація та соціальна мобілізація.

6. Проведення досліджень та заохочення до їх проведення.

- Оперативні дослідження в межах програм.
- Співпраця у питаннях розробки нових методів діагностування, нових препаратів і вакцин.

Концепція «Стоп ТБ» стратегії була розроблена згідно із загальною концепцією боротьби з туберкульозом «Світ без туберкульозу». «Стоп ТБ» стратегія була розроблена для посилення зусиль, які націлені на боротьбу з туберкульозом та будуть здійснюватись протягом 2006 – 2015 років. 2015 рік зазначено, як віху на шляху подолання туберкульозу. Метою є значне зниження глобального показника поширеності туберкульозу до 2015 року, досягнення значного прогресу у дослідженнях і розвитку, необхідних для знищення туберкульозу.

«Стоп ТБ» стратегія повинна дозволити:

1. Розширити доступ до якісного діагностування та лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз.
2. Зменшити страждання людей і соціально-економічне навантаження, пов'язане з туберкульозом.
3. Захистити людей, які складають групу ризику, від туберкульозу, ВІЛ/СНІД-асоційованого та туберкульозу стійкого до антимікобактеріальних препаратів.
4. Підтримати розвиток нових методів, забезпечити можливість їх вчасного і ефективного застосування.

Ці завдання відповідають Цілям розвитку Тисячоліття. Стратегія боротьби із туберкульозом розроблена з метою виконання Цілей розвитку Тисячоліття на період 2006 – 2015 років.

Цілі боротьби із туберкульозом, визначені Всесвітньою Асамблеєю охорони здоров'я. У 1991 році, всі країни прийняли рішення Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я, пов'язаного із визначенням двох цілей боротьби із туберкульозом на 2000 рік: встановити діагноз, як мінімум у 70 % всіх нових випадків інфекційних захворювань і вилікувати, як мінімум, 85 % з таких визначених випадків захворювань. Ці завдання спирались на епідеміологічну модель, згідно з якою можна було сказати, що, якщо показник вилікування випадків захворювань буде 85 %, а показник діагностування захворювання – 70 %, то поширеність випадків інфекційного (бактеріального) туберкульозу, кількість інфекційних контактів та ймовірність появи інфекційних захворювань будуть зменшені. Досягнення цілі – діагностування 70 % захворювань і вилікування 85 % захворювань (вважається успіхом лікування) – забезпечить зниження річного показнику ймовірності захворювань на туберкульоз на 5 – 10 % на рік, за умови відсутності ВІЛ-інфекції. На початок 1998 року, було

очевидно, що ці завдання не будуть виконанні до 2000 року. В 2000 році ВООЗ відстрочила строк виконання завдань до 2005 року.

Цілі розвитку тисячоліття (MDG) розроблені Організацією Об'єднаних Націй з метою забезпечення міжнародного співробітництва у питаннях зменшення рівня бідності, в тому числі покращання стану здоров'я бідних. Як захворювання бідності, відповідальне за втрату багатьох років здорового життя, крім інших інфекційних захворювань, за винятком ВІЛ/СНІДу, туберкульозу приділяється найбільше уваги в Цілях розвитку тисячоліття, зокрема стосовно туберкульозу – зупинити та досягти зменшення захворюваності до 2015 року.

Учасники кампанії боротьби з туберкульозом мають два епідеміологічних завдання, пов'язаних з Цілями розвитку тисячоліття – знизити показник поширеності туберкульозу і смертності на 50 % до 2015 року порівняно з 1990 роком. Досягнення цих важливих цілей вимагає забезпечити, як мінімум, діагностування 70 % випадків захворювань і вилікування 85 % випадків, але слід також застосовувати широкий діапазон дій, описаних в межах «Стоп ТБ» стратегії і Другого глобального плану боротьби із туберкульозом (2006 – 2015 роки). Крім того, Партнерство «Стоп ТБ» повинно докласти максимум зусиль для знищення туберкульозу як суспільної проблеми здоров'я до 2050 року.

Партнерство «Стоп ТБ» поставило завдання до 2005 року, як мінімум, у 70 % хворих діагностувати бактеріальний (інфекційний) туберкульоз (згідно із стратегією ДОТС) і вилікувати 85 % випадків. До 2015 року глобальну поширеність туберкульозу (показник поширеності й смертності) слід знизити на 50 % порівняно з 1990 роком. Це означає, зменшити показник поширеності до 155 на 100000 або менше, і показник смертності – до 14 на 100000 на рік або менше до 2015 року (в тому числі випадки захворювання на туберкульоз із ВІЛ-інфекцією). Кількість людей, померлих від туберкульозу, в 2015 році в світі має бути менша 1 мільйону, в тому числі випадки захворювання на туберкульоз із ВІЛ-інфекцією. До 2050 року глобальний показник захворюваності на туберкульоз має бути менший 1 випадку на мільйон на рік (критерій знищення туберкульозу, прийнятий в США).

3. Адаптована ДОТС-стратегія в Україні затверджена наказом МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії». Ним затверджена така Концепція Адаптованої ДОТС-стратегії:

I. Політичну та фінансову підтримку програми боротьби з туберкульозом забезпечувати на рівні Уряду та адміністративних територій країни.

II. Виявлення хворих на активні форми туберкульозу здійснювати:

- за зверненням в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за методом мікроскопії мазка та рентгенофлюорографії;
- шляхом проведення туберкулінодіагностики серед груп ризику у дітей;¹

¹ 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.²

III. Діагностику туберкульозу здійснювати шляхом:

- проведення мікроскопії мазка;
- посіву мокротиння і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів;³
- рентгенологічної діагностики;
- використання інших лабораторних та інструментальних методів дослідження (за показанням).

IV. 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;⁴
- 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 показанням;⁵
- 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 диспансерів, 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.

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

VI. 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;

² 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;

³ окремим наказом МОЗ України необхідне зменшення загальної кількості посівів протягом основного курсу лікування, визначення основних етапів мікробіологічного контролю;

⁴ окремим наказом МОЗ України необхідно визначити тяжкі форми туберкульозу;

⁵ окремим наказом МОЗ України підлягають перегляду конкретні строки консультації торакального хірурга та показання до хірургічного лікування.

- затвердження та впровадження рекомендованих ВООЗ обліково-звітних статистичних форм.

VII. 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.

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

Як видно, Адаптована ДОТС-стратегія наближена до Стоп ТБ стратегії, оскільки вона не виключає, а передбачає також 3–5 пункти Стоп ТБ стратегії: 3) посилення системи охорони здоров'я; 4) залучення всіх медичних закладів до боротьби з туберкульозом; 5) надання підтримки пацієнтам і залучення громадськості. Їй слід додати пункт 6 “Проведення досліджень та заохочення до їх проведення”. Але всі ці заходи є у Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках, яка доповнює Адаптовану ДОТС-стратегію, цілковито передбачаючи Адаптовану Стоп ТБ стратегію.

Найкоштовнішою вважається планова радянська система, найдешевшою – ДОТС-стратегія, проміжною за вартістю – Адаптована ДОТС-стратегія, найефективнішою – Адаптована Стоп ТБ стратегія.

Щоб втілити цю Адаптовану Стоп ТБ стратегію в практику, треба мати:

- Національну програму контролю за туберкульозом в Україні;
- Відповідальним за впровадження і контроль реалізації Національної програми може бути Всеукраїнський центр контролю за туберкульозом, який формально створений в Україні, та керівник цього центру.
- План реалізації Національної програми та стандартизовані обліково-звітні форми.
- Програму проведення навчання фахівців за всіма аспектами Національної програми.
- Систему зовнішнього та внутрішнього контролю якості лабораторної служби, лікувально-профілактичних закладів, які виявляють хворих на туберкульоз та проводять їх лікування.
- Систему контрольованого лікування хворих, особливо на амбулаторному етапі.
- Систему регулярного постачання ліків та діагностичних матеріалів гарантованої якості.

- План проведення оцінки, курацій та моніторингу.

- План інформування громадськості й протитуберкульозної пропаганди.

Національна програма контролю за туберкульозом є важелем реалізації всієї Адаптованої Стоп ТБ стратегії. Вона дозволяє вилікувати пацієнтів, швидко відновити їх можливості активно працювати та залишатись зі своїми сім'ями й у своєму оточенні. Для суспільства Національна програма дозволяє зупинити поширення туберкульозної інфекції і зменшити ризик захворювання та смерті, зменшити медико-соціальні й економічні затрати.

Надання протитуберкульозної допомоги населенню України.

Протитуберкульозна допомога населенню України здійснюється мережею загальних лікувальних закладів та протитуберкульозною службою.

Перед фахівцями загальної лікарняної мережі стоїть задача – виявлення хворих на туберкульоз і направлення їх до фтизіатра, який відноситься до протитуберкульозної служби. Із запровадженням стратегії ВООЗ перед сімейними, дільничними та іншими лікарями загальної лікарняної мережі ставитиметься задача – організація амбулаторного контрольованого лікування хворим на туберкульоз, передусім бактеріонегативним хворим та у фазі доліковування.

Діюча в Україні протитуберкульозна служба складається з мережі спеціалізованих установ, розташованих на всій території країни. Установи цієї мережі підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, а Національній академії медичних наук України підпорядковується Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського (центральный рівень) або місцевим органам влади (обласний і районний рівні). Крім того, протитуберкульозна допомога надається в медичних установах Державного департаменту України з питань виконання покарань (протитуберкульозні лікарні цього департаменту), Міністерства оборони (туберкульозні відділення військових шпиталів для військових і членів їхніх родин, а також туберкульозні санаторії для них), Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства транспорту та ін. Однією з умов успішної боротьби з туберкульозом є погоджена робота всіх міністерств і відомств, тобто органів центральної виконавчої влади.

Проведення протитуберкульозних заходів покладено на всі владні структури, наукові й лікувально-профілактичні заклади всіх рівнів.

Організаційно-методичне забезпечення протитуберкульозних заходів і контроль за ними здійснює **МОЗ України**. Консультативну й методичну допомогу йому надають установи АМН України, зокрема Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України, на базі якого працює позаштатний пульмонолог і фтизіатр МОЗ України, Референс-лабораторія з мікробіологічної діагностики туберкульозу на базі Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України, а також кафедри (курси) туберкульозу при медичних вузах і закладах післядипломної освіти. МОЗ України може створювати профільні центри на базі науково-дослідних установ, на які покладається координація протитуберкульозних заходів. З цими органами центральної виконавчої влади й науковими установами співпрацюють відомчі протитуберкульозні заклади, наприклад, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерств оборони, внутрішніх справ, служби безпеки та ін.

МОЗ України через МОЗ Автономної республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій, останні – через своїх заступників, позаштатних фахівців різних профілів, в т.ч. фтизіатрів, головних лікарів підвідомчих лікувально-профілактичних закладів координують протитуберкульозну роботу на своїх

територіях. З ними тісно співпрацюють санітарно-епідеміологічні станції (СЕС) всіх рівнів.

Позаштатний головний фахівець МОЗ України зі спеціальності “Фтизіатрія і пульмонологія”, позаштатні фтизіатри МОЗ Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров’я (обласних, Київської та Севастопольської міських) держадміністрацій організовує виконання наведених вище нормативно-правових документів на відповідній території, які стосуються всіх протитуберкульозних заходів – виявлення хворих на туберкульоз, їх лікування та профілактику туберкульозу. Він аналізує статистичну звітність і вносить пропозиції щодо поліпшення організації та рівня протитуберкульозної допомоги.

Протитуберкульозний диспансер, диспансерне відділення, туберкульозний кабінет поліклініки мають найбільші повноваження. Вони здійснюють загальне організаційно-методичне керівництво протитуберкульозною роботою загальних лікувально-профілактичних закладів згідно з чинними нормативно-правовими документами. На них покладаються такі завдання:

I. Попередження туберкульозу.

1. Аналіз епідемічної ситуації й ефективності протитуберкульозних заходів;
2. Разом із санітарно-епідеміологічною станцією (СЕС) та лікувально-профілактичними закладами планування вакцинації та ревакцинації БЦЖ, яку проводять лікувально-профілактичні заклади загальної мережі;
3. Госпіталізація бактеріовиділювачів, ізоляція новонароджених від бактеріовиділювачів;
4. Профілактика туберкульозу серед контактних осіб (хіміопрофілактика, дезинфекція у вогнищах туберкульозної інфекції, ревакцинація БЦЖ);
5. Диспансеризація контактних і санітарно-освітня робота з ними;
6. Проведення разом із СЕС і ветеринарною службою заходів щодо попередження туберкульозу серед людей і тварин.

II. Своєчасне виявлення хворих на туберкульоз:

1. Разом із СЕС та лікувально-профілактичними закладами складання планів туберкулінодіагностики, флюорографії та бактеріологічної діагностики, які здійснюють заклади загальної мережі;
2. Формування груп ризику щодо туберкульозу в амбулаторно-поліклінічних закладах;
3. Дообстеження осіб з підозрою на туберкульоз у протитуберкульозних закладах. Підозрою на туберкульоз вважають таку особу, у якої є симптоми або ознаки, схожі на туберкульоз, насамперед, кашель протягом 2 тижнів і довше і будь-які патологічні зміни при рентгенологічному дослідженні грудної клітки.

III. Лікування хворих на туберкульоз:

1. Лікування хворих на легеневий та позалегеневий туберкульоз в стаціонарних, амбулаторних, санаторних умовах або в денних стаціонарах;
2. Проведення протирецидивного лікування та хіміопрофілактики;
3. Фтизіохірургічне лікування хворих;

3. Експертиза працездатності хворих та соціально-трудова реабілітація осіб, які вилікувалися від туберкульозу.

III. Диспансеризація:

1. Облік, своєчасне обстеження і залучення до лікування диспансерних контингентів;

2. Дотримання диспансерної тактики і обліку диспансерних контингентів.

IV. Підвищення кваліфікації лікарів та іншого медичного персоналу:

1. Підвищення професійних знань і навичок лікарів-фтизіатрів, лаборантів;

2. Підвищення рівня знань щодо туберкульозу лікарів загальної мережі;

3. Підготовка середнього медичного персоналу загальної мережі, які здійснюють туберкулінодіагностику, щеплення і ревакцинацію вакциною БЦЖ, профілактичні заходи у вогнищах туберкульозної інфекції, збирають мокротиння та інший матеріал для бактеріологічного дослідження;

V. Впровадження новітніх технологій і нововведень:

1. Складання і виконання планів використання нових технологій і нововведень;

2. Моральне й матеріальне заохочення раціоналізаторів, винахідників, працівників, які освоїли і використовують нову медичну техніку, методики, медичні технології та організаційні заходи.

VI. Організаційно-методична робота:

1. Аналіз, контроль, експертні оцінки та перевірки стану протитуберкульозної роботи будь-якими лікувально-профілактичними закладами за територіальним принципом;

2. Планування й контроль за виконанням протитуберкульозних заходів, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби.

3. Підготовка регіональних нормативних документів і контроль за їх виконанням.

Центральна районна лікарня (міська районна лікарня або територіальне медичне об'єднання).

I. Поліклінічне відділення будь-якого профілю організовує і проводить профілактичні огляди (туберкулінодіагностика, флюорографія, мазок мокротиння) населення на туберкульоз; веде картотечний або комп'ютерний облік населення району, яке підлягає флюорографічному обстеженню; забезпечує проведення мазка мокротиння у хворих, що кашляють протягом 3 тижнів і більше; направляє до фтизіатра хворих на туберкульоз і з підозрою на цю недугу; проводить контрольовану амбулаторну антимікобактеріальну терапію за призначенням фтизіатра; проводить лікарські конференції щодо випадків несвоєчасного виявлення туберкульозу і смерті від нього та санітарно-освітню роботу щодо туберкульозу.

II. Стаціонарне відділення будь-якого профілю проводить заходи щодо діагностики, лікування і профілактики туберкульозу серед своїх хворих.

1. Всім стаціонарним хворим проводять рентгенфлюорографічне дослідження, а при наявності легеневих симптомів і кашлю протягом 2 тижнів і більше – бактеріоскопія мокротиння на мікобактерії туберкульозу;

2. При підозрі на туберкульоз хворих вчасно консультують у фтизіатра;

3. Хворим з посттуберкульозними змінами в легенях та із захворюваннями, які знижують опірність організму, проводять протирецидивне лікування, контактним із хворими на туберкульоз – хіміопрофілактику;

4. Якщо госпіталізований у відділення хворий не завершив основний курс антимікобактеріальної терапії, протирецидивне лікування чи хіміопрофілактику, то їх продовжують під контролем у відділенні чи амбулаторно.

III. Санітарно-епідеміологічна станція здійснює керівництво і контроль за протитуберкульозними заходами, в тому числі через міжвідомчу комісію по боротьбі з туберкульозом: разом з фахівцями районних лікарень складає плани туберкулінодіагностики, вакцинації та ревакцинації БЦЖ, рентгенфлюорографічних оглядів населення і контролює вчасне і належне їх виконання; забезпечує лікувально-профілактичні заклади вакциною БЦЖ і туберкуліном; веде облік хворих на заразні форми туберкульозу згідно з екстреними повідомленнями і проводить разом із фтизіатром обстеження і оздоровчі заходи у вогнищах туберкульозної інфекції, поточну і заключну дезинфекцію, хіміопрофілактику, бере участь у поліпшенні житлових умов; контролює дотримання санітарно-протиепідемічних, в т.ч. протитуберкульозних, заходів у всіх лікувально-профілактичних та інших закладах, установах, організаціях; разом з ветеринарною та протитуберкульозною службами складає план протитуберкульозних заходів серед тварин; аналізує епідемічну ситуацію з туберкульозу і розробляє заходи щодо її поліпшення.

IV. Сільська дільнична лікарня, лікарська амбулаторія безпосередньо займається протитуберкульозними заходами (профілактика, виявлення, діагностика туберкульозу) на своїй дільниці, в т.ч. шляхом організації цих заходів на фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАП) та фельдшерських пунктах (ФП), а саме: планує і бере участь у проведенні бригадної туберкулінодіагностики вакцинації та ревакцинації БЦЖ, флюорографії, бактеріоскопії мазка мокротиння; додатково обстежує хворих із сумнівним діагнозом і направляє їх на консультацію до фтизіатра; підвищує рівень знань середніх медичних працівників, ФАПів, ФП і населення дільниці.

V. Фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт є відповідальним за повноту і вчасність забезпечення протитуберкульозних заходів; складає і реалізує комплексні плани боротьби з туберкульозом; веде картотеку хворих на туберкульоз і осіб, які підлягають туберкулінодіагностиці та флюорографії; усіх осіб із легeneвими симптомами та тих, що кашляють протягом 3 тижнів і більше, направляє в дільничну лікарню, лікарську амбулаторію або центральну районну лікарню на мікроскопію мокротиння; бере участь у бригадній туберкулінодіагностиці та ревакцинації БЦЖ дітей; за призначенням лікаря здійснює амбулаторне доліковування хворих, протирецидивне лікування та хіміопрофілактику, заходи у вогнищах туберкульозної інфекції разом з фтизіатром та епідеміологом; проводить санітарно-освітню роботу серед хворих та населення; бере участь у підготовці

проекті рішень сільських та селищних рад з питань комплексної протитуберкульозної роботи, здійснює контроль за їх виконанням.

Централізований контроль якості протитуберкульозної роботи повинен здійснюватися на рівні адміністративної території. Для цього при протитуберкульозному диспансері Автономної Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя створюється центральна лікарсько-консультативна комісія (ЦЛКК) у складі голови (головного лікаря або його заступника з лікувальної роботи) і 3 – 4 постійних членів (фтизіатра, рентгенолога, фтизіопедіатра, фтизіохірурга та ін.). В роботі ЦЛКК повинні брати участь головні лікарі районних протитуберкульозних диспансерів (районні фтизіатри) і фтизіатри, які направляють хворих на комісію, а також куратори-фтизіатри району, лікарі тубстаціонарів і місцевих санаторіїв, в яких лікувалися або лікуються хворі, направлені на ЦЛКК.

Подання первинної медичної документації на ЦЛКК здійснюється в найближчі дні після виявлення хворого і повторюється щоквартально до досягнення клінічної ефективності за критерієм загоєння порожнин розпаду, а потім до переведення хворого у групи диспансерного нагляду з неактивним туберкульозом – кожні півроку.

Перед першим поданням на ЦЛКК медичної документації попередньо проводиться її експертна оцінка, при встановленні занедбаного випадку – він обговорюється на лікарській конференції, інколи на засіданні міжвідомчої протитуберкульозної комісії, які оформлюються протоколом, в якому зазначаються причини невчасного виявлення чи пізньої діагностики туберкульозу, встановлюються причетні до цього особи з відповідними адміністративними рекомендаціями до них.

При первинному розгляді ЦЛКК уточнює діагноз захворювання і погоджує план лікування, пізніше – встановлює ефективність лікування і вносить необхідні корективи.

Голова ЦЛКК щоквартально аналізує дані про виявлення, ефективність лікування і реабілітації хворих, про наслідки і недоліки інформує на науково-практичних конференціях, семінарах, нарадах. Про всі недоліки він інформує головних лікарів лікувально-профілактичних закладів для прийняття ними відповідних адміністративних заходів щодо їх усунення.

Організаційно-методичні або інформаційно-аналітичні підрозділи протитуберкульозних диспансерів Автономної Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя разом із СЕС проводять оперативний контроль і аналіз епідемічної ситуації, вивчають обсяги і якість проведення протитуберкульозних заходів (профілактика, виявлення, діагностика, лікування, реабілітація, робота у вогнищах тощо) та інформують про це міжвідомчі комісії щодо боротьби з туберкульозом, які приймають відповідні рішення щодо усунення недоліків.

В останні роки із впровадженням Адаптованої ДОТС-стратегії почала формуватися **мережа лабораторій щодо бактеріологічної діагностики туберкульозу**. Типові положення про мікробіологічні лабораторії затверджені наказом МОЗ України від 06.02.2006 р., № 50 “Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору

мокротиння”, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 травня 2006 р. за № 627/12501.

Центральна Референс-лабораторія з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України (далі – Референс-лабораторія) організовується на базі Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України (за договірними умовами з МОЗ України). Референс-лабораторія є науково-практичним та організаційно-методичним центром з питань мікробіологічної діагностики туберкульозу в Україні. Вона у своїй діяльності керується чинним законодавством України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров’я України та розробленим про неї Положенням. Штати, рівень оснащення та порядок фінансування Референс-лабораторії визначаються Міністерством охорони здоров’я України з урахуванням завдань, покладених на неї.

Референс-лабораторія пройшла акредитацію та має атестат на визначені види досліджень. Керівництво Референс-лабораторією здійснює завідувач, який призначається та звільняється з посади Міністром охорони здоров’я України відповідно до чинного законодавства. Референс-лабораторія забезпечується необхідним обладнанням, поживними середовищами, хімічними реактивами, імунологічними препаратами, мийними та дезінфекційними засобами, спецодягом, засобами зв’язку, обчислювальною та комп’ютерною технікою, транспортними засобами для виконання своїх функцій. Приміщення Референс-лабораторії, обладнання, організація робочих місць, інше матеріально-технічне забезпечення відповідає чинним нормативно-правовим актам МОЗ України, які забезпечують виконання виробничих завдань, дотримання вимог з питань охорони праці та техніки безпеки, правил санітарно-протиепідемічного режиму при роботі з інфекційним матеріалом.

Метрологічне забезпечення засобів вимірювальної техніки, що використовується в Референс-лабораторії, здійснюється згідно з чинними нормативно-правовими актами МОЗ України. Лабораторія веде медичну обліково-звітну документацію відповідно до форм, затверджених нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров’я України. Первинна документація Референс-лабораторії не може бути використана без погодження з її завідувачем. Ліквідація та реорганізація Референс-лабораторії здійснюються Міністерством охорони здоров’я України в установленому чинним законодавством порядку.

Основні завдання Референс-лабораторії:

- Здійснення організаційно-методичної допомоги щодо створення в Україні мережі лабораторій з діагностики туберкульозу (I – III рівні).
- Координація діяльності лабораторій (I – III рівні) з діагностики туберкульозу, упровадження в їх роботу стандартних методів досліджень.
- Забезпечення спостереження за етіологічною структурою туберкульозної інфекції серед населення України з метою прогнозування та зниження захворюваності на туберкульоз, удосконалення профілактичних і протиепідемічних заходів.

- Здійснення моніторингових досліджень щодо розповсюдження хіміорезистентних варіантів збудника туберкульозу і створення комп'ютерного реєстру бактеріовиділювачів та хіміорезистентного туберкульозу в Україні.

- Розробка, апробація і впровадження в практику сучасних методів досліджень, індикації та ідентифікації збудників туберкульозу.

- Організація системи контролю якості досліджень у лабораторіях, які займаються мікробіологічною діагностикою туберкульозу в Україні.

- Надання консультативно-методичної допомоги закладам охорони здоров'я України незалежно від форм власності та підпорядкування щодо методів бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції та ідентифікації атипових штамів мікобактерій. Розробка інформаційних матеріалів з питань етіологічної структури, методів дослідження та сучасних досягнень у галузі мікробіологічної діагностики туберкульозної інфекції для протитуберкульозних закладів України.

- Участь у міжнародних програмах із зовнішнього контролю якості мікробіологічних досліджень та мікробіологічного й інфекційного контролю за туберкульозом.

- Співробітництво зі спеціалізованими мікробіологічними лабораторіями науково-дослідних інститутів України та країн СНД з супранаціональними Референс-лабораторіями ВООЗ.

- Участь у плануванні потреб мережі лабораторій з діагностики туберкульозу в живильних середовищах, тест-системах для ідентифікації збудників туберкульозу, бактеріологічних препаратів, хімічних реактивах, обладнанні, дезінфекційних засобах та поданні заявок.

- Проведення аналізу роботи лабораторій I – III рівнів та повідомлення керівників протитуберкульозних закладів та МОЗ України про результати діяльності мережі з питань діагностики туберкульозної інфекції.

- Розробка практичних рекомендацій щодо перспектив розвитку мережі лабораторій з діагностики туберкульозу (I – III рівні).

Основні функції Референс-лабораторії:

- Виконує бактеріологічні дослідження на туберкульоз згідно з нормативно-правовими актами МОЗ України.

- Виконує посіви біологічного матеріалу на живильні середовища для виявлення неспецифічної мікрофлори у хворих, які супроводжують туберкульозний процес з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів.

- Здійснює консультативну допомогу щодо ідентифікації та визначення медикаментозної стійкості культур, що надходять з лабораторій нижчого рівня, у сумнівних та складних випадках.

- Організовує і здійснює зовнішній контроль якості та оцінку роботи лабораторій III рівня, проводить регулярні кураторські візити.

- Здійснює аналіз результатів досліджень, що надходять з лабораторій III рівня, про циркуляцію збудників туберкульозу, у тому числі хіміорезистентних варіантів, та створює базу даних для формування реєстру бактеріовиділювачів та хіміорезистентного туберкульозу.

- Здійснює аналіз роботи мережі лабораторій I – III рівнів та надає рекомендації, щодо поліпшення діагностичних досліджень на туберкульоз.
- Бере участь в організації і проведенні навчальних семінарів для бактеріологів лабораторій з діагностики туберкульозу.
- Здійснює розробку і впровадження в практику критеріїв оцінки роботи лабораторної мережі з діагностики туберкульозу.
- Здійснює визначення потреб, складання та подання заявок на придбання живильних середовищ, тест-систем для ідентифікації збудника, обладнання та хімічних реактивів.
- Дотримується вимог чинного законодавства з питань охорони праці, техніки безпеки, санітарно-протиепідемічного режиму.
- Утримує музей (колекцію) культур мікроорганізмів для проведення діагностичних, наукових досліджень та контролю якості.
- Надає консультативну допомогу фахівцям протитуберкульозних закладів (усіх форм власності та підпорядкування) у виборі найбільш інформативних, сучасних лабораторних тестів і трактуванні їх результатів.

Референс-лабораторія має право:

- Здійснювати контроль якості роботи лабораторій III рівня з мікробіологічної діагностики туберкульозу.
- Отримувати культури мікобактерій туберкульозу від лабораторій нижчого рівня для ідентифікації і визначення чутливості в сумнівних та складних випадках.
- Уносити пропозиції з питань удосконалення мікробіологічної діагностики туберкульозу.
- Брати участь в організації та проведенні навчальних семінарів, підвищенні кваліфікації спеціалістів лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу.
- Брати участь у розробці й виданні матеріалів наукового, інформаційного, методичного та просвітницького спрямування з питань діагностики туберкульозу.
- Проводити спільні дослідження з науковими установами країни.
- Проводити підвищення кваліфікації співробітників Референс-лабораторії в зарубіжних країнах.
- Співпрацювати з міжнародними організаціями та центрами, діяльність яких відповідає меті діяльності Референс-лабораторії, а також брати участь у міжнародних програмах з мікробіологічного контролю за туберкульозом.
- Подавати рекламації про неефективність дезінфекційних засобів щодо збудника туберкульозу.
- Брати участь у розробці рекомендацій з протиепідемічних заходів і поліпшенні протиепідемічного режиму в протитуберкульозних закладах МОЗ України.
- Одержувати методичну та практичну допомогу від супранаціональної референс-лабораторії ВООЗ з питань діагностики туберкульозу.
- Одержувати засоби індивідуального захисту та дезінфекційні засоби.

- Надсилати до супранациональної референс-лабораторії ВООЗ культури мікобактерій туберкульозу.

Референс-лабораторія зобов'язана:

- Забезпечувати достовірність та точність досліджень, що проводяться.
- Дотримуватись термінів проведення досліджень та порядку видачі їх результатів.

- Відповідати вимогам правил санітарно-протиепідемічного режиму роботи та безпеки праці.

- Проводити внутрішній контроль якості лабораторних досліджень.

- Брати участь у системах зовнішньої оцінки якості досліджень.

- Організовувати проведення зовнішнього контролю якості в лабораторіях III рівня.

- Своєчасно проводити метрологічний контроль засобів вимірювань, що використовуються при проведенні досліджень.

- Проводити аналіз роботи мережі лабораторій I – III рівнів і повідомляти керівників протитуберкульозних закладів та МОЗ України про стан лабораторної діагностики туберкульозу в Україні.

- Додержуватись конфіденційності щодо результатів досліджень, які проводяться.

- Вести облік усіх претензій за результатами досліджень, що проводяться лабораторією, та аналізувати їх.

- Зберігати облікову та звітну документацію протягом терміну встановленого законодавством України.

Мікробіологічна лабораторія з діагностики туберкульозу протитуберкульозного закладу (III рівень діагностики туберкульозу) (далі – Лабораторія III рівня) є самостійним діагностичним підрозділом протитуберкульозного закладу. Лабораторія III рівня у своїй діяльності керується чинним законодавством України, організаційно-розпорядчою документацією та нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України та розробленим для неї Положенням. Штати, рівень оснащення та порядок фінансування Лабораторії III рівня визначається органами охорони здоров'я з урахуванням покладених на лабораторію завдань. Лабораторія III рівня повинна пройти акредитацію та мати атестат на визначені види досліджень. Керівництво Лабораторією III рівня здійснює завідувач, який призначається та звільняється з посади керівником протитуберкульозного закладу відповідно до чинного законодавства України.

Лабораторія III рівня забезпечується необхідним обладнанням, живильними середовищами, хімічними реактивами, імунобіологічними препаратами, мийними та дезінфекційними засобами, спецодягом, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою, транспортними засобами для забезпечення виконання своїх функцій. Приміщення Лабораторії III рівня, організація робочих місць для проведення окремих видів досліджень, обладнання, інше матеріально-технічне забезпечення повинні відповідати чинним нормативно-правовим актам МОЗ України, які забезпечують виконання виробничих

завдань, дотримання вимог з питань охорони праці та техніки безпеки, правил санітарно-протиепідемічного режиму при роботі з інфекційним матеріалом.

Метрологічне забезпечення засобів виміральної техніки, що використовується в Лабораторії III рівня, здійснюється згідно з чинними нормативними актами МОЗ України. Лабораторія III рівня веде обліково-звітну документацію відповідно до форм, затверджених нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України. Первинна документація Лабораторії III рівня не може бути використана без погодження з її керівником. Лабораторія III рівня є навчальною базою з питань мікробіологічної діагностики туберкульозу для фахівців-бактеріологів протитуберкульозних закладів.

Основні завдання Лабораторії III рівня:

- Мікробіологічні дослідження на туберкульоз відповідно до чинних нормативно-правових актів МОЗ України.
- Освоєння та впровадження в практику роботи лабораторій сучасних методів та технологій мікробіологічної діагностики туберкульозу.
- Участь у формуванні комп'ютерного реєстру бактеріовиділювачів та хіміорезистентного туберкульозу.
- Організація і проведення зовнішнього контролю якості досліджень на туберкульоз, що здійснюються в лабораторіях нижчого рівня.
- Участь у системі зовнішньої оцінки якості.
- Постійний моніторинг роботи та кураторські візити в лабораторії нижчого рівня.
- Аналіз роботи лабораторій нижчого рівня та подання звітів до Референс-лабораторії.
- Складання та подання заявок для централізованого придбання живильних середовищ, бактеріологічних препаратів, стандартних субстанцій, хімічних реактивів, обладнання та дезінфекційних засобів, включаючи потреби лабораторій I – II рівнів.
- Участь у плануванні потреби протитуберкульозного закладу в антибактеріальних, хіміотерапевтичних та дезінфекційних засобах.
- Централізоване приготування живильних середовищ, барвників та хімічних реактивів уключаючи потреби лабораторій I – II рівнів.
- Організаційно-методична робота (аналітична, підготовка кадрів, науково-практична, технічне забезпечення тощо).
- Ведення облікової документації наявності та витрат живильних середовищ, бактеріологічних препаратів, хімічних реактивів, токсичних речовин та дезінфекційних засобів.

Основні функції Лабораторії III рівня:

- Забезпечує своєчасне виконання кваліфікованих та достовірних мікробіологічних досліджень на туберкульоз:
 - мікроскопічні дослідження мазків на наявність кислотостійких бактерій (КСБ);
 - посіви біологічного матеріалу на живильні середовища для виявлення мікобактерій;

- видова ідентифікація виділених культур;
- визначення чутливості виділених культур до антимікобактеріальних препаратів;
- підтвердження та ідентифікація культур мікобактерій туберкульозу (МБТ), що надходять з лабораторій II рівня.
 - Виконує посіви біологічного матеріалу на живильні середовища для виявлення неспецифічної флори, яка супроводжує туберкульозний процес з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів.
 - Упроваджує сучасні методи та технології мікробіологічної діагностики туберкульозу.
 - Проводить внутрішній лабораторний контроль якості.
 - Бере участь у системі зовнішньої оцінки якості.
 - Організовує зовнішній контроль якості і оцінку роботи та кураторські візити в лабораторії I – II рівнів.
 - Бере участь у формуванні та створенні комп'ютерного реєстру бактеріовиділювачів та хіміорезистентного туберкульозу.
 - Передає культури МБТ, виділені у хворих на туберкульоз, до лабораторії вищого рівня для проведення визначення чутливості до антимікобактеріальних препаратів у складних випадках.
 - Проводить аналіз своєї діяльності та роботи лабораторій I – II рівнів, інформує Референс-лабораторію.
 - Утримує музей культур мікроорганізмів.
 - Надає консультативну допомогу фахівцям протитуберкульозних закладів (усіх форм власності та підпорядкування) у виборі найбільш інформативних, сучасних лабораторних тестів і трактування їх результатів.
 - Бере участь в організації навчання та підтвердження кваліфікації спеціалістів з мікроскопічної та мікробіологічної діагностики туберкульозу.
 - Проводить планування та розподіл живильних середовищ, бактеріологічних препаратів, стандартних субстанцій, хімічних реактивів, обладнання та дезінфекційних засобів, включаючи потреби лабораторій I – II рівнів.
 - Забезпечує ведення обліково-звітної документації.
 - Дотримується вимог з питань охорони праці, техніки безпеки, санітарно-протиепідемічного режиму.
 - Складає та подає заявки на централізоване придбання живильних середовищ, бактеріологічних препаратів, стандартних субстанцій, хімічних реактивів, обладнання та дезінфекційних засобів, включаючи потреби лабораторій I – II рівнів.
 - Здійснює централізоване приготування живильних середовищ, барвників та хімічних реактивів, включаючи потреби лабораторій I – II рівнів.

Лабораторія III рівня має право:

- Одержувати методичну та практичну допомогу від Центральної референс-лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України.
- Підвищувати кваліфікацію спеціалістів.

- Уносити пропозиції щодо поліпшення організації збору, транспортування, кількості та якості біологічного матеріалу, заповнення облікової документації.
- Відмовляти в прийнятті біологічного матеріалу в разі порушення вимог його зберігання та транспортування, передбачених нормативно-правовими актами МОЗ України.
- Одержувати засоби індивідуального захисту та дезінфекційні засоби.
- Передавати культури мікобактерій туберкульозу, виділені у хворих на туберкульоз, до лабораторії вищого рівня для проведення ідентифікації та визначення чутливості до антимікобактеріальних препаратів у складних та сумнівних випадках.
- Уносити пропозиції щодо поліпшення матеріально-технічного стану Лабораторії III рівня, організації роботи, упровадження нових та вдосконалення існуючих методів дослідження.
- Брати участь у підготовці та проведенні науково-практичних конференцій, семінарів тощо.

Лабораторія III рівня зобов'язана:

- Забезпечувати дотримання стандартних методів, достовірність та точність досліджень.
- Дотримуватись термінів проведення досліджень та порядку видачі їх результатів.
- Відповідати вимогам правил санітарно-протиепідемічного режиму роботи та безпеки праці.
- Проводити внутрішній контроль якості лабораторних досліджень.
- Брати участь у системах зовнішньої оцінки якості досліджень.
- Організовувати проведення системи зовнішнього контролю якості в лабораторіях I – II рівнів та надавати консультативно-методичну допомогу.
- Надавати установам державної санітарно-епідеміологічної служби інформацію про штами мікроорганізмів, що мають епідеміологічну значимість.
- Своєчасно проводити метрологічний контроль засобів вимірювання, що використовуються при проведенні бактеріологічних досліджень.
- Дотримуватись конфіденційності стосовно результатів досліджень, що проводяться.

Мікробіологічна лабораторія (або мікробіологічний відділ клініко-діагностичної лабораторії) протитуберкульозного закладу (II рівень діагностики туберкульозу) (далі – Лабораторія II рівня) є діагностичним підрозділом протитуберкульозного закладу, організовується як самостійна мікробіологічна лабораторія або відділ у складі клініко-діагностичної лабораторії (КДЛ). Лабораторія II рівня у своїй діяльності керується чинним законодавством України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України та розробленим для неї Положенням. Штати, рівень оснащення Лабораторії II рівня визначаються згідно з нормативно-правовими актами МОЗ України, а порядок фінансування – територіальними органами охорони здоров'я з урахуванням завдань, покладених на Лабораторію II рівня.

Лабораторія II рівня повинна пройти акредитацію та мати атестат на визначені види досліджень. Приміщення Лабораторії II рівня, організація робочих місць для проведення окремих видів досліджень, обладнання, інше матеріально-технічне забезпечення повинні відповідати чинним нормативно-правовим актам МОЗ України, які забезпечують виконання виробничих завдань, дотримання вимог з питань охорони праці та техніки безпеки, правил санітарно-протиепідемічного режиму при роботі з інфекційним матеріалом. Керівництво Лабораторією II рівня здійснює завідувач, який призначається та звільняється з посади керівником протитуберкульозного закладу у відповідності до чинного законодавства України.

Метрологічне забезпечення засобів вимірювальної техніки, що використовується в Лабораторії II рівня, здійснюється згідно з діючими нормативними актами МОЗ України. Лабораторія II рівня веде обліково-звітну документацію відповідно до форм, затверджених нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України. Первинна документація Лабораторії II рівня не може бути використана без погодження з її керівником.

Основні завдання Лабораторії II рівня:

- Здійснення мікробіологічних досліджень на туберкульоз відповідно до чинних нормативно-правових актів МОЗ України.
- Передача усіх культур мікобактерій туберкульозу (МБТ), виділених у хворих на туберкульоз, до територіальної лабораторії III рівня з мікробіологічної діагностики туберкульозу для проведення визначення чутливості до антимікобактеріальних препаратів.
- Упровадження сучасних методів і технологій діагностики туберкульозу.
- Участь у формуванні комп'ютерного реєстру бактеріовиділювачів.
- Проведення аналізу роботи лабораторій I рівня та подання звітів до лабораторії III рівня.
- Проведення внутрішнього лабораторного контролю якості.
- Організація і проведення зовнішнього контролю якості досліджень, що виконуються в лабораторіях I рівня.
- Участь у системі зовнішньої оцінки якості.
- Здійснення постійного моніторингу мікроскопічної діагностики туберкульозу лабораторій I рівня.
- Ведення обліково-звітної медичної документації.
- Дотримання вимог з питань охорони праці, техніки безпеки, санітарно-протиепідемічного режиму.

Основні функції Лабораторії II рівня:

- Забезпечує своєчасне виконання мікробіологічних досліджень на туберкульоз, а саме:
 - бактеріоскопічні дослідження біологічного матеріалу на наявність кислотостійких бактерій (КСБ);
 - посіви біологічного матеріалу на живильні середовища для виявлення (МБТ);
 - ідентифікація мікобактерій.

- Передає усі культури МБТ, виділені від хворих на туберкульоз, до територіальної лабораторії III рівня для проведення визначення чутливості до антимікобактеріальних препаратів.

- Проводить дослідження на неспецифічну мікробну флору, яка супроводжує туберкульозний процес з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів згідно з нормативними актами МОЗ України.

- Упроваджує сучасні форми роботи й методи мікробіологічних досліджень.

- Проводить внутрішній лабораторний контроль якості.

- Бере участь у системі зовнішньої оцінки якості мікробіологічних досліджень.

- Організовує зовнішній контроль якості й оцінку роботи та кураторські візити в лабораторії I рівня.

- Проводить аналіз роботи лабораторій I рівня та подає повідомлення про результати їх діяльності до лабораторії III рівня.

- Складання та подання заявок на придбання обладнання, витратних матеріалів, живильних середовищ, бактеріологічних препаратів, хімічних реактивів та дезінфекційних засобів.

- Забезпечує правильність ведення обліково-звітної документації.

- Утримує музей культур мікроорганізмів.

Лабораторія II рівня має право:

- Одержувати методичну та практичну допомогу від лабораторій вищого рівня діагностики.

- Підвищувати кваліфікацію спеціалістів.

- Вносити пропозиції щодо поліпшення організації збору, транспортування, кількості та якості біологічного матеріалу, заповнення облікової документації.

- Відмовляти в прийнятті біологічного матеріалу в разі порушення вимог його зберігання та транспортування, передбачених нормативно-правовими актами МОЗ України.

- Вносити пропозиції щодо поліпшення матеріально-технічного стану лабораторій.

- Отримувати контрольні матеріали, препарати, живильні середовища та барвники для фарбування за методом Ціль-Нільсона від лабораторії III рівня.

- Одержувати засоби індивідуального захисту та дезінфекційні засоби.

- Надсилати до лабораторій вищого рівня препарати, пофарбовані за методом Ціль-Нільсона, та виділені культури мікобактерій у сумнівних та складних випадках.

- Брати участь у проведенні науково-практичних конференцій, семінарів тощо.

Лабораторія II рівня зобов'язана:

- Забезпечувати дотримання стандартних методів, достовірність та точність досліджень.

- Дотримуватись термінів проведення досліджень та порядку видачі їх результатів.

- Відповідати вимогам правил санітарно-протиепідемічного режиму роботи та безпеки праці.
- Проводити внутрішній контроль якості лабораторних досліджень.
- Брати участь у системах зовнішньої оцінки якості досліджень.
- Надавати установам державної санітарно-епідеміологічної служби інформацію про штами мікроорганізмів, що мають епідеміологічну значимість.
- Своєчасно проводити метрологічний контроль засобів вимірювання, що використовуються при проведенні бактеріологічних досліджень.
- Дотримуватись конфіденційності щодо результатів досліджень, що проводяться.
- Зберігати обліково-звітну документацію протягом терміну встановленого чинним законодавством України.

Пункт мікроскопії з діагностики туберкульозу лікувально-профілактичного закладу (І рівень діагностики туберкульозу) (далі – Пункт мікроскопії) входить до структури клініко-діагностичної лабораторії. Він підпорядковується керівнику клініко-діагностичної лабораторії та керівнику лікувально-профілактичного закладу. Пункт мікроскопії керується нормативно-правовими актами МОЗ України, та розробленим для нього Положенням.

Пункт мікроскопії проводить мікроскопічні дослідження мокротиння або іншого біологічного матеріалу на наявність кислотостійких бактерій (КСБ) за методом Ціль-Нільсона. Штати, рівень оснащення, порядок фінансування Пункту мікроскопії визначаються закладами охорони здоров'я з урахуванням покладених на них завдань і обсягів роботи. Пункт мікроскопії веде обліково-звітну документацію відповідно до нормативно-правових актів МОЗ України. Пункт мікроскопії забезпечується необхідним обладнанням, хімічними реактивами, мийними та дезінфекційними засобами, спецодягом, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою, транспортними засобами для забезпечення виконання своїх функцій. Приміщення пункту мікроскопії, обладнання, інше матеріально-технічне забезпечення повинні відповідати чинним нормативно-правовим актам МОЗ України, які забезпечують виконання виробничих завдань, дотримання вимог з питань охорони праці та техніки безпеки, правил санітарно-протиепідемічного режиму.

Основні завдання Пункту мікроскопії:

- Приймання, оцінка та реєстрація біологічного матеріалу.
- Своєчасне проведення та видача результатів мікроскопічних досліджень на виявлення КСБ.
- Проведення внутрішнього та участь у системі зовнішнього контролю якості мікроскопічних досліджень на туберкульоз.
- Ведення облікової документації та своєчасне подання звітів.
- Дотримання вимог з питань охорони праці, техніки безпеки, санітарно-протиепідемічного режиму.
- Підвищення професійних знань та навичок у лабораторіях вищого рівня діагностики.
- Створення та оновлення архіву препаратів.

Основні функції Пункту мікроскопії:

- Одержання зразків мокротиння або іншого біологічного матеріалу з пунктів збору, які є поза межами клініко-діагностичних лабораторій.
- Здійснення перевірки правильності заповнення облікової документації, кількості та якості зразків біологічного матеріалу.
- Приготування мікроскопічних препаратів.
- Фарбування препаратів біологічного матеріалу за методом Ціль-Нільсона з використанням барвників, отриманих з лабораторій III рівня діагностики.
- Здійснення мікроскопічного дослідження препаратів біологічного матеріалу, забарвлених за методом Ціль-Нільсона.
- Забезпечення зберігання, оновлення та знешкодження препаратів згідно з діючими нормативно-правовими актами МОЗ України.
- Видача результатів відповідно до вимог нормативно-правових актів МОЗ України.
- Ведення облікових форм, затверджених нормативними актами МОЗ України.
- Складання та подання звітів до лабораторій II – III рівнів.
- Проведення заходів з дотримання вимог з питань охорони праці, техніки безпеки, особистої гігієни та санітарно-протиепідемічного режиму в лабораторії.

Пункти мікроскопії мають право:

- Одержувати методичну та практичну допомогу від лабораторій вищого рівня діагностики.
- Підвищувати кваліфікацію спеціалістів.
- Уносити пропозиції щодо поліпшення організації збору, транспортування, кількості та якості біологічного матеріалу, заповнення облікової документації.
- Відмовляти в прийнятті біологічного матеріалу в разі порушення вимог його зберігання та транспортування, передбачених нормативно-правовими актами МОЗ України.
- Вносити пропозиції щодо поліпшення матеріально-технічного стану лабораторій.
- Отримувати контрольні мазки, препарати та барвники для фарбування за методом Ціль-Нільсона від лабораторій вищого рівня.
- Одержувати засоби індивідуального захисту та дезінфекційні засоби.
- Надсилати до лабораторій II – III рівнів зразки біологічного матеріалу в сумнівних та складних випадках.

Пункти мікроскопії зобов'язані:

- Забезпечувати якісні мікроскопічні дослідження.
- Дотримуватись термінів та порядку видачі результатів мікроскопії.
- Дотримуватись правил санітарно-протиепідемічного режиму та безпеки праці.
- Проводити внутрішній контроль якості досліджень на туберкульоз.
- Мати в наявності та використовувати для внутрішнього контролю якості позитивні та негативні нефарбовані контрольні мазки.

- Брати участь у системі зовнішньої оцінки якості досліджень.
- Дотримуватись конфіденційності щодо результатів мікроскопічних досліджень.
- Зберігати обліково-звітну документацію протягом терміну встановленого чинним законодавством України.

Пункт збору мокротиння лікувально-профілактичного закладу (далі – Пункт) організовується в структурі лікувально-профілактичного закладу (поліклінік, лікарень, диспансерів тощо) з метою контрольованого збирання якісних зразків мокротиння, зберігання та транспортування їх до лабораторій для здійснення лабораторної діагностики туберкульозу. Категорично забороняється організовувати Пункт у складі, на території клініко-діагностичних і бактеріологічних лабораторій.

Процедура збирання мокротиння проводиться на відкритому майданчику або в спеціально призначеному приміщенні, придатному для контрольованого збирання мокротиння.

Пункт підпорядковується керівнику структурного підрозділу, у складі якого він організовується. Відповідальним за збирання мокротиння наказом головного лікаря лікувально-профілактичного закладу призначається медичний працівник, який пройшов відповідну підготовку. Порядок функціонування, рівень оснащення, ведення облікової документації здійснюються згідно з нормативно-правовими актами МОЗ України.

Основні завдання Пункту:

- Організація контрольованого збирання якісних зразків мокротиння для проведення лабораторної діагностики туберкульозу.
- Маркування, тимчасове зберігання, оформлення супровідної документації та транспортування зразків мокротиння до Пункту мікроскопії.
- Планування, подання заявок на придбання контейнерів для збирання мокротиння та інших витратних матеріалів.
- Дотримання персоналом Пункту вимог законодавства з питань охорони праці, техніки безпеки, санітарно-протиепідемічного режиму та забезпечення безпеки пацієнтів.
- Дотримання правил збирання мокротиння згідно з нормативно-правовими актами МОЗ України.

Основні функції Пункту:

- Інструктаж пацієнтів щодо правил та кратності збирання мокротиння для дослідження на туберкульоз.
- Маркування контейнерів, контроль за процедурою збирання мокротиння, перевірка кількості та якості зразків, правильності заповнення направлення на дослідження, оформлення супровідної документації, зберігання біологічного матеріалу відповідно до нормативно-правових актів МОЗ України.
- Транспортування біологічного матеріалу до пункту мікроскопії або лабораторії.
- Планування та подання заявок на придбання необхідного обладнання, контейнерів для збирання мокротиння, облікових форм, дезінфекційних

засобів, засобів індивідуального захисту персоналу та інших витратних матеріалів.

- Забезпечення вимог санітарно-протиепідемічного режиму.

Пункт має право:

- Вносити пропозиції до адміністрації медичного закладу щодо поліпшення організації та матеріально-технічного забезпечення Пункту.
- Забезпечувати персонал Пункту спецодягом та засобами індивідуального захисту.
- Одержувати методичну допомогу, підвищувати рівень знань та практичних навичок від координаторів.

Пункт зобов'язаний:

- Забезпечувати контрольоване збирання якісних зразків мокротиння та дотримання вимог щодо зберігання та своєчасного транспортування біологічного матеріалу до пункту мікроскопії або лабораторії.
- Своєчасно інформувати лікарів про зауваження з боку лабораторій всіх рівнів діагностики туберкульозу.
- Планувати та своєчасно подавати заявки на придбання контейнерів для збирання мокротиння, витратних матеріалів, дезінфекційних засобів та засобів індивідуального захисту.
- Дотримуватись вимог законодавства України з питань санітарно-протиепідемічного режиму роботи та охорони праці.
- Додержуватись конфіденційності щодо медичної інформації про пацієнта.
- Зберігати облікову документацію протягом терміну, що регламентується нормативно-правовими актами МОЗ України.
- Своєчасно проходити обов'язкові медичні огляди.

Концепція Національної програми контролю за туберкульозом.

В Україні перед формуванням цільових програм повинна затверджуватися концепція цієї програми.

Метою Державної цільової програми щодо контролю за туберкульозом в Україні на 2007 – 2011 роки (далі – Програма) було поліпшення епідеміологічної ситуації за рахунок зниження темпів зростання захворюваності та смертності, попередження розвитку медикаментозної резистентності, підвищення ефективності лікування, продовження покращання підготовки і перепідготовки медичних працівників, залучення до навчання волонтерів з питань туберкульозу, покращання лабораторної діагностики, порівняно з періодом дії попередньої Програми (2002 – 2005 рр.) шляхом запровадження Адаптованої ДОТС-стратегії, координація діяльності медичних та немедичних закладів і установ різних форм власності, неурядових організацій, впроваджених в Україні пілотних проектів, проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІД в Україні» та інших.

Пріоритетні протитуберкульозні заходи Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках включали:

- Профілактику передачі туберкульозу через: ранню діагностику з виявленням найбільш інфекційних випадків, стандартизовані режими лікування і контроль за туберкульозною інфекцією.

- Лікування хворих і зменшення випадків смертей від туберкульозу через: ранню діагностику та ефективне лікування всіх форм туберкульозу.

- Профілактики розвитку туберкульозу через: профілактичний курс антимікобактеріальної терапії та вакцинації БЦЖ.

Діагностика та лікування випадків туберкульозу є невід’ємною частиною системи охорони здоров’я на всіх рівнях. Спеціалізовані послуги повинні надаватися у медичних закладах третього рівня (протитуберкульозних диспансерах, центрах та у спеціалізованих відділеннях для хворих на туберкульоз), що належать до системи охорони здоров’я. Приватні лікарі, корпоративні служби та недержавні організації можуть бути залучені до процесу контролю за туберкульозом і працювати згідно з національною програмою.

Програма по контролю за туберкульозом має на метівилікувати не менше ніж 85 % (для зниження захворюваності в Україні цей показник повинен становити більше 90,0 %) нових діагностованих випадків туберкульозу з бактеріовиділенням і виявити не менш ніж 70 % всіх бактеріовиділювачів. Це дозволить зменшити розповсюдження і передачу туберкульозу та смертність від нього.

Програма повинна була передбачати реалізацію щонайменше таких заходів.

1. Організаційні заходи, розвиток матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів та установ, політична і фінансова підтримка зазначеної програми.

Посилення зазначеної діяльності підтверджує перший принцип ДОТС-стратегії – політичну прихильність держави до вирішення проблеми туберкульозу, що є головним принципом світової стратегії подолання туберкульозу і повинно передбачати:

- відповідальність за координацію та здійснення заходів щодо контролю за туберкульозом на рівні Кабінету Міністрів України, Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;

- розвиток співробітництва між центральними, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та об’єднаннями громадян, що виконують програми щодо контролю за туберкульозом в Україні;

- встановлення контролю за дотриманням законодавства, його подальше удосконалення в частині посилення протидії туберкульозу та профілактичної роботи серед груп ризику щодо захворювання на туберкульоз;

- забезпечення безоплатного доступу до заходів щодо профілактики, виявлення і лікування хворих на туберкульоз та джерел первинної інформації (крім тих, які безпосередньо відносяться до конкретної особи);

- удосконалення системи соціального і правового захисту хворих на туберкульоз, працівників протитуберкульозних закладів та установ, осіб, які надають медичну допомогу, обслуговують, охороняють хворих на туберкульоз, працюють в лабораторіях;

- здійснення моніторингу та оцінки стану виконання заходів Програми.

Контроль епідемічної ситуації з туберкульозу можливий шляхом створення належних умов для контрольованого лікування хворих на активні форми туберкульозу, ширшого залучення первинної медико-санітарної ланки до вирішення питань організації своєчасного виявлення туберкульозу та лікування хворих на амбулаторному етапі, приведення протитуберкульозних закладів у відповідність до санітарних і будівельних норм, реорганізації ліжкового фонду з урахуванням реальних потреб у стаціонарному лікуванні хворих, створення умов для перебування осіб, хворих на туберкульоз, в ізоляторах тимчасового тримання та слідчих ізоляторах, розширення мережі денних стаціонарів та кабінетів контрольованого лікування.

Реалізація заходів Програми потребує укомплектованого кадрового забезпечення протитуберкульозних закладів медичним персоналом, що можливо за умови підвищення рейтингу зазначеної категорії працівників шляхом надання їм соціальної підтримки. Здійснення цих заходів передбачає:

- створення належних умов праці для персоналу протитуберкульозної служби, працівників, що надають медичну допомогу, обслуговують, охороняють хворих на туберкульоз, працюють в клініко-діагностичних лабораторіях;

- надання пільг для отримання житла медичним працівникам протитуберкульозної служби;

- організацію заходів, спрямованих на запобігання професійному захворюванню;

- організацію заходів, спрямованих на заохочення до роботи фахівців у протитуберкульозних закладах;

- соціальну рекламу здорового способу життя.

2. Виявлення осіб, хворих на туберкульоз.

Очікуваного впливу на епідемічний процес може бути досягнуто за умови максимального виявлення хворих-бактеріовиділювачів та ранніх фаз розвитку туберкульозу. Виявлення осіб, хворих на туберкульоз здійснюватиметься:

- за зверненням в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) методом мікроскопії мазка та рентгенофлюорографії;

- шляхом проведення туберкулінодіагностики серед дітей, особливо груп ризику;

- шляхом проведення скринінгової флюорографії та/або мікроскопії мазка, особливо у групах ризику і декретованих групах серед дорослого населення.

3. Діагностика туберкульозу.

Для підвищення ефективності та якості лабораторної діагностики туберкульозу необхідно:

- розробити національні стандарти з лабораторної діагностики туберкульозу;
- впровадити систему контролю якості лабораторних досліджень;
- забезпечити функціонування Референс-лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу.

Діагностику туберкульозу здійснювати шляхом:

- проведення мікроскопії мазка;
- посіву мокротиння і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів;
- рентгенологічної діагностики;
- впровадження в практику мультиспіральної комп'ютерної томографії;
- використання інших лабораторних та інструментальних методів дослідження (за показанням)
- негайного впровадження новітніх наукових розробок з діагностики туберкульозу.

4. Лікування осіб, хворих на туберкульоз.

Для поліпшення ефективності лікування хворих на туберкульоз, зменшення кількості бактеріовиділювачів і розриву епідемічного ланцюга передачі інфекції з відповідним поліпшенням епідемічної ситуації з туберкульозу лікування хворих забезпечуватиметься 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;
- проведення стандартизованого п'яти-, шестикомпонентного режиму антимікобактеріальної терапії хворим на хіміорезистентний туберкульоз до отримання тесту медикаментозної чутливості, а у подальшому призначення індивідуальних схем лікування;
- призначення хірургічного лікування туберкульозу за показанням;
- 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 диспансерів, в яких функціонують лабораторії з діагностики туберкульозу III рівня;
- забезпечення паліативним лікуванням хворих з розширеною медикаментозною резистентністю у разі неможливості призначення не менше чотирьох антимікобактеріальних препаратів I та II ряду до яких збереглася чутливість;
- забезпечення повноцінного харчування у протитуберкульозному стаціонарі згідно з нормами;
- забезпечення персоніфікованого контролю за лікуванням хворих на туберкульоз;

– надання соціальної підтримки хворим на туберкульоз під час амбулаторного лікування (забезпечення їх харчовими та гігієнічними наборами) для заохочення їх до продовження лікування.

5. *Забезпечення протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами.*

Для зменшення частоти випадків переривів лікування і кількості осіб із хіміорезистентним туберкульозом необхідно організувати безперебійне постачання антимікобактеріальних препаратів гарантованої якості у протитуберкульозні заклади. Забезпечення наявності препаратів здійснюється шляхом:

- державного замовлення на препарати I та II ряду вітчизняного виробництва;
- закупівлі препаратів I та II ряду, які не виробляються в Україні, за рахунок коштів Державного бюджету України та коштів неурядових організацій;
- обліку та контролю якості препаратів, які розподіляються у протитуберкульозні заклади України.

6. *Постійний моніторинг епідемічної ситуації, пов'язаної з туберкульозом, диспансеризація та науковий супровід протитуберкульозних заходів.*

Забезпечення контролю за епідемічною ситуацією, пов'язаною з туберкульозом, можливе за умови удосконалення системи моніторингу та забезпечення наукового супроводу протитуберкульозних заходів і своєчасної їх корекції, що передбачає:

- створення національного та регіонального комп'ютерного реєстру хворих на туберкульоз;
- створення системи епідеміологічного моніторингу, моніторингу ефективності програми боротьби з туберкульозом;
- здійснення моніторингу діагностичних та лікувальних заходів;
- впровадження рекомендованих ВООЗ обліково-звітних статистичних форм;
- створення комп'ютерної мережі для автоматизованого збору інформації, розробка програмного забезпечення для національного реєстру хворих на туберкульоз та забезпечення їх функціонування;
- проведення диспансеризації хворих на туберкульоз відповідно до строку перебування в групах диспансерного нагляду;
- проведення наукових досліджень з питань хіміорезистентного туберкульозу, профілактики, діагностики і лікування, запобігання та лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, визначення активності дезінфектантів щодо збудника туберкульозу та інших.

7. *Профілактика туберкульозу*

Заходи, спрямовані на профілактику туберкульозу серед населення:

- призначення хіміопротифілактики контактним, інфікованим мікобактеріями туберкульозу дітям, особам, які віднесені до контингентів групи ризику щодо захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфікованим;

- вакцинація та ревакцинація вакциною БЦЖ;
- проведення поточної та заключної дезінфекції в осередках туберкульозної інфекції;
- забезпечення протитуберкульозних закладів локальними очисними спорудами з повним циклом очищення до повного знезараження;
- забезпечення протитуберкульозних закладів дезінфекційними камерами, дезінфекційними засобами, бактерицидними випромінювачами;
- забезпечення працівників, які надають медичну допомогу, обслуговують, охороняють хворих на туберкульоз, працюють в лабораторіях з діагностики туберкульозу спеціальним одягом та засобами індивідуального захисту, адекватними режимами праці, відпочинку, оздоровлення залежно від небезпеки робочого місця;
- посилення контролю над ситуацією стосовно попередження поширення туберкульозу серед сільськогосподарських тварин та забезпечення оздоровлення неблагополучних щодо туберкульозу тваринницьких господарств.

8. Запобігання поширенню ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу

Здійснення заходів щодо запобігання розповсюдження ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу (поєднання туберкульозу та ВІЛ/СНІДу) та надання кваліфікованої, доступної медичної допомоги хворим передбачає конструктивні зміни системи діагностики, профілактики та лікування хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз і може бути досягнуто за умови:

- координації національних програм з туберкульозу та ВІЛ/СНІДу;
- розширення доступу контингенту осіб, які знаходяться на обліку у протитуберкульозних закладах, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- забезпечення доступу хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз до антиретровірусної терапії та лікування опортуністичних інфекцій;
- проведення хіміопрофілактики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- створення умов для лікування хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз у державних та комунальних протитуберкульозних закладах.

9. Підготовка медичних працівників і санітарно-гігієнічне навчання населення з актуальних питань туберкульозу.

Для подальшого вдосконалення системи навчання медичних працівників, волонтерів і формування стійких навичок здорового способу життя та безпечної поведінки, які є важливими елементами запобігання інфікуванню і поширенню туберкульозу серед населення, необхідним є:

- створити систему підготовки студентів у ВУЗах та інших навчальних закладах, а також підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців усіх спеціальностей у закладах післядипломної освіти з питань на курсах інформації та стажування, з питань пов'язаних з особливостями профілактики туберкульозу, виявлення, діагностики, лікування та медико-соціальної реабілітації хворих на туберкульоз;

- вдосконалення системи навчання лікарів, фахівців з лабораторної діагностики, та середніх медичних працівників загальної лікувальної мережі й протитуберкульозних закладів;

- забезпечити підготовку лікарів-фтизіатрів та фахівців з лабораторної діагностики через інтернатуру вищих учбових закладів (ВУЗів) незалежно від форми власності та форм навчання (бюджетна, контрактна) за рахунок коштів Державного бюджету України;

- розробка сучасних програм підготовки та перепідготовки медичних працівників, працівників соціальних служб, волонтерів з питань профілактики, виявлення туберкульозу та лікування хворих;

- розробка концепції пропаганди здорового способу життя та подальше удосконалення системи інформування населення з питань профілактики і лікування туберкульозу;

- проведення соціологічних досліджень з метою оцінки поінформованості населення з питань туберкульозу до та після реалізації програм інформування громадськості;

- систематичне видання та розповсюдження серед населення соціальної реклами та інформаційно-просвітницьких матеріалів щодо профілактики і лікування туберкульозу.

Очікувані результати. Реалізація Державної цільової програми щодо контролю за туберкульозом в Україні на 2007 – 2011 роки дасть змогу:

- знижити темпи зростання захворюваності на туберкульоз та смертності від цієї недуги;

- попередити збільшення кількості розвитку медикаментозної резистентності;

- довести частоту переривання лікування до 10 %;

- довести кількість виявлень випадків бактеріовиділення до 50 % в структурі вперше виявлених хворих;

- удосконалити систему надання протитуберкульозної допомоги населенню;

- уніфікувати систему підготовки і перепідготовки медичних працівників та волонтерів з питань туберкульозу;

- охопити сучасною системою навчання понад 80 % медичних працівників;

- запровадити методи лабораторної діагностики туберкульозу на всій території України;

- створити та запровадити систему лабораторного контролю якості антимікобактеріальних препаратів в країні.

Рівні надання протитуберкульозної допомоги населенню і проведення протитуберкульозних заходів можна узагальнити так.

Первинний рівень, що включає фельдшерсько-акушерські пункти у сільській місцевості, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії.

Вторинний рівень включає: туберкульозні кабінети в центральних районних лікарнях, ДОТ-кабінети, районні та міські протитуберкульозні диспансери / туберкульозні лікарні, центральні районні лікарні.

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».

В закладах загальної медичної мережі здійснюються профілактичні заходи щодо туберкульозу, в т.ч. санітарна профілактика, інформування населення щодо туберкульозу, імунопрофілактика та контрольована хіміопротифілактика, виявлення хворих на туберкульоз та формування груп ризику з туберкульозу, а також контрольоване лікування хворих у підтримуючій фазі антимікобактеріальної терапії у сільській місцевості при наявності фельдшерсько-акушерських пунктів, інколи у міських та районних лікарнях загального профілю.

Діагностику, диференціальну діагностику і профілактику туберкульозу та лікування хворих на цю недугу, санітарно-освітню роботу здійснюють у протитуберкульозних закладах.

Лікування хворих на туберкульоз та їх реабілітацію, реадaptaцію та соціалізацію, хіміопротифілактику серед дітей і підлітків, санітарно освітню роботу проводять у туберкульозних санаторіях.

Наукові дослідження щодо легеневого та позалегенового туберкульозу проводять профільні науково-дослідні інститути, кафедри фтизіатрії вищих навчальних закладів і закладів післядипломної освіти. До цих досліджень можуть залучатися протитуберкульозні заклади та практичні фахівці адміністративних територій.

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

Метою Основних засад організації медичної допомоги хворим на туберкульоз (далі – Основні засади) є збереження і поліпшення здоров'я людей за рахунок раціональної науково обґрунтованої організації профілактики, своєчасного виявлення і діагностики туберкульозу та ефективного лікування хворих на цю недугу, а також скорочення прямих втрат суспільства за рахунок поліпшення ефективності протитуберкульозних заходів (виявлення, діагностики, лікування та профілактики) й посилення контролю за туберкульозом і зниження захворюваності та смертності населення від цієї недуги, а також зменшення економічних збитків суспільству від туберкульозу внаслідок зменшення резервуару туберкульозної інфекції.

Завданнями Основних засад є:

1) створення уніфікованої та оптимізованої системи раціональної науково обґрунтованої організації протитуберкульозних заходів на засадах адаптації до Міжнародних стандартів та єдиних вимог щодо організації профілактики, своєчасного виявлення і діагностики туберкульозу, ефективного лікування хворих та контролю за ними;

2) збільшення обсягів, доступності та якості протитуберкульозних заходів щодо організації профілактики, своєчасного виявлення і діагностики туберкульозу та ефективного лікування хворих в межах державних гарантій забезпечення громадян медичною допомогою;

3) скорочення термінів втраченого здоров'я населення внаслідок легеневого та позалегового туберкульозу шляхом впровадження у медичну практику сучасних організаційних методів профілактики, виявлення, діагностики туберкульозу та лікування хворих на цю недугу;

4) підвищення ефективності використання людських і матеріальних ресурсів у протитуберкульозній службі та закладах загальної медичної мережі.

Принципи реалізації Основних засад. Реалізація Основних засад ґрунтується на таких принципах:

1) всезагальна соціальна справедливість і повна доступність протитуберкульозної допомоги населенню незалежно від соціального стану громадян, рівня їх доходів і місця проживання;

2) профілактична направленість та пріоритетність реалізації протитуберкульозних заходів в умовах недостатнього їх фінансування;

3) економічна ефективність функціонування протитуберкульозних закладів та закладів загальної медичної мережі, а також реалізації протитуберкульозних заходів;

4) єдність фтизіатричної науки і практики, фтизіатричної служби і загальної медичної мережі;

5) активна участь усіх центральних і регіональних органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, а також населення у вирішенні питань боротьби з туберкульозом.

Стратегічні принципи боротьби з туберкульозом у сучасних умовах – це реорганізація і реструктуризація інфраструктури протитуберкульозної служби при збереженні за нею щорічних обсягів фінансування з бюджетів всіх рівнів і щорічне нарощування бюджету на протитуберкульозні заходи, впровадження сучасних технологій контролю за туберкульозом, активізація первинної медико-санітарної ланки у виконанні протитуберкульозних заходів 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 туберкульозу) та посилення відповідальності усіх органів влади за їх реалізацію;

- розвиток недержавного сектора охорони здоров'я і визначення його ролі у боротьбі з туберкульозом;

- залучення професійних медичних асоціацій (лікарів, фтизіатрів і пульмонологів, хірургів та ін.) до реалізації державної політики в галузі протидії туберкульозу та розвитку фтизіатричної науки;

- проведення реформ в охороні здоров'я шляхом переходу до страхової медицини та визначення ролі й місця серед тих реформ заходів щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню;

- реформування, реорганізація і реструктуризація інфраструктури протитуберкульозної служби;
- надання державних гарантій щодо забезпечення адекватності фінансових ресурсів для комплексного проведення протитуберкульозних заходів;
- удосконалення правового регулювання у сфері протидії туберкульозу 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;
- проведення інвестиційної політики щодо протидії туберкульозу, яка забезпечує максимальний медичний, соціальний та економічний ефект на одиницю затрат;
- забезпечення протитуберкульозної служби необхідним кадровим потенціалом лікарів-фтизіатрів, лаборантів, рентгенологів і підвищення рівня їх кваліфікації;
- вдосконалення системи підготовки й перепідготовки лікарів будь-якого профілю у напрямі підвищення їх знань щодо туберкульозу, настороженості щодо цієї недуги у повсякденній практиці та проведення протитуберкульозної пропаганди;
- підвищення соціальної захищеності лікарів, середнього, молодшого та обслуговуючого персоналу протитуберкульозних установ та їх пацієнтів, в т.ч. підвищення заробітної плати, надання житла та інших пільг працівникам протитуберкульозної служби, а також забезпечення соціальної підтримки хворих на туберкульоз у процесі їх лікування;
- вдосконалення державного регулювання цінової політики та безперебійного забезпечення хворих на туберкульоз необхідними антимікобактеріальними препаратами гарантованої якості, виробами медичного призначення та медичною технікою;
- підвищення зацікавленості громадян до збереження і зміцнення свого здоров'я та профілактики туберкульозу.

Застосування Основних засад. Основні положення цих Основних засад 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 проводять планування та організовують протитуберкульозні заходи (організацію профілактики, своєчасного виявлення і діагностики туберкульозу та ефективного лікування хворих на цю недугу) у адміністративних територіях та у всій країні.

В цих Основних засадах використовується шкала переконливості доказів щодо запропонованих організаційних заходів:

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

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

в) відсутність достатніх доказів вважається тоді, коли існуючих доказів недостатньо для пропонування тих чи інших рекомендацій (положень, 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 суцільної скринінгової флюорографії);

г) немає достатньо доказів для того, щоб рекомендувати реалізацію того чи іншого положення (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 цих Основних засад. Ведення «Основних засад організації медичної допомоги хворим на туберкульоз» повинно здійснюватися 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 також ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».

Система ведення Основних засад 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 цих Основних засад. Не зважаючи на протитуберкульозні заходи, які проводились 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 разу. 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 разу. У 2011 р. реєструвалося 30659 нових хворих, що нижче, ніж у 2009 р. на 8,3 % та захворюваність на туберкульоз зменшилась до 67,2 на 100 тис. населення (або на 7,6 %), як й смертність (до 15,2 на 100 тис. населення).

З 1995 р. в Україні спостерігається епідемія туберкульозу, правда, з 2006 р. Україна вступила в період стабілізації епідемії. За 2006 – 2011 рр. захворюваність на туберкульоз знизилася на 19,3 % (з 83,2 до 67,2 на 100 тис. населення), а смертність – на 31,9 % (з 22,3 до 15,2 на 100 тис. населення).

Распорядженням Кабінету Міністрів 30 листопада 2011 р. була прийнята концепція Загальнодержавної цільової спеціальної програми протидії туберкульозу на 2012-2016 роки. Ця концепція передбачає варіанти боротьби з небезпечною інфекцією і індикатори виконання програми.

Попри стабілізації 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, недовиявлення легеневого і позалегенового туберкульозу, 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, проведення протитуберкульозних заходів у більшості адміністративних територій України стало хаотичним і неконтрольованим. Наприклад, хаотично й економічно необґрунтовано застосовується скринінгова діагностики туберкульозу методами туберкулінодіагностики та профілактичного флюорографічного обстеження, які стали, по суті, неефективними, вкрай незадовільно у повсякденну практику впроваджується мікробіологічна діагностика туберкульозу. Адже, серед усіх нових хворих на туберкульоз легень, зареєстрованих в Україні у 2011 р., бактеріовиділення виявлено тільки у 49,7 %. Це надзвичайно мало, бо етіологічний діагноз туберкульозу легень повинен наближатися до 70 % у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Зважаючи на викладене, протитуберкульозна служба в Україні й передусім в кожній адміністративній території потребує реорганізації та реструктуризації, а протитуберкульозні заходи – оптимізації. Щоб ці заходи проводилися науково обґрунтовано та уніфіковано у всіх адміністративних територіях, розроблений ці Основні засади організації медичної допомоги хворим на туберкульоз.

Ці Основні засади дозволять у всіх адміністративних територіях проводити раціональні науково обґрунтовані організаційні заходи щодо профілактики, своєчасного виявлення і діагностики туберкульозу та ефективного лікування хворих на цю недугу і тим самим поліпшить якість, економічну і медико-соціальну ефективність зазначених заходів, посилить контроль за туберкульозом, що приведе до зниження захворюваності та смертності населення від цієї недуги, й, відповідно, до зменшення економічних збитків суспільству від туберкульозу внаслідок зменшення резервуару туберкульозної інфекції.

Розділ 1. Організаційні підходи до розробки, планування та реалізації протитуберкульозних заходів і програм

1. Організація всіх протитуберкульозних заходів (організації профілактики, своєчасного виявлення і діагностики туберкульозу та ефективного лікування хворих на цю недугу та ін.) 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. Вони повинні стати основою для розробки майбутніх загальнодержавної, галузевих і регіональних програм, нормативних і правових документів, розробки системи моніторингу, планування і впровадження передових вискоєфективних технологій щодо організації, профілактики, виявлення, діагностики, контрольованого лікування, диспансеризації та проведення наукових досліджень з цих питань з подальшим впровадженням наукових розробок у практику. На підставі зазначених документів повинні використовуватися людські, матеріальні та фінансові ресурси з визначенням пріоритетних напрямів. Вказані матеріали повинні стати основою для медичних, урядових і неурядових організацій та засобів масової інформації, для регламентації основних принципів і заходів протитуберкульозної роботи з урахуванням національних і міжнародних досягнень в галузі організаційних форм і методів боротьби з туберкульозом та соціально-економічних умов що склалися.

2. Чинні нормативно-правові документи у сфері протидії туберкульозу слід постійно вдосконалювати з метою врахування передових методів і форм організації протитуберкульозних заходів, усунення протиріч, суперечностей і різночитань у різних центральних і регіональних нормативно-правових актах.

3. Пріоритетними засадами в організації протидії туберкульозу в Україні повинні бути адаптовані до українських національних умов положення Стоп ТБ стратегії, а саме:

І. 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:

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

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. 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).

1.4. 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 диспансерів, 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.

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

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.

1.7. Профілактику туберкульозу проводити шляхом:

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

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

II. Боротьба з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, множинно-лікарсько-стійким (МЛС) туберкульозом та іншими викликами. Включає заходи п. 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.

III. 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.

IV. 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.

V. 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.

VI. 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.

4. Для розробки, планування, фінансування та реалізації протитуберкульозних заходів найефективнішим є програмний підхід з наявністю 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.

5. Після розробки і затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз слід розробляти і затверджувати аналогічні галузеві та регіональні програми, які повинні відображати особливості протитуберкульозних заходів у тій чи іншій галузі, регіоні.

6. Призначення керівників загальнодержавної, галузевої, регіональної програми і групу контролю та моніторингу за виконанням програми.

7. На кожну із затверджених програм розробляється План заходів щодо реалізації відповідної програми із визначенням термінів виконання та конкретних виконавців.

8. Мотивування Уряду країни, центральних та регіональних органів виконавчої влади щодо визнання ними туберкульозу як невідкладної складової своєї політики, яка забезпечуватиме безпеку суспільства та його захист від цієї недуги. Уряд країни, центральні та регіональні органи виконавчої влади повинні винести систему боротьби з туберкульозом в Україні та її регіонах на рівень першочергових загальнодержавних завдань і національної безпеки, а також забезпечувати додержання прав людини і громадянина до безкоштовності, загальнодоступності та рівних можливостей надання протитуберкульозної допомоги.

9. Створення нормативно-правової бази і 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 профілактики та виявлення туберкульозу, а також лікування хворих на амбулаторному етапі.

10. На законно-правових підставах слід зберегти цілісність протитуберкульозної служби, провівши її реформування, реорганізацію та реструктуризацію та створивши у областях України, містах Києві та Севастополі вертикаль управління і контролю за виконанням програм і

протитуберкульозних заходів, в т.ч. через державні та регіональні міжурядові комісії.

11. Періодичного перегляду і оновлення потребують навчальні програм з фтизіатрії для студентів і лікарів різних профілів та населення. За ініціативою протитуберкульозної служби із залученням інших фахівців слід щороку проводити навчальні семінари для організаторів охорони здоров'я, лаборантів, терапевтів, завідуючих поліклініками, епідеміологів, фтизіатрів, а також для середніх медичних працівників з метою підвищення рівня їх знань щодо туберкульозу, які підтверджуються отриманням відповідних сертифікатів.

12. Максимальне залучення громадських організацій для контролю за раціональним використанням коштів закладами охорони здоров'я і виконанням ними плану реалізації протитуберкульозних заходів є запорукою формування громадянського суспільства і сприяє поліпшення якості медичних послуг.

13. Слід постійно мотивувати участь населення в запобіганні туберкульозу.

14. Для оперативного управління виконанням протитуберкульозних заходів слід сформувати їх національний і регіональні комп'ютерні реєстри і проводити моніторинг.

15. Організація реєстрації та обліку хворих на туберкульоз, а також проведення протитуберкульозних заходів у кожній адміністративній території та країні через регіональні та національний реєстри.

16. Регулярне проведення кураторських візитів, моніторинг, оцінку та контроль вищестоящими протитуберкульозними закладами, органами центральної та виконавчої влади нижчестоящих лікувально-профілактичних закладів та органів влади. Під час курації, моніторингу, оцінки здійснення постійного контролю за ефективністю та рентабельністю протитуберкульозних заходів і на цих засадах внесення корективи у їх планування та реалізацію.

17. Для надання протитуберкульозної допомоги високої якості й посилення відповідальності протитуберкульозні заклади та заклади загальної медичної мережі повинні укладати контракти з пацієнтами, у яких буде 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 слугитиме інформованою згодою пацієнта щодо виконання тих чи інших стандартів.

18. Проведення акредитації і ліцензування всіх протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів, що поліпшить рівень надання протитуберкульозної допомоги.

■ Критерії та індикатори якості медичної допомоги на засадах організаційних підходів до розробки, планування та реалізації протитуберкульозних заходів і програм:

1. Виконання чинних нормативно-правових актів, загальнодержавної та регіональної програм протидії захворюванню на туберкульоз:

1.1. Відсоток заходів загальнодержавної, галузевої чи регіональної програми, які суперечать чинним нормативно-правовим актам, – це відношення

кількості заходів загальнодержавної, галузевої чи регіональної програми, які суперечать чинним нормативно-правовим актам, до кількості усіх заходів у програмі, помножене на 100 %.

1.2. Кількість скарг від будь-яких заявників на неналежне надання чи відмову у наданні протитуберкульозної допомоги у порівнянні з аналогічним періодом попереднього року, в абсолютній кількості та у відсотках, з них кількість задоволених скарг, у % (це відношення кількості задоволених скарг до кількості всіх скарг, помножене на 100 %).

1.3. Відсоток невиконаних заходів загальнодержавної та регіональної програм протидії захворюванню на туберкульоз – це відношення кількості невиконаних заходів загальнодержавної та регіональної програм протидії захворюванню на туберкульоз до кількості усіх заходів у програмі, помножене на 100 %.

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

2.1. Відсоток (загальноукраїнських, регіональних) нормативно-правових документів, що містять протиріччя, суперечності й різночитання, – це відношення кількості (загальноукраїнських, регіональних) нормативно-правових документів, що містять протиріччя, суперечності й різночитання, до загальної кількості чинних (загальноукраїнських, регіональних) нормативно-правових актів, помножене на 100 %.

2.2. Кількість розроблених нових нормативно-правових документів у порівнянні з аналогічним періодом минулого року, в абсолютній кількості та у відсотках.

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

3-а. Адаптована Стоп ТБ стратегія у стадії розробки, затвердження, впровадження чи відсутня (відповідне відмітити).

3-б. 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 %.

3.1. Відсоток адміністративних територій (областей, міст, районів), у яких впроваджена **Адаптована ДОТС-стратегія** – відношення кількості адміністративних територій (областей, міст, районів), у яких впроваджена Адаптована ДОТС-стратегія, до загальної кількості відповідних адміністративних територій у регіоні чи країні, помножене на 100 %.

3.1.1. Політична та фінансова підтримка програми боротьби з туберкульозом:

3.1.1.1. Є чи немає затвердженої Верховною Радою чи Кабінетом Міністрів України стратегії та Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз і аналогічно у адміністративних територіях та результати їх виконання.

3.1.1.2. Є чи немає призначеного на національному та регіональному рівні відповідального координатора щодо контролю за туберкульозом та результати його діяльності.

3.1.1.3. Є чи немає функціонуючої національної ради і/або міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом на центральному та регіональному рівнях і результати їх діяльності.

3.1.1.4. Є чи немає Загальнодержавного та регіональних планів поширення ДОТС-стратегії, ДОТС-плюс стратегії, Стоп ТБ стратегії та результати їх виконання.

3.1.1.5. Всі чи не всі компоненти ДОТС-стратегії, ДОТС-плюс стратегії, Стоп ТБ стратегії прописані у нормативних документах на національному та регіональних рівнях, які не прописані – їх відсоток – це відношення кількості не прописаних компонентів ДОТС-стратегії, ДОТС-плюс стратегії, Стоп ТБ стратегії до кількості компонентів у цих стратегіях, помножене на 100 %.

3.1.1.6. Є чи немає Національного програмного керівництва по боротьбі з туберкульозом на засадах Адаптованої Стоп ТБ стратегії.

3.1.1.7. Відсоток виділеного цільового фінансування (не в рамках загального бюджетного фінансування протитуберкульозних заходів) на підтримку програми боротьби з туберкульозом на рівні держави та адміністративних територій країни – відношення кількості цільового фінансування (не в рамках загального бюджетного фінансування протитуберкульозних заходів) на підтримку програми боротьби з туберкульозом на рівні держави та адміністративних територій країни до загальної кількості фінансування, виділеного на протитуберкульозні заходи, помножене на 100 %.

3.1.2. Виявлення хворих на туберкульоз:

3.1.2.1. Відсоток виявлених нових хворих за зверненням – це відношення кількості виявлених нових хворих за зверненням до кількості усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом, помножене на 100 %.

3.1.2.2. Сформовані чи не сформовані групи ризику щодо захворювання на туберкульоз серед дітей та дорослих; їх кількість та обсяги їх обстеження.

3.1.2.3. Відсоток виявлених нових хворих методом мікроскопії мазка – це відношення кількості виявлених нових хворих методом мікроскопії мазка до кількості усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом, помножене на 100 %.

3.1.2.4. Відсоток виявлених нових хворих дітей методом туберкулінодіагностики – це відношення кількості виявлених нових хворих дітей методом туберкулінодіагностики до кількості усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом, помножене на 100 %.

3.1.2.5. Відсоток виявлених нових хворих методом рентгенофлюорографії – це відношення кількості виявлених нових хворих методом рентгенофлюорографії до кількості усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом, помножене на 100 %.

3.1.2.6. Відсоток нових хворих на деструктивний туберкульоз – це відношення кількості нових хворих на деструктивний туберкульоз до кількості

усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом легень, помножене на 100 %.

3.1.2.7. Відсоток нових хворих-бактеріовиділювачів – це відношення кількості нових хворих-бактеріовиділювачів до кількості усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом легень, помножене на 100 %.

3.1.3. Діагностика туберкульозу:

3.1.3.1. Частота бактеріовиділювачів, діагностованих методом мікроскопії мазка, у структурі поширеності туберкульозу – це відношення кількості бактеріовиділювачів, діагностованих методом мікроскопії мазка, до кількості усіх контингентів на активний туберкульоз, що знаходяться на обліку диспансеру, помножене на 100 %.

3.1.3.2. Частота бактеріовиділювачів, діагностованих методом посіву мокротиння, у структурі поширеності туберкульозу, це відношення кількості бактеріовиділювачів, діагностованих методом посіву мокротиння, до кількості усіх контингентів на активний туберкульоз, що знаходяться на обліку диспансеру, помножене на 100 %.

3.1.3.3. Частота резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів серед усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом легень – це відношення кількості резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у нових хворих на туберкульоз легень до кількості усіх хворих з вперше в житті зареєстрованим туберкульозом легень, помножене на 100 %.

3.1.3.4. Частота резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів серед усіх хворих, що знаходяться на обліку у протитуберкульозних диспансерах, – це відношення кількості резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів серед контингентів на туберкульоз легень до кількості усіх хворих, що знаходяться на обліку у протитуберкульозних диспансерах, помножене на 100 %.

3.1.3.5. Відсоток помилок діагностики між клінічним і патологоанатомічним діагнозами – це відношення кількості помилок діагностики між клінічним і патологоанатомічним діагнозами до кількості усіх померлих хворих на туберкульоз, що зазнали автопсії, помножене на 100 %.

3.1.4. Лікування хворих на туберкульоз:

3.1.4.1. Відсоток відхилень від стандартизованого режиму антимікобактеріальної терапії хворим 1, 2, 3, 4 категорій – це відношення кількості відхилень від стандартизованого режиму антимікобактеріальної терапії хворим 1, 2, 3, 4 категорій до кількості усіх хворих, що лікувалися, або від вибірки первинної медичної документації (форма ТБ 01) відібраної для перевірки, помножене на 100 %.

3.1.4.2. Відсоток хворих 1 – 4 категорій, що не лікувалися під безпосереднім контролем медичного працівника – це відношення кількості хворих 1 – 4 категорій, що не лікувалися під безпосереднім контролем медичного працівника, до кількості перевірених хворих чи первинних медичних документів, помножене на 100 %.

3.1.4.3. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, що зазнали хірургічного лікування – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, що зазнали хірургічного лікування, до кількості усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, а також ефективність цього лікування (відношення кількості вилікуваних хірургічним методом хворих на вперше діагностований туберкульоз до кількості усіх прооперованих нових хворих, помножене на 100 %).

3.1.4.4. Навести результати ефективності лікування хворих за когортним аналізом.

3.1.4.5. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, що лікувалися санаторно – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, що лікувалися санаторно, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

3.1.4.6. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, яким у інтенсивній фазі лікування призначали препарати II ряду – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, яким у інтенсивній фазі лікування призначали препарати II ряду, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

3.1.4.7. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, яким проводили паліативне лікування – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, яким проводили паліативне лікування, до кількості усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

3.1.5. *Забезпечення протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами I та II ряду:*

3.1.5.1. Відсоток забезпеченості протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами I ряду – це відношення кількості протитуберкульозних закладів, що цілковито забезпечені антимікобактеріальними препаратами I ряду, до кількості розрахункової потреби антимікобактеріальних препаратів I ряду, помножене на 100 %.

3.1.5.2. Відсоток забезпеченості протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами II ряду – це відношення кількості протитуберкульозних закладів, що цілковито забезпечені антимікобактеріальними препаратами II ряду, до кількості розрахункової потреби антимікобактеріальних препаратів II ряду, помножене на 100 %.

3.1.5.3. Наявність резервного запасу антимікобактеріальних препаратів на _ місяців (вказати).

3.1.5.4. Середня тривалість (у днях, місяцях), коли були відсутні антимікобактеріальні препарати (перерахувати відсутні препарати) I ряду.

3.1.5.5. Перерахувати антимікобактеріальні препарати і вказати суму (у гривнях), на яку були закуплені ці препарати із місцевого бюджету.

3.1.5.6. Перерахувати прострочені антимікобактеріальні препарати, що закуплені з Державного та місцевого бюджету, і вказати їх вартість у гривнях.

3.1.6. *Моніторинг за туберкульозом:*

3.1.6.1. Є чи немає національного та регіонального комп'ютерного реєстрів хворих на туберкульоз.

3.1.6.2. Проводиться чи не проводиться моніторинг ефективності програми боротьби з туберкульозом і його результати.

3.1.6.3. Проводиться чи не проводиться моніторинг діагностичних та лікувальних заходів і його результати.

3.1.6.4. Затверджені чи не затверджені, впроваджені чи не впроваджені рекомендовані ВООЗ обліково-звітні статистичні форми для усіх хворих і для хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

3.1.7. Профілактика туберкульозу:

3.1.7.1. Відсоток охоплення хіміопрофілактикою осіб, які віднесені до контингентів групи ризику щодо захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфікованих – це відношення кількості охоплених хіміопрофілактикою осіб, які віднесені до контингентів групи ризику щодо захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфікованих, до зареєстрованої загальної кількості цих осіб, помножене на 100 %.

3.1.7.2. Відсоток осіб, що отримували хіміопрофілактику не під контролем медичного працівника, – це відношення кількості осіб, що отримували хіміопрофілактику не під контролем медичного працівника, до кількості перевірених осіб, що отримували хіміопрофілактику, помножене на 100 %.

3.1.7.3. Відсоток дітей охоплених вакцинацією у пологовому будинку та ревакцинацією у 7- та 14-річному віці вакциною БЦЖ – це відношення кількості дітей охоплених вакцинацією у пологовому будинку та ревакцинацією у 7- та 14-річному віці вакциною БЦЖ до відповідної кількості народжених та дітей 7- і 14-річного віку, помножене на 100 %.

3.2. Боротьба з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, множинно-лікарсько-стійким (МЛС) туберкульозом та іншими викликами:

3.2.1. Існують чи не існують координаційні механізми (національна рада, міжвідомча комісія) щодо національних і регіональних програм з туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу; кількість вирішених ними проблем (перерахувати).

3.2.2. Кількість проведених спільних заходів щодо боротьби з туберкульозом і ВІЛ-інфекцією; кількість вирішених ними проблем (перерахувати).

3.2.3. Кількість хворих на туберкульоз, обстежених на ВІЛ, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, обстежених на ВІЛ до загальної кількості зареєстрованих хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

3.2.4. Кількість хворих на ВІЛ/СНІД, обстежених на туберкульоз, – це відношення кількості хворих на ВІЛ/СНІД, обстежених на туберкульоз, до загальної кількості зареєстрованих хворих на ВІЛ/СНІД, помножене на 100 %.

3.2.5. Кількість хворих на туберкульоз, яким проводилися застережні профілактичні заходи щодо ВІЛ-інфекції, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, яким проводилися застережні профілактичні заходи щодо ВІЛ-інфекції, до загальної кількості зареєстрованих хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

3.2.6. Кількість хворих на ВІЛ/СНІД, яким проводилася хіміопрофілактика туберкульозу – це відношення кількості хворих на ВІЛ/СНІД, яким проводилася хіміопрофілактика туберкульозу, до загальної кількості зареєстрованих хворих на ВІЛ/СНІД, помножене на 100 %.

3.2.7. Кількість хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІД, зареєстрованих протягом звітного періоду.

3.2.8. Кількість хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІД, зареєстрованих протягом звітного періоду, у яких діагностований туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (вказати до яких антимікобактеріальних препаратів).

3.2.9. Дані когортного аналізу ефективності лікування хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ/СНІД.

3.2.10. Кількість проведених спільних кураторських візитів фахівцями ВІЛ-інфекції та фтизіатрами.

3.2.11. Відсоток адміністративних територій, які реалізують ДОТС-плюс стратегію – це відношення кількості адміністративних територій, які реалізують ДОТС-плюс стратегію, до кількості усіх адміністративних територій регіону чи України, помножене на 100 %.

3.2.12. Кількість бактеріологічних лабораторій, які проводять діагностику резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

3.2.13. Дані когортного аналізу ефективності лікування хворих на хіміорезистентний, в т.ч. на мультирезистентний, туберкульоз.

3.2.14. Охарактеризувати епідемічну ситуацію, ефективність профілактики, виявлення, діагностики туберкульозу та лікування хворих на цю недугу у закладах Державного департаменту України з питань виконання покарань, які знаходяться у адміністративній території, що аналізується, так як зазначено вище у підпунктах пункту 3.1.

3.2.15. Охарактеризувати епідемічну ситуацію, ефективність профілактики, виявлення, діагностики туберкульозу та лікування дітей, хворих на цю недугу, так як зазначено вище у підпунктах пункту 3.1.

3.2.16. Аналогічно, як зазначено вище у підпунктах пункту 3.1, можна проводити аналіз щодо біженців, мігрантів, ромського населення, різних соціально дезадаптованих та незахищених верств населення.

3.3. Зміцнення систем охорони здоров'я:

3.3.1. Є чи немає плану спільних дій у контролі за туберкульозом між протитуберкульозною службою та іншими диспансерними закладами (шкірно-венеричним, наркологічним, ендокринологічним та ін.), а також багатопрофільних закладів загальної медичної мережі; аналіз його виконання.

3.3.2. Є чи немає плану спільних дій у контролі за туберкульозом між протитуберкульозною службою, санітарно-епідеміологічною станцією та закладами загальної медичної мережі; аналіз його виконання.

3.3.3. Моніторинг придбання медичної апаратури і обладнання, необхідних для профілактики, діагностики, лікування та виявлення туберкульозу у протитуберкульозних закладах та закладах загальної медичної мережі.

3.3.4. Показник плинності кадрів, які беруть участь у контролі за туберкульозом, у закладах загальної медичної мережі та протитуберкульозних закладах.

3.3.5. Кількість скарг, пов'язаних із нескоординованою діяльністю протитуберкульозних закладів, центрів боротьби зі СНІДом, наркологічних та ін. диспансерів і закладів загальної медичної мережі.

3.3.6. Кількість проведених спільних засідань і нарад протитуберкульозних закладів, центрів боротьби зі СНІДом, наркологічних та ін. диспансерів і закладів загальної медичної мережі.

3.3.7. Кількість інновацій і нововведень, якими проведений обмін між протитуберкульозними закладами, центрами боротьби зі СНІДом, наркологічними та ін. диспансерами і закладами загальної медичної мережі.

3.3.8. Кількість інновацій і нововведень, запозичених з інших галузей і адаптованих до реалізації протитуберкульозних заходів.

3.3.9. Кількість договорів про співпрацю між протитуберкульозними закладами, санітарно-епідеміологічною станцією, центрами боротьби зі СНІДом, наркологічними та ін. диспансерами і закладами загальної медичної мережі тощо.

3.4. Залучення всіх постачальників медичних послуг:

3.4.1. Кількість договорів про співробітництво між протитуберкульозними закладами, іншими державними організаціями та приватними секторами.

3.4.2. Є чи немає затверджених стандартів надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, адаптованих до міжнародних стандартів.

3.5. Розширення можливостей хворих на туберкульоз і суспільства:

3.5.1. Скільки популярної продукції (фільмів, статей, буклетів, виступів, лекцій тощо) щодо туберкульозу підготовлено і опубліковано у друкованих та електронних засобах масової інформації.

3.5.2. Які роз'яснювальні, соціальні, економічні та мотиваційні заходи застосовувалися серед хворих та населення щодо поліпшення боротьби з туберкульозом (перерахувати і вказати їх кількість).

3.5.3. Які громади та громадські організації беруть участь у наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз; результати їх діяльності.

3.5.4. Дотримуються чи не дотримуються хартії пацієнтів про медичну допомогу хворим на туберкульоз у даній адміністративній території.

3.6. Підтримка й розвиток наукових досліджень:

3.6.1. Кількість прикладних наукових досліджень на основі Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз та їх результати.

3.6.2. Кількість наукових досліджень, спрямованих на розробку нових діагностичних засобів, лікарських препаратів і вакцин, та їх результати.

4. Програмний підхід до реалізації протитуберкульозних заходів:

4.1. Застосовується чи не застосовується програмний підхід для розробки, планування, фінансування та реалізації протитуберкульозних заходів.

4.2. Які протитуберкульозні заходи, що не включені до Загальнодержавної та регіональної програми протидії захворюванню на туберкульоз, застосовуються у даній адміністративній території.

4.3. Є чи немає керівництва реалізації протитуберкульозних заходів за чинною Загальнодержавною та регіональною програмою протидії захворюванню на туберкульоз.

4.4. Є чи немає клінічних протоколів реалізації протитуберкульозних заходів за чинною Загальнодержавною та регіональною програмою протидії захворюванню на туберкульоз.

4.5. Є чи немає стандарту якості протитуберкульозних заходів за чинною Загальнодержавною та регіональною програмою протидії захворюванню на туберкульоз.

5. *Запровадження галузевих і регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз:*

5.1. Є чи немає розроблених і затверджених галузевих (наприклад, у пенітенціарній системі) та регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз.

6. *Призначення керівників загальнодержавної, галузевої, регіональної програми і групи контролю та моніторингу за виконанням програм:*

6.1. Призначені чи не призначені керівники загальнодержавної, галузевої, регіональної програм.

6.2. Пройшли чи не пройшли навчання призначені керівники загальнодержавної, галузевої, регіональної програм (номер їх сертифікату і дата видачі).

6.3. Створена чи не створена група контролю та моніторингу за виконанням програми у протитуберкульозних диспансерах Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя.

6.3. Має чи не має група контролю та моніторингу за виконанням програми приміщення, кадри, необхідну оргтехніку і фінансування.

7. *Плани заходів щодо реалізації програми протидії захворюванню на туберкульоз:*

7.1. Відсоток адміністративних територій, в яких розроблені й виконуються Плани заходів щодо реалізації програми, – це відношення кількості адміністративних територій, в яких розроблені й виконуються Плани заходів щодо реалізації програми, до всієї кількості територій, помножене на 100 %.

8. *Мотивація Уряду країни, центральних та регіональних органів виконавчої влади щодо їх політичної волі з питань туберкульозу:*

8.1. Скільки інформаційних, інформаційно-аналітичних листів направлено до Уряду країни, центральних та регіональних органів виконавчої влади щодо туберкульозу.

8.2. Скільки і які громадські організації співпрацюють у сфері туберкульозу і зокрема з мотивації Уряду країни, центральних та регіональних органів виконавчої влади щодо цієї недуги.

8.3. Забезпечуються чи не забезпечуються права людини і громадянина до безкоштовності, загальнодоступності та рівних можливостей надання протитуберкульозної допомоги.

9. Інтеграція діяльності протитуберкульозної служби з загальною медичною мережею, санітарно-епідеміологічною службою та зацікавленими органами виконавчої влади щодо профілактики та виявлення туберкульозу, а також лікування хворих на амбулаторному етапі.

9.1. Перерахувати договори, угоди і 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 профілактики та виявлення туберкульозу, а також лікування хворих на амбулаторному етапі.

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

10.1. Скільки скорочено протитуберкульозних диспансерів, туберкульозних санаторіїв та ліжок в них, а також медичних працівників за останні 3 роки.

10.2. Проводилися чи не проводилися круглі столи і громадське обговорення щодо реформування, реорганізації та реструктуризації протитуберкульозної служби.

10.3. Створена чи не створена вертикаль управління і контролю за виконанням програм і протитуберкульозних заходів, в т.ч. через державні та регіональні міжурядові комісії.

11. Уніфікація навчальних програм щодо туберкульозу і проведення семінарів:

11.1. На всій чи не на всій території країни уніфіковані навчальні програми щодо туберкульозу у різних освітніх закладах.

11.2. Відповідають чи не відповідають навчальні програми загальнодержавній і регіональним програмам протидії захворюванню на туберкульоз.

11.3. Скільки семінарів проведено для організаторів охорони здоров'я, лаборантів, терапевтів, завідуючих поліклініками, епідеміологів, фтизіатрів, а також для середніх медичних працівників з метою підвищення рівня їх знань щодо туберкульозу.

12. Залучення громадських організацій до контролю за протитуберкульозними заходами:

12.1. Які громадські організації у сфері боротьби з туберкульозом зареєстровані в адміністративній території.

12.2. Мають чи не мають громадські організації доступ до контролю за раціональним використанням коштів закладами охорони здоров'я і виконанням ними плану реалізації протитуберкульозних заходів; які результати цієї діяльності.

13. Мотивація населення в запобіганні туберкульозу:

13.1. Скільки фільмів, статей, буклетів, виступів, лекцій тощо щодо туберкульозу знайшли віддзеркалення серед населення.

13.2. На скільки зменшилася чи збільшилася кількість занедбаних випадків туберкульозу за певний період порівняно з аналогічним попереднім періодом.

13.3. На скільки зменшилася чи збільшилася кількість відмов від лікування хворих на туберкульоз за певний період порівняно з аналогічним попереднім періодом.

14. Комп'ютерний реєстр і моніторинг:

14.1. Є чи немає національного комп'ютерного реєстру.

14.2. Є чи немає регіональних комп'ютерних реєстрів.

14.3. Проводиться чи не проводиться моніторинг протитуберкульозних заходів на регіональному та національному рівнях.

14. Скільки службових листів розповсюджено для оперативного управління виконанням протитуберкульозних заходів.

15. Реєстрація та облік хворих на туберкульоз і проведення протитуберкульозних заходів:

15.1. Є чи немає статистичних обліково-звітних форм для реєстрації та обліку хворих на туберкульоз та проведення протитуберкульозних заходів; на скільки місяців вистачає їх запасу.

15.2. Як часто заносяться дані у реєстри щодо нових зареєстрованих хворих.

15.3. На скільки відсотків відрізняються дані про нових хворих бактеріовиділювачів у протитуберкульозному закладі та санітарно-епідеміологічній станції.

16. Кураторські візити, моніторинг, оцінка і контроль за протитуберкульозними заходами:

16.1. Є чи немає плану кураторських візитів у протитуберкульозному диспансері.

16.2. Як часто у одну адміністративну територію проводяться кураторські візити з метою моніторингу, оцінки і контролю за протитуберкульозними заходами.

16.3. Які найтипівіші недоліки оформлення звіту про кураторський візит.

16.4. Вивчається чи не вивчається ефективність та рентабельність протитуберкульозних заходів у адміністративній території.

17. Контракти з пацієнтами під час надання протитуберкульозних медичних послуг:

17.1. Укладаються чи не укладаються контракти з пацієнтами під час надання протитуберкульозних медичних послуг.

17.2. Скільки скарг і судових рішень було за неналежне виконання умов контрактів однією із сторін.

17.3. Відсоток хворих на туберкульоз, які отримують медичну допомогу не на контрактній основі.

18. Акредитация та ліцензування протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів та їх структурних підрозділів:

18.1. 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 %.

18.2. 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 %.

■ **Очікувані результати організаційних підходів до розробки, планування та реалізації протитуберкульозних заходів і програм** можна оцінювати тільки при комплексній реалізації усіх розділів цих Основних засад організації медичної допомоги хворим на туберкульоз, зокрема організації: 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. Все це повинно підкріплюватися фінансуванням протитуберкульозних заходів.

Розділ 2. Організація виявлення та діагностики туберкульозу

1. **Виявлення хворих на туберкульоз** – це застосування активних (туберкулінодіагностика, флюорографія, мікроскопія мазка) чи пасивних методів (збір скарг і анамнезу, фізикальне, рентгенологічне дослідження і триразова мікроскопія мазка мокротиння) з метою встановлення попереднього діагнозу туберкульозу, який необхідний для сортування або відбору осіб з підозрою на туберкульоз, розробки і реалізації плану обстеження, в тому числі проведення пробного лікування, для остаточного підтвердження чи виключення діагнозу туберкульозу.

Виявлення хворих на туберкульоз є прерогативою кожного лікаря та середнього медичного працівника загальної медичної мережі, а при зверненні хворого у протитуберкульозний заклад – його фахівці зобов'язані обстежити пацієнта на туберкульоз.

2. Виявлення хворих на туберкульоз проводиться: а) при звертанні за медичною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз (пасивне виявлення); б) при скринінговому обстеженні груп підвищеного ризику захворюваності на туберкульоз (активне виявлення), через що у кожній

адміністративній території слід сформувати групи ризику серед дитячого та дорослого населення.

3. Групи ризику щодо туберкульозу формують з урахуванням регіональних, соціально-економічних, екологічних умов та медико-біологічних чинників з їх ранжуванням. До найтипівіших груп ризику щодо розвитку туберкульозу відносять такі категорії населення:

3.1. Групи ризику за соціальними чинниками: безпритульні; мігранти; біженці; ув'язнені й особи, що звільнилися з місць позбавлення волі та члени їх родин; малозабезпечені особи; безробітні; особи, що знаходяться на обліку в службі зайнятості; особи, що звернулися у відділ субсидій; особи у приймальниках-розподільниках; особи, що знаходяться в ізоляторах тимчасового утримання.

3.2. Групи ризику за медико-біологічними чинниками: хворі на цукровий діабет; хворі на силікоз; хворі, що тривало лікувалися кортикостероїдами; хворі, що отримували імуносупресивне і променеве лікування; хворі на рак (особливо, лейкемія, хвороба Ходжкіна (злоякісний лімфогранулематоз); ВІЛ-інфіковані; хворі на СНІД; особи з тяжкими хронічними соматичними хворобами (важкі захворювання нирок, печінки, деякі кишкові захворювання та ін.); особи з дефіцитом маси тіла (на 10 % і нижче від нормальної); особи, що зловживають алкоголем; особи, що зловживають наркотиками; пацієнти, що знаходяться в наркологічних і психіатричних установах; особи із залишковими змінами після спонтанновилікуваного туберкульозу; особи, які вилікувались від туберкульозу; усі рентгенпозитивні особи.

3.3. групи ризику за епідеміологічними чинниками: контактні з хворими на туберкульоз та члени їх сімей.

3.4. Постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 р. № 143 «Про затвердження Порядку проведення обов'язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу» зазначено, що обов'язковому профілактичному огляду на виявлення туберкульозу підлягають: діти та особи віком до 21 року; працівники, зайняті на важких роботах; працівники, зайняті на роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці; працівники окремих професій виробництв та організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення; особи, які утримаються в установах кримінально-виконавчої системи; особи, звільнені з установ кримінально-виконавчої системи; особи, які понад один рік зареєстровані в державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу, та безробітні; члени малозабезпечених сімей, які понад один рік отримують державну соціальну допомогу; особи, які перебували під медичним (диспансерним) наглядом у протитуберкульозних закладах; особи, які перебувають під медичним (диспансерним) наглядом у наркологічному чи психоневрологічному закладі.

3.5. У країнах Євросоюзу спостерігаються такі групи ризику, що потребують особливої уваги: особи, які знаходяться у в'язницях; працівники, які переїжджають з однієї країни до іншої; нелегальні іммігранти; іноземці; сироти; етнічні угруповання; особи, схильні до алкоголізму; ін'єкційні наркомани.

3.6. Склад груп ризику може змінюватися в динаміці й підлягає щорічному перегляду та аналізу.

4. Групи ризику щодо туберкульозу формуються закладами загальної медичної мережі та санітарно-епідеміологічного нагляду. Їх обстеження проводиться в лікувально-профілактичних закладах загальної медичної мережі. Протитуберкульозні заклади є організаційно-методичними центрами з питань обстеження груп ризику; вони контролюють організацію та якість виконання плану обстежень груп ризику на туберкульоз.

5. Для виявлення хворого на туберкульоз його обстежують за допомогою таких методів: клінічний (наявність скарг, що відповідають інтоксикаційному та бронхо-легенево-плевральному синдрому); променевий (рентгенофлюорографія серед дорослих; причому слід активно переходити з флюорографічних на цифрові променеві технології); бактеріоскопічний (мікроскопія мазка мокротиння та іншого матеріалу на кислотостійкі бактерії); туберкулінодіагностика, яку проводять (під час скринінгу бригадним методом або у спеціальних кабінетах поліклінік навченим середнім медичним персоналом) за допомогою проби Манту з 2 ТО туберкуліну PPD-L (у дітей) і читають та інтерпретують її через 72 год для виявлення осіб інфікованих мікобактеріями туберкульозу та хворих на туберкульоз дітей та підлітків.

6. Усі пацієнти із продуктивним кашлем невідомої етіології, що триває протягом двох-трьох тижнів або довше, мають бути обстежені на туберкульоз (міжнародний стандарт 1).

7. У всіх пацієнтів (дорослі, підлітки, діти, в яких можна взяти аналіз мокротиння) із підозрою на легеневу форму туберкульозу, слід взяти, як мінімум, два, а краще три аналізи мокротиння для проведення мікроскопічного дослідження на кислотостійкі бактерії (міжнародний стандарт 2).

8. При сумнівному результаті первинного скринінгу та при виявленні кислотостійких бактерій (КСБ) хворий направляється в протитуберкульозний заклад (ПТЗ) для заперечення або підтвердження діагнозу туберкульозу та лікування.

9. **Діагностика туберкульозу** – це лікарська діяльність, яка спрямована на поглиблене обстеження осіб з підозрою на туберкульоз та попереднім діагнозом туберкульозу із застосуванням комплексу клінічних, рентгенологічних, мікробіологічних та показаних лабораторних й інструментальних методів дослідження з метою уточнення діагнозу і встановлення остаточного клінічного діагнозу туберкульозу згідно з чинною клінічною класифікацією туберкульозу та для проведення лікування хворого на туберкульоз.

Діагностика туберкульозу є прерогативою фтизіатра, тоді як виявлення хворих на туберкульоз є прерогативою будь-якого лікаря загальної лікувальної мережі. Діагностика туберкульозу проводиться в протитуберкульозних диспансерах 2-3 рівнів надання медичної допомоги. Діагностику мультирезистентного туберкульозу здійснюють в протитуберкульозних установах 3-го рівня.

10. Для встановлення клінічного діагнозу туберкульозу використовують такі методи:

10.1. Ті ж основні методи, що й для виявлення туберкульозу (див. п. 5), якщо на попередньому етапі їх інформативність викликала сумніви:

- Клінічний (наявність скарг, що відповідають інтоксикаційному та бронхо-легенево-плевральному синдрому).
- Променевий (рентгенофлюорографія серед дорослих; причому слід активно переходити з флюорографічних на цифрові променеві технології).
- Бактеріоскопічний (мікроскопія мазка мокротиння та іншого матеріалу на кислотостійкі бактерії).
- Туберкулінодіагностика (у дітей та підлітків).

10.2. В якості додаткових методів залежно від оснащення протитуберкульозного закладу можуть бути використані такі:

• Бактеріологічні (культуральні методи – посів патологічного матеріалу з ідентифікацією мікобактерій і визначення чутливості їх до антимікобактеріальних препаратів; прискорені культуральні методи виявлення мікобактерій туберкульозу за допомогою ВАСТЕС, методу полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР).

• Променеві (стандартна томографія легень, а при наявних можливостях – мультиспіральна комп'ютерна томографія легень, при позалегеновому туберкульозі – інші методи променевої діагностики, в т.ч. контрастні рентгенологічні методи). Променеві методи дозволяють уточнити локалізацію процесу, наявність деструкції, засіву, виявити ускладнення; проте вони частіше всього не можуть правильно визначити туберкульоз це чи інша патологія (неспецифічна запальна, онкологічна, паразитарна тощо). Із зазначених методів найбільшу інформативність має мультиспіральна комп'ютерна томографія легень.

Всі пацієнти, які мають результати рентгенівського дослідження грудної клітки, з підозрою на туберкульоз, повинні здати аналізи мокротиння для проведення мікробіологічного дослідження (міжнародний стандарт 4).

• Ендоскопічні (фібробронхоскопія (ФБС) з біопсією і цитологічним дослідженням біоптату та дослідженням промивних вод бронхів на мікобактерії туберкульозу та атипові клітини; при позалегеновому туберкульозі – інші ендоскопічні методи залежно від локалізації патологічного процесу, наприклад, при підозрі на туберкульоз плеври – торакоскопію або відеоторакоскопію з біопсією плеври і цитологічним дослідженням біоптату та дослідженням плеврального вмісту на мікобактерії туберкульозу та атипові клітини).

• Біопсійні (трансторакальна чи трансбронхіальна біопсія легень та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, експлоративна торакотомія, енуклеація периферичних лімфатичних вузлів, біопсія інших органів тощо).

• Гістологічні (гістопатологічні), рідше цитологічні (дослідження біопсійного матеріалу лімфатичних вузлів, виділених під час хірургічних втручань частин тканин, цитологічне дослідження біологічних рідин та змивів тощо).

- Імунологічні (імунологічне дослідження крові, інколи біологічних рідин тощо). Вони дозволяють визначити стан системного чи місцевого імунітету, але не дозволяють з високим ступенем вірогідності діагностувати туберкульоз.

- Пробна неспецифічна антибіотикотерапія (може проводитися з метою диференціальної діагностики туберкульозу з неспецифічними запальними процесами, коли усі наведені вище методи обстеження вичерпані й не дозволили встановити діагноз). Застосовують антибіотики широкого спектру дії, які не мають антимікобактеріальної активності, до 2 тижнів. За цей період при пневмонії буде позитивна динаміка, а при туберкульозі – ні.

Пробне лікування антимікобактеріальними препаратами застосовували у минулі роки при туберкульозі сумнівної активності, тобто у вперше діагностованих та раніш лікованих хворих, які зняті з диспансерного обліку і у яких при комплексному обстеженні неможливо підтвердити або заперечити активність туберкульозного процесу. Їм застосовували лікування за режимом антимікобактеріальної терапії 3 категорії до 4 місяців. В цих випадках слід брати проби мокротиння на культуру. При переході на ДОТС-стратегію та Стоп ТБ стратегію пробне лікування для визначення активності туберкульозу втратило сенс.

- Біологічна проба (зараження тварин патологічним матеріалом від хворого з невідомим діагнозом з подальшим патологоанатомічним і мікробіологічним дослідженням тварин не застосовується в сучасних умовах).

11. У всіх пацієнтів (дорослі, підлітки, діти) з підозрою на позалегенову форму туберкульозу, слід брати відповідні аналізи з прогнозованого місця локалізації захворювання для проведення мікроскопічного дослідження, у разі наявності відповідного обладнання – аналізи для проведення дослідження культури і гістопатологічного дослідження (міжнародний стандарт 3).

12. Діагностування легеневої форми туберкульозу з негативним результатом дослідження мазка мокротиння повинно спиратися на такі критерії:

- як мінімум, три негативних результати дослідження мазка мокротиння (в тому числі одна проба, яку було взято рано-вранці);

- результати рентгенівського дослідження грудної клітини на наявність туберкульозу (бажано проведення мультиспіральної комп'ютерної томографії);

- відсутня реакція на пробне лікування антимікобактеріальними препаратами широкого спектру дії (у зв'язку з тим, що фторхінолони є активними проти мікобактерій туберкульозу (*Mycobacterium tuberculosis*) і можуть спричинити тимчасове покращання стану, їх слід уникати). У таких пацієнтів, за умови наявності обладнання для проведення дослідження культури, слід взяти

- проби мокротиння на культуру.

Для пацієнтів із встановленою ВІЛ-інфекцією або підозрою на ВІЛ-інфекцію, слід прискорити проведення дослідження для встановлення діагнозу (міжнародний стандарт 5).

13. Діагностування інтраторакального (легеневого, плеврального та лімфатичного вузла (медіастінального та/або прикореневого) туберкульозу у

дітей з негативним результатом дослідження мазка мокротиння спирається на результати рентгенівського дослідження грудної клітки – зміни, пов'язані з туберкульозом, а також на наявність в анамнезі попередніх інфекційних захворювань та/або на підтвердження туберкульозної інфекції (позитивний результат туберкулінової проби або дослідження на препарати серії інтерферон). У таких пацієнтів, за умови наявності обладнання для проведення дослідження культури, слід взяти проби мокротиння (шляхом відхаркування, промивання шлунку або примусово-викликаного мокротиння) для проведення дослідження культури (міжнародний стандарт 6).

14. Остаточний діагноз туберкульозу легень повинен ґрунтуватися на основі рентгенографії грудної клітки перед мікроскопією мазка та результатів посівів мокротиння і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів. В окремих діагностично складних випадках слід застосувати гістологічне підтвердження туберкульозу легень.

14.1. Для діагностування туберкульозу з негативним результатом дослідження мазка мокротиння, який виконується в послідовному порядку одним медичним закладом, дотримуються такого алгоритму:

14.1.1. Всі пацієнти з підозрою на легеневу форму туберкульозу проходять мікроскопічне дослідження мокротиння на наявність кислотостійких бактерій у трьох зразках мокротиння.

14.1.2. Якщо отримано три негативних результати дослідження мазка, то призначають антимікробні препарати широкого спектру дії (за винятком антимікобактеріальних препаратів і хінолонів):

14.1.2.1. Якщо є покращання внаслідок застосування антимікробних препаратів широкого спектру дії, то туберкульоз відсутній і підозра на легеневу форму туберкульозу знімається.

14.1.2.2. Якщо відсутнє покращання внаслідок застосування антимікробних препаратів широкого спектру дії, то проводять повторне мікроскопічне дослідження мокротиння на наявність кислотостійких бактерій у трьох зразках.

14.1.3. Якщо при повторному мікроскопічному дослідженні мокротиння:

14.1.3.1. Один або більше позитивних результатів дослідження мазка, то діагностують туберкульоз.

14.1.3.2. Всі результати дослідження мазка є негативними, то проводять рентгенівське дослідження і оцінку лікаря (призначати антимікобактеріальні препарати чи ні?).

14.2. Всі випадки позалегенового туберкульозу, як правило, повинні бути підтверджені гістологічно.

15. У протитуберкульозному стаціонарі діагноз туберкульозу повинен бути підтверджений або знятий протягом 2 тижнів. Можливі 3 типи діагнозу туберкульозу, який повинен бути підтверджений на центральній лікарсько-консультативній комісії (ЦЛКК):

15.1. Вперше діагностований туберкульоз – це новий (вперше виявлений) випадок туберкульозу, який діагностують тоді, коли хворий ніколи не лікувався протитуберкульозними препаратами або лікувався ними менше 1 місяця.

15.2. Хронічний туберкульоз діагностують тоді, коли у пацієнтів була невдача повторного курсу лікування за 2 категорією. Хронічний туберкульоз може бути з (МБТ+) і рідше з (МБТ–), з (ГІСТ+) і з (ГІСТ–).

15.3. Рецидив туберкульозу діагностують у хворого, який успішно закінчив повний курс антимікобактеріальної терапії та вважався вилікованим, або закінчив основний курс лікування з результатом «лікування завершено» і у нього повторно виявляється активний туберкульозний процес. Рецидив туберкульозу може бути з (МБТ+) і з (МБТ–), з (ГІСТ+) і з (ГІСТ–), в тому числі після стандартного лікування.

16. Для поліпшення якості діагностики туберкульозу, уникнення гіпер- і гіподіагностики й відповідно для правильного лікування хворих на рівні адміністративної території проводиться централізований контроль якості діагностики туберкульозу. Для цього при протитуберкульозному диспансері Автономної Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя створюється центральна лікарсько-консультативна комісія (ЦЛКК) у складі голови (головного лікаря або його заступника з лікувальної роботи) і 3 – 4 постійних членів (фтизіатра, рентгенолога, фтизіопедіатра, фтизіохірурга та ін.).

16.1. В роботі ЦЛКК повинні брати участь головні лікарі районних протитуберкульозних диспансерів (районні фтизіатри) і фтизіатри, які направляють хворих на комісію, а також куратори-фтизіатри району, лікарі туберкульозних стаціонарів і місцевих санаторіїв, в яких лікувалися або лікуються хворі, направлені на ЦЛКК.

16.2. Подання первинної медичної документації на ЦЛКК здійснюється в найближчі дні після виявлення хворого і повторюється щоквартально до досягнення клінічної ефективності за критерієм загоєння порожнин розпаду, а потім до переведення хворого у групи диспансерного нагляду з неактивним туберкульозом – кожні півроку.

Перед першим поданням на ЦЛКК медичної документації попередньо проводиться її експертна оцінка, при встановленні занедбаного випадку – він обговорюється на лікарській конференції, інколи на засіданні міжвідомчої протитуберкульозної комісії, які оформлюються протоколом, в якому зазначаються причини невчасного виявлення чи пізньої діагностики туберкульозу, встановлюються причетні до цього особи з відповідними адміністративними рекомендаціями до них.

16.3. При первинному розгляді ЦЛКК уточнює діагноз захворювання і погоджує план лікування, пізніше – встановлює ефективність лікування і вносить необхідні корективи.

16.4. Голова ЦЛКК щоквартально аналізує дані про виявлення, ефективність лікування і реабілітації хворих, про наслідки і недоліки інформує на науково-практичних конференціях, семінарах, нарадах. Про всі недоліки він інформує головних лікарів лікувально-профілактичних закладів для прийняття ними відповідних адміністративних заходів по їх усуненню.

16.5. Організаційно-методичні або інформаційно-аналітичні підрозділи протитуберкульозних диспансерів Автономної Республіки Крим, області, міст Києва та Севастополя разом із санітарно-епідеміологічними станціями (СЕС)

проводять оперативний контроль і аналіз епідемічної ситуації, вивчають обсяги і якість проведення протитуберкульозних заходів (профілактика, виявлення, діагностика, лікування, реабілітація, робота у вогнищах тощо) та інформують про це міжвідомчі комісії по боротьбі з туберкульозом, які приймають відповідні рішення щодо усунення недоліків.

17. Лікар, що діагностував прижиттєво чи посмертно новий випадок активного туберкульозу чи його рецидиву з бактеріовиділенням чи без нього, заповнює форму первинного обліку № 089/о «Повідомлення щодо хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву». Ця облікова форма складається на кожного хворого, що вперше звернувся за медичною допомогою в поточному році. Вона передається в протитуберкульозний заклад за місцем проживання хворого, а на бактеріовиділювача – копія форми № 089/о потрібно передати в районну санітарно-епідеміологічну станцію (СЕС) за місцем проживання хворого.

18. Кожного виявленого хворого з підтвердженням туберкульозом необхідно зареєструвати в «Журналі реєстрації випадків туберкульозу в районі (ТБ 03)». Цей журнал ведеться в кожній адміністративній території (Автономній Республіці Крим, області, місті, районі). У територіальній протитуберкульозній установі повинні бути дублікати (копії) всіх районних журналів, на основі яких створюється єдиний територіальний «Журнал реєстрації випадків туберкульозу в адміністративній території (ТБ 03)».

■ Критерії та індикатори якості організації виявлення та діагностики туберкульозу:

1. Організація виявлення хворих на туберкульоз:

1.1. Повнота формування й обстеження груп ризику:

1.1.1. Сформовані чи не сформовані групи ризику, перерахувати їх та зазначити кількість осіб у кожній групі.

1.1.2. Відсоток обстеження на туберкульоз всіма методами кожної із груп ризику – це відношення кількості обстежених на туберкульоз всіма методами кожної із груп ризику до загальної кількості осіб у групі ризику, що аналізується, помножене на 100 %.

1.1.3. Інтегральний відсоток обстеження на туберкульоз методом мікроскопії мазка усіх разом взятих груп ризику – це відношення кількості обстежених на туберкульоз методом мікроскопії мазка усіх разом взятих груп ризику до загальної кількості осіб у всіх групах ризику, помножене на 100 %.

1.1.4. Інтегральний відсоток обстеження на туберкульоз всіма методами усіх разом взятих груп ризику – це відношення кількості обстежених на туберкульоз всіма методами усіх разом взятих груп ризику до загальної кількості осіб у всіх групах ризику, помножене на 100 %.

1.2. Якість обстеження осіб з груп ризику:

1.2.1. Відсоток виявлених хворих на туберкульоз та на його підозру серед кожної групи ризику – це відношення кількості виявлених хворих на туберкульоз та на його підозру серед кожної групи ризику до загальної кількості осіб у групі ризику, що аналізується, помножене на 100 %.

1.2.2. Інтегральний відсоток виявлених хворих на туберкульоз та на його підозру серед усіх груп ризику – це відношення кількості виявлених хворих на туберкульоз та на його підозру серед усіх груп ризику до загальної кількості осіб у всіх групах ризику, помножене на 100 %.

1.2.3. Відсоток виявлених хворих на деструктивний туберкульоз серед кожної групи ризику – це відношення кількості виявлених хворих на деструктивний туберкульоз серед кожної групи ризику до загальної кількості осіб у групі ризику, що аналізується, помножене на 100 %.

1.2.4. Інтегральний відсоток виявлених хворих на деструктивний туберкульоз серед усіх груп ризику – це відношення кількості виявлених хворих на деструктивний туберкульоз серед кожної групи ризику до загальної кількості осіб у всіх групах ризику, помножене на 100 %.

1.2.5. Відсоток виявлених хворих-бактеріовиділювачів методом мікроскопії мазка серед кожної групи ризику – це відношення кількості виявлених хворих-бактеріовиділювачів методом мікроскопії мазка серед кожної групи ризику до загальної кількості осіб у групі ризику, що аналізується, помножене на 100 %.

1.2.6. Інтегральний відсоток виявлених хворих-бактеріовиділювачів методом мікроскопії мазка серед усіх груп ризику – це відношення кількості виявлених хворих-бактеріовиділювачів методом мікроскопії мазка серед усіх груп ризику до загальної кількості осіб у всіх групах ризику, помножене на 100 %.

1.2.7. Відсоток виявлених хворих на бактеріальний туберкульоз всіма мікробіологічними методами серед кожної групи ризику – це відношення кількості виявлених хворих на бактеріальний туберкульоз всіма мікробіологічними методами серед кожної групи ризику до загальної кількості осіб у групі ризику, що аналізується, помножене на 100 %.

1.2.8. Інтегральний відсоток виявлених хворих на бактеріальний туберкульоз всіма мікробіологічними методами серед усіх груп ризику – це відношення кількості виявлених хворих на бактеріальний туберкульоз всіма мікробіологічними методами серед усіх груп ризику до загальної кількості осіб у всіх групах ризику, помножене на 100 %.

1.3. Повнота обстеження на туберкульоз пацієнтів, що звернулися із симптомами схожими на цю недугу:

1.3.1. Абсолютна кількість пацієнтів, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз.

1.3.2. Відсоток проведених мікроскопій мазка пацієнтам, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, – це відношення кількості проведених мікроскопій мазка пацієнтам, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, до кількості всіх пацієнтів, що звернулися, помножене на 100 %.

1.4. Якість обстеження на туберкульоз пацієнтів при їх пасивному зверненні:

1.4.1. Відсоток виявлених хворих на туберкульоз серед пацієнтів, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, – це відношення кількості виявлених хворих на туберкульоз серед пацієнтів, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, до всієї кількості пацієнтів, що звернулися, помножене на 100 %.

1.4.2. Відсоток виявлених хворих-бактеріовиділювачів серед пацієнтів, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, – це відношення кількості виявлених хворих-бактеріовиділювачів серед пацієнтів, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, до всієї кількості пацієнтів, що звернулися, помножене на 100 %.

1.4.3. Відсоток виявлених хворих на деструктивний туберкульоз серед пацієнтів, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, – це відношення кількості виявлених хворих на деструктивний туберкульоз серед пацієнтів, що звернулися за протитуберкульозною допомогою із симптомами підозрілими на туберкульоз, до всієї кількості пацієнтів, що звернулися, помножене на 100 %.

1.5. Повнота і якість активного скринінгового виявлення інфікованих та хворих на туберкульоз дітей методом туберкулінодіагностики у адміністративній території:

1.5.1. Абсолютна кількість дітей до 14 років, що зареєстровані у адміністративній території.

1.5.2. Абсолютна кількість дітей, що підлягали туберкулінодіагностиці у адміністративній території.

1.5.3. Абсолютна кількість дітей, що обстежені методом туберкулінодіагностики у адміністративній території.

1.5.4. Відсоток виявлених інфікованих мікобактеріями туберкульозу дітей, що обстежені методом туберкулінодіагностики, – це відношення кількості виявлених інфікованих мікобактеріями туберкульозу дітей, що обстежені методом туберкулінодіагностики, до загальної кількості обстежених цим методом у адміністративній території, помножене на 100 %.

1.5.5. Відсоток виявлених хворих на туберкульоз дітей, що обстежені методом туберкулінодіагностики, – це відношення кількості виявлених хворих на туберкульоз дітей, що обстежені методом туберкулінодіагностики, до загальної кількості обстежених цим методом у адміністративній території, помножене на 100 %.

1.5.6. Відсоток (питома вага) хворих на туберкульоз дітей, що виявлені під час скринінгової туберкулінодіагностики, – це відношення кількості хворих на туберкульоз дітей, що виявлені під час скринінгової туберкулінодіагностики, до кількості усіх дітей, хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

1.6. Повнота і якість активного скринінгового виявлення хворих на туберкульоз дорослих методом флюорографії у адміністративній території:

1.6.1. Абсолютна кількість населення від 15 років і старшого, що зареєстровані у адміністративній території.

1.6.2. Абсолютна кількість населення від 15 років і старшого, що включені до плану флюорографічних обстежень у адміністративній території.

1.6.3. Абсолютна кількість населення від 15 років і старшого, що обстежені методом флюорографії у адміністративній території.

1.6.4. Проводилося чи не проводилося подвійне читання флюорограм.

1.6.5. Відсоток виявлених хворих на туберкульоз дорослих, що обстежені методом флюорографії, – це відношення кількості виявлених хворих на туберкульоз дорослих, що обстежені методом флюорографії, до загальної кількості обстежених цим методом у адміністративній території, помножене на 100 %.

1.6.6. Відсоток флюорографічно обстежених хворих, які потребували контрольного дообстеження, – це відношення кількості флюорографічно обстежених хворих, які потребували контрольного дообстеження, до кількості усіх обстежених методом флюорографії, помножене на 100 %, а також яка частка з них дообстежена, а яка не з'явилися на дообстеження.

1.6.7. Відсоток (питома вага) дорослих хворих на туберкульоз, що виявлені під час скринінгової флюорографії, – це відношення кількості дорослих хворих на туберкульоз, що виявлені під час скринінгової флюорографії, до кількості усіх дорослих хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

1.7. Скринінгове виявлення хворих на туберкульоз методом мікроскопії мазка у адміністративній території:

1.7.1. Застосовується чи не застосовується скринінгове виявлення хворих на туберкульоз методом мікроскопії мазка.

1.7.2. Абсолютна кількість населення, що включені до плану обстежень методом мікроскопії мазка у адміністративній території.

1.7.3. Абсолютна кількість населення, що обстежені методом мікроскопії мазка у адміністративній території.

1.7.4. Проводився чи не проводився внутрішній контроль якості мікроскопії мазка і який відсоток збігів.

1.7.5. Проводився чи не проводився зовнішній контроль якості мікроскопії мазка і який відсоток збігів.

1.7.6. Відсоток виявлених мазок-позитивних хворих на туберкульоз, що обстежені методом мікроскопії мазка, – це відношення кількості виявлених мазок-позитивних хворих на туберкульоз, що обстежені методом мікроскопії мазка, до загальної кількості обстежених цим методом у адміністративній території, помножене на 100 %.

1.7.7. Відсоток (питома вага) мазок-позитивних хворих на туберкульоз, що виявлені методом мікроскопії мазка – це відношення кількості мазок-позитивних хворих на туберкульоз, що виявлені методом мікроскопії мазка, до кількості усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

1.8. Своєчасність і якість виявлення хворих на туберкульоз:

1.8.1. Відсоток хворих на вперше діагностований фіброзно-кавернозний туберкульоз – це відношення кількості хворих на вперше діагностований фіброзно-кавернозний туберкульоз до загальної кількості зареєстрованих нових хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

1.8.2. Відсоток хворих на вперше діагностований поширений туберкульоз – це відношення кількості хворих на вперше діагностований поширений (на 2 і більше сегментів легень чи 2 і більше органів) туберкульоз до загальної кількості зареєстрованих нових хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

1.8.3. Відсоток хворих на вперше діагностовані тяжкі форми туберкульозу – це відношення кількості хворих на вперше діагностовані тяжкі форми туберкульозу (з вираженою туберкульозною інтоксикацією, фебрильною температурою тіла, поширеною (на 2 і більше сегменти) деструкцією в легенях, наявністю ускладнень туберкульозу, загрозою життю хворого) до загальної кількості зареєстрованих нових хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

1.8.4. Відсоток хворих на туберкульоз, що померли протягом першого року спостереження, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, що померли протягом першого року спостереження, до кількості усіх померлих хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

1.8.5. Відсоток померлих хворих, що при житті були невідомі диспансеру, – це відношення кількості померлих хворих, що при житті були невідомі диспансеру, до сумарної кількості усіх померлих, що були відомі й невідомі диспансеру, помножене на 100 %.

2. Організація діагностики туберкульозу:

2.1. Повнота застосування діагностичних методів обстеження:

2.1.1. Відсоток хворих, у яких застосовувалися додаткові методи обстеження для діагностики туберкульозу, – це відношення кількості хворих, у яких застосовувалися додаткові методи обстеження (див. п. 10.2) для діагностики туберкульозу, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.1.2. Відсоток хворих, у яких проводилася мікроскопія мазка для діагностики туберкульозу, – це відношення кількості хворих, у яких проводилася мікроскопія мазка для діагностики туберкульозу, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.1.3. Відсоток хворих, у яких проводилися культуральні методи дослідження патологічного матеріалу для діагностики туберкульозу, – це відношення кількості хворих, у яких проводилися культуральні методи дослідження патологічного матеріалу для діагностики туберкульозу, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.1.4. Відсоток хворих на вперше діагностований туберкульоз, у яких проводилися біопсійні методи діагностики, – це відношення кількості хворих на вперше діагностований туберкульоз, у яких проводилися біопсійні методи діагностики, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.1.5. Відсоток хворих, у яких проводили пробну неспецифічну антибіотикотерапію для діагностики та диференціальної діагностики туберкульозу, – це відношення кількості хворих, у яких проводили пробну неспецифічну антибіотикотерапію для діагностики та диференціальної діагностики туберкульозу, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.1.6. Відсоток хворих, у яких проводили пробне лікування антимікобактеріальними препаратами при туберкульозі сумнівної активності, – це відношення кількості хворих, у яких проводили пробне лікування антимікобактеріальними препаратами при туберкульозі сумнівної активності, до кількості всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.1.7. Відсоток померлих від туберкульозу, що зазнали патологоанатомічного дослідження, – це відношення кількості померлих від туберкульозу, що зазнали патологоанатомічного дослідження, до кількості всіх померлих від туберкульозу, помножене на 100 %.

2.2. Якість діагностики туберкульозу:

2.2.1. Відсоток бактеріовиділювачів серед хворих на вперше діагностований туберкульоз – це відношення кількості бактеріовиділювачів серед хворих на вперше діагностований туберкульоз до всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.2.2. Відсоток бактеріовиділювачів серед хворих на хронічний туберкульоз – це відношення кількості бактеріовиділювачів серед хворих на хронічний туберкульоз до всіх хворих на хронічний туберкульоз, помножене на 100 %.

2.2.3. Відсоток бактеріовиділювачів серед хворих на хронічний туберкульоз – це відношення кількості бактеріовиділювачів серед хворих на хронічний туберкульоз до всіх хворих на хронічний туберкульоз, помножене на 100 %.

2.2.4. Відсоток хворих на вперше діагностований гістологічно підтверджений туберкульоз – це відношення кількості хворих на вперше діагностований гістологічно підтверджений туберкульоз до всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.2.5. Відсоток хворих на хронічний гістологічно підтверджений туберкульоз – це відношення кількості хворих на хронічний гістологічно підтверджений туберкульоз до всіх хворих на хронічний туберкульоз.

2.2.6. Відсоток хворих на гістологічно підтверджений рецидив туберкульозу – відношення кількості хворих на гістологічно підтверджений рецидив туберкульозу до всіх хворих на рецидив туберкульозу, помножене на 100 %.

2.2.7. Відсоток хворих на посмертно діагностований туберкульоз – це відношення кількості хворих на посмертно діагностований туберкульоз до всіх померлих хворих на вперше діагностований туберкульоз, помножене на 100 %.

2.2.8. Є чи немає центральної лікарсько-консультативної комісії (ЦЛКК) у адміністративній території та скільки засідань вона провела за проміжок часу, що аналізується.

2.2.9. Відсоток помилок діагностики між лікарями, що направляли хворих на ЦЛКК і заключним висновком ЦЛКК, до всіх направлених хворих на ЦЛКК.

2.2.10. Відсоток померлих від ТБ/ВІЛ/СНІДу – це відношення кількості померлих від ТБ/ВІЛ/СНІДу до сумарної кількості усіх померлих від туберкульозу та ТБ/ВІЛ/СНІДу, помножене на 100 %.

2.2.11. Абсолютна кількість хворих (окремо на вперше діагностований туберкульоз, окремо на рецидив та окремо на хронічний туберкульоз), що зареєстровані у «Журналі реєстрації випадків туберкульозу в районі (ТБ 03)».

2.3. Якість клініко-рентгенологічної та бактеріологічної діагностики туберкульозу легень:

2.3.1. Відсоток співвідношення кількості хворих-бактеріовиділювачів на вперше діагностований туберкульоз до кількості хворих на деструктивний туберкульоз легень, помножене на 100 %.

2.3.2. Відсоток підтвердженого бактеріонегативного туберкульозу – відношення кількості підтвердженого бактеріонегативного туберкульозу (тричі мазок-негативний результат і/або негативний результат культурального дослідження і рентгенопозитивні зміни у легенях) до загальної кількості випадків туберкульозу легень у дорослих з негативним мазком, помножене на 100 %.

2.2.3. Відсоток помилок діагностики між остаточним клінічним і патологоанатомічним діагнозами – це відношення кількості помилок діагностики між остаточним клінічним і патологоанатомічним діагнозами до всіх померлих у стаціонарі, що зазнали автопсії, помножене на 100 %.

■ Очікувані результати організації виявлення та діагностики туберкульозу:

1. Збільшення частоти виявлення хворих на вперше діагностований та рецидивний туберкульоз з бактеріовиділенням – на 7,0 – 10,0 % щороку.

2. Доведення до 65,0 % – 70,0 % бактеріовиділювачів від усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

3. Співвідношення бактеріовиділювачів у 1,5 рази і більше, ніж хворих на деструктивний туберкульоз.

Вони можливі за таких умов:

1. Охоплення мікроскопією мазка не менше 80 % серед усіх осіб, що кашляють протягом 3 тижнів і більше.

2. Охоплення мікроскопією мазка та культуральним дослідженням патологічного матеріалу не менше 95–98 % серед усіх хворих на вперше діагностований та рецидивний туберкульоз;

3. Охоплення не менше 80,0 % територій своєчасною доставкою біологічного матеріалу та витратних матеріалів.

Розділ 3. Організація лікарського менеджменту, лікування та реабілітації хворих на туберкульоз

3.1. Організація лікарського менеджменту:

3.1.1. Для раціональної організації лікарського менеджменту повинні бути затверджені клінічні протоколи лікування хворих, адаптовані до міжнародних стандартів. В них повинні бути віддзеркалені стандартні схеми лікування хворих на туберкульоз 1 – 4 категорій.

3.1.2. 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.

3.1.3. 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.

3.1.4. 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.

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

3.1.6. Фахівці Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України 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.

3.1.7. 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 диспансеру адміністративної території.

3.1.8. Відповідний тендерний комітет повинен вчасно закупити антимікобактеріальні препарати, укласти договори з постачальниками та розвести закуплені препарати у адміністративні території України, 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.

3.1.9. Аналогічно, як зазначено у пп. 3.1.1 – 3.1.8, здійснюється закупівля туберкуліну, вакцини БЦЖ і медичної техніки тощо. Цикл медикаментозного менеджменту антимікобактеріальних препаратів та інших закупівель включає: їх вибір, підрахунок потреби, розподілення, гарантію якості, раціональне використання і облік.

3.2. Організація лікування та реабілітації хворих на туберкульоз:

3.2.1. Лікування хворих на туберкульоз повинно бути комплексним. Його проводять у протитуберкульозних закладах усіх рівнів за стандартними схемами антимікобактеріальної терапії під безпосереднім наглядом медичних працівників. За наявності показань до антимікобактеріальної терапії приєднують патогенетичне, симптоматичне, колапсотерапевтичне, хірургічне та інші види лікування, наприклад, лікування ускладнень туберкульозу та супутньої патології.

3.2.2. 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.

3.2.3. 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.

3.2.4. 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 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.

3.2.5. Стаціонарне лікування в протитуберкульозних диспансерах усіх рівнів особливо показане бактеріовиділювачам, хворим із загостреннями та декомпенсацією супутньої патології, ускладненнями туберкульозу та супутніх захворювань, соціально-дезадаптованим пацієнтам. 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. Бактеріонегативних хворих краще лікувати у денному стаціонарі. Бактеріовиділювачів I та II категорії з епідеміологічних міркувань доцільно лікувати в стаціонарі до припинення бактеріовиділення, чим обумовлюється ізоляція заразного хворого. Вибір організаційних форм контрольованої антимікобактеріальної терапії залежить від тяжкості захворювання, епідемічної небезпеки (категорії вогнищ, способу життя, матеріально-побутових умов, соціального стану і місцевих умов).

3.2.6. Після припинення бактеріовиділення підтримуючу фазу антимікобактеріальної терапії проводять в амбулаторних умовах 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.

3.2.7. Хворі з обмеженими формами туберкульозу без бактеріовиділення можуть лікуватися амбулаторно протягом всього основного курсу антимікобактеріальної терапії за умови забезпечення контрольованості лікування. Протягом амбулаторного лікування хворих їм необхідна соціальна підтримка (харчові та гігієнічні набори, квитки на проїзд тощо), яка мотивує їх до лікування.

3.2.8. 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 (зnezараження мокротиння, наявність ультрафіолетових випромінювачів та засобів індивідуального захисту органів дихання в місцях загального користування та в кімнаті пацієнта).

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

3.2.10. Інтенсивну та підтримуючу фази антимікобактеріальної терапії хворих на хіміорезистентний та хронічний туберкульоз проводять в протитуберкульозних закладах 2–3 рівнів. В протитуберкульозних закладах 1 рівня та фельдшерсько-акушерських пунктах, сільських амбулаторіях та дільничних лікарнях проводять тільки підтримуючу фазу хіміотерапії.

3.2.11. Стаціонарне лікування хворих на хронічний і хіміорезистентний туберкульоз здійснюється в протитуберкульозних диспансерах 2 і 3 рівнів у інтенсивній фазі до припинення бактеріовиділення і досягнення клініко-рентгенологічного покращання, а у підтримуючій фазі – амбулаторно контрольовано.

3.2.12. Лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю проводять в протитуберкульозних диспансерах третинного рівня на стаціонарному етапі до припинення бактеріовиділення, а в протитуберкульозних установах вторинного рівня і

зкладах охорони здоров'я загального профілю – у підтримуючій фазі антимікобактеріальної терапії після виписки із стаціонару та припинення бактеріовиділення.

3.2.13. Усі хворі на туберкульоз 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.

3.2.14. Санаторне лікування надається хворим на туберкульоз у підтримуючій фазі основного курсу антимікобактеріальної терапії для забезпечення його контрольованості та за соціальними показаннями соціально-дезадаптованим хворим. Крім того, санаторне лікування застосовують для реабілітації хворих на туберкульоз 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.

3.2.15. Санаторна мережа для хворих на туберкульоз потребує реформування, реорганізації та реструктуризації, в т.ч. перегляду показань для санаторного лікування хворих. Йдеться про можливість санаторного лікування хворих на туберкульоз протягом всього основного курсу антимікобактеріальної терапії при наявності умов для його проведення.

3.2.16. 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.

3.2.17. 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).

3.2.18. 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 суворі конфіденційність. Лікування необхідно організовувати так, щоб максимально враховувалися персональні, емоційно-характерологічні особливості пацієнта та його інтереси.

3.2.19. 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.

3.2.20. 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.

3.2.21. 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.

У країнах із 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).

3.2.22. 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).

3.2.23. 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.

3.2.24. Всі пацієнти (в тому числі пацієнти з ВІЛ-інфекцією), які не лікувалися раніше, повинні отримати міжнародно прийняту 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).

3.2.25. 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).

3.2.26. 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).

3.2.27. 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).

3.2.28. 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 консилиуму або лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК).

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

3.2.30. 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).

3.2.31. 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.

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

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

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

3.2.35. Виходячи із зазначених принципів лікування, в протитуберкульозній службі потрібно реструктурувати ліжковий фонд протитуберкульозних стаціонарів і санаторіїв. Ліжковий фонд слід умовно розподілити на госпітальні та соціальні ліжка. На госпітальних ліжках повинні лікуватися хворі на вперше діагностований бактеріальний туберкульоз і поширений процес (І категорія), у минулому ліковані хворі (ІІ категорія), хворі без бактеріовиділення (ІІІ 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. 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 якості організації лікарського менеджменту, лікування та реабілітації хворих на туберкульоз:**

1. Організація лікарського менеджменту.

1.1. *Забезпечення хворих на туберкульоз антимікобактеріальними препаратами:*

1.1.1. Відсоток забезпеченості антимікобактеріальними препаратами 1 – 2 ряду у адміністративній території – це відношення кількості антимікобактеріальних препаратів 1 – 2 ряду у адміністративній території до розрахункової потреби цих же препаратів, помножене на 100 %.

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

1.1.3. 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 %.

1.1.4. Середня тривалість відсутності всіх (та окремих) антимікобактеріальних препаратів І ряду на складах зберігання.

1.1.5. Середня тривалість відсутності всіх (та окремих) антимікобактеріальних препаратів І ряду у лікувально-профілактичних закладах.

1.1.6. Основні структурні підрозділи протитуберкульозного закладу (перерахувати) у яких є доступні для хворих антимікобактеріальні препарати I ряду.

1.2. Забезпечення якості антимікобактеріальних препаратів:

1.2.1. Є чи немає система забезпечення якості антимікобактеріальних препаратів у лікарському менеджменті: на яких нормативно-правових засадах та як вона функціонує.

1.2.2. Відповідають чи не відповідають закуплені антимікобактеріальні препарати міжнародним стандартам якості.

1.2.3. 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 партій антимікобактеріальних препаратів, закуплених на місцевому ринку та за кордоном за цей же період, помножене на 100 %.

1.2.4. 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 %.

1.2.5. Абсолютна кількість заповнених форм про побічні ефекти антимікобактеріальних препаратів.

2. Організація лікування та реабілітації хворих на туберкульоз.

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

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

2.1.2. 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 %.

2.1.3. 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 %.

2.1.3. 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 знаходяться на обліку, помножене на 100 %.

2.2. *Забезпечення якості лікування та реабілітації хворих на туберкульоз:*

2.2.1. Результати лікування хворих на туберкульоз аналізують за даними когортного аналізу, причому окремо аналізують бактеріопозитивних (мазок-позитивних і культуропозитивних) і бактеріонегативних хворих на вперше діагностований туберкульоз, 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.

2.2.2. 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 %.

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

2.2.4. Відсоток хворих, що завершили лікування, – це співвідношення 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 %.

2.2.5. Відсоток конверсії мазка мокротиння наприкінці інтенсивної фази лікування – це співвідношення 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 %.

2.2.6. Відсоток невдалого лікування – це співвідношення 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 %.

2.2.7. Відсоток перерваного лікування – це співвідношення 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 %.

2.2.8. Відсоток померлих – це співвідношення 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 %.

2.2.9. Відсоток переведених хворих – це співвідношення 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 %.

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

2.2.11. 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 %.

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

■ Очікувані результати організації лікарського менеджменту, лікування та реабілітації хворих на туберкульоз:

1. Досягненнявилікування до 80 % хворих на вперше діагностований туберкульоз, 70 % – на рецидив туберкульозу за даними когортного аналізу, 60 % – на хронічний 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:

1. Безперебійне забезпечення усіх хворих на туберкульоз антимікобактеріальними препаратами I та II ряду гарантованої якості.

2. Налагодження контрольованого лікування у стаціонарі, денному стаціонарі, санаторії та амбулаторно для всіх 100 % хворих, уникаючи перерваного лікування.

3. Постійне інформування населення і хворих на туберкульоз про цю недугу, в т.ч. про особливості організації лікувального процесу.

Розділ 4. Організація профілактики туберкульозу

4.1. Імунопрофілактика.

4.1.1. Специфічна імунопрофілактика вакциною БЦЖ є пріоритетним напрямом захисту дітей від тяжких, ускладнених та розповсюджених форм туберкульозу.

4.1.2. В Україні здійснюється перехід до протитуберкульозного щеплення вакциною БЦЖ SSI (Данський штам) згідно наказу МОЗ України від 07.07.2008 р. № 366 «Про затвердження програми переходу до протитуберкульозного щеплення вакциною БЦЖ SSI (Данський штам) в Україні».

4.1.3. Імунізація проти туберкульозу здійснюється загальною медичною мережею та контролюється санітарно-епідеміологічною станцією та протитуберкульозною службою.

4.1.4. Складання плану протитуберкульозних щеплень покладається на головних лікарів санітарно-епідеміологічних станцій, пологового будинку, дитячої та загальної поліклініки, протитуберкульозного диспансеру (у межах району і обсягу діяльності кожного закладу).

4.1.5. Зведений план щеплень по району, місту, області складається санітарно-епідеміологічними станціями (СЕС) разом з головними педіатрами і протитуберкульозними диспансерами.

4.1.6. Щеплення та ревакцинації повинен проводити спеціально навчений медичний персонал лікувально-профілактичних закладів. Їх проведення вдома забороняється. Відбір контингентів, які підлягають щепленням, попередньо проводить лікар (інколи фельдшер на фельдшерсько-акушерському пункті) з обов'язковим вимірюванням температури тіла у день щеплення, врахуванням медичних протипоказань, даних анамнезу і результатів туберкулінової проби перед ревакцинаціями. Ревакцинуються діти з негативною реакцією на туберкулін.

4.1.7. Вакцинація БЦЖ є обов'язковою для новонароджених і повинна проводитися в пологових будинках, а при протипоказаннях у новонароджених – в інших лікувально-профілактичних закладах після зняття протипоказань.

4.1.8. За правильну організацію вакцинації БЦЖ новонароджених несе відповідальність головний лікар пологового будинку (завідуючий відділенням).

4.1.9. Головний лікар пологового будинку (завідуючий відділенням) виділяє не менше 2 медичних сестер для проходження спеціальної підготовки з техніки введення вакцини БЦЖ. Підготовка сестер повинна проводитися на базі одного з пологових будинків під керівництвом протитуберкульозного диспансеру. Без сертифікату про проходження спеціальної підготовки, яку видає протитуберкульозний диспансер, медичних сестер не можна допускати до проведення вакцинації.

4.1.10. При направленні новонародженого у дитячу поліклініку пологовий будинок (відділення) зазначає у ньому дату внутрішньошкірної вакцинації, серію вакцини, термін її придатності, контрольний номер і назву виробника.

4.1.11. Пологовий будинок (відділення) повинен попередити матір, що через 4 – 6 тижнів після внутрішньошкірної вакцинації у дитини повинна розвинути місцева прищеплювальна реакція, при появі якої дитину необхідно показати дільничному лікарю-педіатру.

4.1.12. Дітям, які народилися поза половим будинком, а також новонародженим, яким з тих або інших причин у половому будинку не було зроблене щеплення, вакцинація проводиться у дитячій поліклініці (у дитячому відділенні лікарні, на фельдшерсько-акушерському пункті – спеціально навченою медичною сестрою (фельдшером)).

4.1.13. При задовільній епідемічній ситуації з туберкульозу, зокрема при захворюваності на туберкульоз не більше 20 на 100 тис. населення, дозволяється одноразова ревакцинація вакциною БЦЖ в 7-річному віці.

4.1.14. При захворюваності на туберкульоз понад 20 на 100 тис. населення необхідна дворазова ревакцинація в 7 і 14 років. Дорослим ревакцинація не доцільна. Доцільність відміни проведення ревакцинації в 14-річному віці визначається після проведеного епідеміологічного дослідження.

4.1.15. Перед протитуберкульозною ревакцинацією проводять пробу Манту з 2 ТО ППД-Л. І туберкулінову пробу, і протитуберкульозну ревакцинацію проводить той самий склад спеціально підготовлених середніх медичних працівників дитячих міських, міських і центральних районних поліклінік, об'єднаних у бригади по 2 особи.

4.1.16. Склад бригади і плани-графіки їх роботи щорічно оформлюють наказом головного лікаря відповідної санітарно-епідеміологічної станції. Обидві медичні сестри, які входять до бригади, повинні добре володіти методиками, проведенням, оцінкою проб Манту і проведенням щеплень проти туберкульозу. Пробу здійснює одна медична сестра, а оцінку проби повинні проводити обидва члени бригади, а щеплення БЦЖ залежно від числа підлеглих осіб, можуть проводити одна або обидві медичні сестри. На час роботи до бригади приєднується медичний працівник установи, де проводиться масова туберкулінодіагностика і ревакцинація БЦЖ.

4.1.17. Медичні працівники на місцях проводять відбір на проби та щеплення, організовують потік, відбирають і направляють до фтизіатра осіб, які потребують дообстеження на туберкульоз; оформляють документацію, складають звіт про проведену роботу. Лікарі дитячих закладів, районні епідеміологи та фтизіатри контролюють роботу на місцях.

4.1.18. У плані-графіку роботи бригад необхідно передбачити повторний вихід їх протягом року для охоплення дітей, які відсутні через хворобу або мають тимчасові медичні відводи при першому масовому обстеженні колективу.

4.1.19. Підготовку медичного персоналу для проведення протитуберкульозних щеплень проводять протитуберкульозні диспансери (протитуберкульозні диспансерні відділення і відділення лікарень та поліклінік), які видають довідку-допуск (сертифікат) до проведення туберкулінових проб і вакцинації БЦЖ тим, хто пройшов підготовку.

4.1.20. У кожному протитуберкульозному диспансері (відділенні) повинна бути виділена особа, яка відповідальна за протитуберкульозні щеплення, на яку покладається контроль за роботою бригад району, методична допомога і ревакцинація неінфікованих осіб, які знаходяться у контакті з хворими на активні форми туберкульозу з бактеріовиділенням та без нього.

4.1.21. За повне охоплення контингентів, які підлягають протитуберкульозним щепленням, а також за якість внутрішньошкірної ревакцинації дітей, несуть відповідальність: головний лікар поліклініки, центральної та районної лікарні, амбулаторії, головний лікар протитуберкульозного диспансеру, головний лікар санітарно-епідеміологічної станції та особи, які безпосередньо виконують цю роботу.

4.1.22. Спостереження за вакцинованими і ревакцинованими дітьми проводять лікарі та медичні сестри загальної медичної мережі, які через 1, 3, 12

місяців після вакцинації та ревакцинації повинні перевірити вакцинальну реакцію з реєстрацією розміру і характеру місцевої реакції (папула, пустула з утворенням кірочки, з виділенням або без нього, рубчик, пігментація та ін.). Ці відомості повинні бути зафіксовані у первинній медичній документації.

4.2. Хіміопрофілактика туберкульозу та його рецидивів.

4.2.1. Всі медичні заклади, які надають допомогу хворим на туберкульоз, повинні забезпечити обстеженням відповідно до міжнародних рекомендацій осіб, які знаходяться у безпосередньому контакті з хворими на бактеріальний туберкульоз (особливо діти до 5 років і пацієнти з ВІЛ-інфекцією).

Діти до 5 років та ВІЛ-інфіковані, які контактували із інфекційними пацієнтами (бактеріовиділювачами), мають пройти обстеження на предмет наявності латентної та активної форм туберкульозу (міжнародний стандарт 16).

4.2.2. Для раціональної хіміопрофілактики слід передбачити закупівлю антимікобактеріальних препаратів, інколи, й патогенетичних засобів (вітаміни групи В, С тощо).

4.2.3. У кожній адміністративній території слід сформулювати у повному обсязі групи ризику дітей, підлітків і дорослих, яким показана хіміопрофілактика.

4.2.4. Хіміопрофілактика туберкульозу та його рецидивів повинна бути контрольована. Її проводять амбулаторно у загальній медичній мережі або санаторно. Хіміопрофілактику в дитячому та підлітковому віці проводять в умовах спеціалізованих протитуберкульозних установ (санаторні дитячі ясла і садки, школи-інтернати санаторного типу, туберкульозні дитячі санаторії), при туберкуліновому віражі – в дитячих туберкульозних стаціонарах, оскільки ліжковий фонд для дітей хворих на туберкульоз дозволяє це робити. Можна рекомендувати проведення хіміопрофілактики дітям в амбулаторних умовах, але при контролі за регулярністю прийому препаратів.

4.2.5. Слід враховувати, що хіміопрофілактику не бажано застосовувати після імунізації вакциною БЦЖ, оскільки вона пригнічує розвиток імунітету. Тому інтервал між щепленням БЦЖ і початком курсу хіміопрофілактики повинен складати не менше 2-х місяців.

4.2.6. Хіміопрофілактику туберкульозу слід застосовувати у осіб з віражем туберкулінової проби, гіперергічною реакцією на туберкулін, у контактних дітей і підлітків.

4.2.7. Серед дорослого населення хіміопрофілактика здійснюється у контактних з хворими бактеріовиділювачами.

4.2.8. Окремим пацієнтам, що вилікувані від туберкульозу, але ВІЛ-інфіковані, у яких були хіміорезистентний туберкульоз, великі залишкові зміни тощо, доцільно проводити протирецидивне профілактичне лікування антимікобактеріальними препаратами.

4.3. Санітарна профілактика.

4.3.1. Профілактика у вогнищі туберкульозної інфекції:

4.3.1.1. Якщо у хворого туберкульоз підтверджений бактеріологічно, то його беруть на диспансерний облік, зараховуючи до числа бактеріовиділювачів.

Визначають обсяг лікувальних і санітарно-профілактичних заходів як щодо хворого, так й щодо оточуючих його осіб.

4.3.1.2. Про кожного виявленого бактеріального хворого фтизіатр інформує санітарно-епідеміологічну станцію (СЕС), посилаючи туди «Повідомлення щодо хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву» (ф. № 089/о). Одночасно, як і на всіх хворих на активний туберкульоз, в обласний протитуберкульозний диспансер направляється зазначене Повідомлення за формою № 089/о).

4.3.1.3. Вже в перших бесідах з хворим лікар-фтизіатр повинен в'яснити склад родини, домашні умови, навчити хворого запобіжних заходів в його поведінці й повідомити про необхідність обстеження членів родини бактеріовиділювача.

4.3.1.4. В перші 2 – 3 дні після встановлення бактеріовиділення дільничний фтизіатр разом з дільничною медичною сестрою і епідеміологом СЕС зобов'язані відвідати туберкульозне вогнище, провести кваліфіковане санітарно-епідеміологічне його обстеження і скласти епідеміологічну карту і план оздоровлення туберкульозного вогнища. В плані, який заноситься в карту санітарно-епідеміологічного обстеження і карту патронажної дільничної медичної сестри, повинні бути передбаченні: обов'язкова госпіталізація хворого, проведення поточної і заключної дезінфекції, залучення усіх контактних осіб на обстеження в протитуберкульозний диспансер і проведення їм всіх необхідних профілактичних заходів згідно чинних стандартів (ревакцинація БЦЖ, хіміопротифілактика, ізоляція дітей в ясла, садочки, школи-інтернати і таке ін.), а також провести навчання хворого і членів його родини щодо підвищення їх санітарної грамотності.

4.3.1.5. Для запобігання зараження осіб, які знаходяться в контакті з хворим-бактеріовиділювачом їх навчають дотримання загально-гігієнічного режиму і проведення дезінфекційних заходів. Поточна і заключна дезінфекції в туберкульозних вогнищах є обов'язковими.

4.3.1.6. Поточну дезінфекцію в побутовому туберкульозному вогнищі організовує протитуберкульозний диспансер або туберкульозні відділення поліклініки через дільничних сестер. У випадку відсутності протитуберкульозних установ дезінфекцію організовують поліклініки, в сільській місцевості – лікарські дільниці через патронажних сестер, працівників фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП) і фельдшерських пунктів (ФП). Загальний контроль і методичне керівництво за якістю і повнотою проведення поточної дезінфекції здійснюють дезінфекційні відділи міської і районної санітарно-епідеміологічних станцій і дезінфекційні станції.

4.3.1.7. Протитуберкульозні заклади забезпечують хворого кишеньковими плювальницями, дезінфікуючими засобами.

4.3.1.8. Основними способами знезараження при поточній дезінфекції є: а) засоби механічної дезінфекції (миття, вологе прибирання, прання, чищення, вентиляція та ін.); б) фізичні способи (кип'ятіння білизни, посуду, іграшок, спалювання сміття), що мають досить сильну дію на мікобактерії туберкульозу;

в) хімічний спосіб, який забезпечує знищення мікобактерії туберкульозу дезінфікуючими засобами.

4.3.1.9. Поточна дезінфекція в вогнищі туберкульозної інфекції включає: 1) знезараження виділень хворого і посуду, залишків їжі; 2) збирання та ізольоване зберігання брудної білизни до дезінфекції з наступним його знезараженням; 3) систематичне вологе прибирання приміщення, в якому перебуває хворий і предметів, якими він користується.

4.3.1.10. Після госпіталізації хворого, від'їзду в санаторій, в другу квартиру або після його смерті в вогнищі туберкульозної інфекції працівники СЕС проводять заключну дезінфекцію з обов'язковою обробкою всього приміщення, а також постелі і одягу хворого з використанням камерного методу. Цей же комплекс дезінфекційних заходів повинен проводитися періодично (не рідше 1-2- разів на рік) і в тих випадках, коли хворий не вибув з вогнища.

4.3.1.11. При виявленні хворого активною формою туберкульозу на виробництві хворий направляється для лікування в стаціонар. На робочому місці проводиться заключна дезінфекція (в цеху, відділі); особи, які перебували в контакті з хворими, проходять ретельне обстеження фтизіатром, які повторюють два рази на рік. Питання про призначення курсу хіміопрофілактики вирішується фтизіатром. Прийом антимікобактеріальних препаратів проводиться під наглядом медпрацівника виробництва. Неінфікованим підліткам і особам до 30 років проводять ревакцинацію БЦЖ по епідемічних показах. Проводиться санітарно-освітня робота з хворим про правила їх поведінки на виробництві і в побуті.

4.3.1.12. В вогнищах туберкульозної інфекції на протязі всього заразного періоду диспансер спільно з СЕС проводить комплекс протиепідемічних заходів. Хворих на хронічну форму туберкульозу повторно госпіталізують не тільки по клінічних, але по епідемічних показниках. В випадку, коли хворий залишається вдома, епідеміолог разом з клініцистом забезпечує максимальний захист від зараження (поселити хворого в окрему кімнату або частину її, виділити окремий посуд і предмети догляду). Під контролем СЕС проводиться поточна дезінфекція в вогнищі.

4.3.1.13. Проведення будь-яких протитуберкульозних заходів не може бути ефективним без свідомої співпраці членів суспільства, без їх належної поінформованості. Тому важко переоцінити значення популяризації серед населення відповідних знань щодо принципів запобігання туберкульозної інфекції, суті та організації протитуберкульозних заходів.

4.3.1.14. Згідно наказу МОЗ України від 09.06.2006 р. № 384 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз» вогнища туберкульозної інфекції розподіляють на три категорії:

I категорія – найбільш несприятливі вогнища: 1) хворий з наявним бактеріовиділенням, який мешкає в комунальній квартирі або гуртожитку; 2) в сім'ї хворого є діти, підлітки, вагітні; 3) сім'я має погані умови проживання, хворий та оточуючі його не дотримуються гігієнічних правил поведінки;

II категорія – відносно несприятливі вогнища: 1) у хворого мізерне бактеріовиділення, стійкий туберкульозний процес; 2) у родині хворого дорослі люди, відсутні обтяжуючі чинники; 3) хворий є умовним бактеріовиділювачем, але в його родині є діти і в наявності обтяжуючі чинники;

III категорія — потенційно небезпечні вогнища: 1) хворий умовний бактеріовиділювач (бактеріовиділення припинилось, але ще не минуло 2-х років); 2) в родині хворого лише дорослі; 3) хворий і оточуючі його виконують всі необхідні санітарно-гігієнічні заходи профілактики туберкульозу.

Відповідно до категорії вогнища туберкульозної інфекції визначають обсяг і зміст профілактичних заходів в ньому.

4.3.1.15. На кожне вогнище складають епідеміологічну карту із зазначенням епідеміологічної групи туберкульозного вогнища. В сільській місцевості дублікати цих карт зберігаються на лікарських дільницях і фельдшерсько-акушерських пунктах. Аналогічна епідеміологічна карта заводиться в санітарно-епідеміологічній станції, а також санітарним фельдшером на сільській лікарській дільниці.

4.3.1.16. При наступних відвідуваннях вогнищ туберкульозної інфекції контролюють проведення намічених заходів. Частота відвідувань вогнищ туберкульозної інфекції залежить від категорії і його епідеміологічної небезпеки та регламентується чинними стандартами.

4.3.1.17. Вогнище першої категорії фтизіатр та епідеміолог повинні відвідувати не рідше, ніж один раз в квартал, а дільнична медична сестра – кожен місяць. Вогнища другої і третьої категорій – лікарі відвідують один раз в півріччя, а медична сестра кожні 2 – 3 місяці. Дані про динаміку санації туберкульозні вогнища, про проведені у вогнищах заходи і їх результати, про дезінфекцію, виклики контактів на обстеження в диспансер, проведені бесіди тощо систематично заносяться в Карту дільничної медичної сестри.

4.3.1.18. При відвідуванні туберкульозного вогнища лікар контролює виконання епідеміологічного режиму, проводить бесіди з родиною хворого. Результати повторних відвідувань туберкульозних вогнищ повинні бути відображені в карті епідеміологічного обстеження.

4.3.1.19. Всі дорослі із сімейних і квартирних контактів з бактеріовиділювачами, а діти і підлітки – із контактів з хворими на активний туберкульоз легень, всесторонньо обстежуються в протитуберкульозному диспансері. Результати їх клінічного, рентгенологічного і лабораторного обстеження заносяться в амбулаторну карту. Здорові контакти беруться на диспансерний облік, а в разі виявлення захворювання на туберкульоз або туберкулінового віражу контакти зараховуються у відповідну диспансерну групу. Повторні обстеження здорових контактів в протитуберкульозних диспансерах проводяться не рідше, ніж один раз в 6 місяців. У випадку несвоєчасного приходу контактних на огляд, працівники диспансеру приймають заходи до притягнення їх для обстеження (відвідування туберкульозного вогнища медичною сестрою і працівниками санітарно-епідеміологічних станцій, повідомлення за місцем роботи та ін.).

4.3.1.20. У встановлені терміни контактним здійснюють первинні профілактичні заходи, тобто вакцинацію вакциною БЦЖ при народженні, ревакцинацію в 7 та 14 років після туберкулінодіагностики.

4.3.1.21. Вторинну профілактику проводять особам, які мали контакт із хворими на туберкульоз бактеріовиділювачами та для лікування встановленої латентної туберкульозної інфекції в медичних та соціальних групах ризику, у яких проводять туберкулінодіагностику. Лікування (хіміопрофілактику) проводять їм протягом 6 міс ізоніазидом або ізоніазидом з етамбутолом упродовж 3 місяців.

4.3.1.22. Хіміопрофілактику контактним проводять антимікобактеріальними препаратами (ізоніазидом протягом 6 міс., або ізоніазидом з етамбутолом чи ізоніазидом з піразинамідом протягом 3 міс.) для попередження захворювання на туберкульоз таким групам контактів: 1) особам, які знаходяться в постійному контакті з хворими на туберкульоз з бактеріовиділенням; 2) ВІЛ-інфікованим з віражем туберкулінових проб, з гіперергічними реакціями або наростанням туберкулінової чутливості.

4.3.1.23. Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 09.06.2006 р. № 384, не рекомендує проведення хіміопрофілактики особам з вогнищ туберкульозної інфекції, де хворі виділяють хіміорезистентні мікобактерії туберкульозу. Це питання потребує наукового дослідження.

4.3.1.24. При незадовільних житлових умовах бактеріовиділювача у вогнищі туберкульозної інфекції, зокрема при сирому і неупорядкованому приміщенні, проживання хворого в гуртожитку, комунальній квартирі або в однокімнатній квартирі разом з дітьми й підлітками, фахівці (фтизіатр, епідеміолог, дільнична медична сестра), що відвідали це вогнище, рекомендують поліпшити житлово-побутові умови згідно чинного законодавства через ЛКК і квартирний облік.

4.3.1.25. Зміна житлово-побутових умов, клінічна форма захворювання, склад сім'ї тощо в ряді випадків дозволяють змінити епідеміологічну категорію вогнища. У відповідності з класифікацією, вогнище із першої категорії, як правило, не може переводитися в другу, тому що в разі стійкого припинення бактеріовиділення у хворого вогнище підлягає переведенню безпосередньо в третю категорію. Повернення вогнища в першу або другу категорію з третьої здійснюється при появі в ньому відповідних показників підвищення його епідеміологічної небезпеки. Переведення вогнища туберкульозної інфекції із однієї епідеміологічної категорії в іншу здійснюється на засіданні ЛКК.

4.3.1.26. Після ліквідації клініко-рентгенологічних проявів туберкульозного процесу в результаті завершеного ефективного основного курсу антимікобактеріальної терапії і припинення бактеріовиділення хворого знімають з обліку бактеріовиділювачів.

При неповноцінно проведеному лікуванні туберкульозу й наявності обтяжливих факторів (алкоголізм, супутні захворювання, наркоманія, несприятливі побутові умови), такі хворі ще затримуються на епідеміологічному обліку додатково.

4.3.1.27. Контактні особи повинні знаходитися на диспансерному обліку протягом всього періоду контакту з бактеріовиділювачем до моменту зняття його з епідеміологічного обліку, а також на протягом 2-х років після смерті чи виїзду бактеріовиділювача. Діти з контакту з хворим на активний туберкульоз легень спостерігаються протягом 2 – 3 років.

4.3.1.28. Вогнище перестає вважатися бактеріальним, коли хворого знімають з епідеміологічного обліку. Виняток складають вогнища, в яких контактні особи залишаються під спостереженням після виїзду або смерті бактеріовиділювача (в тому числі хворих, невідомих диспансеру, у яких деструктивний туберкульоз виявлено тільки на розтині).

4.3.2. Профілактична санітарно-освітня робота:

4.3.2.1. Однією із складових санітарної профілактики туберкульозу є систематична санітарно-освітня робота, спрямована на підвищення знань щодо туберкульозу і санітарної культури населення й дотримання здорового способу життя, із залученням всіх засобів масової інформації, випуском науково-популярної літератури, листівок, буклетів, пам'яток.

4.3.2.2. Успішне розв'язання основних завдань фтизіатричної служби (специфічної профілактики, своєчасного виявлення хворих, виявлення хворих, правильного лікування, заходів у вогнищах туберкульозної інфекції) прямо пропорційно залежить від послідовності та якості роз'яснювальної та виховної роботи щодо означеного кола питань.

4.3.2.3. Санітарно-освітня робота в сучасних умовах повинна спрямовуватися в таких напрямках:

4.3.2.3.1 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.

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

4.3.2.3.3. Висвітлення питань щодо джерела та шляхів розповсюдження збудника туберкульозу і дотримування правил гігієни.

4.3.2.3.4. 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 слідкуванні за станом власного здоров'я.

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

4.3.2.3.6. Роз'яснення важливості своєчасного виявлення хворих на туберкульоз.

4.3.2.3.7. Санітарно-освітня робота з хворими на туберкульоз та контактними, роз'яснюючи: 1) шляхи інфікування; 2) гігієнічний режим; 3)

методику лікування туберкульозу; 4) працевлаштування; 5) санітарну профілактику туберкульозу; 6) освітньо-виховна та психотерапевтична робота.

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

4.3.2.4. Слід застосовувати такі методи, засоби і форми санітарно-освітньої роботи: 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).

4.3.2.5. 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:

4.3.2.5.1. 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).

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

4.3.2.5.3. 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.

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

4.3.2.5.5. Широко безкоштовно розповсюджувати друковані санітарно-освітні матеріали з питань туберкульозу (пам'ятки, буклети, звернення, заклики, календарів тощо).

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

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

4.4. Соціальна профілактика.

4.4.1. Розробка міжвідомчої державної концепції та програми щодо соціально-економічного благополуччя населення та гарантувати її фінансування і реалізацію, включивши до неї наведені нижче заходи щодо соціальної профілактики туберкульозу.

4.4.2. Поліпшення умов побуту хворих на відкриті форми туберкульозу легень, себто із бактеріовиділенням, шляхом надання їм окремих квартир за висновками протитуберкульозних закладів.

4.4.3. Поліпшення умов праці й боротьби з професійними шкідливостями.

4.4.4. Оздоровлення довкілля шляхом озеленення населених пунктів, боротьба із запиленням й забрудненням повітря, лісових масивів, рік та озер. Особливо слід звертати увагу на озеленення та благоустрій промислових підприємств із збереженням чистоти в цехах і на ділянках їх територій.

4.4.5. Розвиток системи громадського харчування населення. Раціональне харчування населення, боротьба з недоїданням та незбалансованим харчуванням.

4.4.6. Розвиток фізичної культури і спорту серед всіх вікових груп населення з метою зміцнення його здоров'я і збільшення доступу широких верств населення до спортивних шкіл, гуртків, фізкультури і спорту.

4.4.7. Розвиток, зміцнення і доступність для населення мережі оздоровчих ясел, дитячих садків, лісних шкіл, санаторіїв, спортивних таборів, санаторно-курортних закладів, будинків відпочинку, пансіонатів, санаторіїв, туристичних баз, що є запорукою успішної боротьби з туберкульозом.

4.4.8. Постійне планомірне підвищення культурного рівня населення, прищеплення йому високої свідомості, духовності, гуманізму, високих морально-етичних якостей та виховання людей у фізичному й морально-етичному відношенні, що підтримує високу опірність до інфекційних хвороб, у тому числі й до туберкульозу.

4.4.9. Суворе дотримання вимог 49 статті Конституції України, де зазначено: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. 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.

Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідеміологічне благополуччя».

4.4.10. Нормативно-правове регулювання у боротьбі із соціальною деградацією нинішньої системи охорони здоров'я, у якій створений дивовижний симбіоз приватної медицини під дахом державної медицини, доступність і безоплатність охорони здоров'я з фаховою якісною і повноцінною діагностикою, лікуванням і профілактикою.

4.4.11. РЕФОРМУВАННЯ, РЕОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕСТРУКТУРИЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ КРАЇНИ (АДМІНІСТРАТИВНОЇ ТЕРИТОРІЇ).

4.4.12. Створення умов і реалізація заходів щодо запобігання розповсюдження туберкульозу серед соціально-дезадаптованих верств населення.

4.5. Інфекційний контроль за туберкульозом – профілактика внутрішньолікарняного зараження та нозокоміального туберкульозу.

4.5.1. Організаційні заходи інфекційного контролю за туберкульозом:

4.5.1.1. На державному і регіональному рівнях слід розробити, обговорити на регіональній координаційній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції / СНІДу і затвердити на сесіях регіональних і місцевих рад народних депутатів План заходів з інфекційного контролю за туберкульозом, забезпечити політичну та фінансову підтримку цих заходів, управління ними і контроль за їх виконанням.

4.5.1.2. До складу загальнодержавних програм протидії захворюванням на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію слід включати розділи щодо інфекційного контролю та їх фінансування.

4.5.1.3. У всіх протитуберкульозних закладах слід створити комісії з інфекційного контролю із залученням фахівців санітарно-епідеміологічної та інженерної служб, економістів і організаторів охорони здоров'я для перегляду, оцінки і розробки плану та кошторисів облаштування існуючих приміщень лікувально-профілактичних закладів, їх реконструкції чи будівництва нових для оптимізації заходів інфекційного контролю. При цьому слід враховувати випадки і місце виникнення нозокоміального туберкульозу серед медичних працівників та хворих.

4.5.1.4. Головним лікарям протитуберкульозних заходів:

4.5.1.4.1. Слід створити фахові Комісії з інфекційного контролю, визначити їх коло діяльності й налагодити моніторинг та оцінку ефективності заходів інфекційного контролю, залучивши сили власних бактеріологічних лабораторій та лабораторій санітарно-епідеміологічної станції.

4.5.1.4.2. Щороку затверджувати План заходів з інфекційного контролю.

4.5.1.4.3. Організувати тендерні закупівлі й постачання та розподіл засобів для інфекційного контролю.

4.5.1.4.4. Скласти план та провести серію тренінгів для навчання медичних працівників районного та відомчого рівня, пацієнтів, відвідувачів, оволодіння ними засобами та методиками інфекційного контролю.

4.5.1.5. Перевірка стану виконання плану заходів з інфекційного контролю здійснюється створеною Комісією з інфекційного контролю щоквартально, завідуючим та старшими медичними сестрами структурних підрозділів – щомісяця. Доповнення та удосконалення плану заходів з інфекційного контролю розглядаються та затверджуються позачергово. Стан виконання заходів з інфекційного контролю щоквартально розглядається на засіданні координаційної ради.

4.5.2. Адміністративний інфекційний контроль за туберкульозом.

4.5.2.1. Адміністрація закладу відповідальна за інфекційний контроль. Вона складає і реалізовує комплексний план інфекційного контролю у своєму закладі, затверджує правила внутрішнього розпорядку у лікувально-

профілактичному закладі та маршрутні листи для хворих на різну патологію з урахуванням вимог інфекційного контролю. Адміністрація закладу затверджує посадові інструкції кожного свого співробітника, у якій повинні знайти місце правила інфекційного контролю. Вона розробляє і затверджує функціональні обов'язки членів комісій з інфекційного контролю.

4.5.2.2. Основою адміністративного контролю є розподіл потоків хворих таким чином, щоб особи на заразні форми туберкульозу, мультирезистентний туберкульоз були відділені від інших пацієнтів, особливо від ВІЛ-інфікованих та дітей.

4.5.2.3. Ізоляція кожного хворого є ідеальним варіантом інфекційного контролю. Якщо її неможливо реалізувати, то інфекційний контроль здійснюють шляхом групування пацієнтів з однаковими формами туберкульозу в одну палату.

4.5.2.3.1. Пацієнтів на заразні форми туберкульозу розміщують в окремих палатах так, щоб в ці палати не потрапляли особи з підозрою на мультирезистентний туберкульоз.

4.5.2.3.2. ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз або підозрою на туберкульоз розміщують в окремих палатах. Не слід розміщувати ВІЛ-інфікованих хворих разом з іншими хворими на туберкульоз. Неприпустимо розміщувати ВІЛ-інфікованих хворих у палати з хворими на мультирезистентний туберкульоз або з підозрою на мультирезистентний туберкульоз.

4.5.2.3.3. Хворих на лабораторно підтверджений мультирезистентний туберкульоз розміщують у палатах з приблизно однаковим профілем медикаментозної резистентності мікобактерій туберкульозу. Після припинення бактеріовиділення методом мікроскопії мокротиння хворих з ризиком мультирезистентного туберкульозу розміщують в окремі палати до отримання результатів чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів.

4.5.2.3.4. Хворих на туберкульоз дітей розміщують у окремих відділеннях з окремим входом в це відділення. Їх групують за таким же принципом, як описано вище.

4.5.2.4. Важливою складовою адміністративного контролю є тривалість перебування хворого в стаціонарі. Тривале перебування його в стаціонарі підвищує ризик внутрішньолікарняної передачі туберкульозної інфекції.

4.5.2.5. Внутрішньолікарняне інфікування мікобактеріями туберкульозу відбувається також і на етапі діагностики захворювання. Через те слід розділити амбулаторні потоки хворих таким чином, щоб найбільш уразливі контингенти, до яких належать діти, підлітки та ВІЛ-інфіковані не перехрещувались з іншими амбулаторними пацієнтами.

4.5.2.6. Лікуючі лікарі й бактеріологічні лабораторії лікувально-профілактичного закладу зобов'язані прийняти міри щодо швидкої ідентифікації пацієнтів з симптомами туберкульозу з метою якнайшвидшої їх ізоляції та надання окремого розміщення інфекційних пацієнтів і розділення потоків хворих, своєчасного початку лікування хворих на туберкульоз,

дотримання раціонального алгоритму ведення пацієнтів з негативним мазком мокротиння і здійсненням контролю за розповсюдженням туберкульозної інфекції шляхом запровадження етикету кашлю та респіраторної гігієни.

4.5.2.7. Слід намагатися максимально зменшити час обстеження пацієнтів з підозрою на туберкульоз і тривалість контакту з пацієнтами, які виділяють мікобактерії туберкульозу в оточуюче середовище, медичних працівників і членів родини хворого та для попередження інфікування інших осіб.

4.5.2.8. Слід забезпечити комплекс профілактичних та лікувальних заходів для медичних працівників, включаючи профілактику ВІЛ-інфекції, антиретровірусної терапії та профілактики туберкульозу ізоніазидом для ВІЛ-інфікованих працівників.

4.5.2.9. Слід максимально скорочувати тривалість циклу робіт зі зразками мокротиння та культурою, а також терміну діагностичного процесу визначення медикаментозної чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів, впроваджуючи швидкі тести діагностики туберкульозу на основі рідких середовищ та генетично-молекулярних технологій.

4.5.3 Інженерний інфекційний контроль за туберкульозом.

4.5.3.1. Адміністрація закладу, яка відповідальна за інфекційний контроль, у комплексному плані інфекційного контролю передбачає заходи інженерного інфекційного контролю за туберкульозом.

4.5.3.2. Контроль за станом навколишнього середовища, що є основою інженерного інфекційного контролю за туберкульозом, повинен передбачати такі постулати:

4.5.3.2.1. Місцева вентиляція локально забезпечує зменшення концентрації туберкульозного інфекційного аерозолі у повітрі робочої зони й робочого місця, у місцях утворення інфекційного аерозолі.

4.5.3.2.2. Загальна вентиляція забезпечує зменшення концентрації туберкульозного інфекційного аерозолі у приміщеннях від «чистого до менш чистого» спрямування повітря, або з приміщень (робочих місць), у яких практично відсутній інфекційний аерозоль до приміщень (робочих місць), у яких утворюється інфекційний аерозоль.

4.5.3.3. У протитуберкульозних закладах слід використовувати:

- природну вентиляцію – провітрювання через відкриті вікна та двері при відсутності вірогідності перетікання повітря з забруднених зон до чистих;
- механічну вентиляцію – підтримка різниці тиску між приміщенням та навколишнім середовищем, забезпечення нормованого та спрямованого повітрообміну у приміщеннях з дотриманням заданих параметрів повітряного середовища; швидкості потоку, температури, тиску, вологості та ін. та встановленням системи очистки повітря на вході та виході;
- змішану вентиляцію – використання природної вентиляції з витяжними вентиляторами;
- місцеву вентиляцію – ламінарні шафи; кабінки для збору мокротиння із негативним тиском;

- однократний прохід повітря;
- рециркуляцію повітря при використанні засобів ультрафіолетового випромінювання, хепа-фільтрів, фільтрація ультрадрібних частинок в повітрі.

4.5.3.4. В теплий період року хворі повинні більше перебувати на свіжому повітрі, де передача інфекції відсутня. Вночі, коли пацієнти перебувають в закритих приміщеннях з закритими вікнами, повинна працювати притяжна механічна вентиляція та витяжна вентиляція, що вмонтована в стіни палат для хворих.

4.5.3.5. В кожній палаті та інших приміщеннях (маніпуляційні кабінети, бронхологічний і рентгенологічний кабінети, кімната для збирання мокротиння), де перебувають хворі та персонал, в верхній частині стін повинні бути встановлені лампи ультрафіолетового випромінювання. Перевагу слід надавати закритим типам ламп, які працюють у присутності хворих, не ушкоджуючи їх очі та шкіру.

Додатково до кімнатних ламп, що розташовують у верхній частині стіни, використовують бактерицидні ультрафіолетові випромінювачі в вентиляційних трубах, в пересувних пристроях для стерилізації повітря, які можуть переміщуватися з кімнати в кімнату, хоча їх ефективність значно нижча, особливо у великих приміщеннях.

4.5.3.6. В лабораторіях, які працюють з мультирезистентними штамми мікобактерій туберкульозу, має бути особливо суворий інженерний контроль згідно чинних нормативно-правових документів (ламінальні шафи II класу, вентиляційна система тощо).

4.5.3.7. Протитуберкульозні стаціонари постачаються дезінфекційними камерами для знезараження верхнього одягу хворих, інвентарю, матраців, ковдр і книг, а також стерилізаторами для посуду. Окремо виділяється приміщення для знезараження харкотиння і для окремого зберігання речей до і після дезінфекції. Слід застосовувати методи дезінфекції харкотиння, стічних вод, білизни і приміщень згідно з чинними нормативно-правовими документами.

4.5.3.8. Медичний персонал користується окремим гардеробом з індивідуальними шафами. Весь медичний персонал повинен мати спеціальний одяг, який вони одягають тільки для роботи в стаціонарі. Спецодяг у випадку забруднення виділеннями хворих слід негайно змінити.

4.5.3.9. Працівники протитуберкульозних установ повинні бути забезпечені кімнатою для прийому їжі, душовою пропускного типу, умивальниками і окремими туалетними кімнатами.

4.5.3.10. Над екраном рентгенівського апарату повинна бути закріплена целулоїдна плівка, яку щодня після роботи необхідно протирати 0,25 % розчином хлораміну.

4.5.3.11. Для попередження крапельної інфекції в реєстратурі і канцелярії бажано встановити бар'єр, який відділятиме працівників від хворих.

4.5.4. Індивідуальний інфекційний контроль за туберкульозом.

4.5.4.1. Індивідуальний інфекційний контроль спрямований на попередження внутрішньолікарняної передачі туберкульозної та іншої інфекції, насамперед шляхом персонального захисту органів дихання.

4.5.4.2. Медичні працівники та інші особи, які спілкуються з хворими на заразні форми туберкульозу повинні використовувати спеціальні респіратори з фільтрами, які затримують дрібнодисперсний інфекційний аерозоль, – хепа-фільтри. Для захисту від туберкульозної інфекції застосовують корпускулярні або прості респіратори. Вони затримують дрібнодисперсні частинки розміром 1–5 мікрон. Таким вимогам відповідають хепа-фільтри, які вмонтовані в респіратори. Респіратори мають щільно прилягати до обличчя в області носа та перенісся. Прилягання респіатора до обличчя має бути індивідуально підібраним. В осіб, що носять бороду, не може бути адекватне прилягання респіатора до обличчя. Персональні респіратори з хепа-фільтрами носить медичний персонал. Медичний персонал, в т.ч. бронхологічних, стоматологічних та інших кабінетів, повинен працювати в респіаторах. Персональні респіратори кардинальним чином відрізняються від хірургічних масок, які не захищають від передачі туберкульозної інфекції.

Особи, котрі займаються забором і дезінфекцією мокротиння, збиранням і сортуванням білизни, працівники лабораторій повинні одягати респіратори, окремі халати і гумові рукавички.

4.5.4.3. Хворі на заразні форми туберкульозу при виході із своєї палати, при контакті з медичними працівниками, членами сім'ї та іншими особами зобов'язані використовувати хірургічні маски (марлеві / одноразові).

4.5.4.4. Для зниження небезпеки зараження і захворювання на туберкульоз працівників протитуберкульозних установ рекомендуються:

4.5.4.4.1. Дотримання якісної дезінфекції для обмеження розповсюдження збудників всередині протитуберкульозних закладів. В туберкульозних установах, як і в інших вогнищах туберкульозної інфекції, проводиться поточна і заключна дезінфекція.

4.5.4.4.1.1. В комплекс заходів поточної дезінфекції входить: збирання і знезараження харкотиння, виділень, плювальниць, посуду, білизни, предметів догляду за хворими; відповідний режим прибирання і дезінфекції приміщень, меблів та інших предметів, а також знищення мух.

4.5.4.4.1.2. Заключна дезінфекція в протитуберкульозних закладах проводиться не рідше одного разу на рік, краще всього під час ремонту, а також при зміні профілю установи, або її переїзду.

4.5.4.4.1.3. Відповідальність за проведення своєчасної і якісної дезінфекції в туберкульозних установах покладається на головних лікарів. Для її проведення в кожній установі виділяють спеціально підготовлений персонал.

4.5.4.4.2. Дотримання персоналом правил особистої гігієни, систематична перевірка стану здоров'я, а також створення сприятливих умов праці.

4.5.4.4.3. Адміністрація протитуберкульозних закладів повинна щорічно проводити заняття з медичним персоналом щодо питань забезпечення санітарного режиму в туберкульозних установах, дотримання особистої гігієни і запобігання зараження мікобактеріями туберкульозу.

4.5.4.4.4. Раціональний відбір працівників для роботи в протитуберкульозних диспансерах, туберкульозних санаторіях, бактеріологічних лабораторіях, прозектурі. Відбір осіб для роботи в туберкульозних установах проводиться з попереднім медичним обстеженням, включаючи рентгенографію (флюорографію) органів грудної клітки і туберкулінові проби. У випадку від'ємної реакції Манту з 2 ТО ППД-Л ті, що поступають на роботу, ревакцинуються вакциною БЦЖ і допускаються до роботи тільки через 2 місяці після ревакцинації.

4.5.4.5. При збиранні й транспортуванні зразків мокротиння для дослідження слід дотримуватися відповідних правил безпеки.

4.5.4.5.1. Пункт збору мокротиння лікувально-профілактичного закладу (далі – Пункт) організовується в структурі лікувально-профілактичного закладу, в т.ч. туберкульозного профілю, з метою контрольованого збирання якісних зразків мокротиння, зберігання та транспортування їх до лабораторій для здійснення лабораторної діагностики туберкульозу.

4.5.4.5.2. Пункт підпорядковується керівнику структурного підрозділу, у складі якого він організовується. Відповідальним за збирання мокротиння наказом головного лікаря лікувально-профілактичного закладу призначається медичний працівник, який пройшов відповідну підготовку.

4.5.4.5.3. Категорично забороняється організовувати Пункт у складі, на території клініко-діагностичних і бактеріологічних лабораторій.

4.5.4.5.4. Процедура збирання мокротиння у пацієнтів для обстеження щодо виділення мікобактерії туберкульозу проводиться на відкритому майданчику або в спеціально призначеному приміщенні, придатному для контрольованого збирання мокротиння.

4.5.4.5.5. Збір мокротиння у приміщенні лікувально-профілактичного закладу здійснюється у спеціальних кабінах або відповідно обладнаних кімнатах, де є: вентиляція (бажано з негативним тиском), лампи ультрафіолетового опромінення (бажано закритого типу), дезінфекційні засоби. Приміщення, де розташований Пункт, повинно мати площу не менше 15 кв. м. та необхідно розділити його скляною перегородкою (або облаштувати вікно в перегородці) на дві частини: для збирання мокротиння та для медичного персоналу, який контролює цей процес. Поверхні стін кімнати, де безпосередньо відбувається збір мокротиння, повинні бути покриті гігієнічним покриттям.

4.5.4.5.6. Після того, як медичний працівник проінструктує хворого, як збирати мокротиння, він повинен залишити кімнату, в котрій хворий буде збирати мокротиння, і спостерігати за збором мокротиння через віконце в дверях і, в разі необхідності, підказувати хворому, як правильно йому діяти.

4.5.4.5.7. Медичним працівникам забороняється входити у кабінку (кімнату) під час або одразу після закінчення процедури збору мокротиння.

4.5.4.5.8. Зазначені приміщення використовується лише для збору мокротиння (під час збору мокротиння у приміщенні повинен знаходитись тільки один пацієнт). У цій кімнаті медичні працівники повинні працювати тільки в респіраторах.

4.5.4.5.9. В кімнаті без негативного тиску повинна бути природна вентиляція (через квартиру чи вікно) або штучна. Кімнату необхідно добре провітрювати після кожного пацієнта. Крім цього, пункт збирання мокротиння повинен бути забезпечений водопостачанням, каналізацією і т.д.

4.5.4.5.10. Після проведення інструктажу медичним працівником, пацієнт збирає мокротиння у одноразові контейнери, що герметично закриваються. Заповнивши контейнер, пацієнт поміщає закритий одноразовий контейнер з мокротинням на лоток для огляду зразка медичним працівником щодо якості збору мокротиння.

4.5.4.5.11. Завершивши збір мокротиння, медичний працівник поміщає закриті одноразові контейнери із зразками у пластмасовий контейнер із кришкою (який підлягає дезінфекційній обробці після здачі зразків у лабораторію) для подальшого транспортування.

4.5.4.5.12. Щоденно після завершення роботи Пункту проводиться поточна дезінфекція з вологим прибиранням з дезінфікуючими засобами та опромінення бактерицидною лампою.

4.5.4.5.13. Генеральне прибирання проводиться в кінці кожного тижня з обробкою стін, вікон, стелі, підлоги та робочих поверхонь дезінфекційними засобами з обов'язковою реєстрацією в спеціальних журналах обліку.

4.5.4.6. При збиранні мокротиння у стаціонарі для хворих на туберкульоз дотримуються таких правил.

4.5.4.6.1. Хворі на туберкульоз органів дихання, у яких відбувається виділення мокротиння, забезпечуються у стаціонарі одноразовими контейнерами для збору мокротиння.

4.5.4.6.2. Медичний працівник відділення щоденно збирає заповнені контейнери (у відро з кришкою) та знезаражує у спеціально відведеному приміщенні. Оптимальним методом утилізації є спалювання використаних контейнерів у муфельній печі лікувально-профілактичного закладу.

4.5.4.6.3. Приміщення для знезараження мокротиння не повинно розташовуватись у зоні середнього та низького ризику, туалетних кімнатах для хворих та персоналу, обов'язковою умовою є наявність у приміщенні ламп ультрафіолетового опромінення та вентиляції.

4.5.4.7. При збиранні мокротиння на майданчиках на відкритому повітрі дотримуються таких правил безпеки.

4.5.4.7.1. Якщо площа приміщення для збору мокротиння менше 15 кв. м, і яку не можна розділити, то дозволяється збір мокротиння хворим на відкритому майданчику.

4.5.4.7.2. У разі відсутності приміщення, збір мокротиння здійснюють на спеціально відведених на території лікувально-профілактичного закладу майданчиках, в місцях, що добре провітрюються, з урахуванням переважного напрямку вітру по відношенню до інших будівель, з достатньою інсоляцією та асфальтованим покриттям. Він повинен знаходитись окремо від основних споруд, місць відпочинку, прогулянок хворих на сонячному та добре провітрюваному місці.

4.5.4.7.3. Відповідальний медичний працівник повинен мати окрему кімнату, у якій зберігає чисті одноразові контейнери для збирання та інші витратні матеріали, веде обліково-звітну документацію та проводить інструктаж з пацієнтами щодо правил збирання мокротиння.

4.5.4.7.4. При заборі мокротиння на відкритому майданчику відповідальний медичний працівник спостерігає за процесом через скляні двері (або наглухо закрите віконце дверей).

4.5.4.7.5. Територія цього майданчику прибирається і дезінфікується (поточна дезинфекція) в кінці кожного робочого дня.

4.5.4.8. Всім працівникам, які знаходяться у виробничому контакті з бактеріовиділювачами, після перенесених інфекційних захворювань, перенесених операцій та інших обтяжливих факторів проводяться двохмісячні курси хіміопротифілактики препаратами ГІНК.

4.5.4.9. Медичний персонал протитуберкульозних закладів підлягає постійному диспансерному нагляду. Виконання цієї роботи доручається наказом головного лікаря одному з лікарів закладу. На кожного працівника заводиться амбулаторна карта, у якій двічі на рік (при необхідності частіше) фіксуються дані клінічного, рентгенологічного і лабораторного обстеження, а також дані про перенесені захворювання.

4.5.4.10. Інфекційний контроль за туберкульоз включає 4 компоненти: загальні організаційні заходи, адміністративний, інженерний, індивідуальний захист органів дихання. У кожному лікувально-профілактичному закладі вони повинні поєднуватися і вирішуватися комплексно.

■ Критерії та індикатори якості організації профілактики туберкульозу:

4.1. Імунопрофілактика.

4.1.1. Є чи немає План протитуберкульозних щеплень у адміністративній території.

4.1.2. Відсоток охоплення специфічною імунопрофілактикою вакциною БЦЖ новонароджених – це відношення кількості охоплених специфічною імунопрофілактикою вакциною БЦЖ новонароджених до кількості усіх новонароджених, помножене на 100 %.

4.1.3. Відсоток новонароджених, яким установлені тимчасові медичні відводи до щеплення – це відношення кількості новонароджених, яким установлені тимчасові медичні відводи до щеплення, до загальної кількості усіх новонароджених, помножене на 100 %.

4.1.4. Відсоток новонароджених, батьки яких відмовилися від щеплення, – це відношення кількості новонароджених, батьки яких відмовилися від щеплення, до загальної кількості усіх новонароджених, помножене на 100 %.

4.1.5. Відсоток новонароджених, у яких розвинулася місцева прищеплювальна реакція після щеплення, – це відношення кількості новонароджених, у яких розвинулася місцева прищеплювальна реакція після щеплення, до загальної кількості усіх вакцинованих новонароджених, помножене на 100 %.

4.1.6. Відсоток охоплення першою ревакцинацією БЦЖ дітей 7-річного віку – це відношення кількості охоплених першою ревакцинацією БЦЖ дітей 7-річного віку до загальної кількості зареєстрованих дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.7. Відсоток дітей 7-річного віку, у яких виявлена позитивна реакція Манту з 2 ТО туберкуліну перед першою ревакцинацією, – це відношення кількості туберкулін-позитивних перед першою ревакцинацією до загальної кількості дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.8. Відсоток дітей 7-річного віку, яким установлені тимчасові медичні відводи до першої ревакцинації, – це відношення кількості дітей 7-річного віку, яким установлені тимчасові медичні відводи до першої ревакцинації, до загальної кількості дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.9. Відсоток дітей 7-річного віку, батьки яких відмовилися від першої ревакцинації, – це відношення кількості дітей 7-річного віку, батьки яких відмовилися від першої ревакцинації, до загальної кількості дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.10. Відсоток дітей 7-річного віку, у яких розвинулася місцева прищеплювальна реакція після першої ревакцинації, – це відношення кількості дітей 7-річного віку, у яких розвинулася місцева прищеплювальна реакція після першої ревакцинації, до загальної кількості усіх ревакцинованих дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.11. Відсоток охоплення другою ревакцинацією БЦЖ дітей 14-річного віку – це відношення кількості охоплених другою ревакцинацією БЦЖ дітей 14-річного віку до загальної кількості зареєстрованих дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.12. Відсоток дітей 14-річного віку, у яких виявлена позитивна реакція Манту з 2 ТО туберкуліну перед другою ревакцинацією, – це відношення кількості дітей 14-річного віку, у яких виявлена позитивна реакція Манту з 2 ТО туберкуліну перед другою ревакцинацією, до загальної кількості дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.13. Відсоток дітей 14-річного віку, яким установлені тимчасові медичні відводи до другої ревакцинації, – це відношення кількості дітей 14-річного віку, яким установлені тимчасові медичні відводи до другої ревакцинації, до загальної кількості дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.14. Відсоток дітей 14-річного віку, батьки яких відмовилися від другої ревакцинації, – це відношення кількості дітей 14-річного віку, батьки яких відмовилися від другої ревакцинації, до загальної кількості дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.15. Відсоток дітей 14-річного віку, у яких розвинулася місцева прищеплювальна реакція після другої ревакцинації, – це відношення кількості дітей 14-річного віку, у яких розвинулася місцева прищеплювальна реакція після другої ревакцинації, до загальної кількості усіх ревакцинованих дітей цього віку, помножене на 100 %.

4.1.16. Відсоток спеціально навченого медичного персоналу з наявністю сертифікатів (допусків), що проводив щеплення і обидві ревакцинації, – це

відношення кількості спеціально навченого медичного персоналу з наявністю сертифікатів (допусків), що проводив щеплення і обидві ревакцинації, до загальної кількості медичного персоналу, які проводили щеплення і обидві ревакцинації, помножене на 100 %.

4.1.17. Відсоток проведених обох ревакцинацій не бригадним методом – це відношення кількості обох ревакцинацій, які не проводилися бригадним методом, до загальної кількості проведених обох ревакцинацій, помножене на 100 %.

4.1.18. Відсоток ускладнень щеплення і обох ревакцинацій – це відношення кількості ускладнень щеплення і обох ревакцинацій до загальної кількості проведених щеплень і обох ревакцинацій, помножене на 100 %.

4.2. Хіміопрофілактика туберкульозу та його рецидивів.

4.2.1. Абсолютна кількість дітей, які знаходилися у контакті з хворими на бактеріальний туберкульоз.

4.2.2. Абсолютна кількість дорослих, які знаходилися у контакті з хворими на бактеріальний туберкульоз.

4.2.3. Відсоток дітей, які забезпечені повним курсом антимікобактеріальних препаратів для хіміопрофілактики, – це відношення кількості дітей, які забезпечені повним курсом антимікобактеріальних препаратів для хіміопрофілактики, до загальної кількості дітей, яким була показана хіміопрофілактика, помножене на 100 %.

4.2.4. Відсоток дорослих, які забезпечені повним курсом антимікобактеріальних препаратів для хіміопрофілактики, – це відношення кількості дорослих, які забезпечені повним курсом антимікобактеріальних препаратів для хіміопрофілактики, до загальної кількості дорослих, яким була показана хіміопрофілактика, помножене на 100 %.

4.2.5. Сформовані чи не сформовані групи ризику дітей, підлітків і дорослих (окремо для кожної вікової групи), яким показана хіміопрофілактика, і скільки вони нараховують.

4.2.6. Відсоток дітей, яким проведений повний курс контрольованої хіміопрофілактики, – це відношення кількості дітей, яким проведений повний курс контрольованої хіміопрофілактики, до загальної кількості дітей, яким була показана хіміопрофілактика, помножене на 100 %.

4.2.7. Відсоток дорослих, яким проведений повний курс контрольованої хіміопрофілактики, – це відношення кількості дорослих, яким проведений повний курс контрольованої хіміопрофілактики, до загальної кількості дорослих, яким була показана хіміопрофілактика, помножене на 100 %.

4.2.8. Абсолютна кількість пацієнтів, що вилікувані від туберкульозу, яким лікуючі лікарі рекомендували протирецидивне профілактичне лікування антимікобактеріальними препаратами.

4.2.9. Відсоток пацієнтів, що вилікувані від туберкульозу і отримали повний курс контрольованого антимікобактеріального протирецидивного лікування, – це відношення кількості вилікуваних від туберкульозу, які отримали повний курс контрольованого антимікобактеріального протирецидивного лікування, до загальної кількості пацієнтів, яким лікуючі

лікарі рекомендували протирецидивне профілактичне лікування антимікобактеріальними препаратами, помножене на 100 %.

4.3. Санітарна профілактика.

4.3.1. Профілактика у вогнищі туберкульозної інфекції:

4.3.1.1. Абсолютна кількість хворих на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз.

4.3.1.2. Абсолютна кількість осіб, що контактували з хворими на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз.

4.3.1.3. Абсолютна кількість зареєстрованих вогнищ туберкульозної інфекції, в т.ч. за категоріями.

4.3.1.4. Відсоток вогнищ туберкульозної інфекції, в яких проведені відповідні протитуберкульозні заходи, – це відношення кількості вогнищ туберкульозної інфекції, в яких проведені відповідні протитуберкульозні заходи, до загальної кількості вогнищ туберкульозної інфекції, помножене на 100 %.

4.3.1.5. Відсоток хворих на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, що госпіталізовані, – це відношення кількості хворих на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, що госпіталізовані, до усіх хворих на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, помножене на 100 %.

4.3.1.6. Відсоток контактних з хворими на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, яким проведені первинні обстеження, – це відношення кількості контактних з хворими на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, яким проведені первинні обстеження, до загальної кількості контактних, помножене на 100 %.

4.3.1.7. Відсоток контактних з хворими на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, яким проведена контрольована хіміопрофілактика, – це відношення кількості контактних з хворими на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, яким проведена контрольована хіміопрофілактика, до загальної кількості контактних, помножене на 100 %.

4.3.1.8. Відсоток контактних з хворими на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, яким проведені вакцинація та ревакцинації, – це відношення кількості контактних з хворими на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, яким проведені вакцинація та ревакцинації, до загальної кількості контактних, що потребували вакцинації та ревакцинації, помножене на 100 %.

4.3.1.9. Відсоток сімей у вогнищах туберкульозної інфекції, яким поліпшені житлові умови, – це відношення кількості сімей у вогнищах туберкульозної інфекції, яким поліпшені житлові умови, до загальної кількості сімей у вогнищах туберкульозної інфекції, що проживали у незадовільних побутових і житлових умовах, помножене на 100 %.

4.3.1.10. Відсоток хворих на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, що зняті з епідеміологічного обліку, – це відношення кількості хворих на вперше діагностований бактеріологічно

підтверджений туберкульоз, що зняті з епідеміологічного обліку, до кількості усіх хворих на вперше діагностований бактеріологічно підтверджений туберкульоз, помножене на 100 %.

4.3.1.11. Відсоток вогнищ туберкульозної інфекції, які перестали вважатися бактеріальним, – це відношення кількості вогнищ туберкульозної інфекції, які перестали вважатися бактеріальним, до загальної кількості вогнищ туберкульозної інфекції, помножене на 100 %.

4.3.2. Профілактична санітарно-освітня робота:

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

4.3.2.2. 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 %.

4.3.2.3. 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 %.

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

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

4.4. Соціальна профілактика.

4.4.1. Є чи немає міжвідомча державна (регіональна) концепція та програма щодо соціально-економічного благополуччя населення із заходами щодо соціальної профілактики туберкульозу.

4.4.2. Відсоток ізольованих бактеріовиділювачів з гуртожитків, з багатонаселених квартир – це відношення кількості ізольованих бактеріовиділювачів з гуртожитків, з багатонаселених квартир до усіх бактеріовиділювачів, що потребували відселення з гуртожитків і багатонаселених квартир, помножене на 100 %.

4.4.3. Відсоток дітей (0–14 років), що їх вважали за потрібне ізолювати, – це відношення кількості дітей (0–14 років), що їх вважали за потрібне ізолювати, до загальної кількості дитячих контактів цього ж віку, помножене на 100 %.

4.4.4. Співвідношення абсолютної кількості гектарів вирубаних та насаджених зелених масивів.

4.4.5. Співвідношення абсолютної кількості ліквідованих та створених об'єктів громадського харчування, фізичної культури і спорту, оздоровчих ясел, дитячих садків, лісних шкіл, санаторіїв, спортивних таборів, санаторно-

курортних закладів, будинків відпочинку, пансіонатів, санаторіїв, туристичних баз, культових об'єктів (окремо щодо кожного об'єкту).

4.4.6. Дотримуються чи не дотримуються вимоги 49 статті Конституції України за всіма пунктами цієї статті.

4.4.7. Відсоток приватних медичних закладів, які функціонують на базі державних лікувально-профілактичних закладів, або орендують їх корисні площі – це відношення кількості приватних медичних закладів, які функціонують на базі державних лікувально-профілактичних закладів, або орендують їх корисні площі до всіх державних лікувально-профілактичних закладів, помножене на 100 %.

4.4.8. Є ЧИ НЕ МАЄ ПЛАН РЕФОРМУВАННЯ, РЕОРГАНІЗАЦІЇ ТА РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ КРАЇНИ (АДМІНІСТРАТИВНОЇ ТЕРИТОРІЇ).

4.4.9. Є чи немає план заходів щодо запобігання розповсюдження туберкульозу серед соціально-дезадаптованих верств населення і як він реалізовується.

4.5. Інфекційний контроль за туберкульозом – профілактика внутрішньолікарняного зараження та нозокоміального туберкульозу.

4.5.1. Є чи немає затвердженого Плану заходів з інфекційного контролю за туберкульозом.

4.5.2. Відсоток цільового фінансування, виділеного для реалізації Плану реалізації заходів інфекційного контролю за туберкульозом, – це відношення кількості коштів, виділених для реалізації Плану реалізації заходів інфекційного контролю за туберкульозом до реальної потреби для реалізації цього Плану, помножене на 100 %.

4.5.3. Створені чи не створені комісії з інфекційного контролю, якщо створені, то у скількох лікувально-профілактичних закладах.

4.5.4. Кількість випадків нозокоміального туберкульозу серед медичних працівників та хворих протягом звітного періоду порівняно з аналогічним минулим періодом.

4.5.5. Кількість проведених тренінгів для медичних працівників, пацієнтів, відвідувачів щодо інфекційного контролю.

4.5.6. Відсоток виконаних заходів з інфекційного контролю – це відношення кількості виконаних заходів з інфекційного контролю до загальної кількості заходів, що є у Плані заходів з інфекційного контролю за туберкульозом, помножене на 100 %.

4.5.7. Здійснюється чи не здійснюється розподіл потоків хворих у протитуберкульозних закладах.

4.5.8. Ізольовуються чи не ізольовуються заразні хворі на туберкульоз.

4.5.9. Виділені чи не виділені окремі палати для ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз або з підозрою на туберкульоз

4.5.10. Є чи немає окремі відділення для хворих на туберкульоз дітей і чи групуються вони згідно з вимогами інфекційного контролю.

4.5.11. Середня тривалість часу встановлення клінічного діагнозу у протитуберкульозному диспансері.

4.5.12. Яка вентиляція має місце у палатах для хворих на туберкульоз (перерахувати).

4.5.13. Дотримуються чи не дотримуються правила інфекційного контролю у допоміжних структурних підрозділах протитуберкульозних закладів, якщо не дотримуються, то у яких допоміжних структурних підрозділах.

4.5.14. Є чи немає достатня кількість масок і респіраторів для хворих і медичного персоналу.

4.5.15. Де проводиться збір мокротиння у лікувально-профілактичних закладах, в т.ч. протитуберкульозних, і чи дотримуються правила інфекційного контролю при проведенні цих процедур.

■ Очікувані результати організації профілактики туберкульозу:

1. Зниження у вакцинованих і ревакцинованих захворюваності на туберкульоз в 4,0 рази і смертності від нього – в 9,0 разів порівняно з невакцинованими.

2. Поступове щорічне зниження туберкульозу у контактних з хворими на бактеріальний туберкульоз.

3. Зменшення захворювань на туберкульоз в 5–7 разів у осіб, що отримували хіміопрофілактику, порівняно з тими, що її не отримували.

4. Інфікування не більше 1,5 % контактних осіб.

5. Наближення частоти нозокоміального туберкульозу серед медичних працівників та хворих до нуля.

6. Поступове зниження захворюваності, поширеності й смертності від туберкульозу.

Вони можливі за таких умов:

1. Забезпечення в повному обсязі щеплення й ревакцинації проти туберкульозу та впровадження поіменного комп'ютерного обліку всіх дітей і підлітків.

2. Рубчик на місці щеплення повинен утворюватися щонайменше у 95 % щеплених і ревакцинованих, тобто при правильній техніці щеплень і ревакцинації та ретельному зберіганні вакцини.

3. Охоплення не менше 95,0 % осіб із групи ризику контрольованою хіміопрофілактикою.

4. Обов'язкове обстеження усіх вперше виявлених інфікованих дітей і підлітків з метою підтвердження інфікованості й проведення хіміопрофілактики.

5. Повне охоплення диспансерним спостереженням всіх контактних із хворими на туберкульоз та інфікованих.

6. Забезпечення препаратами для хіміопрофілактики та її контрольованості на всіх етапах їх проведення.

7. Сприяння керівників підприємств і організацій, установ, медичної громадськості, профспілок, товариств Червоного Хреста в залученні та забезпеченні хіміопрофілактики за місцем навчання та роботи.

8. Госпіталізація всіх хворих-бактеріовиділювачів і лікування їх у стаціонарі до припинення бактеріовиділення.

9. Госпіталізація не менше 95,0 % хворих із загостренням та прогресуванням хронічних форм туберкульозу.

10. Цілковита ізоляція дітей від хворих-бактеріовиділювачів шляхом направлення їх в дитячі заклади з проведенням профілактичного лікування.

11. Покращання житлових умов хворих з бактеріовиділенням.

12. Навчання щодо дотримання санітарно-гігієнічних норм хворими на туберкульоз і контактними.

13. Проведення поточної і заключної дезінфекції у вогнищах туберкульозної інфекції.

14. Неухильна пропаганда знань про профілактику туберкульозу серед населення, хворих і членів їх сімей.

15. Зростання доходів і прожиткового рівня населення.

16. Створення законодавчої бази щодо соціального захисту населення.

Розділ 5. Організація диспансеризації хворих на туберкульоз

5.1. У всіх адміністративних територіях зберегти метод диспансеризації хворих на туберкульоз.

5.2. У стандартах щодо туберкульозу передбачити зменшення кількості диспансерних груп, обсяги обстеження та лікування контингентів.

5.3. Пріоритетом диспансерної тактики вважати контрольоване лікування хворих I, II, III, IV категорій та контрольовану хіміопрофілактику.

5.4. Здійснювати організаційний супровід за впровадженням і функціонуванням системи контролю за всіма протитуберкульозними заходами, зокрема за якістю мікроскопії мазків та бактеріологічних досліджень, лікування та профілактики на обласному та районному рівнях.

5.5. Проводити курси підготовки медичного персоналу, виїзди та курацію органів охорони здоров'я підлеглих адміністративних територій.

5.6. Вивчати і контролювати рентабельність та ефективність протитуберкульозних заходів з внесенням корекції з метою досягнення високих кінцевих результатів.

5.7. Здійснювати облік і регулярне спостереження за диспансерними контингентами, своєчасно залучати їх до обстеження, лікування та хіміопрофілактики.

5.8. Постійно вдосконалювати диспансерну роботу, модернізувати систему обліку, звітності на підставі сучасних інформаційних технологій та міжнародних стандартів.

5.9. Проводити медико-соціальні заходи під час спостереження хворих в диспансерних групах.

5.10. Створювати умови для функціонування центральної лікарсько-консультативної комісії (ЦЛКК) на базі диспансерного відділення.

5.11. Дотримуватися строків та критеріїв вилікування хворих на туберкульоз, тривалості основного курсу антимікобактеріальної терапії та диспансерного спостереження в групах обліку.

5.12. Раціональне використання санаторного лікування хворих на туберкульоз.

5.13. Контролювати випадки тимчасової та стійкої втрати працездатності диспансеризованих хворих на туберкульоз.

5.14. Контролювати і перевіряти правильність посмертної діагностики туберкульозу за даними лікарських свідоцтв про смерть.

5.15. Санітарно-освітня робота медичних працівників диспансерного відділення.

■ Критерії та індикатори якості організації диспансеризації хворих на туберкульоз:

1. Повнота охоплення хворих на туберкульоз диспансерним спостереженням – це відношення кількості хворих на туберкульоз, що взяті на диспансерний облік на кінець звітного періоду до кількості всіх зареєстрованих хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

2. Своєчасність узяття хворих на диспансерний облік – це співвідношення кількості хворих, що взяті на диспансерний облік протягом року з числа осіб із уперше встановленим діагнозом до загальної кількості осіб із уперше в даному році встановленим діагнозом, помножене на 100 %.

3. Структура хворих, що знаходяться на диспансерному обліку – це співвідношення кількості хворих, що знаходяться на диспансерному обліку з приводу тої чи іншої клінічної форми легеневого чи позалегового туберкульозу на кінець звітного року до загальної кількості хворих, що знаходяться на диспансерному обліку на кінець звітного року, помножене на 100 %.

4. Дотримання строків диспансерних оглядів – це співвідношення кількості диспансеризованих, які дотримувалися термінів вчасної явки на диспансерне спостереження, до загальної кількості диспансеризованих, помножене на 100 %.

5. Відсоток диспансерних контингентів, що не з'явилися на обстеження, лікування та хіміопрофілактики (кожного окремо), – це відношення кількості диспансеризованих, що не з'явилися на обстеження, лікування та хіміопрофілактики (кожного окремо), до загальної кількості диспансеризованих, що потребували обстеження, лікування та хіміопрофілактики (кожного окремо), помножене на 100 %.

6. Відсоток хворих, що проходять контрольоване лікування у диспансерному відділенні, – це відношення кількості хворих, що проходять контрольоване лікування у диспансерному відділенні, до загальної кількості хворих, що знаходяться на обліку, помножене на 100 %.

7. Відсоток осіб, що проходять контрольовану хіміопрофілактику у диспансерному відділенні, – це відношення кількості осіб, що проходять

контрольовану хіміопрофілактику у диспансерному відділенні, до загальної кількості хворих, що знаходяться на обліку і потребують хіміопрофілактики, помножене на 100 %.

8. Показник госпіталізації диспансеризованих хворих – це відношення кількості госпіталізованих із числа диспансеризованих до тих, що підлягали госпіталізації, помножене на 100 %.

9. Аналіз реалізації протитуберкульозних заходів обласним та районними диспансерами.

10. Кількість курсів та підготовленого медичного персоналу.

11. Кількість виїздів з метою курації органів охорони здоров'я підлеглих адміністративних територій.

12. Рентабельність та ефективність протитуберкульозних заходів, що проводяться диспансером.

13. Когортний аналіз ефективності лікування хворих на туберкульоз згідно стандарту.

14. Відсоток надання соціальної підтримки хворим на амбулаторному етапі лікування – це відношення кількості хворих, яким надана соціальна підтримка на амбулаторному етапі лікування, до кількості хворих, які лікувалися амбулаторно, помножене на 100 %.

15. Повнота проведення лікувально-оздоровчих заходів – це співвідношення кількості диспансеризованих, які пройшли протягом року той чи інший вид лікування (оздоровлення), до кількості тих, що мали потребу в даному виді лікування (оздоровлення), помножене на 100 %.

16. Відсоток хворих на туберкульоз, що направлені на санаторне лікування, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, що направлені на санаторне лікування, до кількості диспансеризованих, помножене на 100 %.

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

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

19. 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 %.

20. Середня тривалість одного випадку тимчасової втрати працездатності, тобто співвідношення числа днів непрацездатності до числа випадків непрацездатності.

21. Число випадків тимчасової втрати непрацездатності на 100 працюючих, тобто співвідношення числа випадків тимчасової втрати непрацездатності до середнього числа працюючих, помножене на 100.

22. Число днів тимчасової втрати працездатності на 100 працюючих, тобто співвідношення числа днів тимчасової втрати непрацездатності до середнього числа працюючих, помножене на 100.

23. Первинна інвалідність, або співвідношення кількості вперше визнаних інвалідами у зв'язку з туберкульозом до кількості працюючих, помножене на 10000.

24. Питома вага інвалідів серед контингентів хворих на туберкульоз – це співвідношення числа інвалідів до числа диспансеризованих на активний туберкульоз, помножене на 100 %.

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

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

27. Смертність осіб, що перебувають на диспансерному обліку (на 1000 диспансеризованих) – це співвідношення числа померлих, що перебували на диспансерному обліку, до загальної кількості хворих, що знаходилися на диспансерному обліку, помножене на 1000.

28. Частота вперше посмертно діагностованого туберкульозу – це співвідношення кількості хворих, у яких посмертно діагностований туберкульоз, до кількості усіх померлих від туберкульозу, помножене на 100 %.

■ Очікувані результати організації диспансеризації хворих на туберкульоз:

1. Досягнення вилікування у 95 % хворих за клініко-рентгенологічними і бактеріологічними результатами.

2. Зведення до 2–3 % частоти перерваного лікування та відмов від лікування.

3. Зменшення частоти рецидивів до 1,5 % у перші 3 роки після основного курсу антимікобактеріальної терапії.

Вони можливі за таких умов:

1. Збереження методу диспансеризації хворих на туберкульоз.

2. Зміцнення диспансерних відділень кадровим потенціалом і матеріально-технічною базою.

3. Забезпечення усіх хворих на туберкульоз і тих, що потребують хіміопрофілактики, антимікобактеріальними препаратами належної якості.

4. Суворе дотримання клінічних протоколів щодо туберкульозу і контрольованого лікування на всіх етапах.

Розділ 6. Організація діяльності у боротьбі з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ

6.1. *Адміністрування діяльності у боротьбі з туберкульоз-ВІЛ-ко-інфекцією:*

6.1.1. Організаційна діяльність у боротьбі з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ повинна здійснюватися на всіх рівнях (національний, на галузевому рівні та рівні 27 адміністративних територій (Автономна Республіка Крим, 24 областях і містах Києва та Севастополя) і у всіх районах, в т.ч. районах великих міст).

6.1.2. Створити ефективний на всіх рівнях (національний, обласний, районний) координаційний орган щодо заходів у боротьбі з туберкульозом ВІЛ-інфекцією / СНІДом і розробити механізми спільної роботи діяльності у боротьбі з туберкульоз-ВІЛ-ко-інфекцією.

6.1.3. Проводити епідеміологічний нагляд за поширеністю ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз і за поширеністю туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих.

6.1.4. Здійснювати спільне планування боротьби з туберкульозом/ВІЛ/СНІДом.

6.1.5. Проводити моніторинг і оцінку як спільних заходів контролю за ТБ/ВІЛ/СНІДом, так і окремо за туберкульозом і ВІЛ-інфекцією / СНІДом.

6.1.6. Проводити навчання лікарів і середніх медичних працівників щодо виявлення, діагностики, лікування і профілактики не тільки туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, але й їх поєднань.

6.1.7. Проводити кадрове і матеріально технічне забезпечення закладів і відділень для хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ.

6.2. *Зменшення поширеності туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб:*

6.2.1. Організувати інтенсивне виявлення випадків туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД методами туберкулінодіагностики дітей до 14 років, клініко-рентген-флюорографічного обстеження пацієнтів від 15 років і старшого, мікроскопії мазка мокротиння усіх, що кашляють упродовж 2 тижнів і більше.

6.2.2. Проводити лікування латентної та явної туберкульозної інфекції та хіміопрофілактику туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих.

6.2.3. Забезпечити інфекційний контроль щодо туберкульозу в усіх закладах охорони здоров'я й місцях скупчення людей (лікарні, клініки, в'язниці, військові казарми тощо), де можуть перебувати ВІЛ-інфіковані.

6.3. *Зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз:*

6.3.1. Забезпечувати перед- і післятестове добровільне консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію серед хворих на туберкульоз.

6.3.2. Впроваджувати методи профілактики ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз, зокрема:

- заходи щодо безпеки переливання крові й інших процедур в протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я, де перебувають хворі на туберкульоз;
- інформування хворих про методи запобігання передачі інфекції статевим шляхом і при ін'єкційному вживанні наркотиків;

- обговорення питань безпечного сексу, прийняття важливих рішень і мотивування у формуванні навичок користування презервативом;
- доступність для хворих профілактичних засобів (презервативів, шприців, стерильних голків і т.д.);
- швидке й доброзичливе лікування гонореї та інших хвороб, що передаються статевим шляхом, які значно підвищують ризик передачі ВІЛ;
- пропаганда безпечної поведінки;
- підтримка хворого з боку друзів і родини.

6.3.3. Впровадження профілактичної терапії ко-тримоксазолом (триметоприм/сульфаметоксазолом) одночасно з прийомом антимікобактеріальних препаратів у пацієнтів на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, щоб зменшити ризик невдачі лікування і смерті від прогресуванням туберкульозу чи розвитку опортуністичних інфекцій.

6.3.4. Забезпечувати підтримку й догляд за хворими на ВІЛ-інфекцію.

6.3.5. Забезпечувати доступ хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз до антиретровірусної терапії та лікування опортуністичних інфекцій.

■ Критерії та індикатори якості організації діяльності у боротьбі з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ:

6.1. Адміністрування діяльності у боротьбі з туберкульоз-ВІЛ-ко-інфекцією:

6.1.1. Є чи немає координаційного органу щодо заходів у боротьбі з ко-інфекцією туберкульоз / ВІЛ на національному, галузевому, обласному, районному рівнях і скільки його рішень реалізовано.

6.1.2. Які епідемічні показники (захворюваність, поширеність, смертність) щодо туберкульозу, ВІЛ-інфекції та їх поєднань.

6.1.3. Є чи немає спільного плану боротьби з ТБ/ВІЛ/СНІДом і відсоток виконаних та невиконаних його заходів.

6.1.4. Налагоджений чи ні комп'ютерний реєстр хворих на ТБ/ВІЛ/СНІД і заходів боротьби з цією ко-інфекцією.

6.1.5. Скільки кураторських візитів здійснено для оцінки спільних заходів контролю за ТБ/ВІЛ/СНІДом.

6.1.6. Скільки навчальних семінарів проведено для лікарів і середніх медичних працівників щодо виявлення, діагностики, лікування і профілактики туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та їх поєднань.

6.1.7. Плинність фахівців з туберкульозу / ВІЛ/СНІДу у адміністративній території.

6.1.8. Скільки коштів і одиниць лікувально-діагностичного обладнання придбано для хворих на ко-інфекцію.

6.1.9. Зниження числа випадків ко-інфекції туберкульозу / ВІЛ і смертності від нього порівняно з попереднім періодом.

6.2. Зменшення поширеності туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб:

6.2.1. Відсоток хворих на туберкульоз виявлених серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД – це відношення кількості виявлених хворих на туберкульоз

серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД до усіх хворих на ВІЛ/СНІД, помножене на 100 %.

6.2.2. Відсоток ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у яких проведена хіміопрофілактика туберкульозу, – це відношення кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів, яким проведена хіміопрофілактика туберкульозу, до кількості всіх ВІЛ-інфікованих, помножене на 100 %.

6.2.3. Забезпечений чи не забезпечений інфекційний контроль щодо туберкульозу в закладах охорони здоров'я.

6.3. Зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз:

6.3.1. Відсоток хворих на туберкульоз, яким проведене перед- і післятестове добровільне консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, яким проведене перед- і післятестове добровільне консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію, до кількості усіх хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

6.3.2. Відсоток хворих на туберкульоз, серед яких проведені методи комплексної профілактики ВІЛ-інфекції, – це відношення кількості хворих на туберкульоз, серед яких проведені методи комплексної профілактики ВІЛ-інфекції, до кількості усіх хворих на туберкульоз, помножене на 100 %.

6.3.3. Відсоток хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, яким проведена профілактична терапія ко-тримоксазолом, – це відношення кількості хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, яким проведена профілактична терапія ко-тримоксазолом, до усіх хворих на зазначену ко-інфекцію, помножене на 100 %.

6.3.4. Відсоток хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, яким проведена антиретровірусна терапія та лікування опортуністичних інфекцій, – це відношення кількості хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, яким проведена антиретровірусна терапія та лікування опортуністичних інфекцій, до усіх хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, помножене на 100 %.

■ Очікувані результати організації діяльності у боротьбі з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ:

1. Збільшення ефективності виявлення хворих на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 5,0 – 7,0 % щорічно.

2. Охоплення хіміопрофілактикою туберкульозу до 90,0 % ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

3. Доступність до 95,0 % хворих на туберкульоз до перед- і післятестового добровільного консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію.

4. Доступність до 90,0 % хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, яким проведена антиретровірусна терапія та лікування опортуністичних інфекцій.

5. Зниження числа випадків ко-інфекції туберкульозу / ВІЛ і смертності від нього на 3,0 % порівняно з попереднім періодом.

Вони можливі за таких умов:

1. Наявність політичної волі уряду, керівництва галузей народного господарства і місцевих адміністрацій щодо фінансування виявлення, лікування і профілактики ко-інфекції ТБ/ВІЛ та інших заходів щодо боротьби з цією ко-інфекцією.

2. Наявність злагодженої діяльності центрів боротьби зі СНІДом і протитуберкульозної служби на програмних засадах.

3. Проведення масивного повсякденного інформування населення через засоби масової інформації щодо виявлення, лікування і профілактики туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, їх поєднань.

4. Забезпечення усіх хворих антимікобактеріальними та антиретровірусними препаратами, препаратами для лікування і профілактики опортуністичних інфекцій високої якості та проведення контрольованого лікування їх.

5. Наявність необхідної інфраструктури для хворих на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та їх поєднань.

Розділ 7. Організація реєстрації, обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів

7.1. Стандартна система реєстрації, обліку і звітності повинна ґрунтуватися на чинних обліково-звітних формах щодо туберкульозу, в т.ч. щодо хіміорезистентного і ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, щодо національної програми та інших протитуберкульозних заходів, які проводяться в Україні на засадах затвердженої стратегії.

7.2. Наказ МОЗ України щодо затвердження перероблених обліково-звітних форм повинен бути зареєстрований у Міністерстві юстиції України, щоб зазначені форми використовувалися на всій території країни незалежно від галузей і підпорядкування лікувально-профілактичних закладів.

7.2. Обліково-звітні форми щодо туберкульозу, в т.ч. хіміорезистентного і ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу та щодо всіх протитуберкульозних заходів, які проводяться в Україні, повинні вдосконалюватися, спрощуватися і ці зміни повинні затверджуватися новим наказом МОЗ України, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України.

7.3. Система обліку і звітності ефективності лікування хворих на туберкульоз повинна базуватися на квартальному когортному аналізі, що дозволяє оцінювати наслідки лікування хворих та ефективність програми боротьби з туберкульозом в цілому. Для спадкоємності та порівнюваності ефективності лікування хворих за радянською системою (відсоток припинення бактеріовиділення і загоєння каверн), окрім обов'язкової оцінки ефективності лікування шляхом когортного аналізу, факультативно можна вивчати відсоток припинення бактеріовиділення і загоєння каверн.

7.4. Слід створити персоніфіковані регіональні та національний комп'ютерні Реєстри хворих на туберкульоз і здійснювати моніторинг виявлення, діагностики та лікування хворих і профілактики цієї недуги, які повинні спиратися на рекомендовані ВООЗ і адаптовані до національних умов обліково-звітні форми щодо туберкульозу, в т.ч. хіміорезистентного і

ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу та щодо всіх протитуберкульозних заходів, які проводяться в Україні.

7.5. Оптимальним є створення комп'ютерної мережі й формування регіонального та центрального триєдиного реєстрів з індивідуалізованими та інтегрованими даними: а) про весь туберкульоз; б) про хіміорезистентний туберкульоз; в) про ТБ/ВІЛ/СНІД, причому бактеріологічні лабораторії протитуберкульозних закладів повинні вести свій комп'ютерний реєстр бактеріовиділювачів. Звірка даних усіх реєстрів сприяє більш точним даним про хворих.

7.6. Для уникнення будь-якої кількості неврахованих хворих варто запровадити подання екстрених повідомлень про туберкульоз протитуберкульозному диспансеру паралельно лабораторіями (при виявленні мікобактерій туберкульозу чи хіміорезистентності), всіма лікарями (при діагностуванні туберкульозу чи хіміорезистентності).

7.7. Всі медичні заклади повинні звітувати про нові випадки захворювання на туберкульоз і рецидиви, про результати лікування до місцевих органів охорони здоров'я згідно з відповідними вимогами законодавства і прийнятою стратегією (міжнародний стандарт 17).

7.8. Ядром в організації та реалізації регіональних комп'ютерних реєстрів і моніторингу повинні стати інформаційно-аналітичні відділи медичної статистики (в інших чинних нормативно-правових документах – це державний і регіональні центри інформаційних технологій) обласних спеціалізованих закладів, затверджені наказом МОЗ України від 02.12.2004 № 592 «Про подальше удосконалення служби медичної статистики системи МОЗ України», а на національному рівні – відповідні структурні підрозділи Всеукраїнського центру контролю за туберкульозом МОЗ України.

7.9. Щоквартально слід проводити валідацію даних на всіх рівнях адміністративних територій, а також аналіз та інтерпретацію індивідуалізованих та інтегрованих даних, забезпечити надходження та постійне оновлення епідемічної, організаційної, соціальної, прогнозованої та іншої інформації, а також обмінюватися даними з EuroTB і EuroHIV.

7.10. Слід видати національний посібник з проведення моніторингу й оцінки на національному рівні, в автономній республіці, адміністративних територіях, районах.

7.11. Слід запровадити постійно діюче навчання та підвищення кваліфікації фахівців з моніторингу – завідувачі відділами, лікарі-методист, лікарі-статистики, медичні статистики, медичні реєстратори, інженери-програмісти, інженери-електроніки, оператор електронно-обчислювальних машин).

7.12. Кураторські візити з метою оцінки та моніторингу, запровадження внутрішнього і зовнішнього контролів якості виявлення, діагностики і профілактики туберкульозу, а також лікування хворих на цю недугу, злагоджена система функціонування усіх підрозділів протитуберкульозних і загальних медичних закладів є основою організації реєстрації, обліку, звітності,

контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів.

■ Критерії та індикатори якості організації реєстрації, обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів:

1. Повнота звітності національної (регіональної) програми контролю за туберкульозом (у %) – це відношення заходів національної (регіональної) програми для яких передбачене звітування за розробленими обліково-звітними формами до усіх заходів програми, помножене на 100 %.

2. Є чи немає рекомендацій щодо організації реєстрації, обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів.

3. Повнота звітності надана адміністративними територіями (у %) – це відношення кількості адміністративних територій (підрозділів), що надали необхідні звіти, до загальної кількості адміністративних територій (підрозділів), яким необхідно представити звіти, помножене на 100 %.

4. Правильність звітів, наданих адміністративними територіями (підрозділами) – це відношення кількості правильно й повністю складених звітів до загальної кількості перевірених звітів, помножене на 100 %.

5. Нагляд за впровадженням національної програми (чи адаптованих ДОТС-стратегії чи Стоп ТБ стратегії), у % – це відношення кількості проведених наглядових (кураторських) візитів протягом певного періоду часу до загальної кількості запланованих таких візитів, відповідно до річного робочого плану протягом того ж періоду часу, помножене на 100 %.

6. Є чи немає інструкцій із проведення наглядових (кураторських) візитів.

7. Відсоток медичних організацій, у яких є вихід в Інтернет – це відношення медичних організацій, у яких є вихід в Інтернет до загальної кількості медичних організацій, помножене на 100 %.

8. Відсоток медичних організацій, у яких є локальні комп'ютерні мережі, – це відношення медичних організацій, у яких є локальні комп'ютерні мережі, до загальної кількості усіх медичних організацій, помножене на 100 %.

■ Очікувані результати організації реєстрації, обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів:

1. Наявність повної (помісячної та щоквартальної) інформації про реалізацію національної (регіональної) програми контролю за туберкульозом та інших протитуберкульозних заходів, зокрема ефективності профілактики, виявлення та діагностики туберкульозу і лікування хворих на цю недугу, а також оперативне прийняття управлінських рішень щодо поліпшення організації реєстрації, обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів.

2. Підвищення точності обліково-звітної інформації щодо туберкульозу на $\pm 15,0$ %.

3. Збільшення доступу медичних працівників до Інтернет-ресурсів та електронної пошти.

Вони можливі за таких умов:

- 1) охоплення до 90 % територій автоматизованою системою управління (район, область, національний рівень);
- 2) створення регіональних і національного комп'ютерного реєстрів на хворих – туберкульозом, бактеріовиділювачів, хіміорезистентний туберкульоз, ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз;
- 3) охоплення внутрішнім та зовнішнім контролем якості функціонування лабораторій і закладів охорони здоров'я з питань виявлення та лікування хворих на туберкульоз, профілактики, реалізації національної та регіональних програм до 90 % закладів.
- 4) охоплення навчанням та підвищенням кваліфікації до 90 % фахівців не тільки з моніторингу, а й клініцистів-фтизіатрів та лікарів загальної медичної мережі.

Розділ 8. Організація кадрового забезпечення протитуберкульозної служби

8.1. При розподілі випускників вищих медичних навчальних закладів пріоритетом вважати спеціальності протитуберкульозних закладів, зокрема лікарів-фтизіатрів, рентгенологів, лаборантів, бактеріологів та ін.

8.2. Молодих фахівців протитуберкульозних закладів забезпечувати відомчим житлом протягом першого року роботи.

8.3. Збільшувати заробітну плату і надбавки до неї лікарям, середнім та молодшим медичним працівникам протитуберкульозних закладів кожні 3 роки.

8.4. Впровадити єдину уніфіковану програму підготовки студентів, інтернів, лікарів різних профілів та населення з постійним оновленням навчально-освітніх програм.

8.5. Внести в сертифікаційні цикли для лікарів всіх спеціальностей питання епідеміології, виявлення, профілактики та лікування хворих на туберкульоз.

8.6. Запровадити систему підготовки лікарів-фтизіатрів через інтернатуру, ординатуру на базі вищих навчальних закладів.

8.7. Створити та впровадити ліцензовані республіканські та міжрегіональні навчальні центри для підготовки лікарів та середніх медичних працівників за всіма розділами національної програми боротьби з туберкульозом.

8.8. Проводити декадникі, семінари, конференції, засідання асоціацій фтизіатрів з питань боротьби з туберкульозом.

8.9. Постійно розробляти й тиражувати інформаційні матеріали з чіткою соціальною орієнтацією для різних груп населення з метою підвищення санітарної грамотності населення щодо туберкульозу.

8.10. Забезпечити широку санітарно-освітню роботу у співпраці з закладами санепіднагляду, центру здоров'я, товариства Червоного Хреста, засобів масової інформації, суспільних та міжнародних організацій.

8.11. Впровадити у великих протитуберкульозних диспансерах посади психолога та епідеміолога.

■ Критерії та індикатори якості організації кадрового забезпечення протитуберкульозної служби:

1. Коефіцієнт вибуття (плинності) кадрів – це відношення кількості працівників, що звільнені з протитуберкульозного закладу (служби) з різних причин до середньої кількості працівників за цей же період, помножене на 100 %.

2. Коефіцієнт прибуття (прийому) кадрів – це відношення кількості працівників, що прийняті на роботу за певний період до середньої кількості працівників за цей же період, помножене на 100 %.

3. Коефіцієнт стабільності кадрів – це одиниця мінус відношення кількості звільнених працівників до суми працюючих і прийнятих на роботу, помножені на 100 %.

4. Відсоток мікроскопічних лабораторій, що мають в штаті лише одного фахівця – це відношення кількості мікроскопічних лабораторій, що мають в штаті лише одного фахівця, до загальної кількості мікроскопічних лабораторій, помножене на 100 %.

5. Відсоток закладів загальної медичної мережі, що мають в штаті лише одного фахівця сертифікованого щодо виявлення випадків туберкульозу – це відношення кількості закладів загальної медичної мережі, що мають в штаті лише одного фахівця сертифікованого щодо виявлення випадків туберкульозу, до загальної кількості закладів загальної медичної мережі, помножене на 100 %.

6. Відсоток укомплектованості кадрами протитуберкульозних закладів – це відношення кількості фізичних осіб медичних працівників на зайнятих посадах до штатної кількості зазначених посад у протитуберкульозному закладі, помножене на 100 %.

7. Відсоток забезпечення молодих фахівців протитуберкульозних закладів житлом – це відношення кількості молодих фахівців протитуберкульозних закладів, що отримали житло протягом 1 року, до кількості молодих фахівців, що прийняті на роботу у протитуберкульозні заклади, помножене на 100 %.

8. Динаміка заробітної плати і надбавок до неї лікарям, середнім та молодшим медичним працівникам протитуберкульозних закладів за останні 6 років.

9. Впроваджена чи не впроваджена єдина уніфікована програма підготовки студентів, інтернів, лікарів різних профілів та населення.

10. Скільки лікарів-фтизіатрів підготовлено через інтернатуру, ординатуру на базі вищих навчальних закладів.

11. Скільки створено ліцензованих республіканських та міжрегіональних навчальних центрів для підготовки лікарів та середніх медичних працівників за всіма розділами національної програми боротьби з туберкульозом.

12. Скільки проведено декадників, семінарів, конференцій, засідань асоціацій фтизіатрів з питань боротьби з туберкульозом.

13. Скільки розроблено й тиражовано інформаційних матеріалів для різних груп населення щодо туберкульозу.

14. Є чи немає угод про співпрацю з закладами санепіднагляду, центру здоров'я, товариства Червоного Хреста, засобами масової інформації, суспільними та міжнародними організаціями.

15. Впроваджені чи не впроваджені у протитуберкульозних диспансерах Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя посади психолога та епідеміолога.

■ Очікувані результати організації кадрового забезпечення протитуберкульозної служби:

1. Досягнення укомплектованості кадрами (лікарів, середніх і молодших медичних працівників) протитуберкульозної служби адміністративної території до 97,0 %.

2. Досягнення коефіцієнту стабільності кадрів до 95,0 %

3. Збільшення виявлення хворих на вперше діагностований та рецидивний туберкульоз з бактеріовиділенням – на 10,0 % протягом року.

4. Доведення до 65 % – 70,0 % бактеріовиділювачів від усіх хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Вони можливі за таких умов:

1. Повноцінно сформовані групи ризику за медичними показаннями серед дорослих до 10 % від загальної кількості дорослого населення.

2. Щорічне підвищення знань населення про туберкульоз на 30,0 %.

3. Охоплення обстеженням на туберкульоз населення за зверненням до 90,0 %.

4. Охоплення навчанням до 90 % фтизіатрів, лаборантів, статистиків та середніх медичних працівників, до 80 % лікарів загальної мережі.

Розділ 9. Організація наукових досліджень у фтизіатрії

9.1. Тематику наукових досліджень у фтизіатрії формувати за замовленнями практичних лікувально-профілактичних закладів і в рамках національних програм.

9.2. Тематику наукових досліджень у фтизіатрії затверджувати і фінансувати на конкурсних засадах.

9.3. Наукові дослідження у фтизіатрії слід організовувати за такими напрямками:

9.3.1. Проведення досліджень, експертних оцінок і оглядів з питань туберкульозу, розробка нових методів боротьби із туберкульозом – нових методів діагностування, нових препаратів і нових вакцин (міжнародний стандарт 17).

9.3.2. Розробити та вивчити закономірності епідемічного процесу в країні і регіонах та методів керування ним.

9.3.3. Вивчити епідемічні тенденції туберкульозу в країні та її регіонах, інфікованість, географію хіміорезистентного туберкульозу,

9.3.4. Вивчити ефективність лікування хворих на туберкульоз короткостроковим курсом та його вдосконалення.

9.3.5. Вивчити ефективність та доцільність ревакцинації в 7 і 14 років.

9.3.6. Вивчити захворюваність контактів на хіміорезистентний туберкульоз у вогнищах туберкульозної інфекції та розробити протиепідемічні заходи.

9.3.7. Розробити організаційні форми і методи лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

9.3.8. Розробити методи хіміопрофілактики особам з вогнищ туберкульозної інфекції, де хворі виділяють хіміорезистентні мікобактерії туберкульозу.

9.3.9. Розробити і впровадити нові підходи санітарної профілактики у вогнищах туберкульозної інфекції, зокрема визначити доцільність переходу на дезінфекцію ультрафіолетовими променями, пілозбираючими засобами, природним провітрюванням, замість хімічних дезінфікуючих розчинів.

9.3.10. Провести наукові дослідження з питань інфекційного контролю за туберкульозом.

■ Критерії та індикатори якості організації наукових досліджень у фтизіатрії:

1. Кількість науково-дослідних робіт, дисертацій, монографічних досліджень, присвячених проблемі туберкульозу в Україні (кожного окремо).

2. Кількість розроблених нових методів виявлення, діагностики, диференціальної діагностики, лікування, профілактики туберкульозу (кожного окремо).

3. Кількість впроваджених нових методів виявлення, діагностики, диференціальної діагностики, лікування, профілактики туберкульозу (кожного окремо).

4. Медична, соціальна, економічна ефективність впроваджених нових методів виявлення, діагностики, диференціальної діагностики, лікування, профілактики туберкульозу (кожного окремо).

■ Очікувані результати організації наукових досліджень у фтизіатрії:

1. ДОСЯГТИ ДО 80,0 % НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ, ДИСЕРТАЦІЙ, МОНОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, ПРИСВЯЧЕНИХ ПРОБЛЕМІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ, ЩО ВИПЛИВАЮТЬ З НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ.

2. Досягти охороноспроможності до 90,0 % розроблених нових методів виявлення, діагностики, диференціальної діагностики, лікування, профілактики туберкульозу.

3. Досягти конкурентоспроможності до 60,0 % розроблених нових методів виявлення, діагностики, диференціальної діагностики, лікування, профілактики туберкульозу.

4. Досягти економічного ефекту від 70,0 % впроваджених нових методів виявлення, діагностики, диференціальної діагностики, лікування, профілактики туберкульозу.

Вони можливі за таких умов:

1. Пріоритетне комплексне фінансування наукових досліджень, включаючи придбання наукової апаратури і обладнання, відряджень тощо.
2. Максимальне комплексування наукових досліджень з вітчизняними та закордонними науковими установами.
3. Надання керівникам наукових досліджень самостійності у використанні коштів, передбачених на наукову тему.

Розділ 10. Організація соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу

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

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

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

10.4. Працівники протитуберкульозних закладів повинні мати право на скорочений робочий тиждень, додаткову оплату праці, додаткову оплачувану відпустку, грошові витрати на оздоровлення та інші пільги встановлені органами державної влади та місцевого самоврядування.

10.5. Медичні працівники повинні в повному обсязі забезпечуватися індивідуальними засобами захисту від туберкульозу.

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

1. На яких засадах будуються відносини між пацієнтом і протитуберкульозним закладом?
2. Дають чи не дають пацієнти інформовану згоду на проведення медичних лікувально-діагностичних процедур.
3. Кількість скарг пацієнтів на порушення їх прав.
4. Кількість судових позовів пацієнтів на порушення їх прав.
5. Які пільги мають працівники протитуберкульозних закладів.
6. Забезпечені чи не забезпечені медичні працівники в повному обсязі індивідуальними засобами захисту від туберкульозу.

■ Очікувані результати організації соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу:

1. Підвищення ефективності використання існуючих ресурсів протитуберкульозних закладів.
2. Розмір матеріальної компенсації пацієнту за нанесену йому ятрогенну (лікарську) шкоду здоров'ю.
3. Зменшення ризику банкрутства лікувально-профілактичного закладу.
4. Профілактика неналежного дання медичної допомоги хворим.
5. Поліпшення якості медичних послуг хворим на туберкульоз.
6. Удосконалення надання протитуберкульозної допомоги населенню.

Вони можливі за таких умов:

1. Суворе дотримання законодавства України пацієнтами і лікарями.
2. Вдосконалення законодавчих актів щодо соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу протитуберкульозних закладів.
3. Фінансова підтримка соціального захисту хворих на туберкульоз і медичного персоналу протитуберкульозних закладів.

Розділ 11. Організація співробітництва протитуберкульозної служби з міжнародними організаціями

11.1. Вести переговори і укласти угоди щодо співробітництва з ВООЗ, EuroTB, EuroHIV, міжнародною федерацією Червоного Хреста та іншими неурядовими організаціями за різними пріоритетними напрямками протитуберкульозних заходів.

11.2. Застосовувати рекомендації ВООЗ щодо туберкульозу, адаптовувати їх до національних умов і реалізовувати.

11.3. Налагодити обмін інформацією з країнами-сусідами, ВООЗ, EuroTB, EuroHIV щодо епідемічної ситуації з туберкульозу.

11.4. Благодійні внески та кредитні асигнування, пожертвування від міжнародних організацій використовувати для розвитку пріоритетних напрямів

боротьби з туберкульозом, регламентованих загальнодержавною програмою протидії захворюванню на туберкульоз в Україні.

11.5. Вивчати досвід функціонування та ефективності туберкульозних програм в інших країнах і найкращі з них застосовувати в Україні.

11.6. Укласти угоди про співробітництво із закордонними науковими установами щодо спільної наукової діяльності.

11.7. Проводити міжнародні наукові конференції, конгреси для обміну досвідом щодо результатів наукових досліджень.

11.8. Залучати міжнародні кредити для фінансування національної програми та протитуберкульозних заходів.

11.9. Проводити разом з міжнародними організаціями спільні пілотні проекти щодо різних аспектів туберкульозу.

■ **Критерії та індикатори якості організації співробітництва протитуберкульозної служби з міжнародними організаціями:**

1. Кількість укладених угод про співробітництво з міжнародними організаціями.

2. Кількість залучених коштів від міжнародних організацій для фінансування національної програми та протитуберкульозних заходів.

3. Кількість пілотних проектів, реалізованих разом з міжнародними організаціями.

4. Кількість наукових досліджень спільних з міжнародними організаціями.

5. Кількість проведених міжнародних наукових форумів.

6. Перерахувати нові наукові досягнення і організаційні форми контролю за туберкульозом, що перейняті за кордоном і впроваджені в Україні.

■ **Очікувані результати організації співробітництва протитуберкульозної служби з міжнародними організаціями:**

1. Досягнута ефективність у реалізації певних протитуберкульозних заходів у пілотних проектах.

2. Досягнута ефективність через впровадження запозичених напрацювань за кордоном.

Вони можливі за таких умов:

1. Наявність взаємовигідної мотивації для співробітництва з української сторони та міжнародної організації.

2. Наявність політичної волі з боку Уряду країни чи виконавчої влади адміністративної території щодо підтримки співробітництва протитуберкульозної служби з міжнародними організаціями.

3. Стабільне, вигідне, зрозуміле для міжнародної організації законодавство України.

Розділ 12. Організація фінансування протитуберкульозних заходів

12.1. Для фінансування протитуберкульозних заходів слід застосовувати програмний підхід.

12.2. Джерела фінансування загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз, протитуберкульозних заходів складаються з державного, регіонального і місцевого бюджетів, позабюджетних джерел фінансування (кошти грантів, громадських організацій та інших донорів) та коштів від медичного страхування.

12.3. З державного бюджету слід здійснювати щорічну централізовану закупівлю протитуберкульозних препаратів, вакцини БЦЖ, туберкуліну і найважливішого лікувально-діагностичного обладнання.

12.4. Не використані і кінці року асигнування не ліквідовуються, а можуть застосовуватися у наступному бюджетному році.

12.5. 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 регіональні протитуберкульозні програми і протитуберкульозні заходи, не профінансовані або недостатньо профінансовані із державного бюджету.

■ Критерії та індикатори якості організації фінансування протитуберкульозних заходів:

1. Кількість виділених коштів на протитуберкульозні заходи в країні (галузі, адміністративній території, районі), 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.

2. Перерахувати цільові витрати та їх використання.

3. Доля загального фінансування протитуберкульозних заходів від потреби – це відношення загальної кількості виділених коштів зі всіх джерел на протитуберкульозні заходи до розрахункової потреби, помножене на 100 %.

4. Частка виділеного фінансування на Адаптовану Стоп ТБ стратегію (Адаптовану ДОТС-стратегію) – це відношення кількості виділеного фінансування на Адаптовану Стоп ТБ стратегію (Адаптовану ДОТС-стратегію) до загального фінансування протитуберкульозних заходів, помножене на 100 %.

5. 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.

6. Подушне фінансування протитуберкульозної допомоги на душу населення – це відношення кількості затрат в гривнях за рік до середньорічної кількості населення, грн.

7. Вартість фінансування на одного виявленого хворого на туберкульоз – це відношення кількості коштів, що затрачені на всі методи виявлення хворих, до кількості виявлених хворих на туберкульоз, грн.

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

■ Очікувані результати організації фінансування протитуберкульозних заходів:

1. Пріоритетом буде фінансування потреб пацієнтів, а не потреб медичних закладів.

2. Реалізація протитуберкульозних заходів буде якісніша й ефективніша.

3. Збільшиться кадровий потенціал і поліпшиться матеріально-технічна база протитуберкульозних закладів.

4. Поліпшиться загальний доступ до якісної діагностики й лікування хворих на туберкульоз.

5. Скоротяться людські страждання й соціально-економічний тягар, пов'язаний з туберкульозом.

6. Будуть захищені уразливі групи населення від туберкульозу, в т.ч. від хіміорезистентного та ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу.

7. Поліпшаться епідемічні показники з туберкульозу.

Вони можливі за таких умов:

1. Отримання фінансування з різних джерел максимально наближеного до потреби.

2. Забезпечення фінансування кожного заходу загальнодержавної програми з державного або місцевих бюджетів, причому гарантоване фінансування антимікобактеріальних препаратів, живильних середовищ, туберкуліну, вакцини БЦЖ, основного лікувально-діагностичного обладнання.

3. Виділення 10 % від бюджету програми на моніторинг і оцінку.

Цільові показники Основних засад організації медичної допомоги хворим на туберкульоз

Забезпечення мети Основних засад організації медичної допомоги хворим на туберкульоз, зокрема збереження і поліпшення здоров'я людей за рахунок раціональної науково обґрунтованої організації профілактики, своєчасного виявлення і діагностики туберкульозу та ефективного лікування хворих на цю недугу, а також скорочення прямих і втрат суспільства за рахунок поліпшення ефективності протитуберкульозних заходів (виявлення, діагностики, лікування та профілактики) й посилення контролю за туберкульозом і зниження захворюваності та смертності населення від цієї недуги, а також зменшення економічних збитків суспільству від туберкульозу внаслідок зменшення резервуару туберкульозної інфекції, буде зумовлено завдяки досягненню таких цільових показників, передбачених Стоп ТБ стратегією, але адаптованих до українських реалій:

1. Зниження захворюваності й смертності від туберкульозу, що започатковане в Україні у 2006 р. буде невинно продовжуватися.
2. До 2015 р. виявляти до 70 % нових випадків бактеріологічно і/або гістологічно підтвердженого туберкульозу.
3. До 2015 р. виліковувати щонайменше 85 % хворих на туберкульоз легень з бактеріовиділенням.
4. До 2020 р. довести захворюваність і поширеність туберкульозу до рівня 1990 року.
5. До 2040 р. скоротити на 50 % поширеність туберкульозу й смертність від нього порівняно з 1990 роком.
6. До 2050 р. ліквідувати туберкульоз серед дитячого населення, довівши один випадок захворювання на мільйон дітей.
7. До 2060 р. ліквідувати туберкульоз як проблему суспільної охорони здоров'я, довівши один випадок захворювання на мільйон чоловік.

Ці показники можливі за таких умов:

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.
2. Якщо Україна подолає нинішню світову фінансово-економічну кризу й надалі подібних криз не буде.
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.
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.
5. Якщо отримають належне фінансування і якісну реалізацію зазначені вище усі напрямки цих Основних засад, а саме:

- 5.1. Організаційні підходи до розробки, планування та реалізації протитуберкульозних заходів і програм.
- 5.2. Організація виявлення та діагностики туберкульозу.
- 5.3. Організація лікарського менеджменту, лікування та реабілітації хворих на туберкульоз.
- 5.4. Організація профілактики туберкульозу.
- 5.5. Організація диспансеризації хворих на туберкульоз.
- 5.6. Організація діяльності у боротьбі з туберкульоз-ВІЛ-ко-інфекцією
- 5.7. Організація обліку, звітності, контролю та моніторингу ведення випадків туберкульозу та протитуберкульозних заходів.
- 5.8. Організація кадрового забезпечення протитуберкульозної служби.
- 5.9. Організація наукових досліджень у фтизіатрії.
- 5.10. Соціальний захист хворих на туберкульоз і медичного персоналу.
- 5.11. Організація співробітництва з міжнародними організаціями.
- 5.12. Організація фінансування протитуберкульозних заходів.

Література

1. Аплекар, М., Гжемска М, Оттмани С. Расширенная программа DOTS по борьбе с туберкулезом [Текст] / Ред. М. Аплекар, М. Гжемска, С. Оттмани. – Женева : ВОЗ, 2001. – 29 с.
2. Бащинский, С. Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины [Текст] / С. Е. Бащинский. – М. : Медиасфера, 2004. – 135 с.
3. 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.
4. Борьба с туберкулезом в тюрьмах : руководство для руководителей программ [Текст] / А. Боне [и др.]. – М : «Права человека», 2002. – 208 с.
5. Васильева, А. В. Внелегочный туберкулез : рук. для врачей ; под ред. А. В. Васильева. – СПб : ИКФ «Фолиант», 2000. – 568 с.
6. Власов, В. В. Введение в доказательную медицину [Текст] / В. В. Власов. – М. : Медиасфера, 2001. – 270 с.
7. ВОЗ. Борьба с туберкулезом среди беженцев и перемещенных лиц : межведомственное практическое руководство [Текст]. – Женева : ВОЗ, 2002. – 72 с.
8. ВОЗ. Методологическое руководство по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия [Текст]. – Женева : ВОЗ / Глобальный фонд, 2004. – 94 с.
9. 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.

10. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII із змінами та доповненнями за 1992 – 2007 рр. [Текст]. – Київ, 1992.
11. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року № 4004-XII із змінами та доповненнями за 1994 – 2007 рр. [Текст]. – Київ, 1994.
12. Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5 липня 2001 року № 2586-III 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-IV. [Текст]. – Київ, 2006.
13. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках» від 8 лютого 2007 року № 648-V. – Київ, 2007.
14. Качество медицинской помощи : Глоссарий [Текст]. – Россия-США, 1999. – 61 с.
15. Коалиция по борьбе с туберкулезом за техническое сотрудничество [Текст] / Tuberculosis coalition for technical assistance. – Копенгаген : USAID, 2006. – 170 с.
16. 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.
17. Конституція України [Текст] / Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними згідно із Законом України № 2222-IV (2222-15) від 08.12.2004 р. – Київ, 1996. – 30 с.
18. Краткое руководство по туберкулезу для работников первичной медико-санитарной помощи для стран Европейского региона ВОЗ с высоким и средним бременем туберкулеза [Текст] / Н. Ахамед [и др.]. – Женева : ВОЗ, 2004. – 60 с.
19. Кучеренко, В. З. Управление здравоохранением [Текст] / Под ред. В. З. Кучеренко. – М. : ТЕИС, 2001. – 448 с.
20. Лехан, В. М., Рудой 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.
21. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи [Текст] / О. П. Щепин [и др.]. – М. : Медицина, 2002. – 176 с.
22. Нагорна, А. М., Степаненко А. В., Морозов 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.
23. Назаренко, Г. И., Полубенцева Е. И. Управление качеством медицинской помощи [Текст] / Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева. – М. : Медицина, 2000. – 368 с.
24. 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». [Текст] – Київ, 2006. – 2 с.

25. Наказ МОЗ та АМН України від 19.02.2009 р. № 102/18 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)» [Текст]. – Київ, 2009. – 2 с.

26. Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів» [Текст]. – Київ, 2003. – 2 с.

27. Наказ МОЗ України від 10.03.2004 р. № 131 «Про покращання організації відбору та санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз» [Текст]. – Київ, 2004. – 2 с.

28. Наказ МОЗ України від 19.09.2005 р. № 480 «Про утворення відділень з профілактики туберкульозу» [Текст]. – Київ, 2005. – 2 с.

29. Наказ МОЗ України від 15.11.2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні адаптованої ДОТС-стратегії» [Текст]. – Київ, 2005. – 2 с.

30. Наказ МОЗ України від 03.02.2006 р. № 48 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів». [Текст] – Київ, 2006. – 2 с.

31. Наказ МОЗ України від 06.02.2006 р. № 50 «Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння» [Текст]. – Київ, 2006. – 2 с.

32. Наказ МОЗ України від 24.05.2006 р. № 318 «Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні» [Текст]. – Київ, 2006. – 2 с.

33. Наказ МОЗ України від 09.06.2006 р. № 384 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз» [Текст]. – Київ, 2006. – 2 с.

34. Наказ МОЗ України від 09.06.2006 р. № 385 «Про затвердження Інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз» [Текст]. – Київ, 2006. – 2 с.

35. Наказ МОЗ України від 06.07.2006 р. № 446 «Про затвердження Інструкції з впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я» [Текст]. – Київ, 2006. – 2 с.

36. Наказ МОЗ України від 06.09.2006 р. № 597 «Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД» [Текст]. – Київ, 2006. – 2 с.

37. Наказ МОЗ України від 18.04.2008 р. № 212 «Про затвердження Методичних вказівок для медичних працівників кабінетів (пунктів) щеплень, виїзних (тимчасових) та мобільних бригад» [Текст]. – Київ, 2008. – 2 с.

38. Наказ МОЗ України від 17.05.2008 р. № 254 «Про затвердження Інструкції про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України» [Текст]. – Київ, 2008. – 2 с.

39. Наказ МОЗ України від 28.05.2008 р. № 276 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію» [Текст]. – Київ, 2008. – 2 с.
40. Наказ МОЗ України від 22.10.2008 р. № 600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз» [Текст]. – Київ, 2008. – 2 с.
41. Наказ МОЗ України від 30.04.2009 р. № 287 «Про направлення на санаторне лікування хворих на туберкульоз та осіб із груп ризику» [Текст]. – Київ, 2009. – 2 с.
42. Организация борьбы с туберкулезом [Текст] : руководство по выполнению основного минимума стандартов. – 5-е изд. / Д. А. Энгарсон [и др.] ; пер. Г. Фогт ; ред. пер. Р. Залескис. – Женева : Международный союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких, 2003. – 119 с.
43. Пасечников, А., Рич. М. Л. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью : международное издание [Текст] / Ред. А. Пасечников, М. Л. Рич. – Бостон, 2003. – 173 с.
44. Росс, Г., Новічкова О. Посібник для розробників клінічних рекомендацій / медичних стандартів [Текст]. / Заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова ; NICARE. – К. , 2006. – 166 с.
45. Салман, Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий [Текст] / Р. Б. Салман, Дж. Фигейрас ; пер. с англ. – М. : Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
46. Тульчинский, Т. Г., Варавикова Е. А. Новое общественное здравоохранение : введение в современную науку [Текст] / Т. Г. Тульчинский, Е. А. Варавикова. – Иерусалим : Amutah for edication and Health, 1999. – 1049 с.
47. Фещенко, Ю. І., Мельник В. М., Лірник А. В. Менеджмент у фтизіатрії [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, А. В. Лірник. – К. : Здоров'я, 2007. – 680 с.
48. Фещенко, Ю. І., Мельник В. М. Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2009. – 488 с.
49. Фещенко, Ю. І., Черенько С. А. Отечественная фтизиатрия сегодня: по итогам рабочего совещания [Електронний ресурс] / Ю. І. Фещенко, С. А. Черенько // Тематический номер : инфекции в практике врача. – Режим доступа : www_health-ua_org - медицинский портал «Здоровье Украины».htm.
50. Фещенко, Ю. І., Мельник В. М. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2007. – 664 с.
51. Фещенко, Ю. І., Мельник В. М. Туберкульоз легень в період епідемії : епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К.: Логос, 1998. – 284 с.
52. Фещенко, Ю. І. Туберкульоз : організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2010. – 448 с.

53. Флетчер, Р., Флетчер С., Вагнер Є. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины [Текст]. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер ; пер. с англ. – М. : Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
54. Хопвелл, Ф. С. Міжнародні стандарти, що регулюють надання медичної допомоги при захворюванні на туберкульоз [Текст] / Ф. С. Хопвелл. – Сьоме видання, 7 вересня 2005 р. ; пер. з англ. – Сан-Франциско, 2005. – 33 с. ; [вид. Бюро ВООЗ в Україні, 2007].
55. Цілі Розвитку Тисячоліття : Україна [Текст]. – К., 2003. – 29 с.
56. Шоу, Ч. Д., Кало И. Основы для разработки национальных стратегий по усовершенствованию качества в системах здравоохранения [Текст] / Ч. Д. Шоу, И. Кало. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ. – 2002. – 67 с.
57. Экерман, П. Основы инфекционного контроля : практическое руководство [Текст]. – 2-е изд. / П. Экерман [и др.]. – М. : АМР США, 2000. – 277 с.
58. Canadian Tuberculosis Standarts [Text]. / Ed. R. Long. – 5th Ed. – Toronto, 2000. – 253 p.
59. Colombani, P. Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ [Текст] / P. Colombani [et al.]. – Копенгаген : ВОЗ, 2003. – 34 с.
60. Field, M. J., Lohr K. N. 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.
61. Graham, N. O. Quality in Health Care [Text] / Ed. N. O. Graham. – Gaithersburg, Maryland : Aspen Publication, 1995. – 135 p.
62. 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.
63. Профилактика туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях при дефиците необходимых ресурсов : метод. рекомендации [Текст] / R. Granich [et al.]. – Женева : ВОЗ, 1999. – 59 с.
64. Stanley, J. Tillinghast Руководство по повышению качества клинической работы в рамках преобразования российской системы здравоохранения [Текст] / Stanley J. Tillinghast ; программа Здравреформ. – Москва, 1996. – 161 с.
65. 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.
66. WHO/HTM/TB/2006.371. Руководство по лечению туберкулеза у детей, для национальных программ борьбы с туберкулезом : противотуберкулезная программа для стран Центрально-азиатского региона [Текст]. / ВОЗ ; пер. В. В. Завольский ; науч. ред. О. В. Ловачева, Г. Цогт, Б. Бабамурадов. – ВОЗ, 2007 [Отпечатано в Узбекистане]. – 254 с.
67. WHO. Interm recommendation for the surveillance of dgug resistance in tuberculosis [Text] / WHO/TB. – Geneva, 2007. – 19 p.

68. WHO/IUATLD. Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Anti-tuberculosis drug resistance in the world [Text] / WHO/TB. – Geneva, 1997. – 217 p.
69. WHO/IUATLD. Anti-tuberculosis drug resistance in the world [Text] / WHO/TB; 3th Global Report. – WHO/IUATLD, 2002. – 299 p.
70. WHO. Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing : WHO report 2007. [Електронний ресурс] / WHO. – Режим доступу : <http://www.stoptb.iqipserver.com/default.asp>.
71. WHO. Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis [Text] // WHO/HTM/TB. – 2006. – 361 p.
72. WHO. The Stop TB Strategy [Text] / WHO/HTM/TB/2006.368. – WHO, 2006. – 21 p.
73. WHO. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes [Text]. – Geneva, 1997. – 220 p.

ЗМІСТ

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА СКОРОЧЕННЯ	3
ПЕРЕДМОВА	11
ВСТУП	15
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ, ПЛАНУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ І ПРОГРАМ	66
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	81
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКАРСЬКОГО МЕНЕДЖМЕНТУ, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	95
РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	105
РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	130
РОЗДІЛ 6. ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ У БОРОТЬБІ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ	133
РОЗДІЛ 7. ОРГАНІЗАЦІЯ РЕЄСТРАЦІЇ, ОБЛІКУ, ЗВІТНОСТІ, КОНТРОЛЮ ТА МОНІТОРИНГУ ВЕДЕННЯ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ	137
РОЗДІЛ 8. ОРГАНІЗАЦІЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ	140
РОЗДІЛ 9. ОРГАНІЗАЦІЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ФТИЗІАТРІЇ	142
РОЗДІЛ 10. ОРГАНІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ І МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ	144
РОЗДІЛ 11. ОРГАНІЗАЦІЯ СПІВРОБІТНИЦТВА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ З МІЖНАРОДНИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ	145

РОЗДІЛ 12. ОРГАНІЗАЦІЯ ФІНАНСУВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАХОДІВ 146**ЛІТЕРАТУРА 150****Автори:**

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 Національної 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 Національної 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»;

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 Національної 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 Національної академії медичних наук України»;

Юхимець Володимир Олексійович, доктор медичних наук, учений секретар ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Національної 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 Національної академії медичних наук України».