

І.О. Новожилова, М. І. Линник, А. М. Приходько, І. В. Бушура

## ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ КОНТРОЛЮ ЗА РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ<sup>1</sup>

Державна установа “Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г.  
Яновського Національної академії медичних наук України”

### Вступ

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), будь-який випадок повторного захворювання на туберкульоз (ТБ) після його вилікування або завершення курсу лікування є рецидивом туберкульозу (РТБ) і при цьому не розглядається як раннє чи пізнє відновлення хвороби. Частота РТБ після ефективного курсу лікування хворих на вперше діагностований ТБ, за даними різних авторів, варіює від 3,5 % до 24,4 %.

У структурі захворюваності на ТБ випадки рецидивів цієї хвороби заслуговують на особливу увагу. Хоча показник виявлення РТБ в Україні, за даними останніх років, у 5,0–5,5 разів менший, аніж показник виявлення хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), проте пацієнти з РТБ щорічно поповнюють контингенти хворих на ТБ, як основне джерело формування хронічних деструктивних форм ТБ і поширення туберкульозу із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ).

Хворі на РТБ – складна категорія для проведення ефективного курсу антимікобактеріальної терапії (АМБТ). Високі показники резистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) до антимікобактеріальних препаратів (АМБП), пізнє звернення за медичною допомогою, важчий перебіг захворювання та частіше негативне ставлення до повторного курсу терапії, суттєво погіршує результати лікування цих хворих.

Частими причинами РТБ є: контакт з джерелом туберкульозної інфекції, у тому числі з МЛС-ТБ, великі залишкові зміни в легенях після вилікування ТБ, пізнє виявлення ВДТБ, неадекватне лікування ВДТБ, лікарська стійкість МБТ до АМБП при ВДТБ, ВІЛ-інфекція, хронічний алкоголізм та наркотична залежність, важкі супутні захворювання (цукровий діабет, хронічні обструктивні захворювання легень, захворювання шлунково-кишкового тракту, серцево-судинна патологія тощо), різні імунодефіцитні стани, вагітність та пологи. Поряд з тим, причинами РТБ часто є соціальні чинники, а саме несприятливі соціально-побутові умови (безробіття та відсутність постійного місця роботи, низькій матеріальний дохід, соціально дезадаптована поведінка, належність до мігрантів, особливо до біженців та вимушених переселенців, незадовільні житлові умови або відсутність житла), перебування в місцях позбавлення волі, шкідливі звички.

Рецидивам ТБ сприяють й деякі недоліки організації надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Системні недоліки, які зумовлені недосконалими виявленнями ТБ та діагностикою стійкості МБТ до АМБП, а також огріхами щодо профілактики, лікування та медико-соціальної реабілітації хворих на ТБ тощо. Вони обумовлюють виникнення РТБ.

Війна в Україні створює нову загрозу для боротьби з ТБ. Вплив війни на епідемічну ситуацію з ТБ в Україні ще не вивчений і подібні дослідження попереду, однак вже зараз можна передбачити посилення впливу соціальних чинників на виникнення РТБ і, за можливості, у подальшому слід врахувати це у протитуберкульозних заходах.

**Метою** цих Заходів є попередження та раннє виявлення РТБ за рахунок вдосконалення шляхів організації протитуберкульозної допомоги населенню.

<sup>1</sup>Зазначені Заходи направлені до МОЗ України (лист від “2” жовтня 2023 р. № 5/7)

## **1. Загальні шляхи попередження та раннього виявлення рецидивів туберкульозу легень**

### **1.1 Раннє виявлення та діагностика туберкульозу і, як наслідок, поліпшення ефективності лікування і зменшення частоти РТБ**

– Проводити систематичний скринінг серед населення, насамперед серед груп ризику: спеціальне анкетування для виявлення симптомів ТБ (при кожному контакті з медичним працівником, але не рідше 1 разу на рік для всіх груп ризику, за виключенням людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) та осіб із захворюванням на цукровий діабет, і застосовується впродовж двох років після припинення дії чинника ризику) та радіологічне дослідження органів грудної клітки у осіб із груп високого ризику розвитку ТБ/РТБ серед ВІЛ-негативних дорослих та дітей з осередкового або близького контакту з хворими на ТБ.

– Скринінгове анкетування стосовно чинників ризику та симптомів ТБ необхідно проводити всім амбулаторним та стаціонарним пацієнтам для забезпечення швидкого медичного сортування осіб з кашлем, що триває понад два тижні. При позитивному результаті скринінгу діагноз ТБ встановлюється шляхом діагностичної оцінки, що складається з декількох діагностичних тестів та оцінки клінічної картини згідно з чинними клінічними стандартами.

– Діагностика ТБ полягає у визначенні локалізації патологічного процесу, мікробіологічному підтвердженні та ідентифікації збудника, а також обов'язковому визначенні чутливості МБТ до лікарських засобів, які застосовуються або передбачаються для лікування.

– Особи, які звернулись за медичною допомогою із легневими симптомами та будь-якими іншими захворюваннями, підлягають обстеженню на ТБ. Також осіб з підозрою на ТБ за результатами систематичного скринінгу, обстежують із застосуванням загально-клінічних, мікробіологічних, радіологічних методів (рентгенографія або комп'ютерна томографія органів грудної клітки).

– Дорослі з позитивними клініко-рентгенологічними ознаками і з негативними результатами мікробіологічних обстежень потребують прискіпливого збору анамнезу, інформації щодо контакту із хворим на ТБ, додаткового обстеження для верифікації діагнозу (фібробронхоскопія з бронхоальвеолярним лаважем, біопсія, гістологічне дослідження лімфатичних вузлів тощо).

### **1.2 Ефективне лікування туберкульозу як найважливіший профілактичний захід РТБ**

– Лікування ТБ здійснюється за пацієнт-центричною моделлю з урахуванням індивідуальних особливостей, протипоказань, результатів чутливості МБТ до лікарських засобів, які застосовуються для лікування, та призначається якомога скоріше згідно з чинними клінічними стандартами.

– Лікування ТБ необхідно починати після отримання результатів тесту на медикаментозну чутливість (ТМЧ) за генотиповими та/або фенотиповими методами діагностики, гістологічного дослідження біологічного матеріалу.

– Лікуючий лікар повинен призначити відповідний режим лікування, брати участь у розслідуванні контактів, оцінювати прихильність пацієнта до лікування та сприяти цьому, використовуючи пацієнт-орієнтований підхід у співпраці з членами сім'ї, представниками громад, спільнот, неурядових організацій, соціальних служб, здійснювати/організувати контрольоване лікування, проводити активний моніторинг, профілактику та лікування побічних реакцій, контролювати проміжні та остаточні результати лікування.

– Лікування різних випадків ТБ необхідно проводити відповідно до рекомендованих схем лікування, які наведені у Стандартах медичної допомоги «Туберкульоз», які затверджені наказом МОЗ України від 19 січня 2023 року № 102 (далі

– Стандарти). Питання щодо хірургічного лікування, моніторингу небажаних явищ/побічних реакцій на АМБП та корекції лікування, моніторингу супутніх захворювань, застосування індивідуалізованого режиму лікування, клінічного та бактеріологічного моніторингу під час лікування, моніторингу результатів лікування повинні вирішуватися виключно за наданими у Стандартах рекомендаціями. У виняткових випадках ТБ без бактеріовиділення тактика ведення пацієнта визначається рішенням лікарського консилиуму.

– Для підвищення ефективності лікування, запобігання розвитку та поширенню резистентності необхідно застосовувати заходи щодо формування прихильності пацієнтів до лікування.

– Узгодження або корекція призначеного лікуючим лікарем режиму лікування, у тому числі через виникнення виражених побічних реакцій на лікарські засоби або їх непереносимості, що потребує відміни окремих або усіх препаратів, здійснюється рішенням регіональної центральної лікарської контрольної комісії з ТБ.

– Для зменшення ризику передачі інфекції іншим людям, лікуючий лікар проводить навчання та консультування хворих на ТБ та членів їх родин щодо дотримання заходів інфекційного контролю на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування.

### ***1.3 Заходи щодо зменшення ризику інфікування та захворювання на туберкульоз контактних осіб***

– Осередкові та близькі контакти з хворими на ТБ проходять скринінгове обстеження. Контактним дітям та підліткам також проводиться тестування на латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ). Дорослим таке дослідження пропонується за доступності туберкулінової шкірної проби (ТШП) або тесту вивільнення гамма-інтерферону (ТВГІ).

– Для відстеження контактів серед уразливих та важкодоступних груп населення залучаються медичні працівники, представники громад, спільнот, неурядових організацій.

– Незалежно від клінічних призначень щодо лікування ЛТБІ, контактні особи забезпечуються ретельним клінічним спостереженням, навчанням або консультуванням медичними працівниками із досвідом ведення ЛТБІ. Проводиться скринінгове анкетування щодо симптомів і чинників ризику ТБ та рентгенологічне дослідження грудної клітки.

– Контактних осіб навчають навичкам самоспостереження та просять негайно звертатися за медичною допомогою у разі виявлення відповідних симптомів або чинників ризику; рентгенографічне дослідження грудної клітки їм призначають після первинної консультації, у подальшому – за клінічними показаннями, але не рідше 1 разу на рік, протягом двох років.

### ***1.4 Профілактичне лікування латентної туберкульозної інфекції з метою попередження туберкульозу та його рецидивів***

– Для тестування на ЛТБІ застосовується ТШП або ТВГІ. Діагноз ЛТБІ встановлюється за відсутності будь-яких клінічних та рентгенологічних симптомів ТБ та негативному результаті ТШП/ТВГІ. Для прийняття рішення щодо лікування ЛТБІ позитивний результат ТШП або ТВГІ повинен бути інтерпретований в контексті загального ризику розвитку ТБ.

– Контакти, в яких захворювання на ТБ було виключено та незалежно від результатів діагностики ЛТБІ повинні пройти індивідуальну оцінку ризику, щоб визначити ризик контактної особи щодо прогресування ЛТБІ та розвитку активної форми ТБ, врахувати дані ТМЧ у можливого джерела інфекції і відносні переваги та ризики лікування ЛТБІ для конкретного пацієнта. Відсутність результатів діагностики на ЛТБІ не є підставою для відмови у призначенні профілактичного лікування туберкульозної інфекції (ПЛ ТБІ) у контактних осіб, які зазнають найбільшого ризику розвитку активної форми ТБ.

– ЛЖВ повинні проходити скринінг на ТБ при кожному плановому візиті до закладу охорони здоров'я або за наявності відповідних скарг. Особи з позитивними або невідомими результатами ТШП/ТВГІ та які не повідомляють про наявність будь-якого з симптомів, що можуть свідчити про ТБ (кашель понад два тижні, підвищення температури, втрата маси тіла або нічна пітливість), швидше за все, не хворі на активну форму ТБ, і їм слід пройти курс ПЛ ТБІ незалежно від того, отримують вони антиретровірусну терапію (АРТ) чи ні.

– Кожен з ЛЖВ повинен хоча б один раз за життя пройти курс лікування ЛТБІ незалежно від ступеню імуносупресії. Профілактичне лікування ТБ призначається ЛЖВ на початку АРТ, після закінчення курсу лікування ТБ, чутливого до АМБП першого ряду, під час вагітності, за відсутності у пацієнтів симптомів, що можуть свідчити про активний ТБ. Відповідальним за призначення та проведення профілактичного лікування ТБ є лікуючий лікар, який веде випадок ВІЛ-інфекції. Препаратами для проведення ПЛ ТБІ має забезпечити обласний протитуберкульозний заклад на безоплатній для хворого основі. Необхідно забезпечити регулярний клінічний моніторинг та спостереження за ЛЖВ, які отримують лікування ЛТБІ.

– ПЛ ТБІ можна призначати ЛЖВ, які мали осередковий або близький контакт з хворими на МЛС-ТБ/рифампіцин-резистентний ТБ (Риф-ТБ), зважаючи на індивідуальну оцінку ризику і наявності вагомого клінічного обґрунтування. Таке ПЛ ТБІ призначається спільно з лікарем-фтизіатром.

– Всіх осіб, які контактували із хворим на вперше виявленій новий або повторний випадок ТБ з бактеріовиділенням, ЛЖВ, осіб, яким планується лікування інгібіторами фактору некрозу пухлини, діаліз, трансплантація органів або кісткового мозку, та пацієнтам із силікозом обстежують на наявність ЛТБІ та призначають ПЛ ТБІ. Перед призначенням ПЛ ТБІ в обов'язковому порядку проводять ретельне обстеження з метою виключення активного ТБ.

### ***1.5 Заходи щодо ведення пацієнтів із ВІЛ-інфекцією та деякими іншими захворюваннями, що створюють ризик розвитку ТБ***

– Систематичний скринінг на ТБ серед ЛЖВ проводить лікуючий лікар, який веде випадок ВІЛ-інфекції. При постановці пацієнта на диспансерний облік з приводу ВІЛ-інфекції йому призначають рентгенографію органів грудної клітки, якщо з моменту останнього радіологічного обстеження на ТБ минуло більше шести місяців. Скринінгове анкетування стосовно чинників ризику та симптомів, що можуть свідчити про ТБ, серед ЛЖВ слід проводити під час кожного контакту з медичним працівником незалежно від причини звернення за медичною допомогою. Для систематичного скринінгу ЛЖВ серед дорослих та дітей віком від 10 років на амбулаторному етапі використовується алгоритм послідовного скринінгу у разі отримання негативних результатів за будь-яким симптомом, що свідчить про ТБ, та радіологічне дослідження органів грудної клітки. Для систематичного скринінгу ЛЖВ серед дорослих та дітей віком від 10 років на стаціонарному етапі використовується алгоритм застосування єдиного інструменту скринінгу Xpert MTB/ RIF®(Ultra) – під час кожного епізоду госпіталізації з будь-яких причин. —Для систематичного скринінгу ЛЖВ серед дітей віком до 10 років використовується алгоритм симптоматичного скринінгу за будь-яким симптомом, що свідчить про ТБ.

– Систематичний скринінг на ТБ серед ЛЖВ, які не отримують АРТ, повинен супроводжувати взяття пацієнта під спостереження з приводу ВІЛ/СНІДу та початок АРТ. Систематичний скринінг на ТБ ВІЛ-інфікованих вагітних повинен супроводжуватись заходами із запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. ЛЖВ та особам із захворюванням на цукровий діабет систематичний скринінг на ТБ проводиться довічно.

– ЛЖВ та пацієнтам з імунодефіцитними станами слід прискорити діагностичний процес і, якщо клінічні дані свідчать про ТБ, негайно скерувати їх до лікаря-фтизіатра для вирішення питання щодо призначення курсу АМБТ.

– Тестування на ВІЛ має особливе значення як частина рутинного ведення всіх пацієнтів у районах з високою поширеністю ВІЛ-інфекції серед загальної популяції або якщо пацієнт відноситься до групи високого ризику, або має симптоми та/або ознаки, що можуть бути пов'язані з ВІЛ.

– Тісна взаємодія між ТБ та ВІЛ-інфекцією передбачає комплексний підхід до профілактики та лікування обох інфекцій, який полягає у: необхідності тестування на ВІЛ-інфекцію всіх, хто страждає на ТБ, та особам з симптомами, що можуть свідчити про ТБ; одночасному призначенні АРТ (незалежно від кількості лімфоцитів CD4) та АМБТ при встановленні ТБ у ЛЖВ.

– Інтеграція послуг з лікування ТБ з іншими програмами, зокрема, програмами боротьби з ВІЛ/СНІДом, діабетом та іншими неінфекційними захворюваннями, охорони здоров'я матері і дитини, а також послугами в області психічного здоров'я і наркологічної допомоги дає можливість оптимізувати надання послуг охорони здоров'я та відповідає принципам пацієнт-орієнтованої моделі лікування ТБ.

– Людей, які вживають наркотичні засоби ін'єкційним шляхом перед початком та під час лікування ТБ скеровують для діагностування психічних та поведінкових розладів та, у випадку наявності синдрому залежності від опіоїдів, для лікування із використанням препаратів замісної підтримуючої терапії відповідно до галузевого стандарту охорони здоров'я.

– Пацієнтів із синдромом залежності від алкоголю і (або) наркотичних чи психотропних речовин, їх аналогів, слід консультувати у лікаря психіатра-нарколога. Необхідно заохочувати повне утримання (зниження кількості споживання) пацієнтів від вживання алкоголю і (або) наркотичних чи психотропних речовин, їх аналогів, хоча споживання зазначених речовин не є протипоказанням до призначення лікування ТБ. Якщо лікування ТБ неодноразово переривається через рецидиви синдрому залежності від алкоголю та/або наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів, то АМБТ слід припинити і вжити заходів щодо формування та забезпечення прихильності пацієнта до лікування ТБ. Медичним працівникам необхідно налагодити з пацієнтом довірчі відносини, що часто дозволяє повністю завершити курс лікування ТБ навіть пацієнтам, що страждають синдромом залежності від алкоголю та/або наркотичних чи психотропних речовин, їх аналогів.

– Усі надавачі медичних послуг проводять ретельну оцінку умов, які можуть вплинути на ефективність лікування ТБ, визначають додаткові послуги для оптимального результату для кожного пацієнта та включають їх до індивідуального плану допомоги (мотиваційне консультування, діагностика та направлення на лікування інших захворювань, особливо ВІЛ-інфекції, цукрового діабету, злоякісних новоутворень, аутоімунних захворювань, силікозу, наркоманії та алкоголізму, куріння тютюну та інших психосоціальних проблем).

## **2. Організаційні заходи, які безпосередньо впливають на попередження рецидивів туберкульозу легень та їх раннє виявлення**

### **2.1 Забезпечення виявлення та діагностики туберкульозу:**

– забезпечити виявлення ТБ методом радіологічного обстеження органів грудної клітки у мережі закладів охорони здоров'я – амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

– забезпечити скринінг на латентний та активний ТБ шляхом проведення туберкулінового шкірного тесту та тесту вивільнення гамма-інтерферону;

- забезпечити виявлення ТБ молекулярно-генетичним методом (у тому числі в установах Державної кримінально-виконавчої служби (ДКВС) та інших міністерств і відомств);
- забезпечити діагностику ТБ методом виділення культури МБТ (у тому числі в установах ДКВС та ін.);
- забезпечити доступ хворих на ТБ, до ТМЧ протитуберкульозних препаратів (ПТП) 1 та 2 ряду (у тому числі в установах ДКВС та ін.);
- забезпечити доступ пацієнтів, хворих на ТБ до ТМЧ ПТП 1 та 2 ряду молекулярно-генетичним методом (у тому числі в установах ДКВС та ін.);
- забезпечити закупівлю, доставляння та використання лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичних виробів, інших товарів і послуг для діагностики ТБ;
- забезпечити зовнішній та внутрішній контроль якості лабораторних досліджень з ТБ та ВІЛ-інфекції;
- забезпечити проведення лабораторних досліджень з ТБ та ВІЛ-інфекції;
- забезпечити надання доступу пацієнтам з МЛС-ТБ до ТМЧ на рідкому поживному середовищі в процесі лікування (у тому числі в установах ДКВС та ін.).

### **2.2 Забезпечення лікування хворих на туберкульоз:**

- забезпечити доступ до лікування пацієнтів з лікарсько-чутливим ТБ ПТП відповідно до потреби, з урахуванням рекомендацій ВООЗ (у тому числі в установах ДКВС та ін.);
- забезпечити доступ до лікування пацієнтів з МЛС-ТБ ПТП відповідно до потреби з урахуванням рекомендацій ВООЗ (у тому числі в установах ДКВС та ін.);
- забезпечити фінансування послуг із супроводу лікування хворих на ТБ за програмою медичних гарантій;
- забезпечити паліативне лікування хворих на ТБ відповідно до міжнародних стандартів.

### **2.3 Покращення контролю за ТБ на рівні первинної медико-санітарної допомоги:**

- покращити співпрацю лікарів-фтизіатрів із лікарями загальної практики-сімейними лікарями, у тому числі щодо надання допомоги із формування груп ризику і спостереження за ними (зокрема у визначенні оціночних даних ризику ТБ), раннього виявлення ВДТБ або РТБ, а також шляхом посилення контролю за всіма складовими роботи сімейних лікарів щодо ТБ;
- приділити особливу увагу особам, які перехворіли на ТБ, особливо щодо виявлення і належного лікування у них супутніх захворювань, імунодефіцитних станів та інших чинників ризику РТБ;
- забезпечити диференційоване спостереження за перехворілими на ТБ у групах ризику, враховуючи наявність таких несприятливих чинників, як великі залишкові зміни в легенях, МЛС-ТБ при першому випадку захворювання, різні несприятливі соціальні чинники та їх поєднання;
- посилити профілактичний напрямок щодо ТБ у роботі лікарів загальної практики-сімейних лікарів, особливо стосовно вчасного виявлення і попередження ТБ серед мігрантів та внутрішньо переміщених осіб;
- забезпечити активний скринінг на ТБ серед внутрішньо переміщених осіб, як найнебезпечнішої групи ризику щодо захворювання на ВДТБ або РТБ;
- розробити та запровадити критерії оцінки роботи лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо контролю за ТБ, зокрема стосовно його вчасного виявлення, ефективного лікування в амбулаторних умовах, ефективного профілактики та роботи з групами ризику.

#### **2.4 Усунення проблеми ускладненого доступу до медичної допомоги в сільській місцевості та у важкодоступних районах.**

Запровадити роботу виїзних лікарських бригад, проведення скринінгових анкетувань, флюорографічних обстежень із застосуванням пересувних флюорографів та тесту на наявність ВІЛ-інфекції. Впроваджувати інформаційну стратегію, спрямовану на своєчасне виявлення ВДТБ та РТБ серед населення в сільській місцевості та у важкодоступних районах.

#### **2.5 Посилення ролі неурядових організацій, громад, волонтерів та міжвідомчої взаємодії у контролі за ТБ:**

– запровадити безкоштовну юридичну консультацію та допомогу для хворих на ТБ або для осіб із груп ризику щодо ТБ при втраті документів, при труднощах із укладенням декларації з сімейними лікарями та з інших питань;

– покращити роботу щодо встановлення контактів із хворим на ТБ та роботи з ними із залученням до цього неурядових організацій, громад, волонтерів;

– покращити інформування населення щодо ТБ за допомогою оперативної гарячої лінії, з використанням брошур, плакатів у громадських місцях, із залученням засобів масової інформації, у тому числі створенням Інтернет-сайтів;

– посилити співпрацю лікарів-фтизіатрів та лікарів загальної практики-сімейних лікарів із територіальними громадами, залучати волонтерів для вирішення різних питань щодо контролю за ТБ.

– удосконалювати та впроваджувати міжсекторальну взаємодію та підзвітність у контролі за ТБ.

#### **2.6 Подолання додаткових викликів щодо ТБ, пов'язаних з воєнним станом в Україні:**

– відновити пошкоджені протитуберкульозні заклади внаслідок воєнних дій та забезпечити повноцінну роботу в них;

– забезпечити безперервний доступ до медичних послуг з метою виявлення та діагностики ТБ (постачання витратних матеріалів, логістика біологічного матеріалу, кадровий потенціал) та пошук втрачених випадків ТБ з урахуванням міграції, вразливих та важкодоступних категорій населення;

– забезпечити безперервний життєво необхідний доступ до лікарських засобів, в тому числі до інноваційних препаратів та нових коротких схем лікування відповідно до рекомендацій ВООЗ та українських клінічних стандартів;

– впроваджувати програми підтримки та розвитку кадрового потенціалу для надання медичної допомоги пацієнтам із ТБ з урахуванням понад нормованого навантаження, емоційного виснаження та міграції;

– знаходити шляхи для підтримки медичних кадрів та хворих на ТБ, які перебувають на тимчасово окупованих територіях;

– застосовувати заходи безпеки на різних рівнях надання медичної допомоги для медиків та пацієнтів із ТБ;

– удосконалювати підтримуючий супровід хворих на ТБ, в тому числі соціальний та психологічний супровід їх амбулаторного лікування;

– відновлювати пошкоджену та зруйновану під час воєнних дій інфраструктуру протитуберкульозної служби та закладів первинної медико-санітарної допомоги та привести медичні заклади, які надають допомогу хворим на ТБ та спостерігають за групами ризику щодо нього, до відповідного стану із врахуванням необхідності впровадження сучасного інфекційного контролю;

– організовувати роботу щодо виявлення ТБ та ВІЛ-інфекції в пунктах реєстрації та місцях тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб (моніторингові візити та скринінгове анкетування щодо ТБ, флюорографічні обстеження за допомогою пересувного флюорографа, тести на ВІЛ-інфекцію та інше);

- спрямовувати інформаційну кампанію з протидії ТБ на внутрішньо перемішених осіб;
- запровадити моделювання епідемічної ситуації щодо ТБ з урахуванням негативних наслідків, пов'язаних з війною.

### **2.7 Впровадження послуг з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу для груп населення з підвищеним ризиком щодо інфікування ВІЛ:**

- забезпечити доступ до послуг за межами стандартних пакетів з надання профілактичних послуг для груп населення з підвищеним ризиком щодо інфікування ВІЛ та надання медичної допомоги з ТБ та ВІЛ-інфекції;
- забезпечити доступ осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, до замісної підтримувальної терапії та надання пакету профілактичних послуг відповідно до законодавства України;
- забезпечити надання засудженим та ув'язненим, або особам, що відбули покарання, пакету профілактичних послуг щодо ТБ та ВІЛ-інфекції.

### **2.8 Проведення національних та регіональних інформаційних просвітницьких кампаній з питань профілактики ТБ, ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя серед населення.**

- Здійснити державне замовлення на соціальну рекламу в закладах масової інформації (ЗМІ) щодо підвищення знань населення з питань ТБ, ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя серед населення.

### **2.9 Впровадження роботи єдиної національної гарячої лінії з питань профілактики ТБ та ВІЛ-інфекції.**

## **3. Організаційні заходи, які опосередковано вплинуть на попередження рецидивів туберкульозу легень та їх раннє виявлення.**

### **3.1 Збереження фтизіатричної служби в умовах реформування медичної галузі та у зв'язку із військовим станом в Україні:**

- залишити спеціальність лікар-фтизіатр до досягнення цільових епідеміологічних показників щодо ТБ (за стратегією ВООЗ з ліквідації ТБ);
- здійснювати постійний моніторинг стану інфраструктури, кадрового забезпечення фтизіатричної служби, проведення лікування хворим на ТБ, у тому числі амбулаторного, та вирішення інших питань щодо контролю за ТБ.

### **3.2 Зміцнення матеріально-технічної бази установ, які надають протитуберкульозну допомогу населенню:**

- матеріально-технічну базу більшості регіональних фтизіопульмонологічних медичних центрів та закладів первинної медико-санітарної допомоги необхідно привести у відповідність до їх реальних потреб, передбачивши розвиток лабораторної служби з мікробіологічної діагностики ТБ у тому числі розширення доступу до молекулярно-генетичних методів його діагностики.

### **3.3 Удосконалення нормативно-правової бази щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню:**

- нормативно-правову базу щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню повинна привести у відповідність до реформованої системи охорони здоров'я в Україні.

### **3.4 Розвиток і зміцнення кадрового потенціалу щодо надання протитуберкульозної допомоги населенню:**

- проводити моніторинг стану кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я, долучених до надання послуг щодо ТБ в контексті їх наявності, доступності, якості;
- провести моделювання чисельності й розподілу ресурсів необхідних для надання послуг щодо ТБ в розрізі їх компетентності, рівня кваліфікації та розробити рекомендації щодо раціоналізації кадрових ресурсів охорони здоров'я для надання послуг з ТБ;



- впровадити механізми перерозподілу функцій та делегування обов'язків між різними професійними групами медичного і соціального персоналу, залученого до надання послуг щодо ТБ;

- розробити та затвердити рекомендації щодо підвищення мотивації та профілактики «професійного вигорання» кадрових ресурсів у сфері надання послуг з ТБ в контексті формування системи справедливої й надійної винагороди, організації безпечних і належних умов роботи, сприяння мотивації до надання якісних послуг, скорочення відтоку кадрових ресурсів з державного сектору;

- розробити та затвердити індикатори оцінки ефективності роботи персоналу з метою розвитку системи управління ефективністю роботи кадрових ресурсів у сфері надання послуг з ТБ.

### **3.5 *Покращення обліку та звітності щодо ТБ:***

- сприяти оптимізації форм обліку та звітності щодо ТБ з переходом від паперових до електронних систем звітності;

- для покращення обліку хворих із РТБ залишити поняття РТБ у чинних нормативних документах, а при складанні статистичних звітів із ТБ обраховувати статистичні показники щодо РТБ окремо від нових випадків ТБ (ВДТБ).

### **3.6 *Моніторинг якості надання медичної допомоги хворим на ТБ:***

- забезпечити постійний моніторинг якості надання медичної допомоги хворим на ТБ та розробити відповідну систему оцінки її якості, у тому числі з врахуванням оцінки пацієнтів щодо надання їм тих, чи інших послуг.

### **3.7 *Забезпечення адвокації, впровадження програми з прав людини та гендерної політики:***

- впроваджувати заходи з подолання стигматизації шляхом формування толерантного ставлення до ЛЖВ та хворих на ТБ представників груп населення з підвищеним ризиком щодо інфікування ВІЛ;

- розбудувати систему моніторингу і реагування на порушення прав представників груп населення з підвищеним ризиком щодо інфікування ВІЛ у сфері протидії ВІЛ-інфекції та ТБ.

### **3.8 *Моніторинг та оцінка програм протидії ТБ та ВІЛ-інфекції:***

- забезпечити здійснення щорічного моніторингу оцінки витрат на протидію епідеміям ТБ та ВІЛ-інфекції;

- проводити оцінку ефективності профілактичних та лікувальних заходів у сфері протидії ТБ та ВІЛ-інфекції;

- забезпечити роботу міжсекторальної робочої групи з моніторингу та оцінки заходів протидії ТБ та ВІЛ-інфекції.

## **4. Ресурсне забезпечення протитуберкульозної служби**

Протитуберкульозна допомога населенню України надається у регіональних фтизіопульмонологічних медичних центрах (ФПМЦ), які створені на базі протитуберкульозних обласних установ як комунальні некомерційні підприємства. ФПМЦ надають медичну допомогу стосовно ТБ населенню відповідного регіону за різними напрямками та здійснюють координацію діяльності інших закладів регіону, які також беруть участь у наданні протитуберкульозної допомоги населенню.

Стационарне лікування хворих на ТБ відбувається у спеціалізованих відділеннях ФПМЦ.

Амбулаторне лікування хворих на ТБ здійснюється лікарями загальної практики-сімейними лікарями шляхом диференційованого використання різних моделей (у тому числі відео-ДОТ), що відповідає людино-орієнтовним принципам сучасного лікування ТБ.

## **5. Очікувані результати упродовж 5-ти років.**

Досягти 90-відсоткової ефективності стаціонарного і амбулаторного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз і 75-відсоткової ефективності лікування

хворих на туберкульоз із множинною лікарською стійкістю і конфекцію: туберкульоз/ВІЛ, а також 85-відсоткової ефективності лікування хворих на рецидив ТБ.

Досягти показника захворюваності на туберкульоз 40 на 100 тисяч населення і смертності від туберкульозу – 5 на 100 тисяч населення.

Досягнення вищезазначеного рівня основних епідеміологічних показників щодо туберкульозу сприятиме значному зниженню рецидивів туберкульозу, а у подальшому їх зникненню.

### **СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ**

ТБ – туберкульоз;  
ВООЗ (WHO) – Всесвітня організація охорони здоров'я;  
РТБ – рецидив туберкульозу;  
ВДТБ – вперше діагностований туберкульоз;  
МЛС-ТБ – мультирезистентний туберкульоз;  
АМБТ – антимікобактеріальна терапія;  
МБТ – мікобактерії туберкульозу;  
АМБП – антимікобактеріальні препарати;  
ВІЛ-інфекція – інфекція, яка обумовлена вірусом імунодефіциту людини;  
ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ;  
ТМЧ – тест на медикаментозну чутливість;  
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я;  
ЛТБІ – латентна туберкульозна інфекція;  
ТШП – туберкулінова шкірна проба;  
ТВГІ – тест вивільнення гамма-інтерферону;  
ПЛ ТБІ – профілактичне лікування туберкульозної інфекції;  
АРТ – антиретровірусна терапія;  
Риф-ТБ – рифампіцин-резистентний ТБ;  
СНІД – синдром набутого імунодефіциту;  
ДКВС – Державна кримінально-виконавча служба;  
ЗМІ – заклади масової інформації;  
ЗМІ – фтизіопульмонологічний медичний центр;  
відео-ДОТ – це контрольоване лікування хворих на туберкульоз по відеозв'язку через телефон.