



Український центр контролю за
соціально небезпечними хворобами
Міністерства охорони здоров'я України



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ЗА СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ
ХВОРОБАМИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ЦЕНТР МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ МОЗ УКРАЇНИ»

ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

(Аналітично-статистичний довідник)

Київ – 2015

Авторський колектив:

Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» (УЦКС):

директор, д-р. мед. наук, проф. Н.М. Нізова;
заступник директора з організації лікування туберкульозу О.В. Павлова;
заступник директора з питань профілактичної діяльності, досліджень та ресурсного розвитку, д-р. мед. наук, проф. А.М. Щербінська;
заступник директора з питань регіональної політики та міжсекторальної взаємодії
О. М. Стельмах

Відділ планування і організації медичної допомоги хворим на туберкульоз

завідувач відділу Я.С. Терлеєва;
лікар- фтизіатр О.С. Дюжева;
лікар- фтизіатр Л.А. Масюк;
лікар -фтизіатр О.І. Масюк;
спеціаліст зі звітності Т.В. Сухова.

Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України»

лікар – статистик відділу статистики стану здоров'я дорослого населення
О.П. Недоспасова

Відповідальні редактори:

Н.М. Нізова
М.В. Голубчиков

ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ (Аналітично-статистичний довідник), 2015 р.

Дане видання є продовженням серії публікацій статистичних довідників з питань епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні і виходить з 1999 р.

В аналітично-статистичному довіднику «Туберкульоз в Україні» висвітлені статистичні та аналітичні дані щодо туберкульозу за 2014 р. у порівнянні з попередніми роками, відображена епідемічна ситуація, стратегічні підходи до організації заходів протидії поширенню туберкульозу в країні і світі, стан надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, забезпечення інфекційного контролю.

Використання даних довідника рекомендовано для оперативного управління, формування стратегії, моніторингу і оцінки заходів протидії туберкульозу на всіх рівнях управління незалежно від форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я України.

При формуванні довідника використовувалися матеріали ВООЗ «Глобальна доповідь про боротьбу з туберкульозом за 2013 рік», Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» (2014 р.), державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я країни, звіти місій ВООЗ та USAID щодо оцінки національної програми протидії ТБ (2015 р.).

При відображенні у аналітично-статистичному довіднику «Туберкульоз в Україні» статистичних та аналітичних даних за 2014 р. не враховувалися дані з АР Крим та м. Севастополь, територій Донецької та Луганської областей, що тимчасово не підпорядковуються Уряду України, у зв'язку з припиненням звітування в 2014 р.

Використання, передрук та цитування матеріалів аналітично-статистичного довідника можливе за умови посилання на Державну установу «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»

Перелік умовних скорочень

АРТ	антиретровірусна терапія
АРВП	антиретровірусні препарати
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Глобальний фонд	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДОТ	безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів
ДПтС України	Державна пенітенціарна служба України
ЗКЯ	зовнішній контроль якості
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІК	інфекційний контроль
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МР ТБ	мультирезистентний туберкульоз
НУО	неурядові організації
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТД	протитуберкульозний диспансер
ПТЗ	протитуберкульозні заклади
ПТП	протитуберкульозні препарати
Реєстр	реєстр хворих на туберкульоз
РР ТБ	туберкульоз із розширеною резистентністю
ТБ	туберкульоз
ТЧХУ	Товариство Червоного Хреста України
УЦКС	Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»
ХР ТБ	хіміорезистентний туберкульоз
ШББ	шафа біологічної безпеки

Зміст

№ таблиці	Найменування	Сторінка
	Перелік умовних скорочень	3
	Зміст	4
	Стратегія боротьби з туберкульозом у світі	10
	Україна в контексті виконання міжнародних зобов'язань щодо протидії епідемії ТБ та реформування у галузі охорони громадського здоров'я	11
	Структура протитуберкульозної служби в Україні	13
	Характеристика епідемічної ситуації з ТБ в Україні.	
	Поширення ТБ в Україні та тенденції до його скорочення	14
	Виявлення та діагностика ТБ	19
	Організація надання медичної допомоги хворим на ТБ	20
	Результати лікування хворих на ТБ	23
	Впровадження єдиної системи обліку хворих на ТБ	26
	Профілактика ТБ	27
	Тренінгова діяльність	29
	Результати моніторингових візитів до регіонів	29
	Організація надання медичної допомоги хворим на ТБ в східних регіонах країни	30
Таблиця 1	Населення України станом на 1 січня 2014 року (постійне). Медичні працівники закладів охорони здоров'я, 2014 рік	32
Таблиця 2	Мережа протитуберкульозних закладів охорони здоров'я системи МОЗ України та кількість ліжок для хворих на туберкульоз, 2014 рік	33
Таблиця 3	Кількість лікарняних ліжок для хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України	34
Таблиця 4	Показники використання ліжкового фонду протитуберкульозних закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2014 рік	35
Таблиця 5	Кількість лабораторій у закладах охорони здоров'я України, 2013 рік	36
Таблиця 6	Забезпеченість лікарями-фтизіатрами у закладах системи МОЗ України (абсолютні числа та на 10 тисяч населення)	37
Таблиця 7	Атестація та підвищення кваліфікації лікарів-фтизіатрів у закладах	38

охорони здоров'я системи МОЗ України, 2014 рік

Таблиця 8	Медичні посади у лікувально-профілактичних закладах системи МОЗ України, 2014 рік	39
Таблиця 9	Укомплектованість лікарями-фтизіатрами закладів охорони здоров'я України у розрізі міністерств та відомств	40
Таблиця 10	Показники профілактичних оглядів з метою виявлення хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я (у відсотках до загальної кількості населення)	41
Таблиця 11	Профілактичні щеплення, що проведені дітям першого року життя та у віці 7 років і старші	42
Таблиця 12	Виявлення хворих на туберкульоз при профілактичних оглядах України	43
Таблиця 13	Методи дослідження у закладах охорони здоров'я України щодо виявлення хворих на туберкульоз за 2014 рік	44
Таблиця 14	Захворюваність на туберкульоз (вперше зареєстровані хворі+ рецидиви) серед усього населення в Україні	45
Таблиця 15	Захворюваність на всі форми туберкульозу в закладах охорони здоров'я України та інших відомств, 2014 рік	46
Таблиця 16	Захворюваність на туберкульоз легень серед усього населення України	47
Таблиця 17	Захворюваність на деструктивний туберкульоз серед усього населення України	48
Таблиця 18	Захворюваність на туберкульоз легень з бактеріовиділенням серед усього населення України	49
Таблиця 19	Захворюваність на позалегеневий туберкульоз серед усього населення України	50
Таблиця 20	Розподіл хворих з уперше встановленим діагнозом туберкульозу за віком і статтю в Україні	51
Таблиця 21	Вперше зареєстрований туберкульоз серед дітей віком 0-14 років включно	52
Таблиця 22	Вперше зареєстрований туберкульоз серед дітей-підлітків віком 15-17 років включно	53
Таблиця 23	Вперше зареєстрований туберкульоз серед дітей віком 0-17 років включно	54
Таблиця 24	Вперше зареєстрований туберкульоз серед міських жителів України	55
Таблиця 25	Вперше зареєстрований туберкульоз серед сільських жителів України	56
Таблиця 26	Захворювання на туберкульоз контактних осіб з хворими у вогнищах туберкульозу	57
Таблиця 27	Соціальна структура тих, що вперше захворіли на туберкульоз за 2014 рік (абсолютні числа)	58
Таблиця 28	Соціальна структура тих, що вперше захворіли на туберкульоз за 2014 рік (у % до загальної кількості хворих)	59
Таблиця 29	Соціальна структура вперше зареєстрованих випадків туберкульозу	60

(за факторами ризику)

Таблиця 30	Захворюваність на всі форми туберкульозу працівників закладів охорони здоров'я України (включно з протитуберкульозними диспансерами)	61
Таблиця 31	Захворюваність медичних працівників протитуберкульозних закладів України на всі форми туберкульозу	62
Таблиця 32	Випадки туберкульозу I, II, III категорій хворих у поєднанні з хворобою, яка зумовлена вірусом імунодефіциту людини (СНІД) в Україні	63
Таблиця 33	Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні зі СНІД в Україні	64
Таблиця 34	Лабораторна діагностика нових випадків легеневого туберкульозу в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України (за даними когортного аналізу, абс. числа та у % до загальної кількості випадків) за 2013 та 2014 рр.	65
Таблиця 35	Лабораторна діагностика рецидивів легеневого туберкульозу в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України (за даними когортного аналізу, абс. числа та у % до загальної кількості випадків) за 2013 та 2014 рр.	66
Таблиця 36	Лабораторна діагностика інших випадків легеневого туберкульозу в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України (за даними когортного аналізу, абс. числа та у % до загальної кількості випадків) за 2013 та 2014 рр.	67
Таблиця 37	Виявлення нових випадків та рецидивів з КСБ «+» у осіб, обстежених в лабораторіях загально-лікувальної мережі України (згідно з когортним аналізом)	68
Таблиця 38	Результати виявлення нових випадків легеневого туберкульозу в Україні (згідно з когортним аналізом)	69
Таблиця 39	Результати виявлення рецидивів легеневого туберкульозу в Україні (згідно з когортним аналізом)	70
Таблиця 40	Результати виявлення інших випадків легеневого туберкульозу в Україні (згідно з когортним аналізом)	71
Таблиця 41	Випадки позалегового туберкульозу серед випадків туберкульозу I, II, III категорій хворих в Україні (згідно з когортним аналізом)	72
Таблиця 42	Кількість випадків туберкульозу з повторним лікуванням в Україні	73
Таблиця 43	Кількість випадків захворювання на всі форми туберкульозу у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України (згідно з когортним аналізом) за 2014 рік	74
Таблиця 44	Кількість випадків туберкульозу, в яких діагноз МР ТБ/РР ТБ підтверджено вперше у житті	75
Таблиця 45	Кількість випадків туберкульозу, що були зареєстровані до 4 категорії	76
Таблиця 46	Кількість хворих, які були зареєстровані до 4 категорії, та розпочали лікування	77
Таблиця 47	Поширеність всіх форм активного туберкульозу серед населення	78

України

Таблиця 48	Поширеність всіх форм активного туберкульозу серед дітей віком 0-14 років включно	79
Таблиця 49	Поширеність всіх форм активного туберкульозу серед дітей-підлітків віком 15-17 років включно	80
Таблиця 50	Поширеність всіх форм активного туберкульозу серед дитячого населення віком 0-17 років включно	81
Таблиця 51	Кількість осіб, які перебувають на обліку за 5 категорією серед усього населення України	82
Таблиця 52	Поширеність всіх форм активного туберкульозу у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД)	83
Таблиця 53	Результати лікування нових випадків туберкульозу легень з позитивним мазком, за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	84
Таблиця 54	Результати лікування нових випадків туберкульозу легень з негативним мазком за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	85
Таблиця 55	Результати лікування рецидивів туберкульозу легень з позитивним мазком за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	86
Таблиця 56	Результати лікування рецидивів туберкульозу легень з негативним мазком за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	87
Таблиця 57	Результати лікування інших випадків туберкульозу легень з позитивним мазком за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	88
Таблиця 58	Результати лікування інших випадків туберкульозу легень з негативним мазком за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	89
Таблиця 59	Результати лікування нових випадків туберкульозу легень з позитивним мазком і/або культурою, за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	90
Таблиця 60	Результати лікування нових випадків туберкульозу легень з негативним мазком і/або культурою за 2012 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	91
Таблиця 61	Результати лікування рецидивів туберкульозу легень з позитивним мазком і/або культурою за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	92
Таблиця 62	Результати лікування рецидивів туберкульозу легень з негативним мазком і культурою за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	93
Таблиця 63	Результати лікування інших випадків повторного лікування туберкульозу легень з позитивним мазком і/або культурою за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	94

Таблиця 64	Результати лікування інших випадків повторного лікування туберкульозу легень з негативним мазком і культурою за 2013 рік (згідно з когортним аналізом, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	95
Таблиця 65	Результати лікування вперше діагностованих випадків, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	96
Таблиця 66	Результати лікування рецидивів туберкульозу, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	97
Таблиця 67	Результати лікування випадків лікування після перерви, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	98
Таблиця 68	Результати лікування випадків після невдачі 1-го курсу хіміотерапії, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	99
Таблиця 69	Результати лікування випадків після повторного курсу хіміотерапії, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	100
Таблиця 70	Результати лікування нових випадків позалегенового ТБ, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	101
Таблиця 71	Результати лікування інших випадків туберкульозу, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	102
Таблиця 72	Результати лікування Всіх типів випадків туберкульозу, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році (тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом МР ТБ, абсолютні числа та у % до загальної кількості випадків)	103
Таблиця 73	Хірургічне лікування хворих на туберкульоз в закладах охорони здоров'я МОЗ України	104
Таблиця 74	Хірургічне лікування хворих на позалегеновий туберкульоз в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України (%)	105
Таблиця 75	Показники первинної інвалідності внаслідок туберкульозу серед населення працездатного віку (за даними МСЕК)	106
Таблиця 76	Показники первинної інвалідності внаслідок туберкульозу серед дітей віком 0 -17 років (за даними ЛКК)	107
Таблиця 77	Смертність від туберкульозу в Україні (за даними Держстату України)	108
Таблиця 78	Хворі, які померли від туберкульозу поза стаціонаром (у %)	109

Таблиця 79	Хворі, які померли від туберкульозу до одного року спостереження (у %)	110
Таблиця 80	Померлі діти віком 0-14 років включно від туберкульозу (за даними Держстату України, абсолютні числа)	111
Таблиця 81	Розподіл хворих, які померли від туберкульозу, за віком і статтю (за даними Держстату України)	112
Таблиця 82	Померло хворих на туберкульоз від хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (СНІД)	113
Таблиця 83	Лікарняна та санаторна допомога хворим на туберкульоз відповідно до територіального розміщення закладів охорони здоров'я системи МОЗ України	114
Таблиця 84	Хіміопрофілактика у вогнищах з хворими на туберкульоз	115
Таблиця 85	Хіміопрофілактика у вогнищах з хворими на туберкульоз (продовження)	116
	Статистичні профілі України та регіонів	117

Стратегія боротьби з ТБ у світі

У травні 2014 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я (м. Женева, Швейцарія) схвалила Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» на період 2016 - 2035 рр., мета якої - подолання існуючих перешкод у боротьбі з ТБ, МР ТБ/РР ТБ і ВІЛ/ТБ, підведення підсумків реалізації глобального плану «Зупинити ТБ», що був розроблений Стратегічною робочою групою ВООЗ з ТБ та погоджений всіма країнами-членами ВООЗ і впроваджувався з 2005 по 2015 р.

Головним завданням нової Глобальної стратегії ВООЗ з протидії ТБ до 2035 року є звільнення світу від ТБ з досягненням нульового рівня захворюваності, смертності та страждань від цієї хвороби.

Основні етапи досягнення значень цільових показників Глобальної стратегії ВООЗ представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Основні етапи досягнення значень цільових показників Глобальної стратегії ВООЗ

Показники	Контрольні показники, %		Цільові показники, %	
	2020 р.	2025 р.	2030 р.	2035 р.
Зниження захворюваності на ТБ у порівнянні з 2015 р.	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
Зниження смертності від ТБ у порівнянні з 2015 р.	35%	75%	90%	95%
Частка постраждалих сімей, які несуть непомірні витрати у зв'язку з ТБ	0	0	0	0

Основні принципи Глобальної стратегії:

1. Керівництво та відповідальність з боку держави, проведення моніторингу та оцінки.
2. Тісна співпраця з організаціями громадянського суспільства та спільнотами.
3. Захист і дотримання прав людини, етичних норм і принципу справедливості.
4. Адаптація стратегії та цільових показників на рівні країн при глобальному співробітництві.

Базові елементи та компоненти:

1. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ТБ, ОРІЄНТОВАНІ НА ПАЦІЄНТА

1) Рання діагностика ТБ, включаючи загальне тестування на чутливість до препаратів.

2) Систематичний скринінг осіб, які перебували в контакті з хворим на ТБ, і груп підвищеного ризику.

3) Лікування всіх осіб, хворих на ТБ, включаючи ТБ з лікарською стійкістю, підтримка пацієнтів.

4) Спільні заходи боротьби з ТБ/ВІЛ та ведення супутніх захворювань.

5) Профілактичне лікування осіб з підвищеним ризиком захворювання на ТБ і вакцинація проти ТБ.

2. СИЛЬНА ПОЛІТИКА І ПІДТРИМКА СИСТЕМИ

1) Політична підтримка з адекватними ресурсами для лікування та профілактики ТБ.

2) Участь спільнот, організацій громадянського суспільства, а також усіх державних і приватних постачальників послуг.

3) Політика загального охоплення послугами охорони здоров'я та нормативна база для повідомлення про випадки захворювання, реєстрації актів цивільного стану, забезпечення якості та раціонального використання лікарських засобів, а також інфекційного контролю.

4) Соціальний захист, боротьба з бідністю і вплив на інші детермінанти ТБ.

3. ІНТЕНСИФІКАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ІННОВАЦІЇ

1) Відкриття, розробка та швидке впровадження нових засобів, практичних заходів і стратегій.

2) Наукові дослідження.

У 2015 р. закінчується термін реалізації Комплексного плану дій щодо контролю і профілактики ТБ/МР МР/РР ТБ в Європейському регіоні на 2011-2015 рр. (далі - Комплексного плану дій).

Першим кроком на шляху подальшого прогресу в області профілактики і лікування МР ТБ/РР ТБ в Європейському регіоні стали організовані Регіональним бюро ВООЗ консультації з метою визначення позиції регіону в рамках Глобальної стратегії «Покласти край ТБ». На підставі пропозицій та особливостей регіонального контексту створено проект Плану дій щодо боротьби з ТБ для Європейського регіону на період 2016-2020 рр. (далі – План дій), в якому враховано досвід реалізації заходів у семи напрямках втручання Комплексного плану дій, що застосовуються як до країн з високою, так і низькою захворюваністю ТБ.

План дій узгоджений з політикою Європейського бюро ВООЗ «Здоров'я-2020», Рамковим планом дій боротьби з ТБ, розробленим Європейським Центром контролю за захворюваннями (ECDC), Планом Європейського бюро ВООЗ щодо елімінації ТБ в країнах Європейського союзу та спрямований на реалізацію перспективного бачення: з епідемією ТБ покінчено, жодна з постраждалих сімей не несе непомірних витрат у зв'язку з ТБ.

Основна мета п'ятирічного Плану дій – профілактика передачі МР ТБ/РР ТБ за рахунок забезпечення загального доступу до послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ/МР ТБ/РР ТБ у всіх державах-членах Європейського регіону ВООЗ.

З 2015 р. до 2020 р. необхідно досягти наступних цілей, адаптованих до Глобальної стратегії «Покласти край ТБ»:

- **зниження захворюваності ТБ на 25%;**
- **зниження смертності від ТБ на 35%;**
- **показник ефективного лікування хворих МР ТБ на рівні не нижче 75%.**

Україна в контексті виконання міжнародних зобов'язань щодо протидії епідемії ТБ та реформування у галузі охорони громадського здоров'я

Питання протидії ТБ в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. У 2014 р. Україна вперше ввійшла до п'яти країн світу з найвищим тягарем МР ТБ. Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, пізні виявлення ТБ та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності від ТБ та є результатом відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії.

В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військовий конфлікт на Сході країни, прогнозується погіршення епідемічної ситуації з ТБ, що потребуватиме проведення додаткових організаційних заходів та фінансових витрат.

На запит МОЗ України, експертами Європейського регіонального бюро ВООЗ та

бюро ВООЗ в Україні на початку 2015 року було проведено оцінку ефективності виконання заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ на 2012-2016 роки за напрямками: епідмоніторинг, профілактика, організація та надання медичної допомоги хворим на ТБ. Координацію заходів по проведенню оцінки здійснював УЦКС (Наказ МОЗ України від 10.04.2015 р. № 210).

Для оцінки якості епідеміологічних даних використовувався уніфікований опитувальник для оцінки стандартів та індикаторів з ТБ (розроблено та запроваджено ВООЗ у 2014 р.).

З 12 стандартів для нагляду за ТБ, що підлягали оцінці в Україні, 4 - виконуються в повному обсязі, 6 – виконані частково, 2 - не виконані (табл. 2).

Таблиця 2. Резюме оцінки щодо впровадження стандартів і критеріїв ВООЗ для нагляду за ТБ в Україні, січень 2015

Стандарт	Виконано	Виконано частково	Не виконано	Не актуально для України
V1.1 Визначення випадків відповідно до рекомендацій ВООЗ		X		
V1.2 Система епідмоніторингу за ТБ включає мінімально рекомендований набір індикаторів		X		
V1.3 Всі дані, що регламентовані до збору та обробки, отримані та проаналізовані на національному рівні		X		
V1.4 Дані в щоквартальних звітах є точними, повними і внутрішньо несуперечливими				X
V1.5 Дані в національній базі даних точні, повні, внутрішньо узгоджені і без дублікатів		X		
V1.6 Дані епідмоніторингу, валідовані зовні			X	
V1.7 Число зареєстрованих випадків ТБ, валідовані внутрішньо	X			
V1.8 Всі виявлені випадки ТБ повідомляються		X		
V1.9 Населення має доступ до медичної допомоги		X		
V1.10 Система реєстрації якісна та має повне національне охоплення	X			
V2.1 Дані спостереження забезпечують пряме вимірювання рівня лікарської стійкості ТБ серед нових випадків	X			
V2.2 Дані спостереження забезпечують пряме вимірювання поширеності ВІЛ-інфекції у серед випадків ТБ	X			
V2.3 Дані епіднагляду за ТБ серед дітей є надійними і точними			X	

За попередніми висновками експертної місії ВООЗ, в Україні за останні 5 років спостерігається тенденція до зменшення темпів захворювання та смертності на ТБ, проведено оптимізацію лабораторної мережі з діагностики ТБ та впроваджено сучасні швидкі методи діагностики ТБ, систему ЗКЯ, значно покращилася діагностика МР ТБ.

В Україні впроваджено стандарти лікування хворих на ТБ, ко-інфекцію ТБ/ВІЛ та МР ТБ, посилено співпрацю щодо протидії захворюванню на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, налагоджена взаємодія між центрами профілактики та боротьби зі СНІДом (далі - Центри СНІДу) та ПТЗ, закладено основу для впровадження заходів інфекційного контролю з ТБ та впроваджено реєстр хворих на ТБ.

З метою підвищення якості медичних послуг для хворих на ТБ, ко-інфекцію ТБ/ВІЛ та МР ТБ, підготовки кваліфікованих кадрів протитуберкульозної служби та працівників регіональних Центрів СНІДу здійснюється регулярно навчання медичних працівників завдяки консолідованим зусиллям МОЗ України, національних та міжнародних партнерів (УКЦС, виконавці проектів гранту Глобального фонду, проекти USAID та інші партнери).

Спільними діями медичних працівників та НУО при координації МОЗ України та УЦКС налагоджено раннє виявлення ТБ у групах ризику (ув'язнені, хворі на ВІЛ/СНІД), забезпечено ліками соціально вразливі верстви населення.

Структура протитуберкульозної служби в Україні

Відповідно до завдань, визначених МОЗ України, УЦКС здійснює організаційне та технічне керівництво діяльністю медичних працівників і менеджерів охорони здоров'я країни для забезпечення належної організації надання медичної допомоги хворим на ТБ, ко-інфекцію ТБ/ВІЛ та ВІЛ-інфікованим.

УЦКС контролює виконання національних програм з ТБ та ВІЛ, виступаючи єдиним координаційним центром в Україні з передачі даних та інформації стосовно цих захворювань. У програмах моніторингу УЦКС приділяє особливу увагу зміцненню зв'язків із закладами первинної охорони здоров'я та соціальних служб як основи системи громадського здоров'я.

У структурі УЦКС швидко нарощують свій потенціал підрозділи: центр моніторингу та оцінки програмних заходів, організації лікувальної допомоги ВІЛ-інфікованим, організації лікувальної допомоги хворим на ТБ, управління закупівлями і поставками, Національна референс-лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу з відділами серології, імунології та вірусології.

Реалізацію заходів та стратегії протидії ТБ здійснює протитуберкульозна служба України, представлена ПТД, туберкульозними лікарнями для дорослих та дітей, фтизіатричними кабінетами в закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу.

У 2014 р. функціонував 81 ПТД, в тому числі 67 диспансерів зі стаціонарними відділеннями (12 304 ліжка, у 2013 р. - 15174 ліжок), у яких проліковано за рік 45705 хворих, у тому числі 19 860 сільських жителів (у 2013 р. відповідно 58280 та 22674).

Зайнятість ліжка в ПТД склала 292 дні, середнє перебування хворого на ліжку – 79,1 дні (у 2013 р. відповідно 312 та 82,4).

У системі МОЗ України функціонували 33 туберкульозні лікарні для дорослих (4 085 ліжок), де проліковано за рік 9 914 хворих, у тому числі 4 420 сільських жителів. Середнє число днів зайнятості ліжка складало 250 днів, середнє перебування хворого на ліжку – 103,5 дні. За 2013 р. у системі МОЗ України функціонували 36 туберкульозних лікарень для дорослих (5255 ліжок), де проліковано за рік 14826 хворих, у тому числі 5762 сільських жителя; середнє число днів зайнятості ліжка в рік складало 276 днів, середнє перебування хворого на ліку – 100,5 дні.

Всього у 2014 р. в країні нараховувалось 16 324 туберкульозних ліжка для дорослих, на яких проліковано 50 133 хворих. За 2013 р. нараховувалось 20519 туберкульозних ліжок для дорослих, на яких проліковано 67573 хворих.

Завдяки проведеній роботі з оптимізації ліжкового фонду ПТЗ та впровадження амбулаторної моделі лікування хворих на ТБ у 2014 р. скорочено 3322 ліжок (що становить 16,2 % від кількості ліжок у 2013 р.).

Показники використання туберкульозного ліжка для дорослих у закладах системи МОЗ України в 2014 р. наступні:

- середнє число зайнятості ліжка - 283 дні (303 у 2013 р.);
- середнє перебування хворого на ліжку – 90,4 дні (91,11 у 2013 р.);
- летальність – 8,94 (8,99 у 2013 р.);
- обіг ліжка – 3,1 (3,32 у 2013 р.).

Забезпеченість ліжками для дорослих хворих на ТБ у 2014 р. становила 3,82 на 10 тис. дорослого населення.(у 2013 р. – 4,53 на 10 тис. дорослого населення).

У мережі закладів охорони здоров'я системи МОЗ України функціонує 2 туберкульозні лікарні для дітей (200 ліжок), де проліковано у 2014 році 747 хворих, в тому числі сільських жителів – 163. Середнє число днів зайнятості ліжка в рік – 274 дні, середнє перебування хворого на ліжку – 73,4 дні. За 2013 р функціонувало 3

туберкульозні лікарні для дітей (250 ліжок), де проліковано 937 хворих, в тому числі сільських жителів – 176; середнє число днів зайнятості ліжка в рік – 284 дні, середнє перебування хворого на ліжку – 75,8 дні.

Всього у 2014 році нараховувалось 960 туберкульозних ліжок для дітей, на яких проліковано 3 227 хворих на ТБ дітей. У 2013 р. нараховувалось 1182 туберкульозних ліжок для дітей, на яких проліковано 4074 хворих.

Показники використання ліжкового фонду для дітей в ПТЗ охорони здоров'я системи МОЗ України за 2014 р.:

- середнє число зайнятості ліжка складало 260 дні (281 у 2013 р.);
- середнє перебування хворого на ліжку – 77,8 дні (81,02 у 2013 р.)
- летальність – 0,09 (0,24 у 2013 р.);
- обіг ліжка – 3,3 (3,47 у 2013 р.).

Забезпеченість ліжками для хворих на ТБ дітей - 1,26 на 10 тис. дитячого населення (0-17 років включно) (у 2013 р.- 1,48 на 10 тис. дитячого населення).

У 2014 р. діяло 519 амбулаторно-поліклінічних закладів, що мали фтизіатричні кабінети, на базі яких розташовано більшість ДОТ - кабінетів.

Як і в минулі роки, в Україні функціонувало 23 протитуберкульозних санаторії для дорослих та 38 – для дітей.

У лікувально-профілактичних закладах системи МОЗ України у 2014 р. всього нараховувалось 2 798,75 штатних посад лікарів-фтизіатрів, зайнятих посад – 2 477,25; фізичних осіб – 2 054.

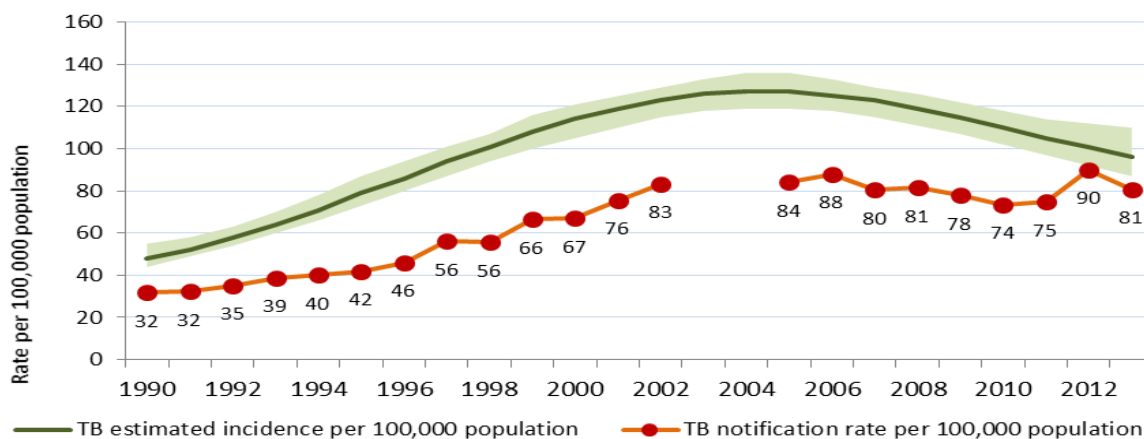
Укомплектованість штатних посад лікарів-фтизіатрів фізичними особами складає 73,4 % (71,45 % у 2013 р.). Забезпеченість лікарями-фтизіатрами становила 0,53 на 10 тис. населення (абсолютне число фтизіатрів – 2 277, з них мають категорію 72,8 %).

Однією з важливих складових протидії ТБ є діяльність ПТЗ, стан їх матеріально-технічного забезпечення. В Україні лише близько 30% лікувально-профілактичних закладів фтизіатричного профілю мають задовільний матеріально-технічний стан будівель та приміщень.

Характеристика епідемічної ситуації з ТБ в Україні. Поширення ТБ в Україні та тенденції до його скорочення

Ріст захворюваності на ТБ, що спостерігався в країні з 1998 р., було зупинено у 2004 р., і, починаючи з 2007 р., реєструється зниження захворюваності на ТБ: середньорічний темп склав - 3,3%. Оціночний рівень захворюваності на ТБ за даними ВООЗ у 2014 р. становив 96 на 100 тис. населення.

За даними ВООЗ (Звіт ВООЗ про глобальну боротьбу з ТБ, 2014 р. – далі Звіт ВООЗ) в Україні розрахункова поширеність і захворюваність на ТБ з 2007 р. знижуються в середньому на 4,4% і 3,3%, відповідно (рис.1). Проте поточні показники поширеності ТБ у 3 рази перевищують цільові завдання партнерства «Зупинити ТБ», які визначені на рівні 36 випадків на 100 тис. населення.



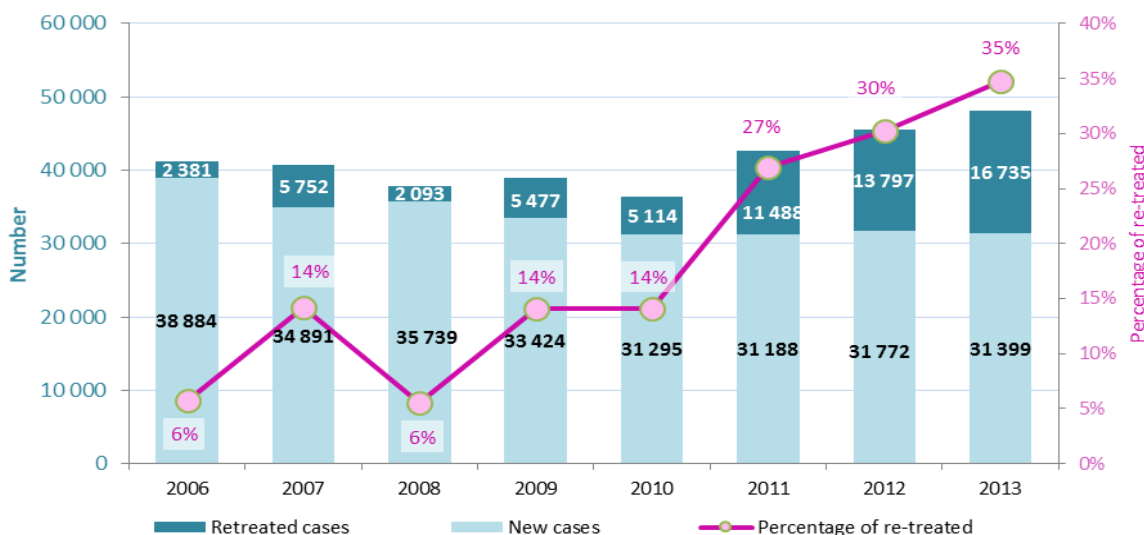
Data source: Global TB database

Рисунок 1. Розрахункові показники захворюваності на ТБ і реєстрація випадків захворювання на ТБ (нових і рецидивів) в Україні, 1990-2013 рр. *

*(Тут і далі посилання на джерело: Звіт ВООЗ).

Динаміка кількості виявлених нових та повторних випадків ТБ, частка раніше пролікованих випадків ТБ за даними звіту ВООЗ представлена на рис.2.

Кількість зареєстрованих нових випадків ТБ впродовж 2009-2014 рр. залишається стабільною, проте визначається збільшення раніше пролікованих випадків ТБ у період 2010- 2014 рр., що спричинено поширеністю ВІЛ-інфекції і МР ТБ у регіоні.



Data source: Global TB database

Рисунок 2. Кількість виявлених нових та повторних випадків ТБ, частка раніше пролікованих випадків ТБ, 2003-2013 рр. *

У 2014 р. найвищий показник захворюваності на всі форми активного ТБ зареєстровано у південно-східних регіонах країни, де розташовані потужні ПТЗ пенітенціарної системи (рис.3).

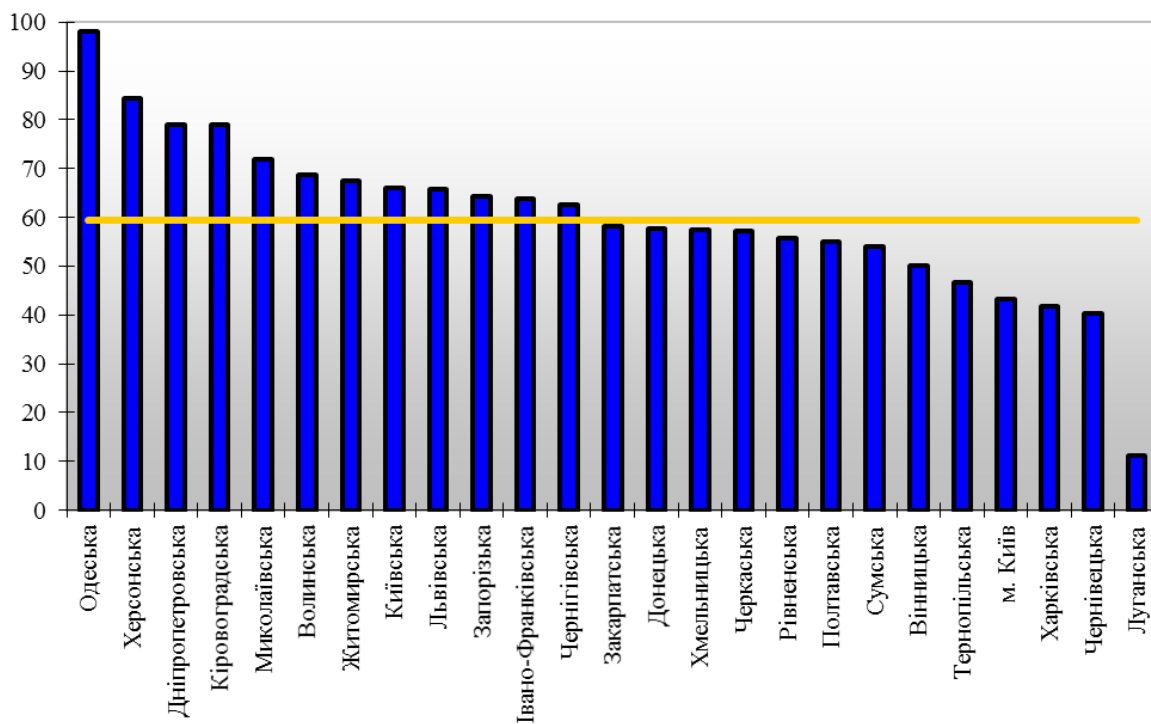
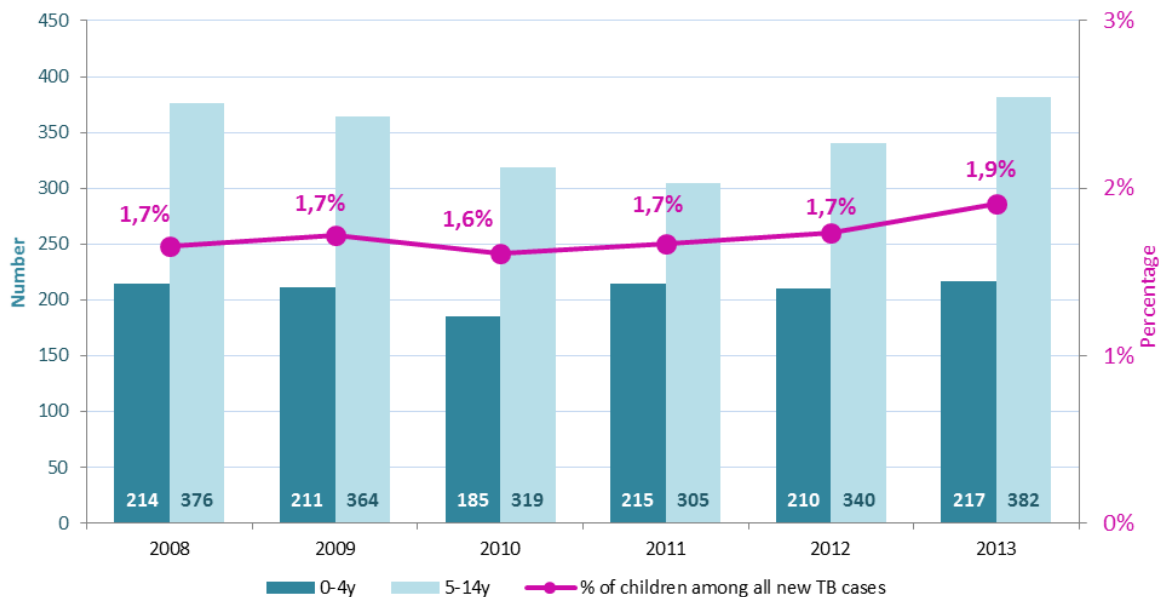


Рисунок 3. Захворюваність на активний ТБ (нові випадки у розрахунку на 100 тис. населення) в Україні, 2014 р.

В 2014 р. у порівнянні з 2013 р. відмічається зменшення рівня захворюваності на ТБ у всіх регіонах України, крім Волинської (збільшення захворюваності на 1,9 %), Хмельницької (на 3,4 %) та Львівської (на 1,4 %) областей, що обумовлено упорядкуванням статистичної звітності в зазначених регіонах.

За даними звіту ВООЗ за останні п'ять років спостерігається тенденція до зниження захворюваності ТБ у вікових групах "14-24" та "25-34". Зазначене підтверджує стійку тенденцію до зниження тягаря ТБ в країні.



Data source: Global TB database

Рисунок 6. Динаміка реєстрації випадків ТБ у дітей у розбивці по вікових групах і частка дитячого ТБ серед усіх нових випадків ТБ в Україні, 2008-2013 рр.*

Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на ТБ у 2014 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на ТБ, близько 70 % становлять представники соціально незахищених верств населення:

- 58,3 % - безробітні особи працездатного віку,
- 12,5 % – пенсіонери,
- 2,4 % – особи без постійного місця проживання;
- 1,0 % – особи, які повернулись з місць позбавлення волі; .

Викликає стурбованість значне число працівників ЗОЗ, серед захворілих на ТБ - 1,4 % від загальної кількості хворих, в тому числі лікарі та середній медичний персонал (217 особи – 0,8 %), що є наслідком недостатньо ефективних заходів інфекційного контролю в лікувально-профілактичних закладах.

Серед уперше зареєстрованих хворих на ТБ I та III категорій обліку 12,1 % склали хворі, які зловживають алкоголем та 7,0 % – споживачі ін'єкційних наркотиків, що свідчить про нагальну потребу подальшого розвитку в країні програм соціальної підтримки пацієнтів за умови активної участі інститутів громадського суспільства.

Особливої уваги заслуговує виявлення випадків позалегенового ТБ, що у 2014 р. становить:

- позалегеновий ТБ органів дихання - 58,8 % (58,2 % у 2013 р.);
- кістково-суглобовий – 17,1 % (17,8 % у 2013 р.);
- периферичних лімфовузлів – 8,3 % (8,7 % у 2013 р.);
- сечостатевої системи – 5,0 % (5,5 % у 2013 р.);
- очей та нервової системи – 6,5 % (5,9 % у 2013 р.);
- ТБ інших локалізацій - 4,3 % (3,9 % у 2013 р.)

Захворюваність на активний ТБ у поєднанні зі СНІДом за підсумками 2014 р. в порівнянні з 2013 р., знизилась лише на 0,9 % та склала 10,4 на 100 тис. населення, а смертність від зазначеної патології зменшилась на 17,8 % (4,6 на 100 тис. населення).

Помітне зростання кількості випадків поєднаної ко-інфекції ВІЛ/ТБ (19,6%) відображає зростаючий тягар епідемії ВІЛ-інфекції в країні (рис.7). Разом з тим, охоплення АРТ все ще залишається недостатнім від потреби - на рівні 56 % (рекомендовано – 100% охоплення).

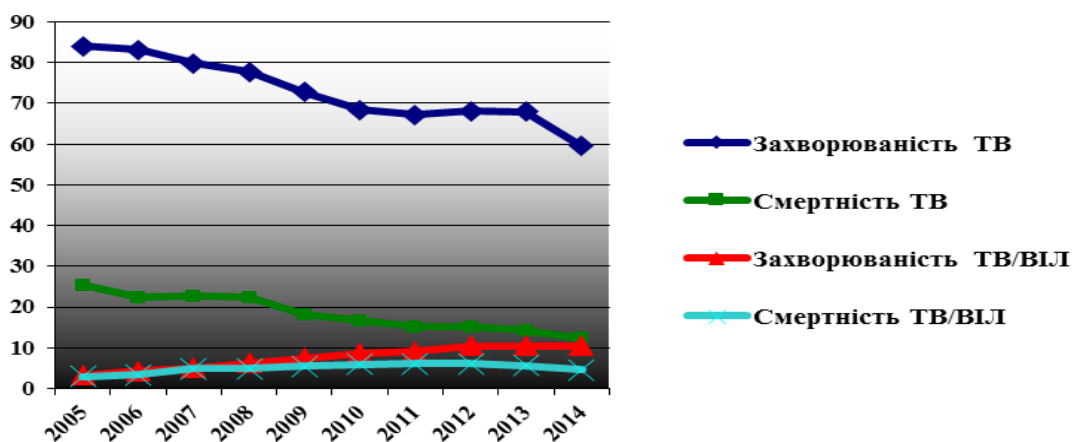


Рисунок 7. Захворюваність та смертність від ТБ та активного ТБ у поєднанні зі СНІДом (на 100 тис. населення)

Завдяки налагодженню співпраці фахівців ПТЗ та центрів профілактики та боротьби зі СНІДом щодо надання комплексної медичної допомоги хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ у 2014 р. забезпечено рівень охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію хворих на ТБ на 96,9% (у 2013 р.- 85%).

Спостерігається тенденція щодо підвищення охоплення хворих на ТБ/ВІЛ АРТ з 47,6% у 2013 р. до 55,9% у 2014 р., (рис.8.)

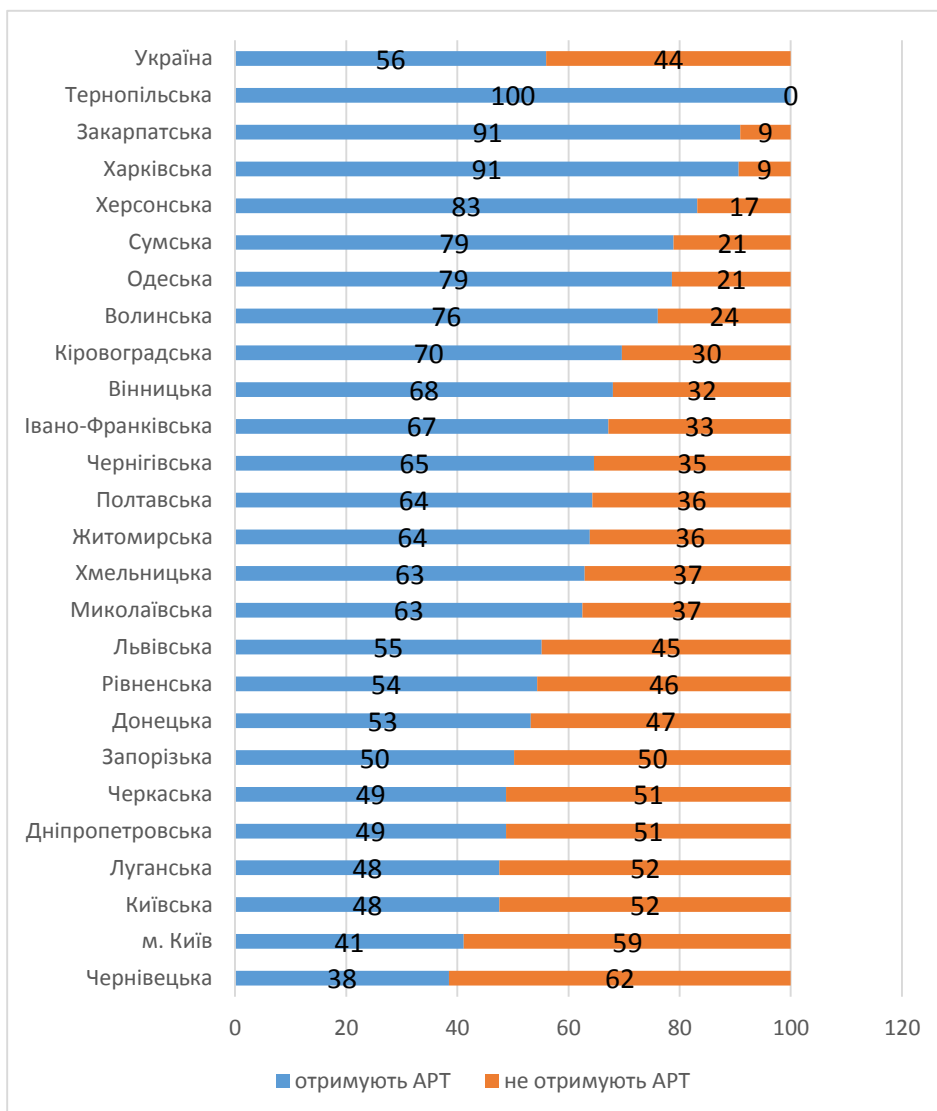


Рисунок 8. Охоплення АРТ хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у розрізі регіонів України, 2014 р.

Показник поширеності на всі форми активного ТБ у 2014 р. в порівнянні з 2013 р. знизився на 14,4 % (з 105,4 на 100 тис. населення у 2013 р. до 90,2 – у 2014 р.).

За даними аналізу територіального розподілу хворих на всі форми активного ТБ, у 2014 р. високі показники поширеності виявлено у Херсонській (131,2 на 100 тис. населення), Миколаївській (130,0), Дніпропетровській (125,5), Кіровоградській (119,7) областях, що перевищили середній показник по Україні у 1,4 рази. Низькі показники поширеності на всі форми активного ТБ за 2014 р. спостерігались у Хмельницькій (59,8 на 100 тис. населення), Тернопільській областях (64,9) та м. Києві (61,6).

Показники смертності від ТБ в Україні з 2006 р. скорочуються в середньому на - 7,6% на рік, однак темпи скорочення недостатні для виконання завдань стратегії партнерства «Зупинити ТБ» та досягнення цільових показників зниження смертності від ТБ рівні до 4,8 на 100 тис. населення.

Смертність від ТБ у 2014 р. (за даними Держстату України) знизилась на 13,5 % у порівнянні з попереднім роком та становила 12,2 на 100 тис. населення. Ця тенденція свідчить про ефективність заходів з протидії ТБ та пов'язана, насамперед, з адекватним забезпеченням потреби у ПТП I ряду.

Виявлення та діагностика ТБ

За даними ВООЗ покращення роботи з виявлення ТБ на первинному рівні надання медичних послуг та ефективне запровадження сучасних методів лабораторної діагностики ТБ забезпечили збільшення кількості підтверджених нових випадків ТБ мікроскопічним, бактеріологічним, молекулярно – генетичними методами.

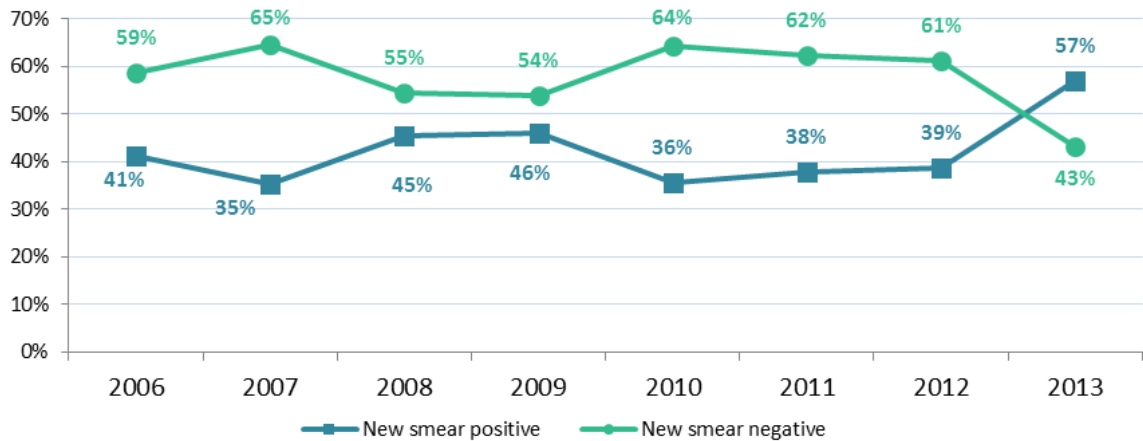


Рисунок 5. Тренд в пропорції позитивних та негативних нових випадків ТБ легень за мазком, 2006-2013 рр. *

Одним з показників, що відображають ефективність організації діагностики ТБ, є виявлення випадків ТБ з позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння у закладах первинної медико-санітарної допомоги.

Кращу організацію роботи у 2014 р. продемонстрували Херсонська (5,1%), Одеська (4,7%), Миколаївська (4,1%), Запорізька (3,5%) Дніпропетровська (3,4%) області.

У 17 регіонах рівень виявлення випадків ТБ з позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння в закладах ПМСД був незадовільним та не досягав значення, визначеного в індикаторах Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на ТБ на 2012-2016 роки. Особливу увагу щодо організації виявлення хворих на ТБ на рівні закладів ПМСД необхідно приділити у регіонах з найнижчим рівнем: Тернопільській (0,7%) та Львівській (0,%) областях.

Впродовж 2014 р. завершено переоснащення лабораторій з мікробіологічної діагностики ТБ III рівня: всі регіони забезпечені автоматизованими системами BD VASTEST™ MGIT™ 960 та системами для експрес-діагностики ТБ методом ПЛР GeneXpert, що дозволило суттєво скоротити строки виявлення хворих на рифампіцин-резистентні форми ТБ з 45-60 діб до 3-5 діб.

З метою отримання якісних, достовірних результатів лабораторних досліджень у закладах, що здійснюють лабораторну діагностику ТБ, забезпечено впровадження системи ЗКЯ у лабораторіях I — III рівня незалежно від форм власності та підпорядкування.

У 2014 р. серед 690 лабораторій I рівня з мікробіологічної діагностики ТБ 643 успішно пройшли ЗКЯ 657 (95,2%). Найнижчий рівень проходження ЗКЯ у Закарпатській (82%), Вінницькій (76%) та Львівській (63%) областях.

Серед 65 лабораторій II рівня з мікробіологічної діагностики ТБ успішно пройшли ЗКЯ бактеріологічних досліджень на ТБ 60 (92,4%). Найнижчий рівень проходження ЗКЯ у лабораторіях Львівської (80%) та Вінницької областей (40%).

Серед 24 лабораторій III рівня з мікробіологічної діагностики ТБ успішно пройшли ЗКЯ 23 (95,8%). Не здійснено ЗКЯ у лабораторії Кіровоградської області.

Серед 10 лабораторій III рівня, що перебувають у підпорядкуванні ДПтС України, всі пройшли ЗКЯ (100%).

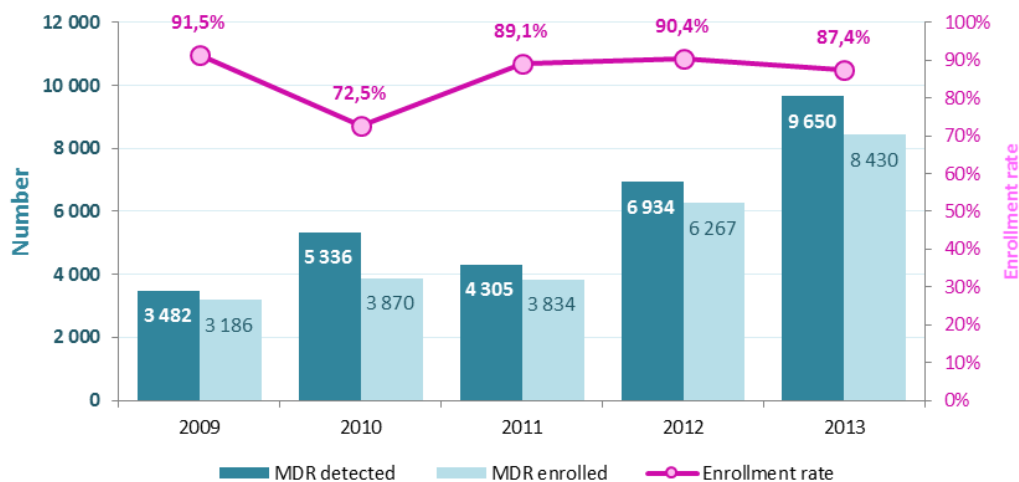
Проведено ЗКЯ мікроскопічної діагностики ТБ методом панельного тестування в 49 лабораторіях I рівня установ ДПтС України, із них 42 (86%) лабораторії успішно пройшли ЗКЯ зазначеним методом.

До решти 7 лабораторій, що не пройшли ЗКЯ, було здійснено кураторські візити фахівців з лабораторної діагностики ТБ, під час яких надано консультативну допомогу та проведено зовнішній контроль якості «сліпої вибірки».

За даними оцінки ВООЗ, завдяки налагодженню своєчасного виявлення випадків МР ТБ за допомогою сучасних методів діагностики кількість випадків МР ТБ зросла з 3 482 у 2009 р. до 8 430 у 2014 р.

Всього на обліку в ПТЗ України знаходиться понад 15 тис. хворих з IV категорією (40,3 %). Близько 90% випадків МР ТБ, виявлених за цей період, розпочали лікування ПТП 2 ряду протягом останніх п'яти років (за винятком 2010 р.), однак абсолютне число випадків МР ТБ збільшилося з 3 186 у 2009 році до 8 430 у 2013 р.. Впровадження широкомасштабної програми лікування хворих на МР ТБ має стати провідним фактором зменшення епідемії ТБ в країні.

Всього на обліку в ПТЗ України знаходиться понад 15 тис. хворих IV категорії або 40,3 %.



Data source: Global TB database

Рисунок 6. Кількість виявлених випадків легеневого туберкульозу з МР ТБ і число всіх випадків МЛУ ТБ (підтверджених і ризиків), 2009-2013 рр.*

У 2013-2014 рр. в Україні вперше проведено багатоцентрове епідеміологічне дослідження з ХР ТБ, координацію якого здійснювали бюро ВООЗ в Україні та Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

За попередніми результатами дослідження розповсюдження МР ТБ серед нових випадків та випадків повторного лікування складають відповідно 23,4% і 58,6%, що вказує на дуже високий тягар МР ТБ.

Організація надання медичної допомоги хворим на ТБ

На сучасному етапі заходи боротьби з ТБ потребують перегляду існуючі стратегії та політики щодо організації відповіді на епідемію ТБ в Україні. Здійснюється пошук нових шляхів та інструментів, які можуть бути мобілізовані в секторі охорони здоров'я за рахунок підвищення ефективності використання ресурсів, впровадження нових форм управління і координації.

Наразі існує нагальна потреба створити нову для країни форму взаємодії всіх ланок системи охорони здоров'я – державного та громадського секторів, що дозволить сформулювати сучасні принципи реалізації національних програм з контролю і профілактики ТБ та інших соціально небезпечних хвороб.

З метою посилення спроможності держави попередити поширення МРТБ Україна з 2011 р. впроваджує грант Глобального фонду за напрямком «Туберкульоз». Реалізація гранту в рамках виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії захворюванню на ТБ дозволила не лише провести комплексну оцінку стану надання медичної допомоги, але й отримати додаткові ресурси для розбудови ефективної системи подолання ТБ.

Видатки на виконання заходів Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ТБ за 2014 р. склали 346174 тис. грн., із них з державного бюджету України - 188507 тис. грн., Глобального фонду - 157667 тис. грн.

Закупівлю ПТП за кошти Державного бюджету здійснено на суму 152,9 млн. грн., що складає 90% від загального обсягу видатків для закупівлі ПТП на 2014 р., що дозволило забезпечити безперервним лікуванням у повному обсязі всіх виявлених хворих на чутливий ТБ та на 50% - хворих на МРТБ. Інші 50% ліків 2 ряду для лікування МРТБ Україна отримала у якості гуманітарної допомоги за кошти Глобального фонду .

Одним з пріоритетних завдань Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ТБ в Україні є необхідність оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на ТБ. Стара система, яка базувалася на стаціонарному лікуванні всіх хворих на ТБ, не забезпечувала належну якість лікування хворих, створювала передумови для внутрішньо-лікарняної передачі ТБ та вимагала значних фінансових витрат на утримання ПТЗ.

Саме тому пріоритетним напрямком діяльності ТБ служби у 2014 р. стала розробка стратегії щодо розвитку та реформування протитуберкульозної служби, основним завданням якої має стати орієнтований на пацієнта підхід у наданні медичної допомоги хворим на ТБ. У таких умовах головним завданням стає підвищення якості ДОТ лікування хворих на амбулаторному етапі.

Наказом МОЗ України від 31.12.2013 №1169 "Про затвердження плану заходів з виконання спеціальної умови Глобального фонду в рамках гранту 9-го раунду за компонентом "Туберкульоз" було визначено 6 пілотних територій з метою напрацювання практичних рекомендацій щодо впровадження амбулаторних моделей лікування:

- Донецький, Дніпропетровський, Вінницький, м. Київ (пілотні регіони з 2011 р. в проекті реформування системи охорони здоров'я);
- Херсонський та Полтавський (не включені до проекту реформування системи охорони здоров'я).

З початку 2014 р. розпочався перший етап впровадження моделі надання медичної допомоги хворим на ТБ, основними завданнями якого було:

- розробити плани впровадження пілотів та затвердити їх на регіональному рівні;
- з'ясувати всі нормативні бар'єри для впровадження амбулаторного лікування хворих в Україні.

УЦКС разом з партнерами (проект «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» USAID та ВООЗ) здійснює супровід впровадження пілотних моделей амбулаторного лікування. Перші результати пілотування було обговорено на нараді

«Перспективи реформування фтизіатричної служби», що проводилася УЦКС в рамках реалізації гранту ГФ за технічної підтримки USAID 25-26.09.2014 у м. Києві.

На нараді були представлені сильні сторони і проблеми у впровадженні різних підходів до амбулаторного лікування пацієнтів, хворих на ТБ.

1) На базі денного стаціонару ПТЗ впроваджують всі 6 пілотних регіонів.

Основними перевагами даної моделі є надання висококваліфікованої допомоги фтизіатрами, можливість проводити моніторинг лікування відповідно до стандарту надання медичної допомоги, своєчасно виявляти та лікувати побічну дію на ПТП, можливість своєчасного введення інформації до Реєстру.

Основні недоліки – віддаленість від місця проживання пацієнта, можливість суперінфекції, обмежена кількість ліжок денних стаціонарів, відсутність соціальної підтримки для хворого.

2) На базі стаціонару на дому на базі ПТЗ впроваджують амбулаторну модель у Дніпропетровській області та м. Києві.

Основними перевагами даної моделі є зручність для хворого, можливість отримувати ліки в оптимальний для хворого час, економія коштів на утримання ліжок, проводити моніторинг лікування відповідно до стандарту надання медичної допомоги, своєчасно виявляти та лікувати побічну дію ПТП.

Основні недоліки – відсутність нормативного врегулювання щодо організації роботи стаціонарів на дому, відсутність у штатному розкладі ПТЗ додаткових посад медичних сестер для обслуговування стаціонарів на дому, відсутність транспорту та паливно-мастильних матеріалів для роботи бригади стаціонарів на дому, відсутність соціальної підтримки для хворого.

3) Мобільні бригади – працюють в м. Краматорськ Донецької області, планується у 2015 р. розпочати таку роботу в м. Кривий Ріг Дніпропетровської області. Мета такої моделі – залучити соціально дезадаптовані групи хворих з великим ризиком відривів від лікування.

Основними перевагами даної моделі є зручність для хворого, можливість отримувати ліки в оптимальний для хворого час та в зручному місці, економія коштів на утримання ліжок, проводити моніторинг лікування відповідно до стандарту надання медичної допомоги, своєчасно виявляти та лікувати побічну дію ПТП.

Основні недоліки – відсутність нормативного врегулювання організації роботи мобільних бригад, відсутність у штатному розкладі протитуберкульозних закладів додаткових посад медичних сестер для обслуговування мобільних бригад, транспорту та паливно-мастильних матеріалів для його роботи, а також соціальної підтримки для хворого.

4) За участю ПСМД - Херсонська, Полтавська, Вінницька області та м. Київ.

Основними перевагами даної моделі є наближення послуги ДОТ до хворого, економія коштів на утримання ліжок.

Основні недоліки – недосконалість нормативного врегулювання щодо додаткової оплати праці фахівців ПМСД та соціальної підтримки для хворого, недосконалість нормативної бази з передачі ПТП на рівень ПМСД.

5) За участі соціальних працівників (ТЧХУ, НУО) – всі пілотні регіони.

Основними перевагами даної моделі є наближення послуги контрольованого лікування до хворого, економія коштів на утримання ліжок, залучення додаткового фінансування через гранти, проекти міжнародної технічної допомоги.

Основні недоліки – недосконалість нормативної бази з передачі ПТП в НУО, важкість відбору контингентів, які підлягають такому супроводу, неможливість забезпечення сталості програм без впровадження механізмів соціального замовлення на місцевому рівні.

Основними проблемами щодо організації впровадження амбулаторної моделі лікування ТБ, що виявлені під час пілотування, є:

1) Відсутність механізму перепрофілювання коштів в межах протитуберкульозної програми.

2) Механізм реалізації соціального замовлення за кошти місцевого бюджету з метою надання соціальної допомоги хворим на ТБ на всіх етапах лікування з метою підвищення прихильності до лікування.

3) Механізми стимулювання медичних працівників закладів охорони здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, що надають допомогу хворим з ТБ ,та підвищення ефективності їх роботи.

4) Ведення на амбулаторному етапі пацієнтів з побічними діями ПТП.

5) Проведення навчання фахівців, соціальних працівників, які здійснюють амбулаторне ДОТ лікування.

Саме на вирішення цих проблем та подальше запровадження в інших регіонах України оптимальних моделей лікування хворих на ТБ з акцентом на амбулаторному етапі необхідно спрямувати зусилля фахівців протитуберкульозної служби на центральному та регіональному рівнях протягом 2015 р.

Результати лікування хворих на ТБ

Лікування є одним з найбільш ефективних заходів у боротьбі з ТБ завдяки скороченню поширеності випадків у популяції і зниження передачі інфекції.

Протягом останніх 10 років результат успішного лікування нових випадків ТБ в країні склав 70% ,за винятком 2009 р., коли рівень успішного лікування складав лише 60%. Низькі результати лікування були пов'язані з високою поширеністю МР ТБ серед нових випадків ТБ, недостатнім забезпеченням медикаментами і порушеннями у дотриманні режиму та стандартів лікування ТБ, вживанням алкоголю і наркотиків, а також високим рівнем ко-інфекції ВІЛ/ТБ, супутніх захворювань. За даними ВООЗ відмова від лікування і втрата для спостереження (кожна з причин становить 11%) були основною причиною неефективного лікування. Темпи підвищення ефективності лікування серед нових випадків ТБ і рецидивів в Україні найнижчі в Європейському регіоні (після Росії).

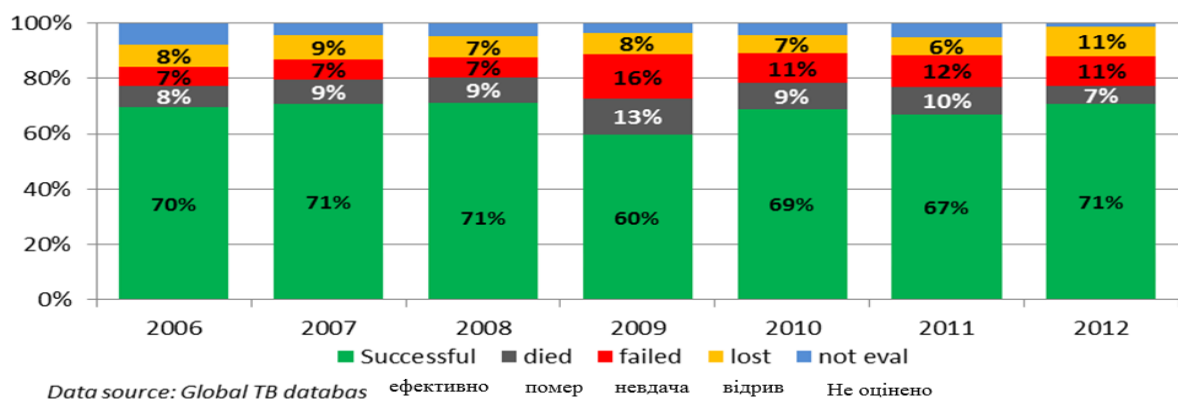


Рисунок 9. Результат лікування нових випадків ТБ (легеневого та позалегеневого), 2006-2012 рр. (дані за 2012 р. включають нові випадки ТБ і рецидиви)*.

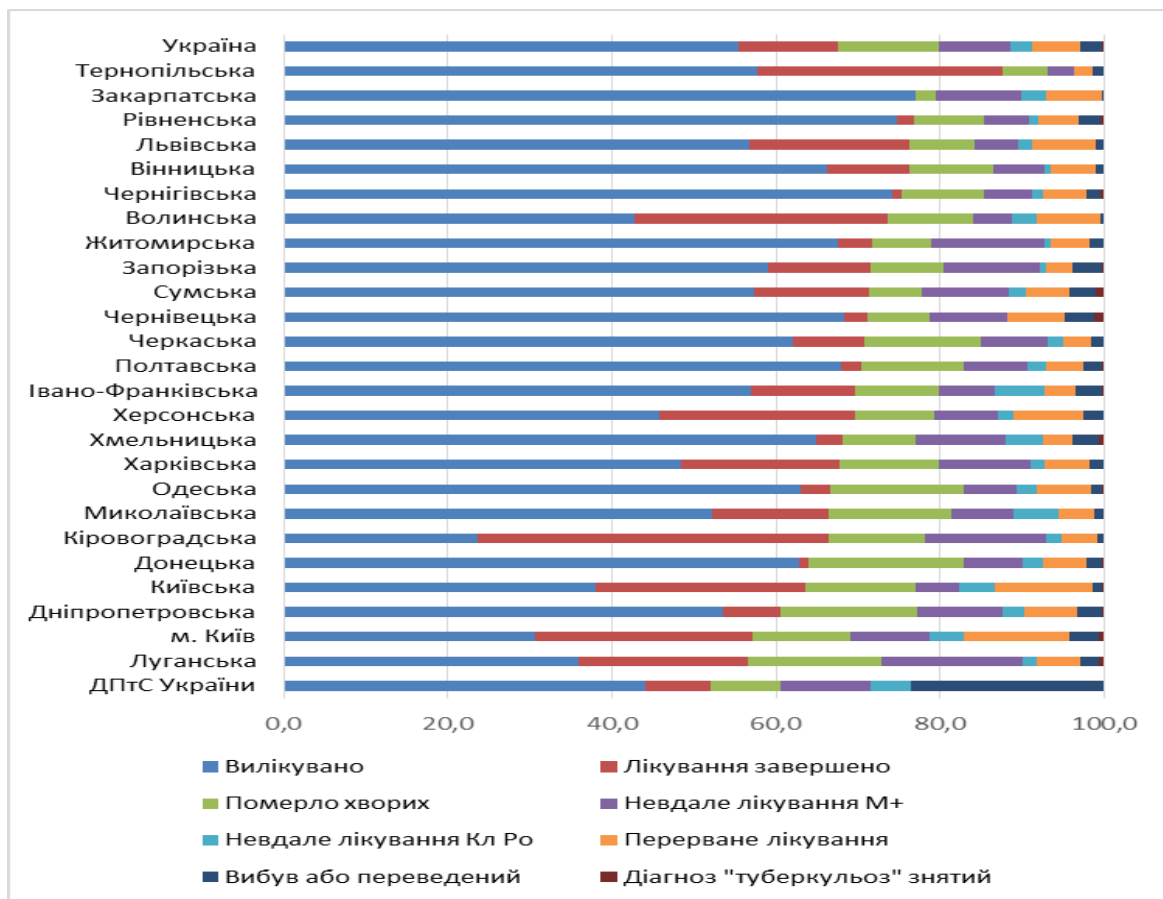


Рисунок 10. Ефективність лікування хворих на вперше діагностований ТБ легень з бактеріовиділенням, виявлених у 2013 р.%

Найвища ефективність лікування хворих на вперше діагностований ТБ легень з бактеріовиділенням у 2014 р. була у Тернопільській (87,6%), Закарпатській (77%), Рівненській (76,9%), Львівській (76,3%), Вінницькій (76,2%) областях.

Нижчий, ніж в середньому по Україні, показник ефективного лікування даних хворих виявлено у ПТЗ Дніпропетровської (60,6%) області, м. Києва (57,1%) та установах ДПтС України (52%).

На формування показника ефективності лікування ТБ впливають як високий рівень смертності в когортах (на рівні 16-20 %), так і значно вища, ніж у середньому по Україні, частка випадків з невдалим лікуванням за мазком (на рівні 9-17%).

Завдяки вирішенню питань організації контрольованого лікування ТБ та формування прихильності до лікування у хворих на ТБ на амбулаторному етапі в Україні значно зменшився показник відривів від лікування. Проте, в м. Києві та Київській області ці показники значно перевищують середні по Україні та складають 12,9% та 12% відповідно.

Шляхом до вирішення цих питань є забезпечення фінансування з місцевих бюджетів заходів, спрямованих на соціальну підтримку хворих на ТБ, у формі продуктивних та гігієнічних наборів, сплати вартості проїзду до лікувально-профілактичного закладу тощо.

З метою підвищення прихильності до дотримання режиму лікування шляхом інтенсивної підтримки у 2012-2014 рр. фахівцями ТЧХУ забезпечено соціальний супровід хворих на ТБ з високим ризиком переривання лікування для 17117 хворих. За даними когортного аналізу ефективність лікування цих хворих склала 91%, що на 27 % вище, ніж по країні.

Враховуючи ефективність медико-соціального супроводу хворих на ТБ з груп ризику, необхідно забезпечити сталість надання цієї послуги на державному рівні і після завершення реалізації гранту Глобального фонду.

За даними ВООЗ відсоток ефективного лікування випадків МР ТБ, які розпочали лікування у 2011 р. та 2012 р., складає 34,9%. На ефективність лікування цих хворих найбільше впливає безперебійне забезпечення препаратами, що вдалося забезпечити в Україні лише у 2013-2014 рр. завдяки реалізації гранту Глобального фонду 9 раунду. В рамках виконання програми гранту пацієнти не лише отримали доступ до безперервного лікування ПТП II ряду гарантованої якості, але й отримали соціальну підтримку на амбулаторному етапі - було посилено контроль за дотриманням стандартів лікування.

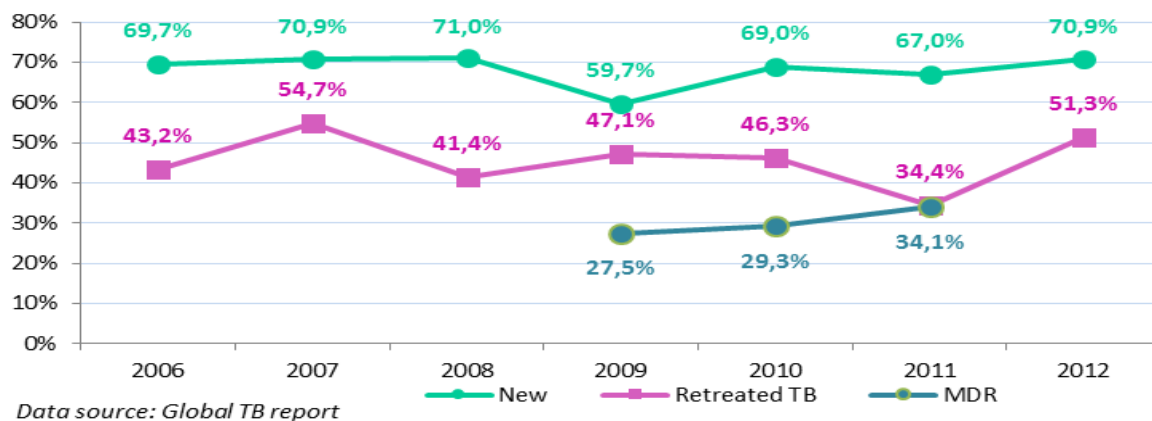


Рисунок 11. Динаміка показників успішності лікування серед нових, повторних випадків ТБ і МР ТБ, 2002-2012 рр.*

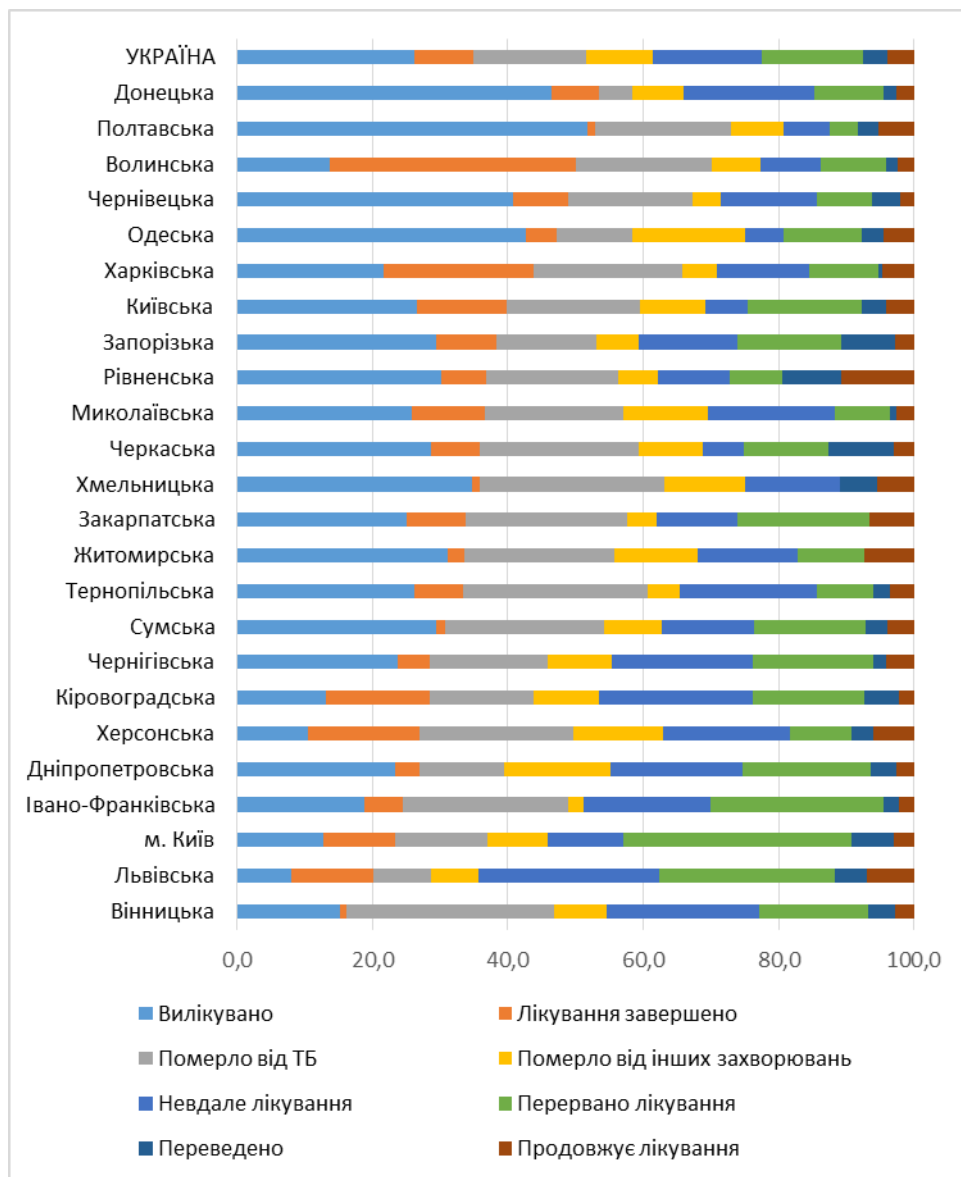


Рисунок 12. Результати лікування хворих з підтвердженим діагнозом МР ТБ за результатами мікроскопічного та культурального досліджень, що були зареєстровані до IV категорії лікування, 2012 р.

Слід зазначити, що показники ефективності лікування мають значні розбіжності в різних регіонах, що пов'язано, насамперед, з якістю організації лікування хворих на МР ТБ на регіональному рівні. Так, Донецька, Полтавська, Чернівецька, Одеська області не лише демонструють високі показники лікування, але й високі показники вилікування, що свідчить про налагоджену систему лікування та лабораторного моніторингу хворих.

Найнижчі показники ефективності лікування (від 16 до 23%) і відповідно незадовільна організація роботи з подолання проблеми МРТБ спостерігаються у Вінницькій, Івано-Франківській, Львівській областях та по м. Києву.

Викликає сумніви якість обліку результатів, де лікування хворих на МР ТБ продовжується понад 36 місяців. Значна частка таких хворих зареєстрована у Житомирській, Львівській та Рівненській областях.

Впровадження єдиної системи обліку хворих на ТБ

З метою вдосконалення системи управління інформацією в сфері контролю за ТБ в Україні фахівці УЦКС розробили та спільно з проектом «Системи покращеного доступу

до лікарських засобів та фармацевтичних послуг в Україні» (далі - USAID SIAPS) реалізують план забезпечення функціонування Реєстру.

Спільна робота фахівців національного та регіонального рівнів дозволила забезпечити введення до Реєстру всіх випадків ТБ за 2013-2014 рр. (станом на 01.01.15 до Реєстру внесено 160063 випадків).

З 2014 р. розпочато ведення Реєстру в закладах, підпорядкованих ДПтС України та Інституті фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського. В усіх регіональних ПТЗ впроваджено Реєстр.

Фахівцями УЦКС спільно з партнерами проекту USAID SIAPS постійно оновлюються усі модулі Реєстру відповідно до національних та регіональних потреб з урахуванням зауважень та рекомендацій регіональних адміністраторів Реєстру.

З січня 2015 р. на національному рівні впроваджено новий інструмент програми Реєстру, призначений для аналізу та відображення даних для спеціалістів, які залучені до стратегічного планування в підпорядкованому закладі (Дешборди). Цей інструмент дозволяє на національному рівні швидко та якісно отримати потрібний показник та провести аналіз статистичних даних за умови своєчасного та коректного внесення інформації до Реєстру з регіонального рівня. До кінця 2015 р. запланована передача такого інструменту на регіональний рівень.

На офіційному сайті УЦКС щоквартально висвітлюється тактична інформація щодо кількості та якості внесених випадків ТБ до Реєстру в розрізі регіонів. У закладах, підпорядкованих МОЗ України, забезпечено відповідність даних Реєстру до паперових носіїв «Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II, III категорій хворих (за даними бактеріоскопії і/або культурального дослідження) ТБ 07» на 98,6% та «Звіт про конверсію мокротиння у хворих на туберкульоз в кінці інтенсивної фази лікування ТБ 10 (квартальна)» на 98,0% за 2014 р.

Станом на 01.01.2015 введено до Реєстру по закладах, підпорядкованих ДПтС України, 1881 випадків, забезпечено відповідність даних Реєстру до паперових носіїв «Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II, III категорій хворих (за даними бактеріоскопії і/або культурального дослідження) ТБ 07» на 69,2% за 2014 р.; внесення до Реєстру усіх випадків МР ТБ, які отримують лікування ПТП, закупленими за кошти гранту Глобального фонду.

Профілактика ТБ

Профілактичні заходи в Україні щодо попередження випадків захворювання на ТБ, головним чином, полягають у профілактичних оглядах населення з метою виявлення хворих на ТБ, а також щепленнях дітей.

За 2014 р. методом флюорографії охоплено доросле населення – 482,6 на 1000 дорослого населення (17 038 472), методом туберкулінових проб - дитяче населення у віці 0-14 років включно – 366,1 на 1000 дитячого населення (2 185 220), профілактичні щеплення проведені дітям у віці до 1 року 64,9 % та 22,9 % дітям у віці 7 років і старші.

Профілактика ТБ шляхом дотримання заходів ІК має бути пріоритетною в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на ТБ. У даному контексті йдеться не лише про медичні заклади, а й інші установи, які працюють з особами з груп високої небезпеки інфікування.

У кожному ПТЗ є План з ІК за ТБ, проте не всі з них достатньо деталізовані, плануються заходи, але немає достатніх ресурсів, у тому числі фінансових.

Приблизно у половині ПТЗ виділення зон різного ступеню ризику має умовний характер. Не у повній мірі на місцях використовують можливості молекулярно-генетичної діагностики ТБ для розділення потоків хворих.

У ряді областей (наприклад у Чернігівській, Вінницькій, Рівненській) є практика необґрунтованої «діагностичної» госпіталізації пацієнтів у туберкульозні стаціонари високого ризику.

Кількість хворих без бактеріовиділення 1 та 3 категорій, які були госпіталізовані для стаціонарного лікування протягом звітного періоду, в Україні залишається значною та складає 31,21% (у 2013 р.- 30,0%). Суттєво перевищується середній показник по країні у Вінницькій (87,46%), Черкаській (49,16%), Івано-Франківській (46,44), Львівській (45,28%) областях.

Графіки провітрювання у зонах високого та середнього ризиків дотримуються, проте відсутній контроль за напрямками руху повітряних потоків та не враховані ризики трансмісії ТБ (заклади не мають необхідних приладів та обладнання). Сервісне обслуговування систем вентиляції потребує значних коштів (5-10% від вартості обладнання). На даний час більшість ПТЗ в Україні не мають можливості проектування та встановлення нових загальнообмінних вентиляційних систем. Разом з тим посилення контролю за правильною експлуатацією та встановленням бактерицидних ламп УФО (в тому числі й екранованих) дасть змогу не тільки здешевити контроль за станом повітря у приміщеннях ПТЗ, але й досягти необхідного рівня безпеки щодо ризику трансмісії ТБ.

У кожному ПТЗ наявні системи місцевої витяжної вентиляції (витяжні зонти у лабораторіях, віконні вентилятори у бронхоскопічних кабінетах, кімнатах збору мокротиння). Ефективність цих систем не контролюється та є недостатньою (у багатьох випадках використовуються малоефективні кухонні витяжки). Знання персоналу (медичного, лабораторного та технічного) про принципи застосування місцевої вентиляції недостатні, а контроль з боку інженерно-технічного персоналу відсутній.

Всі ПТЗ оснащені бактерицидними лампами відкритого типу, проте застосування їх можливе за відсутності людей, що знижує їх ефективність. Станом на 01.01.2015 р. забезпеченість екранованими УФО - лампами в зонах високого ризику щодо ТБ складала 56 % (цільове значення згідно зі Стандартом інфекційного контролю за ТБ не менше 90%).

Забезпеченість респіраторами для роботи в зонах високого ризику під час проведення процедур високого ризику в Україні складала 89,71% (у 2013 р. - 62,9%). Найнижча забезпеченість респіраторами у Вінницькій області (50,21%) та м. Києві (50,98%), недостатній рівень забезпечення у Житомирській (63,34%), Кіровоградській (65,46%), Рівненській (71,07%), Чернівецькій (73,74%), Черкаській (81,35%), Запорізькій (92,0%) областях. У середньому по Україні частка ПТЗ, де використовуються респіратори в зонах високого ризику під час проведення процедур високого ризику, складала 91,61% (у 2013 р. - 89,96%). Найнижча частка використання респіраторів медичними працівниками у Чернігівській області (77,78%).

Рівень охоплення медпрацівників, які пройшли тестування на щільність прилягання респіратора, протягом 2014 р. в Україні склав 85,56% (у 2013 - 80,2%). Недостатній рівень охоплення фіт-тестуванням у Одеській (26,90%), Чернігівській (74,09%), Вінницькій (76,89%), Кіровоградській (79,55%), Закарпатській (87,63%) областях.

Закупівля хірургічних масок для пацієнтів має бути передбачена у плані з ІК з ТБ по ПТЗ. Частка відділень, де використовуються маски для пацієнтів в зонах високого ризику під час проведення процедур високого ризику в середньому по країні складала 97,2% (у 2013 - 95,45%), найнижча частка у Черкаській області (80,0%), недостатньо використовують маски для пацієнтів у Одеській (95,24%), Чернігівській (95,56%) областях.

З 32 лабораторій III рівня 22 мають незадовільну матеріально-технічну базу, у яких загальна площа, набір та розміщення приміщень не дозволяють ефективно та безпечно організувати технологічні потоки зразків та персоналу. Ефективні інженерні засоби контролю за станом повітря закритих приміщень у зонах високого ризику обмежуються тільки боксами біологічної безпеки класу захисту 2 тип А та біобезпечними центрифугами. Частково встановлені вентиляційні системи у лабораторіях II та III рівня.

Всі регіональні лабораторії III рівня забезпечені ШББ 2 класу, а Дніпропетровська, Житомирська, Івано-Франківська, Черкаська області, м. Київ мають

також ШББ 1 класу, проте через брак коштів у більшості регіонів не здійснюється валідація ШББ.

З 2014 р. фахівці лабораторій ПТЗ впроваджують стандарти операційних процедур щодо безпечних практик роботи та аварійних ситуацій.

Тренінгова діяльність

На кінець 2014 р. в країні функціонувало 5 міжрегіональних тренінгових центрів з питань протидії ТБ, ВІЛ та іншим соціально небезпечним захворюванням (далі – МТЦ). МТЦ діють в містах Вінниця (відкритий у 2012 р.), Дніпропетровськ (відкритий у 2008 р.), Запоріжжя (відкритий у червні 2013 р.), Львові та Харкові (відкриті в грудні 2014 р.). Кожен з центрів проводить свою діяльність у тісній співпраці із закладами медичної післядипломної освіти, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та відповідними регіональними закладами охорони здоров'я – ПТЗ та обласними центрами профілактики та боротьби зі СНІДом.

У рамках діяльності центрів проводяться тренінги з основ ведення випадку ТБ, ко-інфекції ВІЛ/ТБ, стажування на робочому місці, реалізується програма клінічного наставництва. За даними 2014 р., на базі МТЦ пройшли навчання 123 лікарі і 84 медсестри, 39 соціальних працівників та психологів. Учасниками стажувань на робочому місці стали 84 фахівці.

Результати моніторингових візитів до регіонів

У 2014 р. розпочата практика спільних візитів технічної та організаційно-методичної допомоги фахівців УЦКС з організації та надання медичної допомоги хворим на ТБ та ВІЛ-інфікованим пацієнтам до ЗОЗ, що надають послуги хворим на ТБ та ВІЛ-інфекцію. Здійснення спільних візитів дало змогу підняти на якісно вищий рівень взаємодію двох служб на регіональному рівні та налагодити роботу з профілактики, діагностики та лікування ТБ, поєднаної патології ТБ/ВІЛ. До складу команди технічної допомоги УЦКС входили фтизіатр, інфекціоніст, провізор, фахівець у галузі лабораторної діагностики, звітності та інфекційного контролю.

За звітний рік здійснено 35 моніторингових візитів, під час яких фахівці ознайомились з діяльністю ПТЗ, центрів СНІДу, районних та міських закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на ТБ. Результати візитів були представлені в обласних управліннях та департаментах охорони здоров'я з визначенням сильних і слабких сторін діяльності закладів фтизіатричної служби та служби протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу стосовно виконання завдань загальнодержавних програм з ТБ, ВІЛ/СНІДу, проектів Глобального фонду.

Під час моніторингових візитів розглядалися наступні питання:

- організація діяльності з виявлення і діагностики ТБ;
- організація лікування хворих на ТБ, в тому числі протидія поширенню МР ТБ та ко-інфекції ТБ/ВІЛ;
- інфекційний контроль;
- фармацевтичний менеджмент лікарських засобів;
- медико-соціальний супровід та співпраця з НУО;
- взаємодія між фтизіатричною службою та службою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Рекомендації, надані фахівцями УЦКС за результатами візитів технічної допомоги, стали основою для подальшого покращення роботи в напрямку протидії ТБ, ВІЛ-інфекції в регіонах. Після завершення візитів всіма регіонами були представлені УЦКС затверджені керівником структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласної державної адміністрації плани заходів щодо вирішення виявлених проблемних питань.

Організація надання медичної допомоги хворим на ТБ у східних регіонах країни

Сьогодні в Україні гостро постає проблема погіршення ситуації з ТБ через складну гуманітарну ситуацію, бойові дії на Сході країни та збільшення кількості вимушених переселенців з Донецької та Луганської областей, які є найбільш ураженими епідемією ТБ та ВІЛ/СНІДом. Нові загрози зумовлені тим, що не всі хворі можуть отримати доступ до життєво необхідних ліків, серед переселенців може зростати ризик захворювання на ТБ чи рецидиву через тяжкий психологічний стан та складні життєві обставини.

З метою надання медичної допомоги переселенцям з АР Крим, Донецької та Луганської областей МОЗ України доручило структурним підрозділам охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій вжити додаткових заходів щодо покращення системи реагування на надзвичайні ситуації та забезпечення необхідного рівня діяльності закладів охорони здоров'я (лист МОЗ України від 04.04.2014 р. №3.05-10/461/8219-01). Всі особи, які переїхали зі східного регіону країни або АР Крим і потребують медичної допомоги, можуть безоплатно отримати первинну медичну допомогу, послуги в спеціалізованих та високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я, незалежно від реєстрації та місця проживання за наявності довідки, що особа дійсно є внутрішньо переміщеною особою. Надання медичної допомоги цим хворим в цілому по Україні здійснюється в штатному режимі.

Проте, в умовах складної політичної ситуації, порушена взаємодія між ПТЗ, розташованими на сході України, особливо на непідконтрольних Уряду України територіях. Частина хворих на ТБ мешканців Донецької та Луганської областей переміщуються в інші регіони, не інформують про зміну свого місця проживання та по факту залишаються на обліку у своєму регіоні. У таких випадках складно вести облік хворих на ТБ – мешканців Донецької та Луганської областей, які мігрують по регіонах України.

Відповідно до наказу МОЗ України від 18.02.2015 № 75 "Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру» керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій доручено здійснити низку відповідних заходів, у т.ч. затвердити регламенти забезпечення ЗОЗ необхідними групами лікарських засобів та виробів медичного призначення в умовах особливого періоду.

Ситуація в Донецькій області станом на 05.01.2015 р.:

- населені пункти Донецької області розділені на такі, що підпорядковуються та не підпорядковуються Уряду України, що створює перепони для повноцінного забезпечення надання медичної допомоги населенню області;

- з метою організації надання спеціалізованої протитуберкульозної допомоги мешканцям області та забезпечення раціонального та ефективного використання ліжкового фонду ПТЗ відповідно до наказу Донецької обласної державної адміністрації від 31.10.2014 № 303 організацію надання протитуберкульозної допомоги на адміністративних територіях Донецької області, підконтрольних Україні, здійснює комунальна лікувально-профілактична установа «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорськ»;

- на території області, підпорядкованій Уряду України, працює 6 ПТД, що забезпечені ПТП.

Ситуація в Луганській області станом на 05.01.2015 р.:

- населені пункти Луганської області розділені на такі, що підпорядковуються та не підпорядковуються Уряду України, що створює перепони для оптимальної організації надання медичної допомоги населенню в регіоні;

- координуючу роль у процесі надання спеціалізованої протитуберкульозної допомоги на адміністративних територіях Луганської області, підконтрольних Україні, виконує Лисичанський ПТД

- на території області, підпорядкованій Уряду України, працює 2 ПТЗ, що забезпечені ПТП.

Таким чином ТБ є не лише медичною, але й соціально-політичною проблемою, що віддзеркалює соціально-економічний стан країни, культурно-освітній рівень, благополуччя, добробут і поінформованість населення, ступінь розвитку охорони здоров'я, у тому числі і фтизіатричної служби.

Основними проблемними питаннями в сфері протидії ТБ залишаються:

- необхідність проведення реформування системи ПТЗ зі зменшенням кількості ліжок та перепрофілюванням коштів, що звільняться на покращення якості амбулаторного ДОТ лікування хворих;

- необхідність впровадження економічно та епідеміологічно обґрунтованого підходу до проведення профілактичних ТБ заходів з акцентом на групи підвищеного ризику захворювання на ТБ, а не на загальне населення;

- необхідність розробки та впровадження алгоритму використання сучасних методів швидкої діагностики ТБ ПТЗ цивільного та пенітенціарного сектору, центрами СНІД;

- нормативне врегулювання проведення ЗКЯ;

- завершення оптимізації лабораторій з мікробіологічної діагностики ТБ 2 рівня;

- нормативне врегулювання надання медичної допомоги дітям, хворим на ТБ, відповідно до міжнародних кращих практик;

- забезпечення доступу до нових та ПТП 5 групи для лікування пацієнтів, хворих на РР ТБ;

- посилення контролю за профілактичними заходами щодо ТБ серед ВІЛ-інфікованих (раннє призначення АРТ, проведення профілактики ізоніазидом);

- посилення контролю за впровадженням заходів з ІК за ТБ.