

**ДУ «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ
Аналітично-статистичний довідник за 2024 рік.

Київ – 2025

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, головним завданнями якого є діяльність у сфері громадського здоров'я та забезпечення потреб населення, а саме: здійснення епідеміологічного нагляду, виконання повноважень щодо захисту населення від інфекційних та неінфекційних хвороб, лабораторній діяльності, біологічної безпеки та біологічного захисту. Центр виконує організаційно-методичні функції у сфері громадського здоров'я. Центр утворений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2015 року № 604 «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Центр виконує функції: головної експертної установи у сфері громадського здоров'я; головної установи Міністерства охорони здоров'я України у сфері протидії небезпечним, особливо небезпечним, соціальним, новим інфекційним та неінфекційним хворобам, біологічного захисту та біологічної безпеки, імунопрофілактики (включаючи епідеміологію інфекційних хвороб керованих засобами специфічної профілактики), лабораторної діагностики інфекційних хвороб, гігієнічних та мікробіологічних аспектів здоров'я людини, пов'язаних з довкіллям та умовами середовища життєдіяльності людини, національного координатора Міжнародних медико-санітарних правил, координації реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я.

Візія

Стати національним лідером з формування культури здоров'я у населення України.

Місія

Бути на варті зміцнення, збереження та захисту здоров'я населення України, працюючи для:

- **професійної спільноти:** визначення професійних та освітніх стандартів, створення умов для безперервного професійного розвитку та покращення якості освіти, розроблення освітніх продуктів;
- **населення України:** надання достовірних даних щодо захворювань та епідемій; промоція здорового способу життя для населення різних вікових категорій; ефективне реагування на надзвичайні ситуації та загрози здоров'ю населення;
- **державних органів:** формування доказової бази для підготовки управлінських рішень, нормативно-правових актів та галузевих програм;
- **органів місцевого самоврядування:** надання експертних висновків, профільних рекомендацій та прогнозування на місцевому рівні.

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

**Державна установа «Центр громадського здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України»:**

Даниленко Олексій	в.о. генерального директора
Терлеєва Яна	завідувач відділу управління та протидії туберкульозу
Прилепіна Людмила	в. о. начальника сектору аналітики відділу статистики та аналізу
Недоспасова Ольга	лікар-статистик відділу статистики та аналізу
Сакальська Ольга	лікар-фтизіатр відділу управління та протидії туберкульозу
Медведева Олеся	лікар-фтизіатр відділу управління та протидії туберкульозу
Галстян Вікторія	головний фахівець відділу управління та протидії туберкульозу
Кампос-Родрігес Наталія	завідувач сектору діагностики туберкульозу
Горбачевський Артем	завідувач відділу антимікробної резистентності та інфекційного контролю
Ковальова Марина	Начальник відділу фармменеджменту та управління запасами

Використання, передрук та цитування матеріалів Інформаційного бюлетеню можливе за умови посилання на ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ	5
РОЗДІЛ 1. УКРАЇНА У КОНТЕКСТІ ВИКОНАННЯ МІЖНАРОДНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	9
Глобальний контекст у 2023 році	9
Україна у контексті глобального звіту про туберкульоз за 2023 рік.....	12
РОЗДІЛ 2. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2025 Р.	13
Основні епідемічні показники	14
Захворюваність на ТБ.....	14
Смертність від ТБ.....	18
Поширеність ТБ.....	19
Динаміка за бактеріологічним підтвердженням	20
Динаміка за локалізацією захворювання.....	22
Динаміка за історією лікування	23
Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей	24
Динаміка повідомлення про ТБ за статтю	26
Динаміка повідомлення про ТБ за віком.....	27
Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ.....	28
Динаміка показників захворюваності на Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС/ШЛС-ТБ	30
Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених.....	32
Детермінанти туберкульозу	33
Охоплення ТМЧ.....	33
Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ	34
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	35
Вакцинація БЦЖ.....	35
Виявлення, діагностика та лікування ТБ-інфекції (профілактичне лікування ТБ).....	36
РОЗДІЛ 4. ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	38
Систематичний скринінг на ТБ серед визначених груп ризику	38
Відстеження та систематичний скринінг на ТБ контактних осіб.....	42
Діагностика ТБ	45
РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ	49
Стан реформування протитуберкульозної служби України та її структура	49
Організація лікування хворих на ТБ	52
Медико-соціальний супровід пацієнтів з ТБ.....	59
Результати лікування туберкульозу	61
Тестування на ВІЛ хворих на ТБ та охоплення АРТ пацієнтів з ТБ/ВІЛ	73
РОЗДІЛ 6. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ	75
Узагальнені результати моніторингових візитів.....	76
Аналіз отриманих даних	77
Висновки	81
РОЗДІЛ 7. МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА	82
Аналіз ключових показників протитуберкульозної програми.....	82
РОЗДІЛ 8. ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ	87
РОЗДІЛ 9. ВИСНОВКИ	88

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

BPaL	комплексний режим лікування Bdq+Pa+Lzd (бедаквілін+претоманід+лінезолід)
BPaLM	комплексний режим лікування Bdq+Pa+Lzd+Mfx (бедаквілін+претоманід+лінезолід+моксифлоксацин)
COVID-19	скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARSCoV-2
LF-LAM	ліпоарабіноманановий тест бокового зсуву (тест сечі LM-LAM)
АМБП	антимікобактеріальні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунodefіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПС	втрачені для подальшого спостереження
ГВК	група високопріоритетних країн
Глобальний фонд	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС України	заклади охорони здоров'я Державної кримінально- виконавчої служби України
ЗКЯ	зовнішній контроль якості
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІК	інфекційний контроль
ЛЖВ	люди, що живуть з ВІЛ
ЛС-ТБ	лікарсько-стійкий туберкульоз (раніше використовували термін «хіміорезистентний туберкульоз»)
ЛТБІ	латентна туберкульозна інфекція
МГМ	молекулярно-генетичний метод
МіО	моніторинг і оцінювання
МЛС-ТБ	туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (раніше використовували термін «мультирезистентний туберкульоз»)
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НУО	неурядові організації

**Підтримка
лікування**

підхід, спрямований на підтримку пацієнтів, які приймають призначені дози АМБП, з метою формування у них прихильності до лікування й підвищення його ефективності. Підтримка лікування повинна надаватись в контексті людино-орієнтованої медичної допомоги (історично цю групу заходів визначали як DOT – directly observed treatment – лікування під безпосереднім наглядом)

ПЛ ТБІ

профілактичне лікування туберкульозної інфекції

ПМД

первинна медична допомога

РФПЦ

регіональний фтизіопульмонологічний центр

ПТЗ

протитуберкульозні заклади

Риф-ТБ

рифампіцин-резистентний туберкульоз

ТБ

туберкульоз

ТМЧ

тест на медикаментозну чутливість

Центр

Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

ШЛС-ТБ

туберкульоз із широкою лікарською стійкістю (раніше використовували термін «туберкульоз з розширеною резистентністю»)

Дорогі колеги та друзі!

Сьогодні із задоволенням представляю Вам національний довідник з туберкульозу, оскільки тут підсумовано здобутки, якими я горджуся. Це наш спільний внесок в подолання туберкульозу та підтримка держави на шляху до Перемоги.

Наявні ж недоліки спонукають до активних подальших дій в напрямку подолання туберкульозу у відповідності до Цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019.

Вже третій рік поспіль Україна чинить супротив повномасштабній збройній агресії з боку російської федерації. Незважаючи на безпрецедентні виклики, ми продовжуємо реалізацію важливих реформ у сфері охорони здоров'я та забезпечуємо координацію реалізації державної політики з упровадження сучасних підходів до профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

Завдяки широкому доступу населення до сучасних швидких молекулярно-генетичних методів діагностики туберкульозу (далі - ТБ), впровадженню надсучасних коротких, ефективних схем лікування та профілактики туберкульозу, всеохоплюючої підтримки лікування та медико-психосоціального супроводу людей, які хворіють на ТБ, зростає якість надання медичної допомоги та забезпечується перехід на інтегровану та людино-орієнтовану модель надання послуг у сфері громадського здоров'я з подолання туберкульозу шляхом визначення функцій і механізмів взаємодії різних учасників системи охорони здоров'я (надавачів первинної медичної допомоги, регіональних фтизіопульмонологічних центрів, центрів контролю та профілактики хвороб, органів державної влади, місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства).

Протитуберкульозна служба України зіткнулася з новими, безпрецедентними викликами внаслідок воєнних дій росії проти України. Ворог цілеспрямовано знищує мирну інфраструктуру, зокрема систему охорони здоров'я. Війна спричинила значні втрати кадрового потенціалу, руйнування медичних закладів, пошкодження обладнання, порушення логістичних ланцюгів.

Утім, попри всі труднощі, в країні збережено рівний доступ до медичних послуг із профілактики, діагностики та лікування туберкульозу — навіть у прифронтових регіонах, де медичні працівники щоденно ризикують власним життям під обстрілами.

Попри страшні воєнні реалії, спричинені росією, Україна досягла цільових орієнтирів Європейського регіону ВООЗ у сфері подолання туберкульозу:

- 98% нових випадків та рецидивів проходять тестування із застосуванням рекомендованих ВООЗ швидких діагностичних методів;
- 97% бактеріологічно підтверджених випадків ТБ легень протестовано на стійкість до рифампіцину;
- $\geq 96\%$ контактних осіб охоплено систематичним скринінгом;
- понад 99,5% людей із ТБ протестовано на ВІЛ;

· понад 95% людей з ТБ/ВІЛ отримують антиретровірусну терапію.

Ці результати стали можливими завдяки підвищенню фінансування, покращенню доступу до сучасних молекулярних методів діагностики, переходу на інноваційні схеми лікування без ін'єкційних препаратів, а також завдяки розширенню комплексної моделі допомоги, що ґрунтується на принципах людиноцентричності.

2024 рік став визначальним на шляху до подолання туберкульозу в Україні. У лютому набрав чинності Закон України «Про подолання туберкульозу», який суттєво трансформував підхід до проблеми: замість протидії — подолання хвороби; замість стигматизації — визнання прав і гідності кожної людини, незалежно від громадянства. Крім того, Кабінетом Міністрів України було затверджено низку стратегічних документів, які формують вектор подальшого розвитку всієї фтизіатричної служби.

Ми твердо налаштовані й надалі рухатися до подолання туберкульозу в Україні — впроваджувати інновації, розширювати доступ до якісної медичної допомоги, робити свій внесок у спільну Перемогу.

На перший погляд у довіднику представлена статистична інформація у вигляді чисел, відсотків, рівнів, у той же час це і доля кожної людини, яка хворіє на туберкульоз і проходить усі етапи протитуберкульозної медичної допомоги завдяки невтомній праці представників фтизіатричної служби. За кожною проведеною вакцинацією, дослідженням зразку біологічного матеріалу, призначенням режимом лікування - професійна діяльність медичних працівників, прагнення допомагати лікувати навіть попри щоденні обстріли та загрози.

Висловлюю щиру подяку всім українським фахівцям, партнерам і кожному, хто докладає зусиль у боротьбі з туберкульозом. Саме завдяки вашій самовідданій праці ми досягаємо національних і глобальних цілей, попри всі труднощі, зумовлені збройною агресією росії проти України.

Разом ми подолаємо туберкульоз!

**В.о. генерального директора Державної установи
«Центр громадського здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України»**

Олексій ДАНИЛЕНКО

РОЗДІЛ 1. УКРАЇНА У КОНТЕКСТІ ВИКОНАННЯ МІЖНАРОДНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЩОДО ПОДОЛАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Глобальний контекст у 2023 році

Туберкульоз (ТБ) є захворюванням, яке можна запобігти та зазвичай вилікувати. Проте в 2023 році ТБ, ймовірно, знову став основною причиною смерті від одного інфекційного агента у світі, після трьох років, коли його замістила хвороба, викликана коронавірусом (COVID-19), і спричинив майже вдвічі більше смертей, ніж ВІЛ/СНІД. Щороку більше 10 мільйонів людей продовжують хворіти на ТБ, і ця кількість зростає з 2021 року. Вжиття термінових заходів необхідне для припинення глобальної епідемії ТБ до 2030 року, мета, яку підтримали всі держави-члени Організації Об'єднаних Націй (ООН) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Деякі країни вже знизили свою захворюваність на ТБ до менш ніж 10 випадків та менше одного випадку смерті на 100 000 населення на рік. Для швидкого зменшення глобальної кількості випадків та смертей щороку до рівнів, вже досягнутих у цих країнах з низьким навантаженням, потрібні наукові прориви (наприклад, нова вакцина). Політична відданість закінченню епідемії ТБ посилилася в останні роки. ООН провела дві зустрічі високого рівня з питань ТБ: першу у 2018 році та другу у 2023 році. Політична декларація на зустрічі 2023 року підтвердила існуючі зобов'язання та цілі, встановлені в Цілях сталого розвитку ООН (ЦСР) і Стратегії ВООЗ "Кінець ТБ", і включила нові цілі на період 2023–2027 років. ВООЗ публікує глобальний звіт про ТБ щороку з 1997 року. Його основна мета - надати всебічну та актуальну оцінку стану епідемії ТБ і прогресу у реагуванні на глобальному, регіональному та національному рівнях у контексті глобальних зобов'язань, стратегій та цілей щодо ТБ. Видання 2024 року охоплює шість основних тем: навантаження захворюванням ТБ; діагностика та лікування ТБ; профілактика та скринінг ТБ; фінансування реагування на ТБ; загальне медичне покриття (ЗМП) та детермінанти ТБ; а також дослідження ТБ.

На рис. 1.1 представлено актуальний статус прогресу глобальних цілей у боротьбі з туберкульозом.

Стратегія подолання туберкульозу, основні етапи до 2025 року

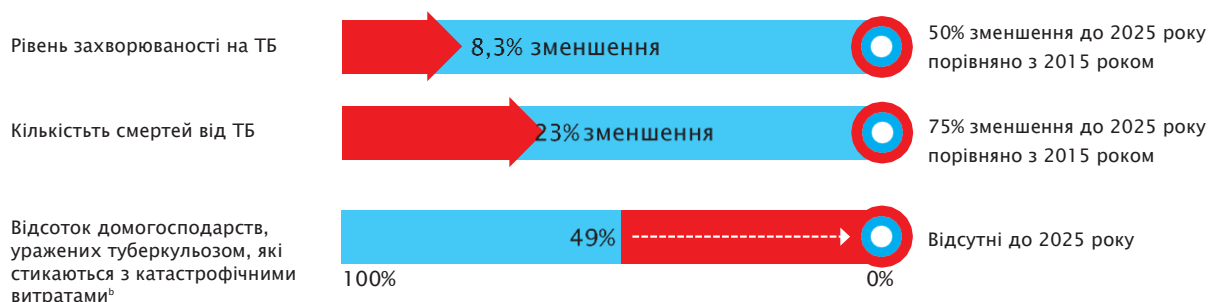


Рисунок 1.1. Статус прогресу глобальних цілей у боротьбі з ТБ.

На рис. 1.2 представлено Цілі сталого розвитку ООН та їх стан виконання станом на кінець 2023 року.

Засідання ООН на високому рівні з питань ТБ 2023 року, цілі^c

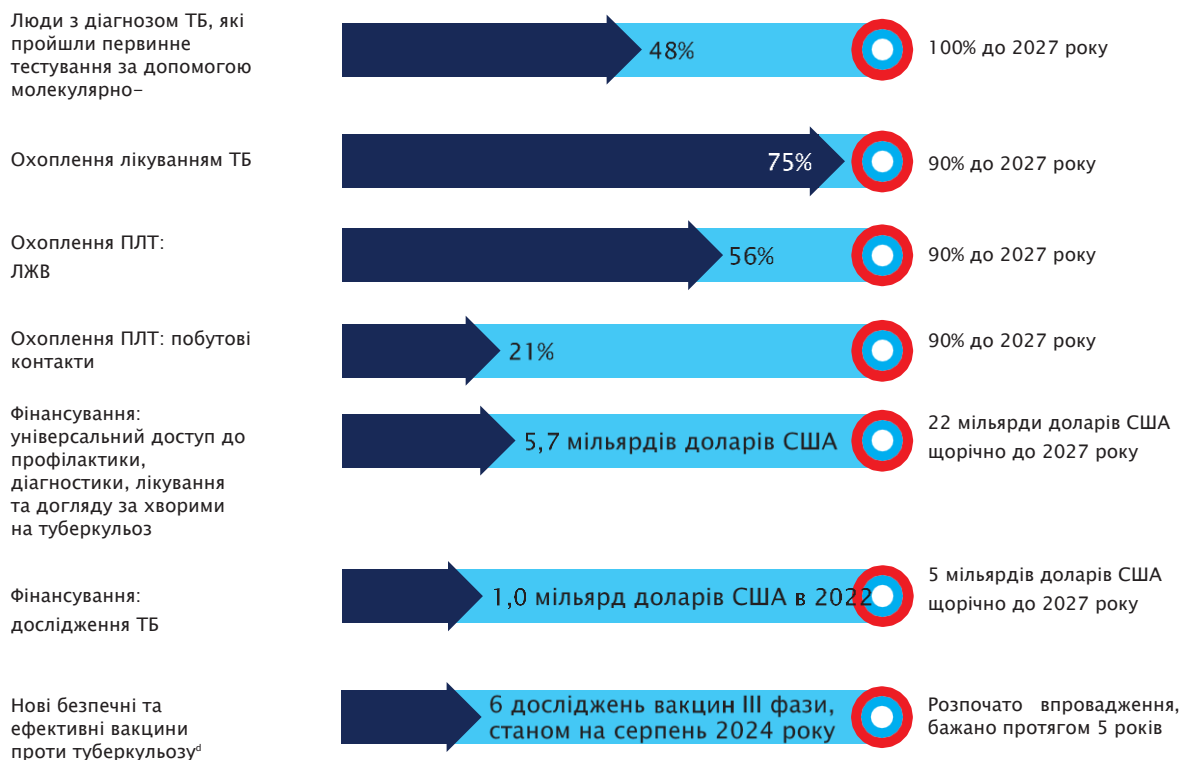


Рисунок 1.2. Стан виконання цілей сталого розвитку ООН у боротьбі з ТБ.

Припинення глобальної епідемії туберкульозу все ще залишається віддаленою метою, але є і кілька позитивних тенденцій.

Глобальне зростання кількості людей, які захворіли на туберкульоз, що розпочалося під час пандемії COVID-19, сповільнилося і почало стабілізуватися. Загальна оціночна кількість становила 10,8 мільйона у 2023 році, що трохи більше, ніж 10,7 мільйона у 2022 році, але все ще набагато більше, ніж 10,4 мільйона у 2021 році та 10,1 мільйона у 2020 році. Загальний оціночний рівень захворюваності на туберкульоз наведено синім кольором, а оціночний рівень захворюваності людей, які живуть з ВІЛ - блакитним. Суцільні лінії чорного кольору означають повідомлення про випадки нещодавно діагностованого туберкульозу, для порівняння з оцінками загального рівня захворюваності. Рис. 1.3

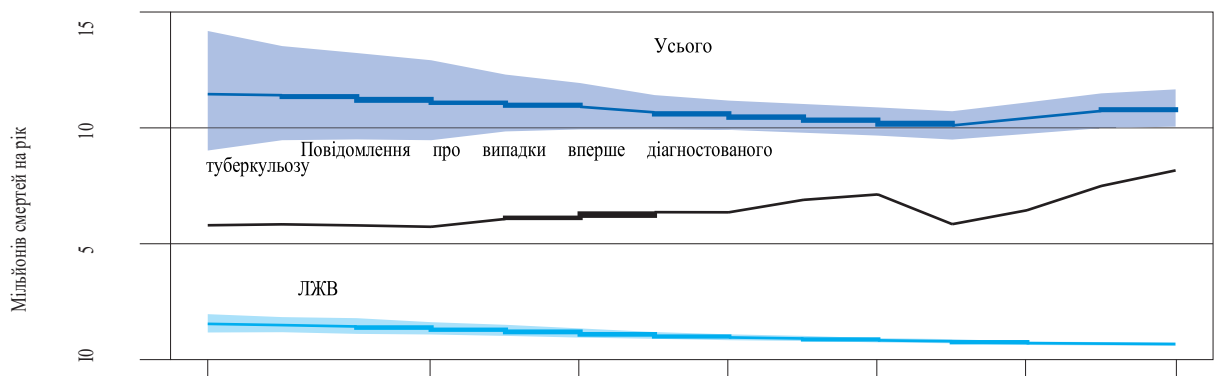


Рисунок 1.3. Глобальні тенденції щодо кількості та оціночної кількості випадків захворювання на туберкульоз ТБ.

Більшість людей, які щороку хворіють на туберкульоз, проживають у 30 країнах з високим тягарем туберкульозу, на які у 2023 році припадало 87% від загального світового показника. На п'ять з цих країн припадає 56% від загальносвітового показника: Індія (26%), Індонезія (10%), Китай (6,8%), Філіппіни (6,8%) та Пакистан (6,3%).

У 2023 році 55% людей, які захворіли на туберкульоз, були чоловіками, 33% - жінками і 12% - дітьми та підлітками.

Глобальний розрив між оціночною кількістю людей, які захворіли на туберкульоз, і зареєстрованою кількістю людей з вперше діагностованим туберкульозом скоротився до 2,7 мільйона осіб у 2023 році, що менше, ніж приблизно 4 мільйони у 2020 та 2021 роках, і нижче рівня, що передував пандемії - 3,2 мільйона осіб у 2019 році.

Загалом у світі у 2023 році було зареєстровано 8,2 мільйона людей з вперше діагностованим туберкульозом у порівнянні з 7,5 мільйона у 2022 році та 7,1 мільйона у 2019 році, що значно перевищує показники у 5,8 мільйона у 2020 та 6,4 мільйона в 2021 році. Серед тих, кому ТБ було діагностовано вперше у 2022 та 2023 роках, ймовірно, є значна кількість людей, які захворіли на туберкульоз у попередні роки, але діагностика та лікування були відкладені через перебої, пов'язані з пандемією.

У 2023 році глобальна кількість смертей, спричинених ТБ, знизилася, закріпивши зниження, досягнуте у 2022 році після 2 років зростання у найгірші роки пандемії COVID-19 (2020 та 2021). За оцінками, у 2023 році ТБ спричинив 1,25 мільйона смертей, у тому числі 1,09 мільйона серед ВІЛ-негативних людей та 161 000 серед людей з ВІЛ. Загальна кількість смертей зменшилася порівняно з найкращими оцінками у 1,32 мільйона у 2022 році, 1,42 мільйона у 2021 році та 1,40 мільйона у 2020 році, а також була нижчою за рівень, що передував пандемії - 1,34 мільйона у 2019 році.

Попри цей прогрес, туберкульоз, ймовірно, повернувся на перше місце у світі серед причин смерті від одного інфекційного агента (замінивши COVID-19). (Рис. 1.4)

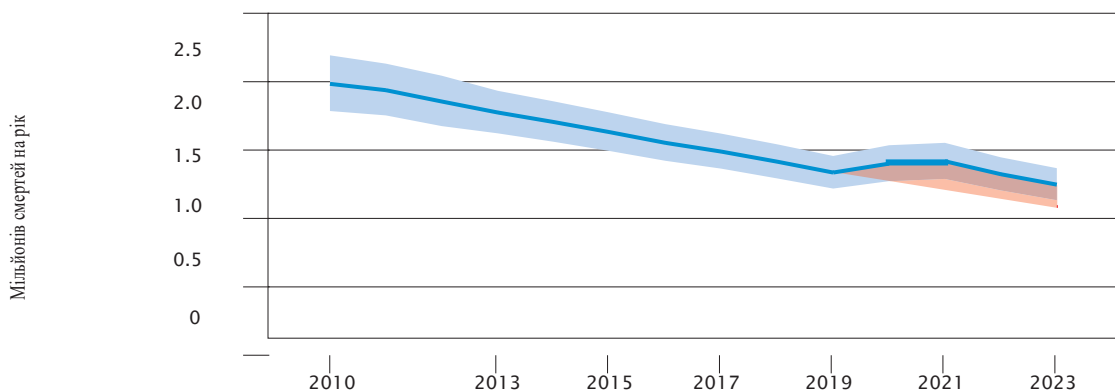


Рисунок 1.4. Зростання смертності від туберкульозу через збій, пов'язаний з COVID-19.

Зменшення кількості смертей від туберкульозу з 2022 року та уповільнення темпів зростання захворюваності на туберкульоз є результатом суттєвого відновлення діагностики та лікування туберкульозу в постковідний період.

У 2023 році в усьому світі 175 923 особи отримали діагноз та лікування туберкульозу з множинною лікарською стійкістю або рифампіцин-резистентний туберкульоз (МЛС/Риф-ТБ); це 44% від 400 000 осіб (95% ІН: 360 000-440 000), які, за оцінками, захворіли на МЛС/Риф-ТБ у 2023 році.

Показник успішності лікування медикаментозно-чутливого туберкульозу залишається високим (88%) і покращився до 68% для МЛС-ТБ/Риф-ТБ.

Одним із бар'єрів на шляху до подолання прогалин у діагностиці та лікуванні є фінансові витрати, з якими стикаються люди, хворі на ТБ, та їхні домогосподарства. Близько 50% стикаються з катастрофічними загальними витратами (прямі медичні витрати, немедичні витрати та непрямі витрати, такі як втрата доходу) під час діагностики та лікування (>20% річного доходу домогосподарства). Це значно перевищує цільовий показник Стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу, що дорівнює нулю.

Україна у контексті глобального звіту про туберкульоз за 2023 рік

Глобальний звіт ВООЗ з туберкульозу за 2023 рік надає оновлену оцінку епідеміологічної ситуації щодо ТБ у світі, включаючи дані по Україні. Попри виклики, спричинені війною, Україна продовжує звітувати про ключові показники, що дозволяє оцінити динаміку захворюваності та ефективність заходів боротьби з ТБ.

Серед регіональних особливостей спостерігається зростання захворюваності на ТБ у центральних регіонах України, особливо високі показники зафіксовано в Дніпропетровській (до 86,1 на 100 000) та Кіровоградській (до 92,1 на 100 000) областях. У східній Україні навпаки, (Донецька, Луганська, Запорізька області) відзначено зниження зареєстрованих випадків ТБ, що, ймовірно, пов'язано з ускладненим доступом до медичних

послуг, міграцією населення та порушенням системи епіднагляду через бойові дії.

Молекулярна діагностика: у 2024 році 98% пацієнтів з ТБ в Україні були протестовані за допомогою рекомендованих ВООЗ швидких молекулярних тестів. Це свідчить про високий рівень впровадження сучасних діагностичних методів, навіть в умовах війни, та наближення до глобальної цілі — 99% до 2027 року.

Лікування МЛС-ТБ: Україна продовжує впроваджувати коротші режими лікування МЛС-ТБ, що відповідає рекомендаціям ВООЗ. Проте війна створює додаткові виклики для забезпечення безперервності лікування та доступу до необхідних медикаментів.

Біженці та ТБ: у 2022 році в європейських країнах було зареєстровано 887 випадків ТБ серед осіб з країною походження Україна, що в 4,3 рази більше, ніж у 2021 році. Серед них 26% мали стійкі форми ТБ. Це підкреслює важливість скринінгу та забезпечення лікування для українських біженців у країнах прийому.

Україна демонструє значні зусилля у боротьбі з ТБ, зокрема у впровадженні сучасних діагностичних методів та лікувальних режимів. Проте війна суттєво впливає на епідеміологічну ситуацію, спричиняючи регіональні диспропорції та ускладнюючи доступ до медичних послуг. Необхідно посилити підтримку системи охорони здоров'я, забезпечити безперервність лікування та розширити заходи з профілактики та контролю ТБ, особливо серед внутрішньо переміщених осіб та біженців.

РОЗДІЛ 2. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2025 р.

Епіднагляд за туберкульозом – це систематичний і безперервний збір, аналіз, звітування та використання даних, пов'язаних з інфікуванням та захворюванням населення на туберкульоз. Це важливо:

для надійного моніторингу епідемічної ситуації з туберкульозу на національному, регіональному та глобальному рівнях;

для оцінки прогресу в досягненні національних, регіональних і глобальних цілей, пов'язаних з ТБ;

для оцінки ефективності роботи протитуберкульозних служб; а також для інформування щодо планування, бюджетування, політики, програмних і клінічних заходів.

Ефективність протитуберкульозних заходів багато в чому залежить від своєчасної і всебічної оцінки епідеміологічних показників і аналізу показників в динаміці. У цьому огляді представлені окремі основні показники за 2024 рік, а також в динаміці за 2020-2024, які поділяються на такі блоки:

показники епідемічної ситуації щодо ТБ (реєстрація нових випадків, смертність від туберкульозу);

соціально-демографічні показники (вік, стать, місце проживання);

показники своєчасного виявлення туберкульозу (туберкульоз серед контактних та інших ключових груп та груп підвищеного ризику розвитку ТБ).

Для об'єктивної оцінки протитуберкульозної програми показники слід розглядати комплексно, у взаємозв'язку та з урахуванням впливу зовнішніх (іноді несприятливих, таких як, наприклад, військова агресія росії проти України) факторів.

Основні епідемічні показники

Захворюваність на ТБ

За даними поточного епідеміологічного нагляду, у 2024 році захворюваність на ТБ склала 44,2 на 100 тисяч населення (нові випадки та рецидиви) та зменшилась на 8,7% у порівнянні з 2023 роком (48,4 на 100 тисяч населення).



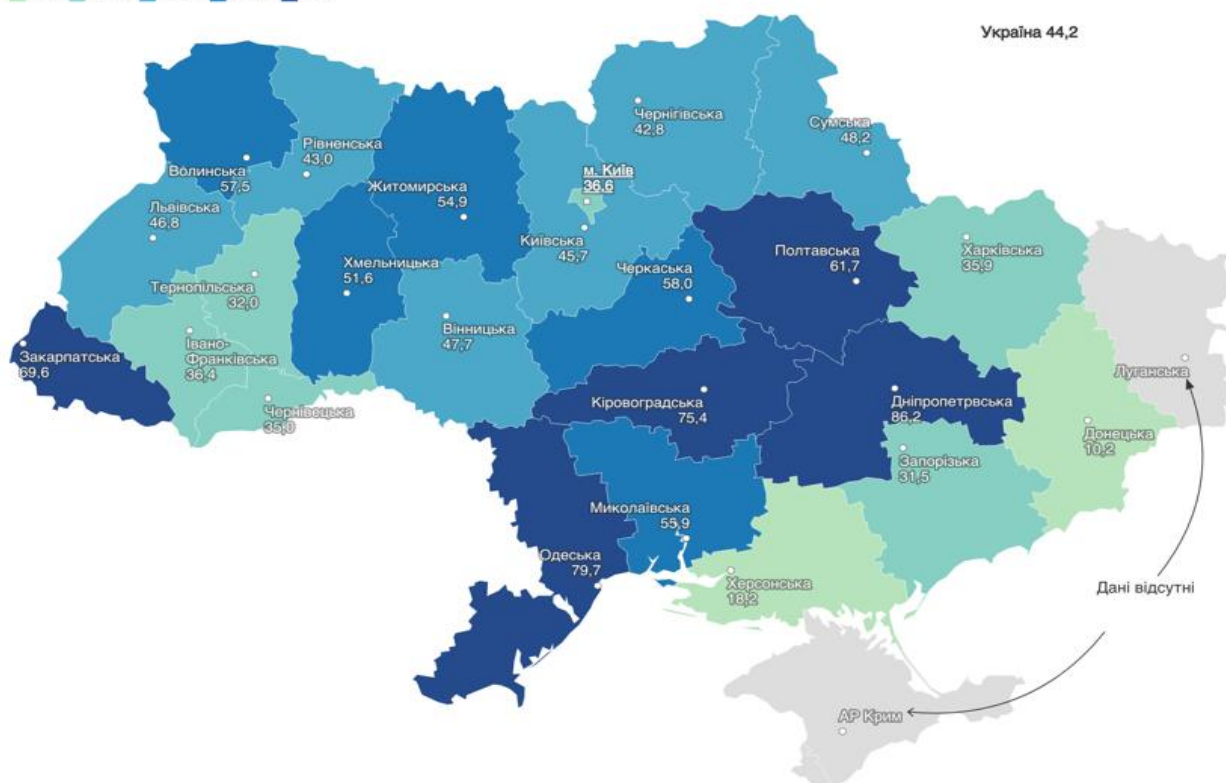
Рисунок 2.1. Динаміка захворюваності на ТБ (нові випадки та рецидиви) за період 2020–2024 рр. (показник на 100 000 населення та відсоток приросту)

Наочно спостерігається вплив військових дій на отримання населенням медичних послуг, що відображається на даних захворюваності у тих областях України, в яких має місце тимчасова окупація частини територій. Найбільші показники захворюваності та ТБ на 100 тисяч населення спостерігаються у Дніпропетровській (86,2), Кіровоградській (75,4) та Одеській (79,7) областях. Найнижчі - у Херсонській (18,2) та Донецькій (10,2). (Карта 1).

Захворюваність на ТБ на 100 тисяч населення за 2024 рік.

(нові випадки та рецидиви)

< 20 20–40 40–50 50–60 ≥ 60



Карта 2.1. Розподіл показника захворюваності на туберкульоз, включаючи його рецидиви, серед усього населення України за 2024 рік (на 100 тисяч населення).

В Україні загалом спостерігається зниження показника захворюваності на туберкульоз у 2024 році порівняно з аналогічним періодом 2023 року, на 8,7%, проте, ситуація суттєво відрізняється між регіонами: деякі області демонструють зростання, тоді як інші – значне зниження.

Області з найбільшим приростом Херсонська область (+19,7%), Тернопільська область (+15,9%), м. Київ (+9,9%), Хмельницька область (+8,2%), Полтавська область (+4,4%). Це може свідчити про покращення виявлення випадків ТБ або реальне зростання захворюваності.

Області з найбільшим зниженням Донецька область (-36,6%), Волинська область (-21,3%), Одеська область (-20%), Кіровоградська область (-18,1%), Львівська область (-17,6%). Зниження може бути пов'язане з покращенням заходів профілактики або змінами у міграційних потоках населення.

Приріст показника захворюваності на ТБ у 2024 році у порівнянні з аналогічним періодом 2023 року.

Нові випадки та рецидиви

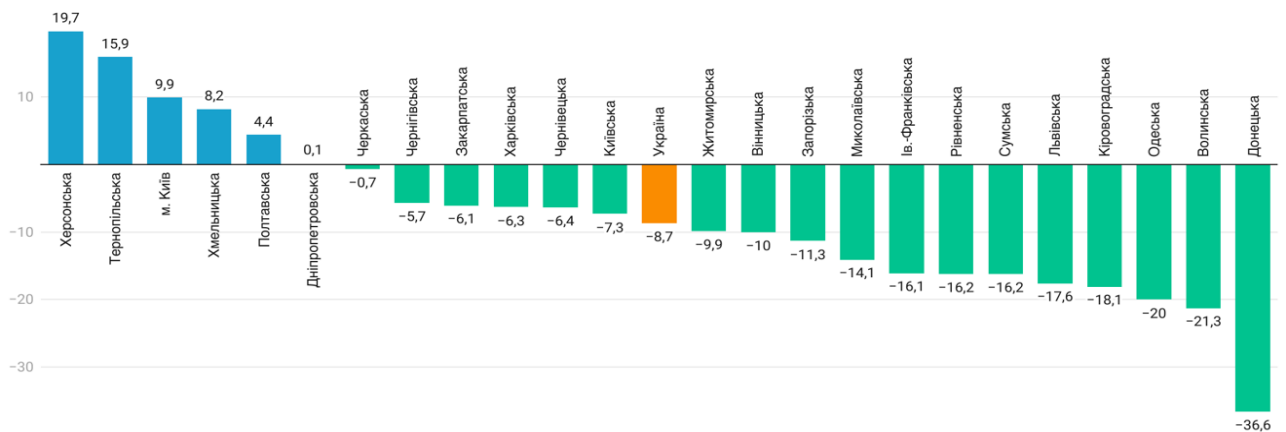


Рисунок 2.2. Приріст показника захворюваності на туберкульоз, включаючи його рецидиви, серед усього населення України за 2024 рік в порівнянні з 2023 роком.

За останні п'ять років і особливо під впливом війни та міграційних процесів серед населення окупованих регіонів найбільший спад відзначено у Луганській, Донецькій, Запорізькій, Херсонській та Одеській областях, натомість маємо зростання у Закарпатській, Кіровоградській, Дніпропетровській, Полтавській, Черкаській областях.

На рисунку 2.3 наведено криві коливання показників захворюваності на ТБ на 100 000 населення у період з 2020 по 2024 рр. Тенденція реєстрації ТБ в усіх областях є послідовною, проте з різними темпами змін.

Захворюваність на ТБ на 100 тисяч населення (нові випадки та рецидиви)

2020 - 2024

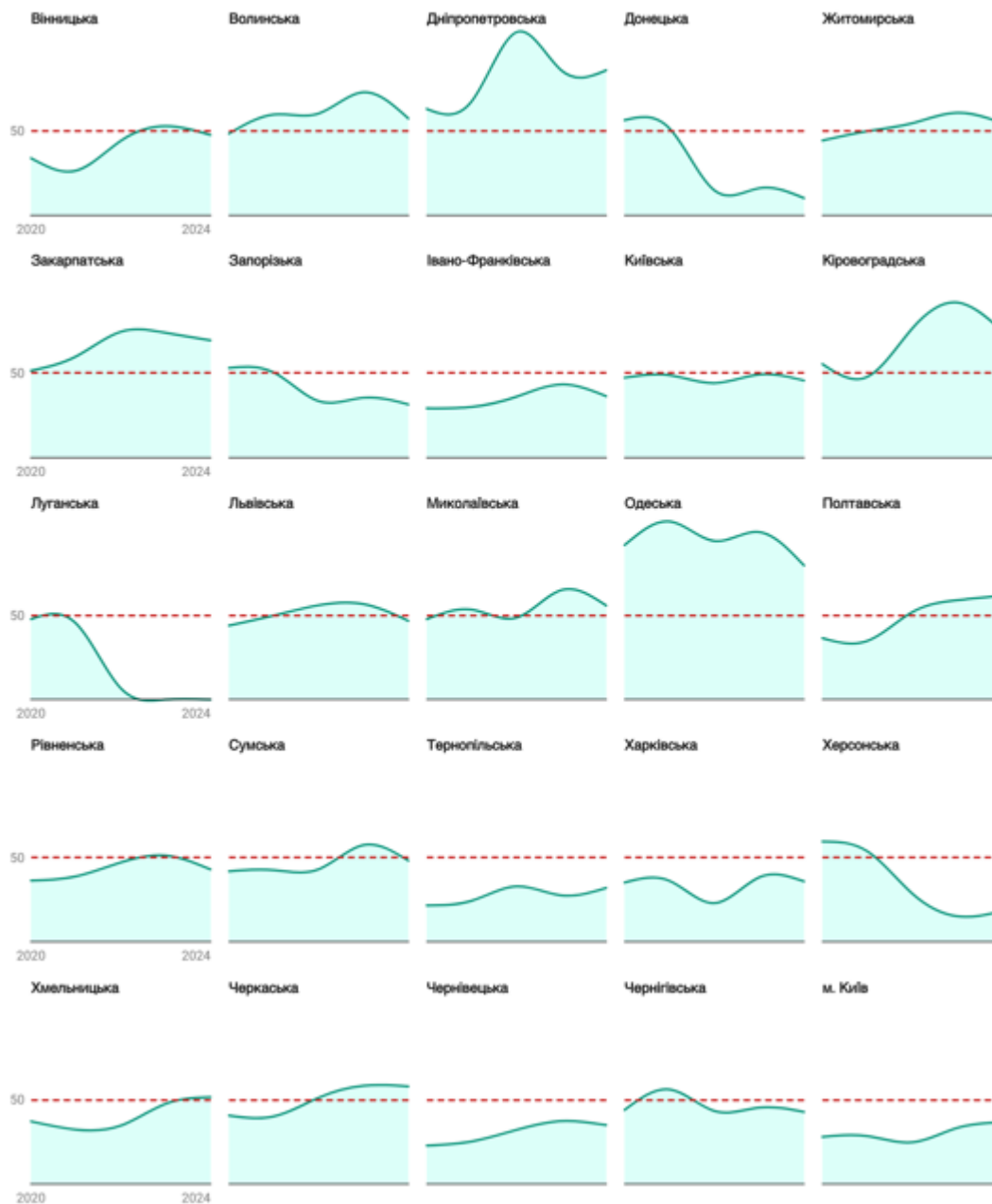


Рисунок 2.3. Показник захворюваності на ТБ на 100 тисяч населення за адміністративними територіями у 2020–2024 рр.

Для реєстрації випадків туберкульозу за результатами бактеріологічного підтвердження в Україні використовується форма звітності № 4 «Звіт про кількість випадків туберкульозу за __ квартал 20__ року ТБ 06». За останні п'ять років спостерігається щорічне зростання бактеріологічного підтвердження випадків ТБ (з 72,5% у 2020 до 76,1% у 2024 році) серед нових випадків та рецидивів легеневих форм туберкульозу, що є позитивним критерієм та свідчить

про покращення лабораторної діагностики ТБ. Бактеріологічне підтвердження випадків ТБ позалегеневих форм становить 30% у 2024 році.

Бактеріологічне підтвердження діагнозу ТБ

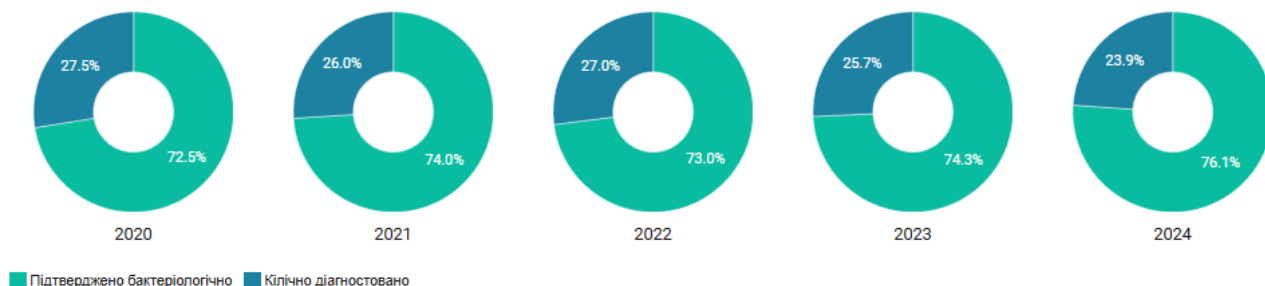


Рисунок 2.4. Відсоток бактеріологічного підтвердження діагнозу туберкульозу, 2020–2024 рр.

Щодо показників захворюваності на ТБ серед міського та сільського населення України, то майже в усіх областях України захворюваність на ТБ (нові випадки і рецидиви) серед сільських жителів є нижчою на 25–30%, ніж захворюваність міських жителів (рисунок 2.5).

Розподіл осіб з ТБ за місцем проживання

Нові випадки та рецидиви

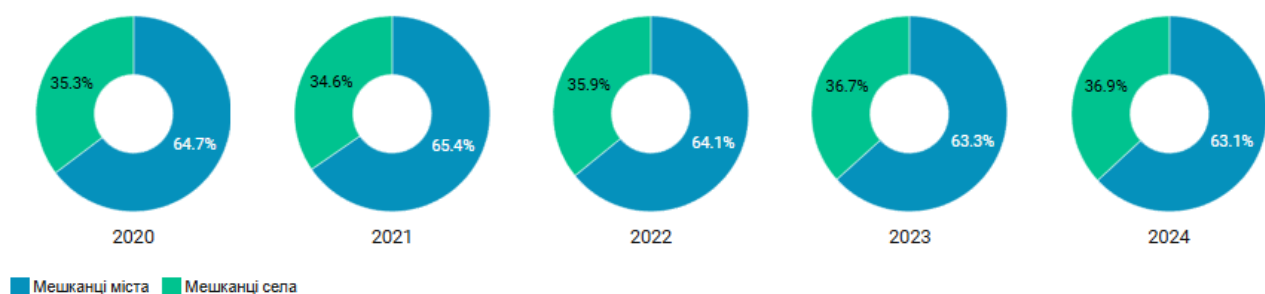


Рисунок 2.5. Відсоток осіб з туберкульозом серед міських та сільських жителів, 2020-2024 р.

Смертність від ТБ

Стабільно висока смертність фіксується у Дніпропетровській, Закарпатській, Кіровоградській, Одеській, Миколаївській та Чернігівській областях. Це характеризує несприятливу епідемічну ситуацію в цих регіонах. В середньому в Україні смертність за 2024 рік становила 6,1 на 100 тисяч населення. Найнижчий показник смертності зафіксовано у Херсонській, Запорізькій, Тернопільській, Донецькій, Чернівецькій областях.

У 9 регіонах з 25 (36% від усіх) спостерігалось зростання смертності у порівнянні з показником 2023 року. В усіх цих регіонах, крім м. Києва

відбувається збільшення показника смертності на фоні зниження показника захворюваності. У 16 областях відбулося зниження, найбільше у Чернівецькій області – на 77,4%. В цілому в Україні спостерігається загальне зниження показника смертності порівняно з 2020 роком, серед причин якого також може бути міграція населення та зміна демографічної ситуації.

Смертність від туберкульозу на 100 тисяч населення

		2020	2021	2022	2023	2024
1	Вінницька	5.1	6.0	7.5	7.3	6.1
2	Волинська	7.6	9.1	8.1	8.7	9.1
3	Дніпропетровська	10.1	10.9	14.4	14.3	12.0
4	Донецька	10.4	9.2	3.6	3.5	2.3
5	Житомирська	6.7	8.2	9.1	12.9	5.9
6	Закарпатська	11.0	10.9	14.5	14.2	13.8
7	Запорізька	10.0	9.7	7.3	3.5	3.1
8	Івано-Франківська	4.0	3.3	3.7	5.5	4.3
9	Київська	7.4	7.2	7.3	5.4	6.4
10	Кіровоградська	9.0	11.0	15.2	12.0	11.0
11	Луганська	17.3	11.7	1.0	0.0	0.0
12	Львівська	7.0	7.9	8.0	6.7	7.2
13	Миколаївська	8.1	7.7	11.2	9.1	13.5
14	Одеська	10.5	10.6	14.1	14.1	10.8
15	Полтавська	6.6	5.2	8.3	9.0	7.7
16	Рівненська	6.5	5.9	7.5	5.3	6.0
17	Сумська	9.1	8.4	5.2	4.7	5.5
18	Тернопільська	3.4	2.8	4.5	3.8	3.1
19	Харківська	7.0	7.0	5.8	6.5	4.6
20	Херсонська	11.8	9.9	5.5	2.2	3.0
21	Хмельницька	4.4	4.1	5.1	6.4	6.3
22	Черкаська	6.1	8.1	5.0	5.3	6.1
23	Чернівецька	4.6	4.7	6.3	6.0	1.4
24	Чернігівська	8.3	8.1	9.5	9.7	9.6
25	м. Київ	4.1	3.5	3.6	4.0	4.1
26	Україна	7.4	7.5	7.2	6.9	6.1

Таблиця 2.1. Показник смертності від ТБ на 100 000 населення за адміністративними територіями.

Поширеність ТБ

Показник поширеності ТБ протягом останніх шести років має тенденцію до зниження: у 2024 р. показник поширеність зменшилась на 21,6% порівняно з

показником 2023 р. Найвищий рівень поширеності ТБ було зареєстровано в Одеській (86,9), Кіровоградській (75,9), Дніпропетровській (69,6) областях. Порівняно до показників 2023 р., зростання поширеності ТБ зафіксовано у Вінницькій, Дніпропетровській та Черкаській областях (рисунок 2.6).

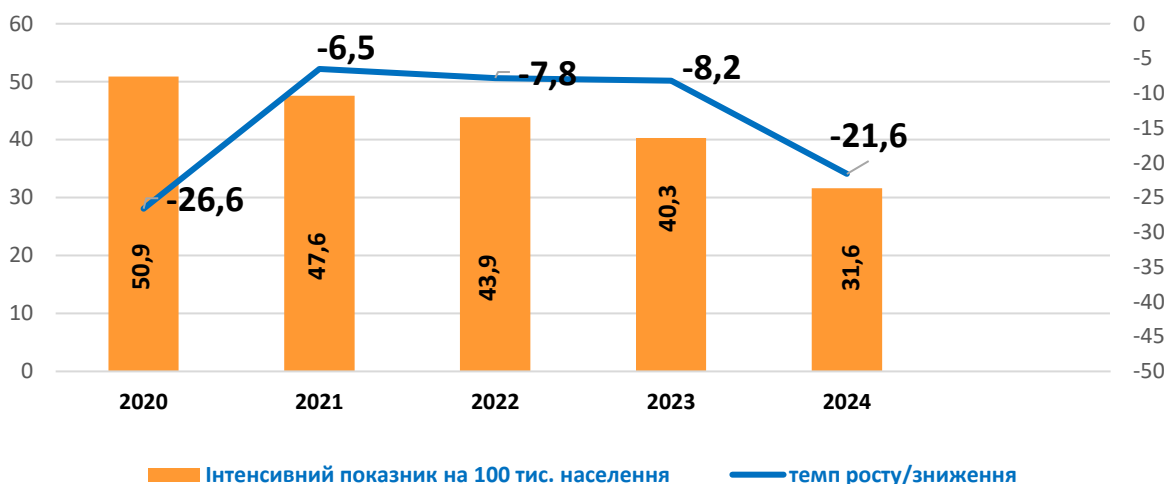


Рисунок 2.6. Поширеність усіх форм активного ТБ серед населення України за період 2020-2024 рр. (на 100 000 населення)

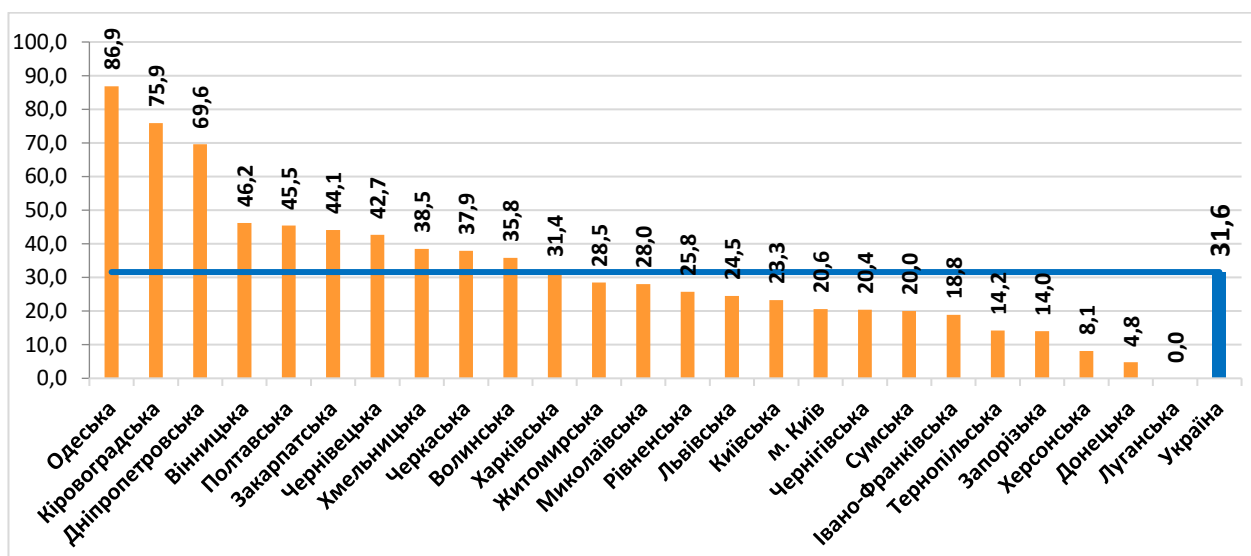


Рисунок 2.7. Поширеність усіх форм активного ТБ на 100 000 населення (рейтинг по регіонах України, 2024 р.)

Динаміка за бактеріологічним підтвердженням

Бактеріологічне підтвердження діагнозу туберкульозу легень є ключовим етапом у діагностиці цього захворювання. Воно включає в себе мікроскопічне, культуральне та молекулярно-генетичне дослідження зразків. Ці методи дозволяють діагностувати захворювання, проблему його чутливості до ліків і контролювати ефективність лікування. Комбінування цих методів дозволяє досягти високої точності в діагностиці туберкульозу легень та розробити найефективнішу стратегію лікування.

У період 2020–2024 рр. частка бактеріологічно підтверджених випадків легеневого ТБ зросла з 72,5% у 2020 році до 75,1% у 2024 році. Покращенню діагностики ТБ сприяло збільшенням доступу до діагностичних послуг, застосуванням стратегій активного виявлення випадків туберкульозу, таких як скринінгові програми в групах ризику, підвищенням рівня обізнаності та навчання медичних працівників, тощо.

Підвищення частки бактеріологічно підтверджених випадків туберкульозу є важливим кроком на шляху до подолання ТБ.

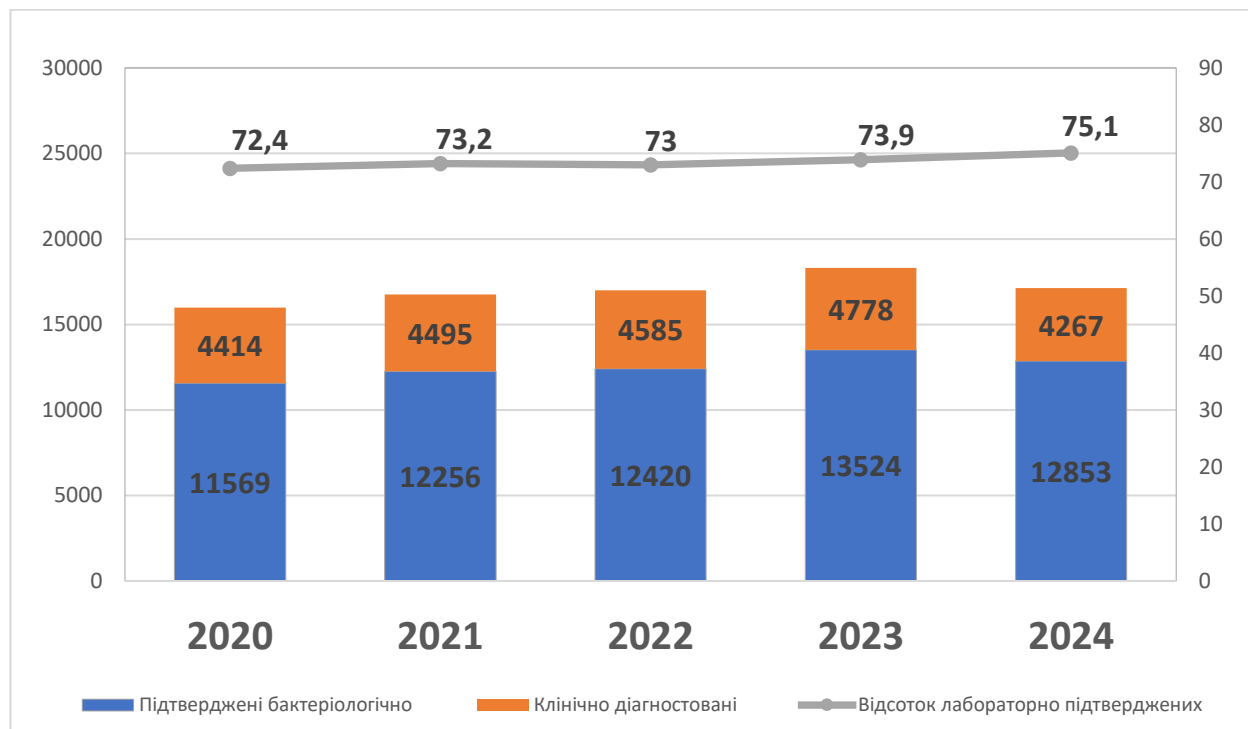


Рисунок 2.8. Кількість бактеріологічно підтверджених та клінічно діагнованих випадків ТБ (нові випадки та рецидиви легень) і частка бактеріологічно підтверджених випадків ТБ.

У 2024 р. частка лабораторно підтверджених нових епізодів ТБ легень варіювалася від 61,5% в Дніпропетровській до 94,4% у Донецькій областях, що свідчить про деякі відмінності у практиці діагностики ТБ. Частково ця різниця пов'язана також з неоднорідністю поширеності ВІЛ-інфекції у країні.

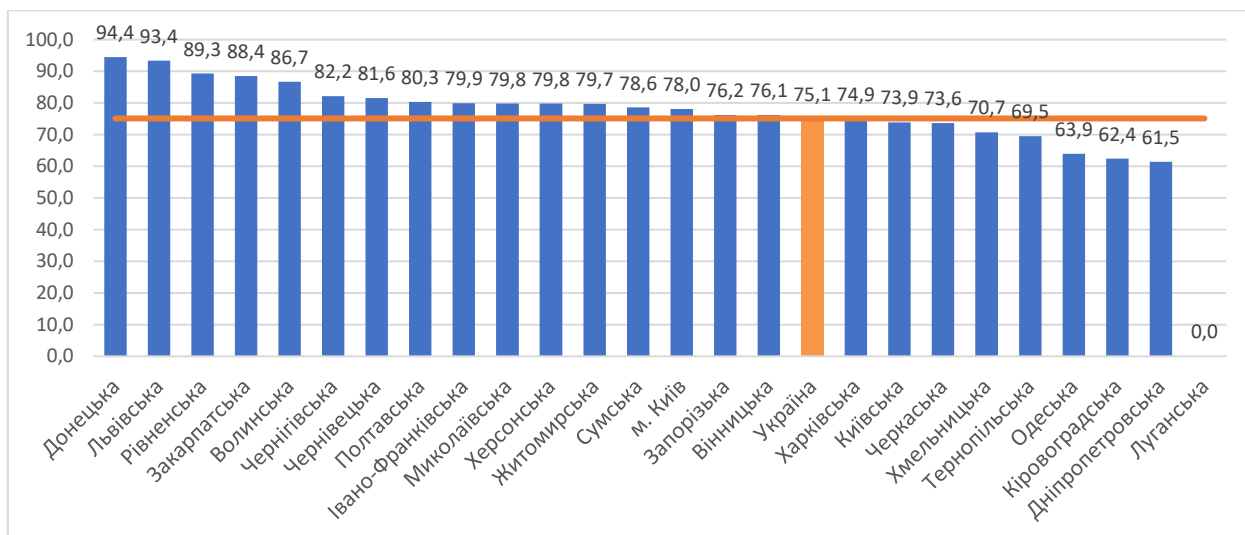


Рисунок 2.9. Частка бактеріологічно підтверджених випадків ТБ легень (рейтинг по регіонах України, 2024 р.).

Динаміка за локалізацією захворювання

Відсоток випадків позалегенового туберкульозу порівняно із загальною кількістю випадків туберкульозу зменшується. У 2024 році спостерігається значне зниження – 6,5%, у порівнянні з 2023 роком – 8,8% серед нових епізодів туберкульозу.

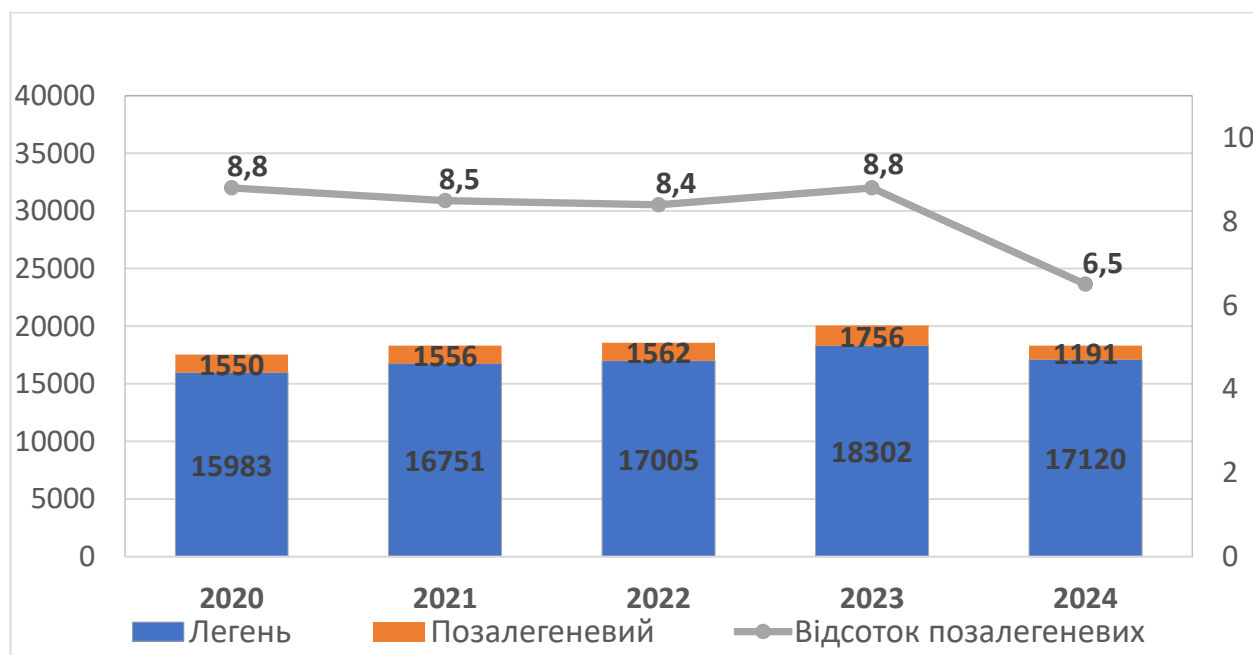


Рисунок 2.10. Кількість нових випадків та рецидивів легеневого і позалегенового ТБ; частка випадків позалегенового ТБ.

У 2024 році частка випадків позалегенового ТБ варіювала від 2,2% у Херсонській області до 11,3% у Черкаській. Відсоток випадків позалегенового туберкульозу знизився в усіх регіонах, що може бути ознакою недовиявлення через міграцію, зруйновану інфраструктуру або нестачу кадрів.

Візуалізація (рисунок 2.11) допомагає зрозуміти розподіл і визначити регіони, які потребують більшої уваги до активізації заходів щодо виявлення позалегенових форм ТБ.

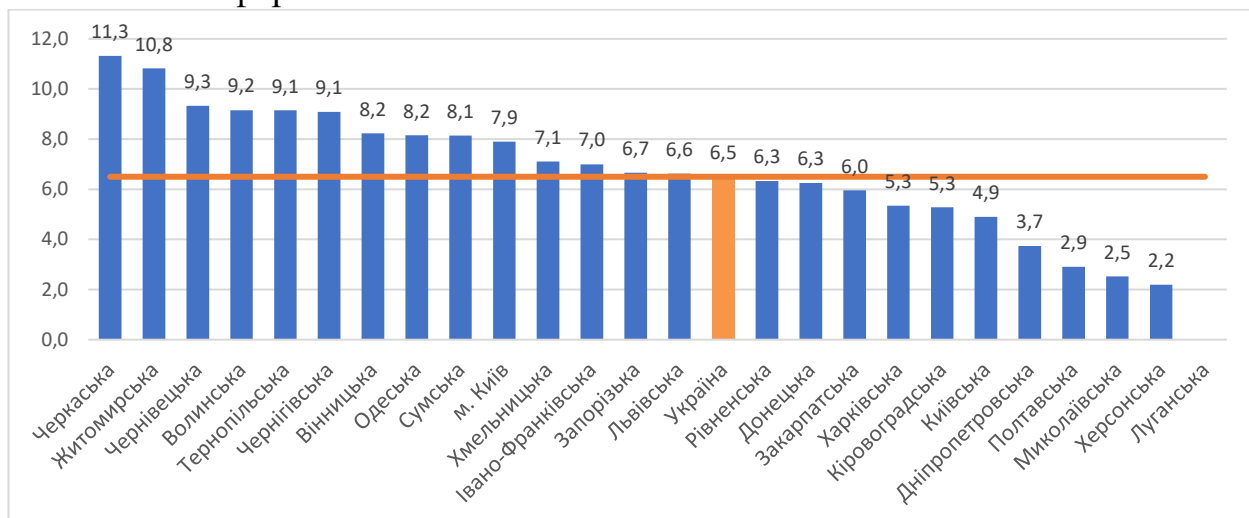


Рисунок 2.11. Частка випадків позалегенового ТБ (рейтинг по регіонах України, 2024 р.).

Динаміка за історією лікування

За останні чотири роки на фоні зростання кількості зареєстрованих випадків чутливого ТБ відзначено зменшення частки повторних випадків до 4,3% у 2024 році, (рисунок 2.12).

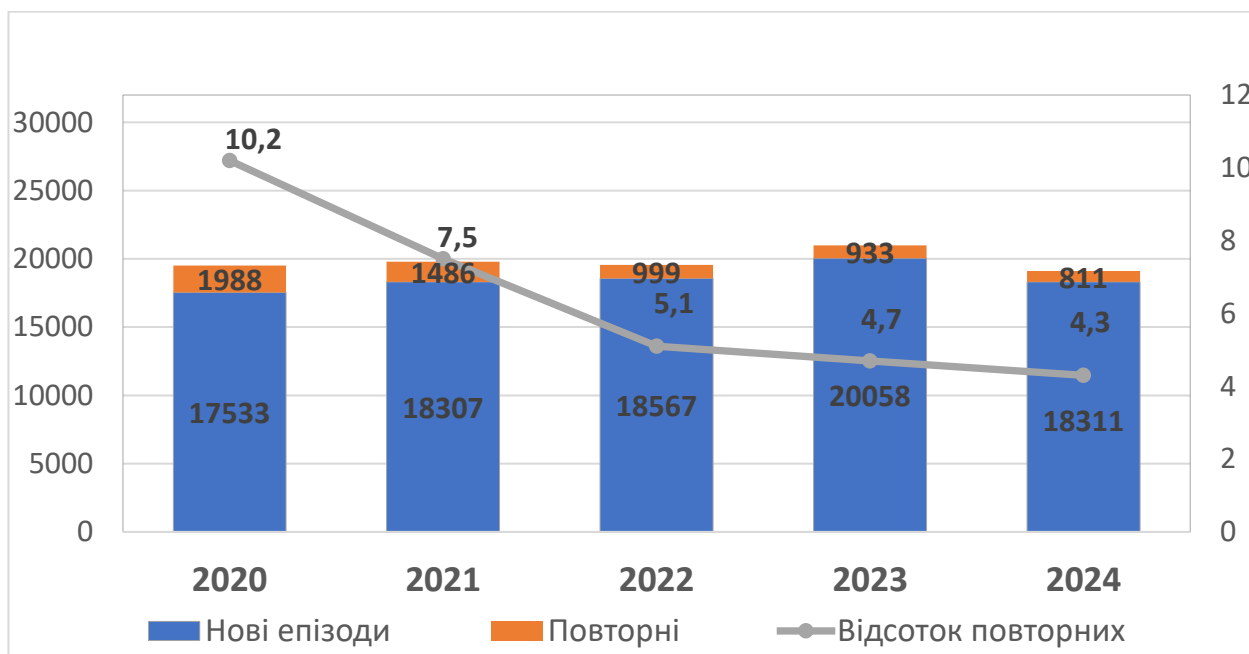


Рисунок 2.12. Кількість зареєстрованих нових епізодів і повторних випадків ТБ, а також частка повторних випадків серед усіх випадків ТБ.

Частка виявлення повторних випадків у 2024 р у розрізі областей незначною мірою варіюється: від 1% у Донецькій області до 10,8% в Кіровоградській області (рисунок 2.13). Ці відмінності можна пояснити деякою

нестабільністю або практикою діагностики чи повідомлення про перехворілих в різних регіонах.

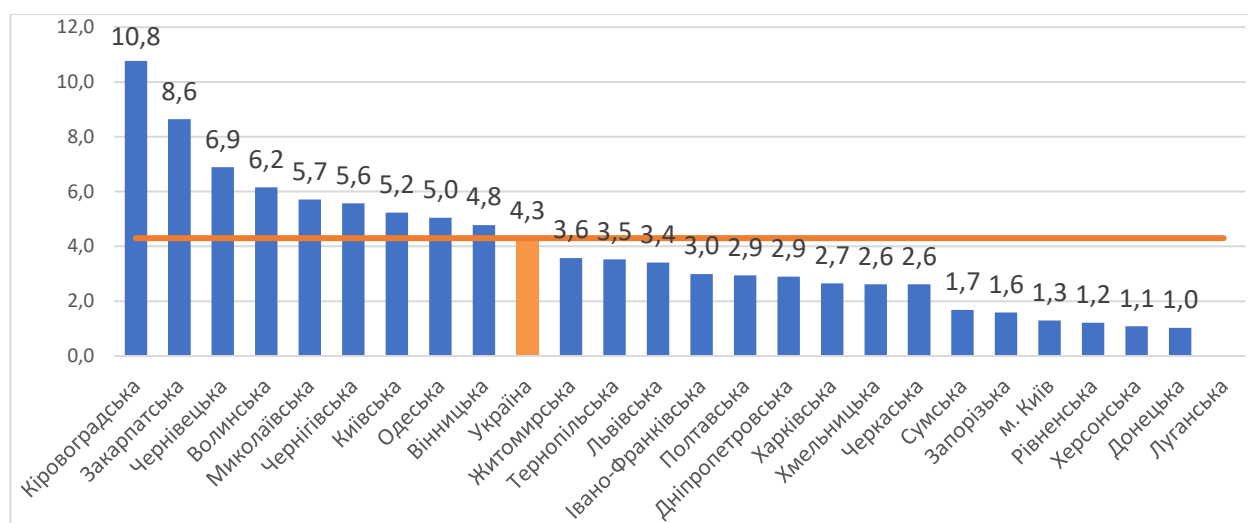


Рисунок 2.13. Частка повторних випадків ТБ (рейтинг по регіонах України, 2024 р.).

Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей

Абсолютне число випадків ТБ у дітей зменшилась з 639 до 464 порівняно до показників минулого року. У 2021–2022 роках спостерігається відносна стабільність після зростання у 2021. 2023 рік показав різке збільшення як абсолютної кількості випадків, так і частки дітей серед усіх хворих. 2024 рік демонструє зниження захворюваності, але частка залишається вищою за рівень 2020–2022 років та становить 2,6% від загальної кількості випадків туберкульозу. (рисунок 2.14).

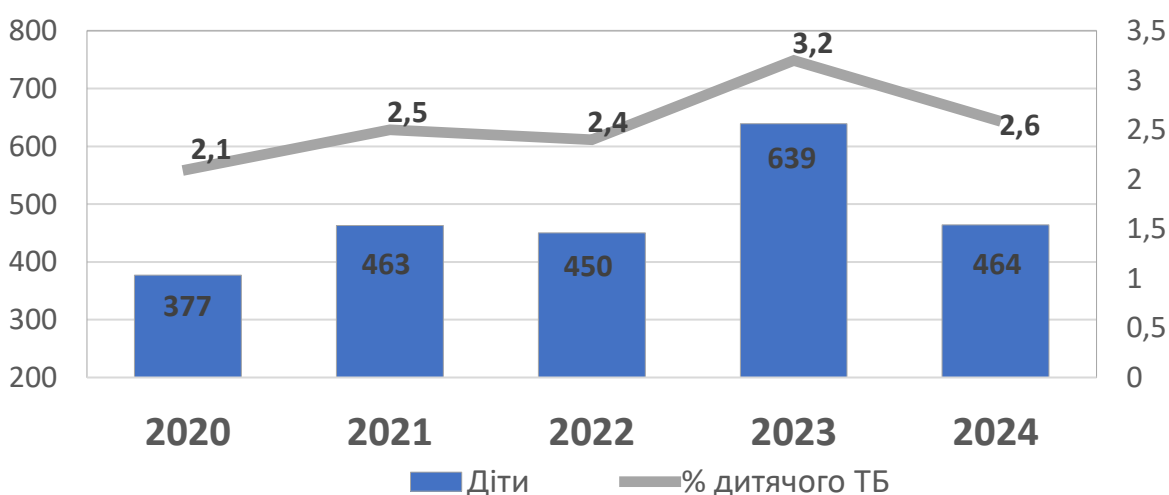


Рисунок 2.14. Кількість і відсоток випадків ТБ серед дітей віком 0–14 років (нові епізоди) серед загальної кількості випадків ТБ

Часто ТБ не розглядають як можливий діагноз при захворюваннях серед дітей, тому він залишається невиявленим. Важко встановити остаточний діагноз

ТБ у дітей, оскільки він рідко підтверджується бактеріологічно. Фактичні дані свідчать про те, що у країнах з епідемією ТБ, зокрема в Україні, де відзначають найвищий рівень реєстрації випадків серед молодих вікових груп, а рівень розвитку економіки є невисоким (низький і середній рівень доходу), очікувана частка випадків ТБ серед дітей має становити від 5 до 10%.

Частка нижче 5% передбачає неповний діагноз або неповну звітність про випадки ТБ у дітей. Оскільки останнім часом частка випадків ТБ у дітей на національному рівні постійно була нижчою за очікуваний рівень (принаймні, 5%), можна припустити, що Україна потребує покращення діагностики ТБ серед дітей. При спостереженні за часткою випадків ТБ серед дітей з розподілом за областями було виявлено досить різкі міжрічні коливання у відсотковому відношенні випадків ТБ серед дітей, що свідчить про непостійність спостереження за динамікою діагностики цього показника.

На регіональному рівні частка виявлення випадків ТБ серед дітей у 2024 році коливалася від 0,2% у Миколаївській області до 10,5% у Кіровоградській області. У чотирнадцяти областях частка виявлення випадків ТБ серед дітей знизилася, і у десяти регіонах – збільшилася, ймовірно, через покращення діагностики ТБ серед дітей.

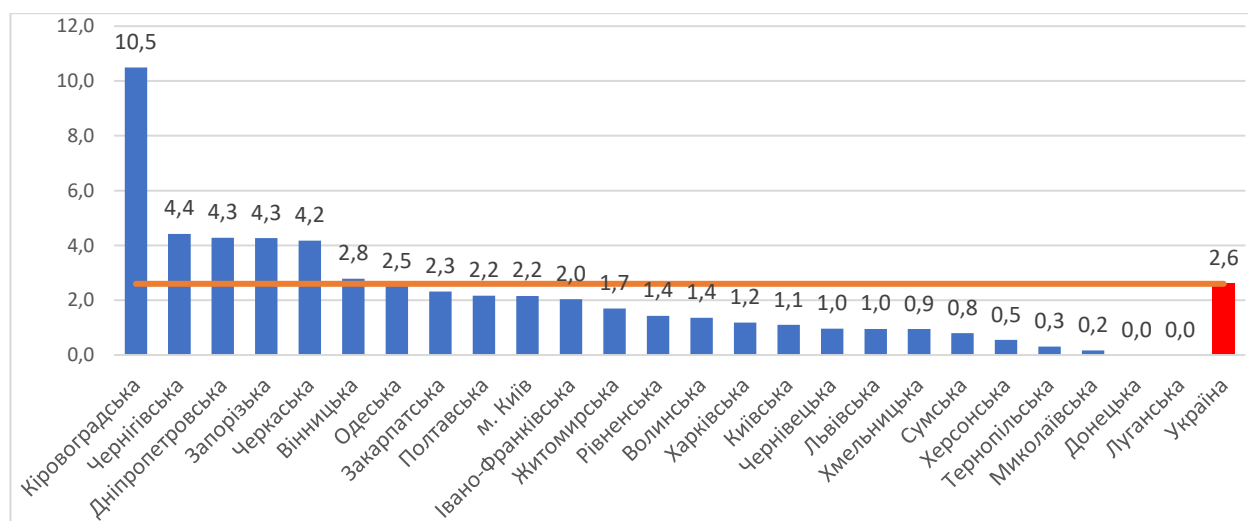


Рисунок 2.15. Частка випадків ТБ серед дітей (нові випадки і рецидиви захворювання) (рейтинг по регіонах України, 2024 р.).

Дані епіднагляду щодо дітей, у яких виявлено ТБ, вважають надійними і точними, а про всі випадки ТБ у дітей звітують, якщо співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років перебуває у діапазоні 1,5–3,0. У 2020–2024 рр. співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років становило 0,5–0,3.

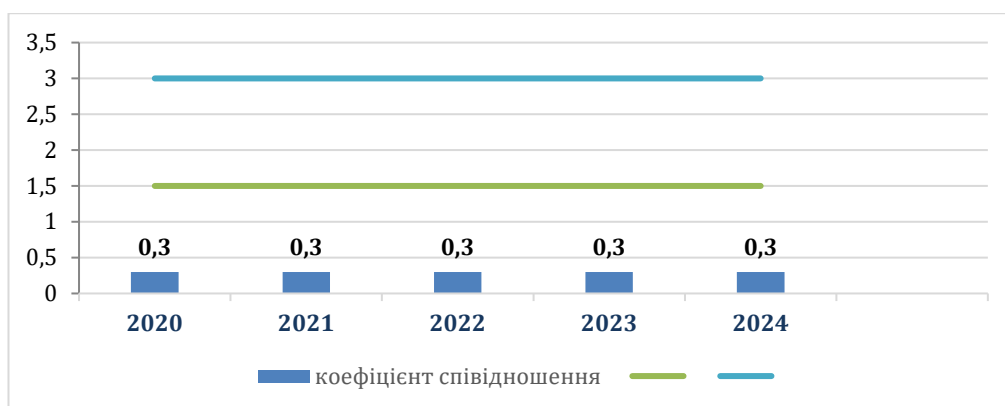


Рисунок 2.16. Співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років серед дітей, хворих на ТБ, в Україні, 2020–2024 рр.

За поточними статистичними даними відзначено зменшення частки випадків ТБ серед дітей (віком до 17 років) серед усіх нових випадків ТБ та рецидивів захворювання з 4,2% у 2023 до 3,5% у 2024 році. Загальний показник по Україні становить 8,7 проти 11,4 на 100 тисяч дитячого населення у 2023 р., що є нижче на 23%. Загалом ТБ діагностовано у 642 дітей проти 835 у минулому році.

Приріст захворюваності серед дітей віком до 17 років відзначено у семи областях. В інших 18 областях спостерігається відносна стабільність або зниження рівня захворюваності у цій віковій категорії.

Динаміка повідомлення про ТБ за статтю

До 2021 року в Україні частка всіх нових епізодів ТБ серед чоловіків залишалася стабільною на рівні близько 71%. Проте, з 2022 року частка чоловіків збільшилась і у 2024 році становить 75,7% (рисунок 2.17).

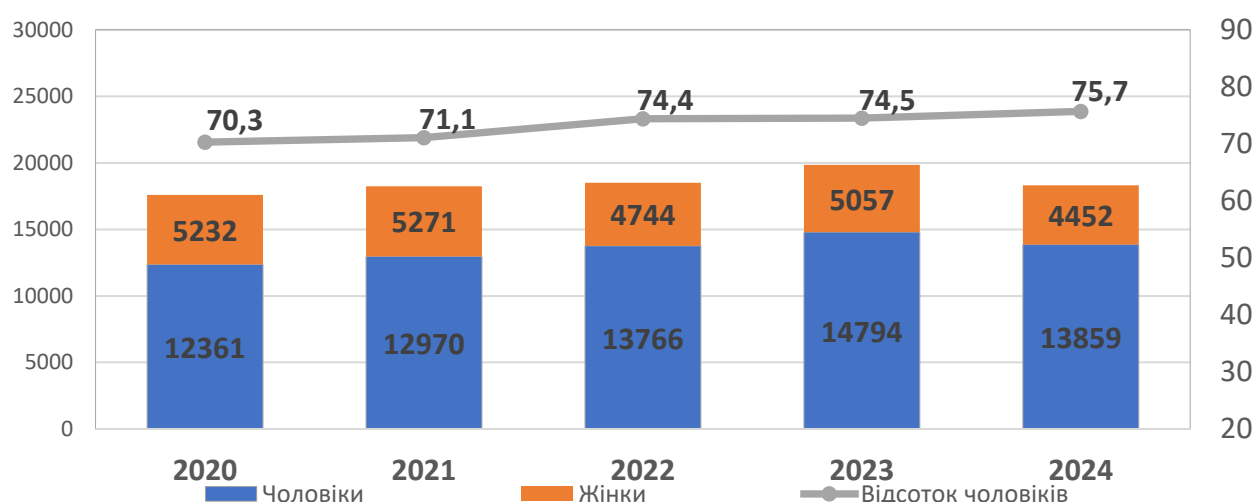


Рисунок 2.17. Кількість нових випадків ТБ і рецидивів захворювання з розподілом за статтю

Дані свідчать про те, що чоловіки непропорційно хворіють на туберкульоз порівняно з жінками, і цей розрив ще збільшився за останні три роки. Найбільша вікова група серед пацієнтів з ТБ – чоловіки віком 35–44 років (рисунок 2.18).

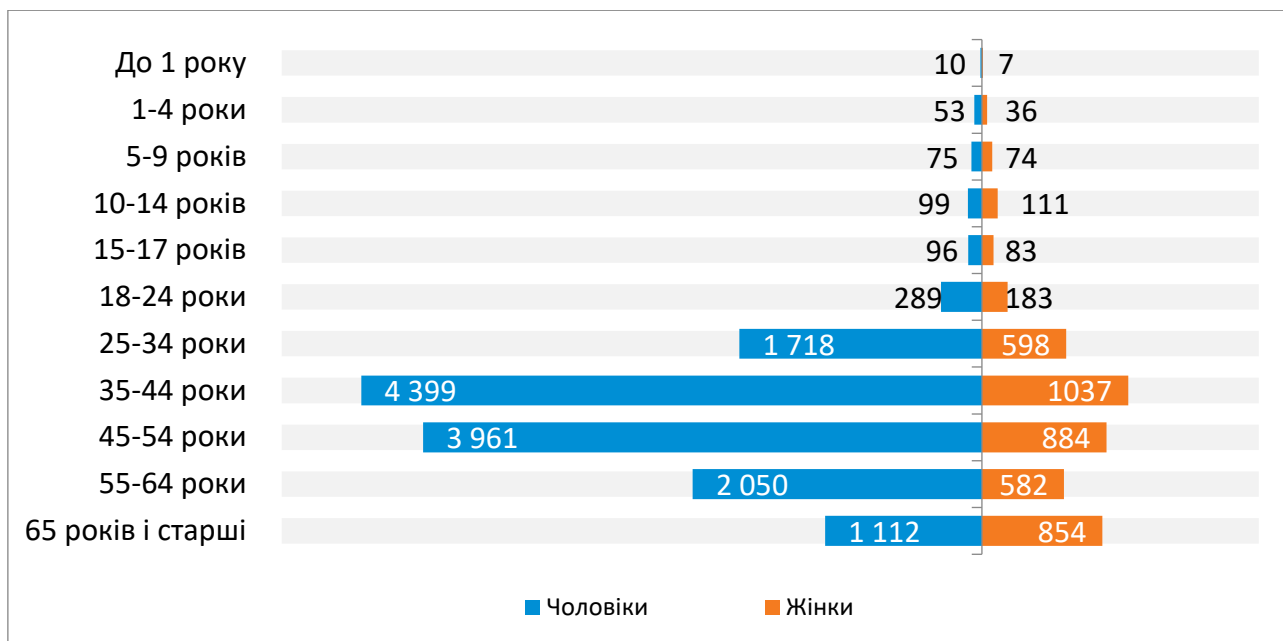


Рисунок 2.18. Повідомлення про випадки ТБ (нові епізоди) в Україні з розподілом за віком і статтю, 2024 р.

71,4% осіб, які захворіли на туберкульоз – працездатного віку 18-54 роки. На вікову групу 25-44 роки припадає 42,3% хворих. Ці показники свідчать про високу соціальну значимість захворюваності на туберкульоз та економічну збитковість для держави, особливо в умовах повномасштабної війни.

Динаміка повідомлення про ТБ за віком

На рисунку 2.19 наведено динаміку показників реєстрації нових випадків ТБ і рецидивів захворювання з розподілом за віковими групами. Найбільший тягар ТБ є серед людей віком 35–44 роки. У період з 2017 по 2024 рр. показники захворюваності на ТБ знижувались в усіх вікових групах старше 14 років, але різними темпами: найбільш швидке зниження було відзначено у віковій групі 25–34 роки (–8,0% щорічно) і 15–24 роки (–6,3% щорічно), тоді як у людей старше 45 років з 2020 року спостерігається зростання випадків захворювання на ТБ.

Ця модель тимчасових змін узгоджується із загальним розумінням епідеміології ТБ – «старіння епідемії», що є ознакою зниження тягаря ТБ у реальній популяції, ТБ у людей літнього віку найчастіше виникає у результаті реактивації латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ), а, отже, зниження швидкості передачі мало впливає на показники захворюваності на ТБ у цій віковій групі. Навпаки, ТБ у молодших вікових групах є результатом недавнього інфікування, а зниження кількості зареєстрованих випадків ТБ у цих вікових групах передбачає зниження щорічного ризику інфікування, отже, зниження передачі ТБ серед загального населення. Відсутність зниження показників реєстрації випадків ТБ у дітей можна пояснити покращенням діагностики або

зміною практики діагностики, підвищенням якості діагностичних процедур ТБ у країні.

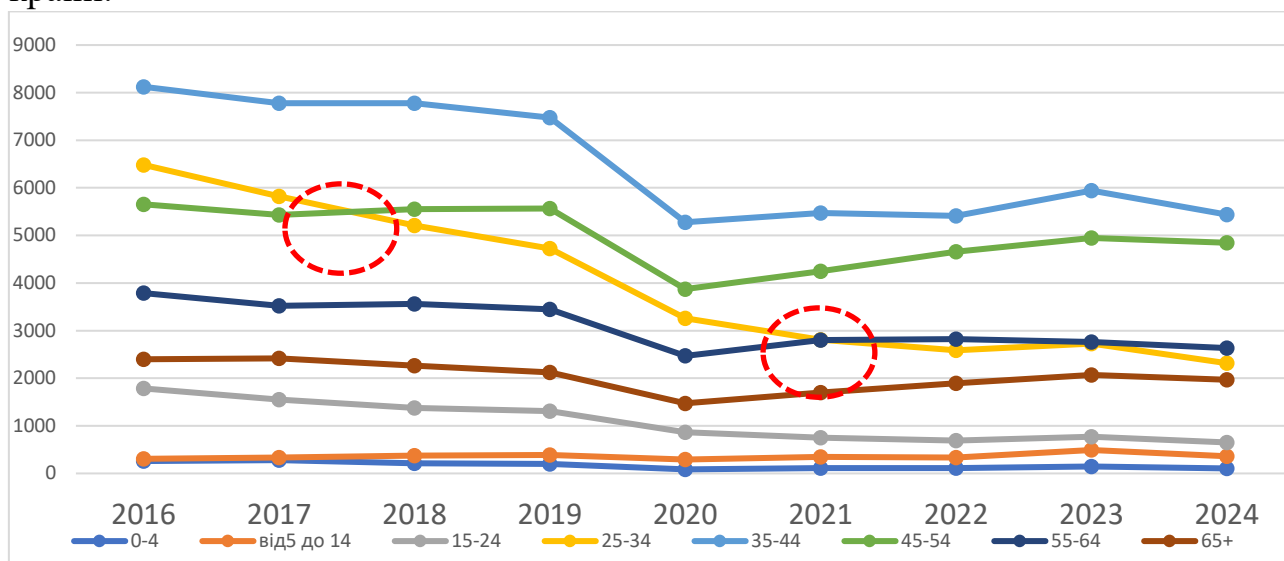


Рисунок 2.19. Тенденція реєстрації нових епізодів ТБ за віковим показником на 100 000 населення

Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ

За даними поточного епідеміологічного нагляду, у період з 2020 по 2024 рр. абсолютна кількість випадків коінфекції ТБ/ВІЛ знизилась з 3799 до 2770, як і частка нових епізодів ТБ з коінфекцією ВІЛ/ТБ з 21,7% до 15,1% (рисунок 2.20).

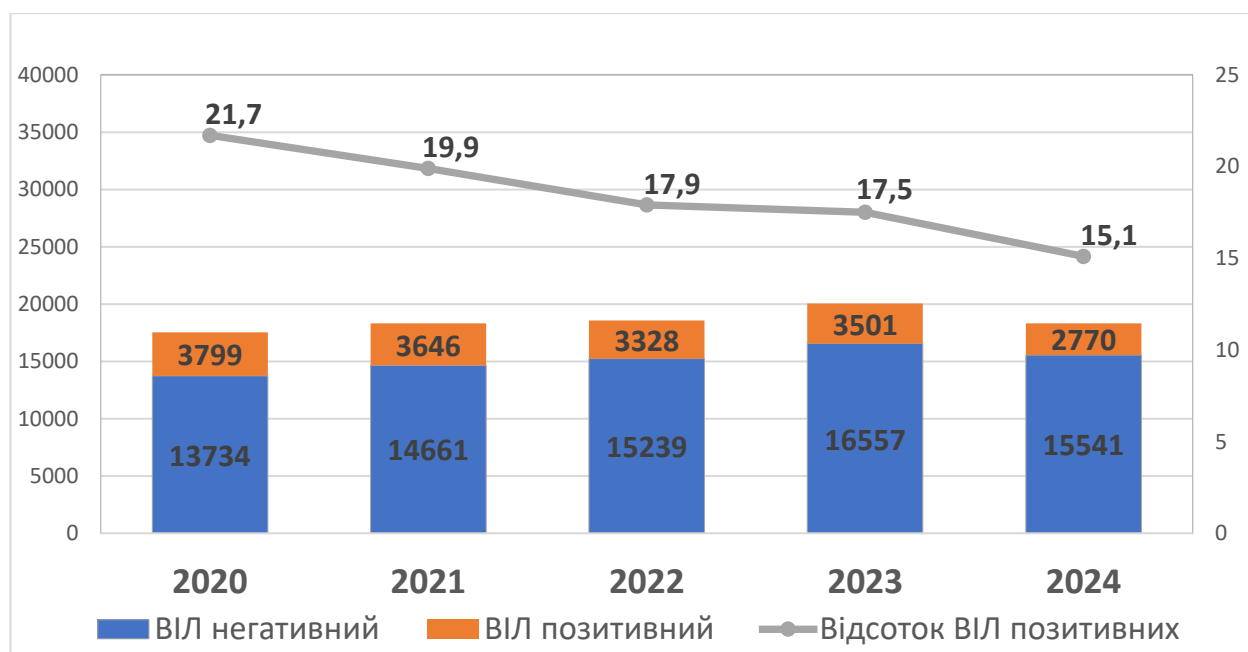


Рисунок 2.20. Кількість зареєстрованих нових епізодів ТБ залежно від ВІЛ-статусу; частка випадків ТБ у людей з позитивним ВІЛ-статусом

Показник захворювання на ТБ/ВІЛ мав тенденцію до зниження з 8,8 у 2020 році до 6,8 на 100 000 населення у 2024 році. Найвищий рівень захворюваності

на ТБ/ВІЛ відзначено в Одеській області – 27,0 на 100 000 населення, найнижчий – у Чернівецькій області – 0,9 на 100 000 населення, (Рисунок 2.21)

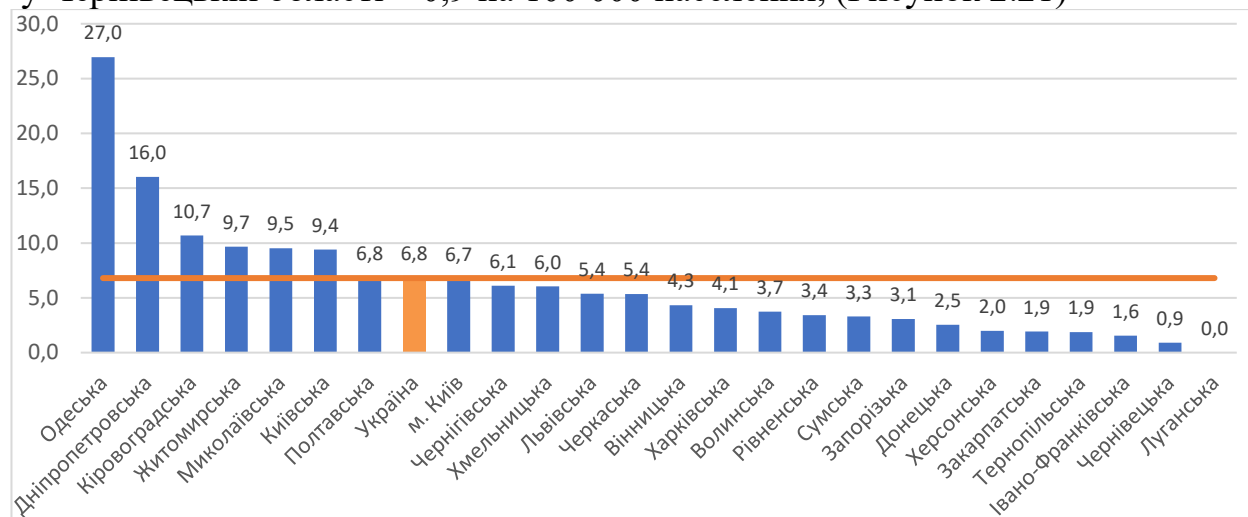


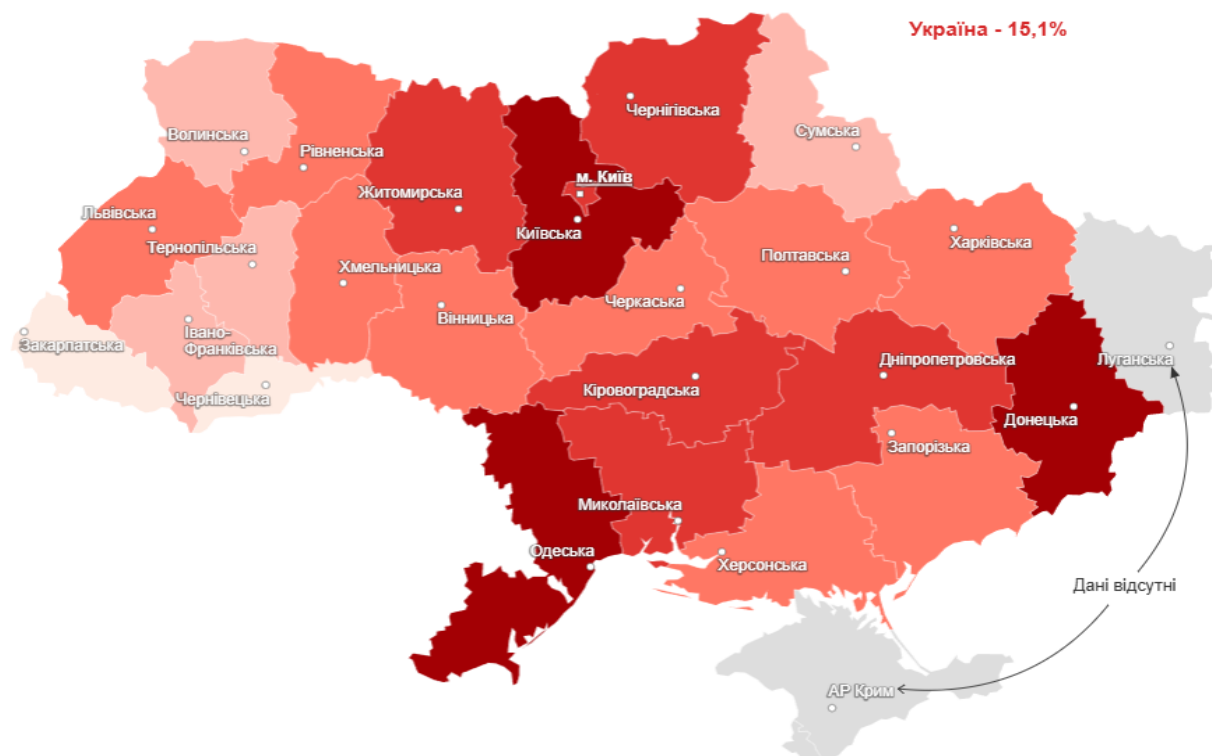
Рисунок 2.21. Рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ в регіонах України у 2024 р. (на 100 000 населення)

Найвища частка кількості хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у структурі нових епізодів ТБ у 2024 р. відзначено в Одеській – 33,8%, Донецькій – 25% та Київській області – 21,1%. Це може свідчити як про серйозну епідеміологічну ситуацію, так і про якісне виявлення. Найнижча – у Чернівецькій – 2,6% та Закарпатській області – 2,8%, тобто спостерігається значна географічна неоднорідність частки ВІЛ-інфікованих серед нових епізодів ТБ між областями.

Частка випадків ТБ/ВІЛ у структурі загальної кількості нових епізодів ТБ

2024

■ < 4 ■ 4–8 ■ 8–12 ■ 12–20 ■ ≥ 20



Карта 2.2. Частка випадків ТБ/ВІЛ у структурі загальної кількості нових випадків та рецидивів ТБ в регіонах України у 2024 р. (%)

Динаміка показників захворюваності на Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС/ШЛС-ТБ

Кількість вперше зареєстрованих випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС/ШЛС-ТБ в Україні вперше у період з 2020 року знизилась на 7%. У 2024 році було зареєстровано 3645 таких випадків проти 3924 у 2023 році. (рисунок 2.22).

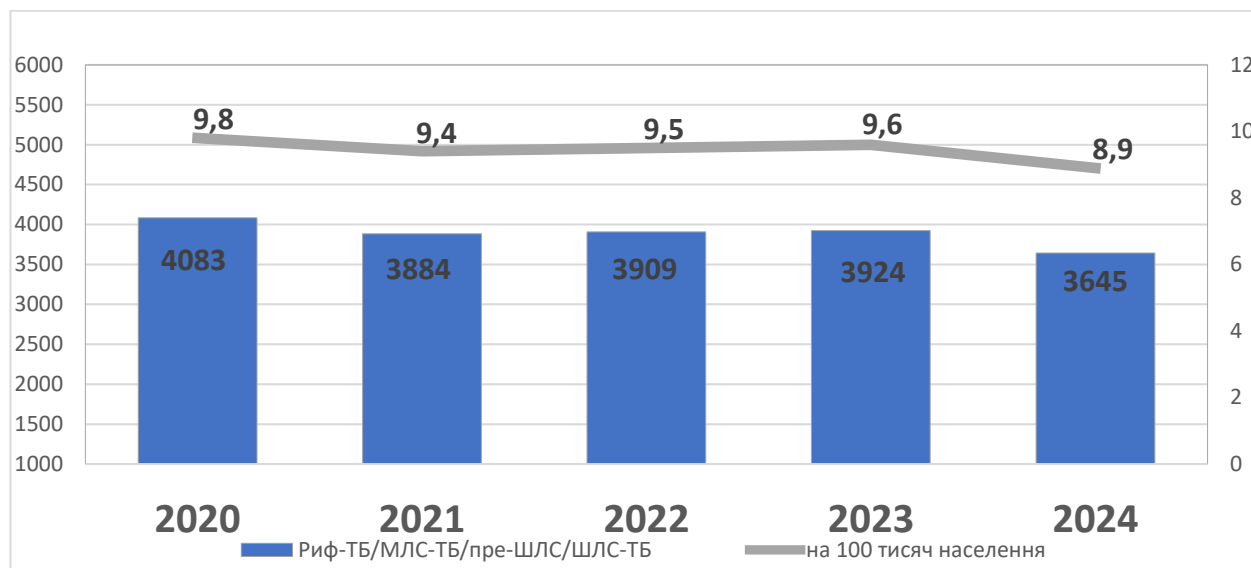


Рисунок 2.22. Динаміка захворюваності на Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС/ШЛС-ТБ на 100 000 населення

Найбільшу кількість вперше діагностованих випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС/ШЛС-ТБ було зареєстровано у Дніпропетровській (560) та Одеській (3813) областях, найменшу кількість – у Чернівецькій (38) та Тернопільській (43) областях. Порівняно до показників 2023 роком у десяти областях спостерігається збільшення кількості таких випадків, у зв'язку з міграцією населення внаслідок військових дій.

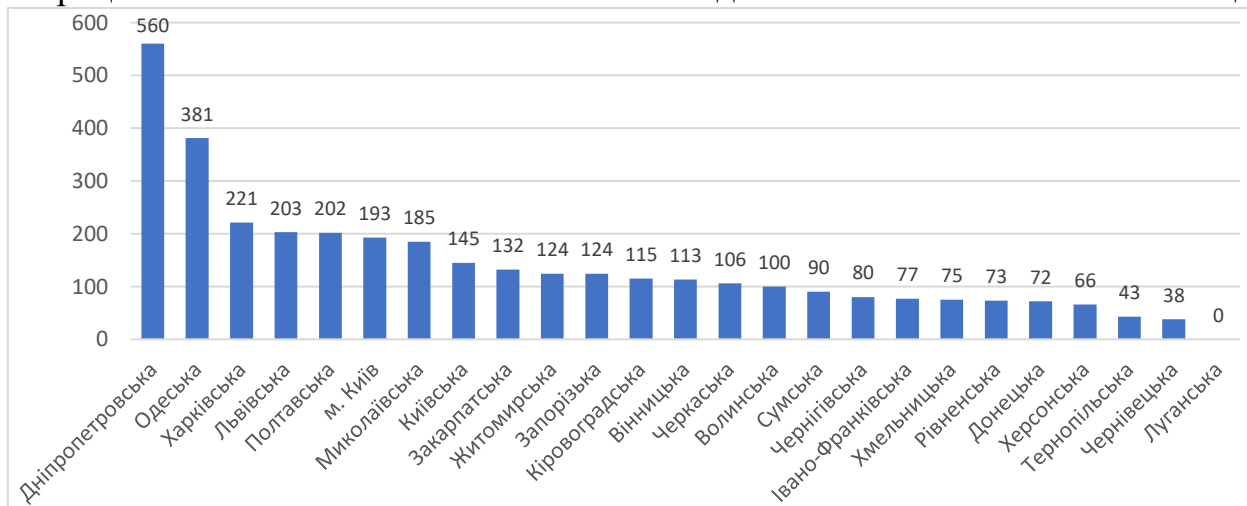


Рисунок 2.23. Рівень реєстрація випадів МЛС-ТБ, Риф-ТБ та/або пре-ШЛС/ ШЛС-ТБ в регіонах України (на 100 тисяч населення).

Протягом останніх шести років частка виявлення випадків зі стійкість до рифампіцину як серед нових випадків ТБ так і серед повторних має тенденцію до зниження. (Рисунок 2.24).

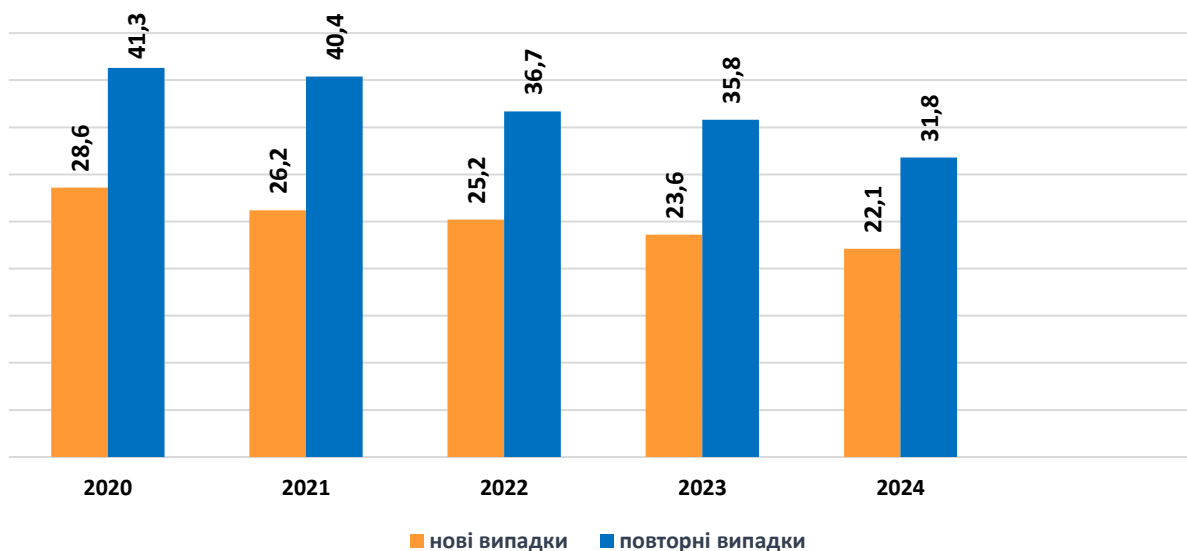
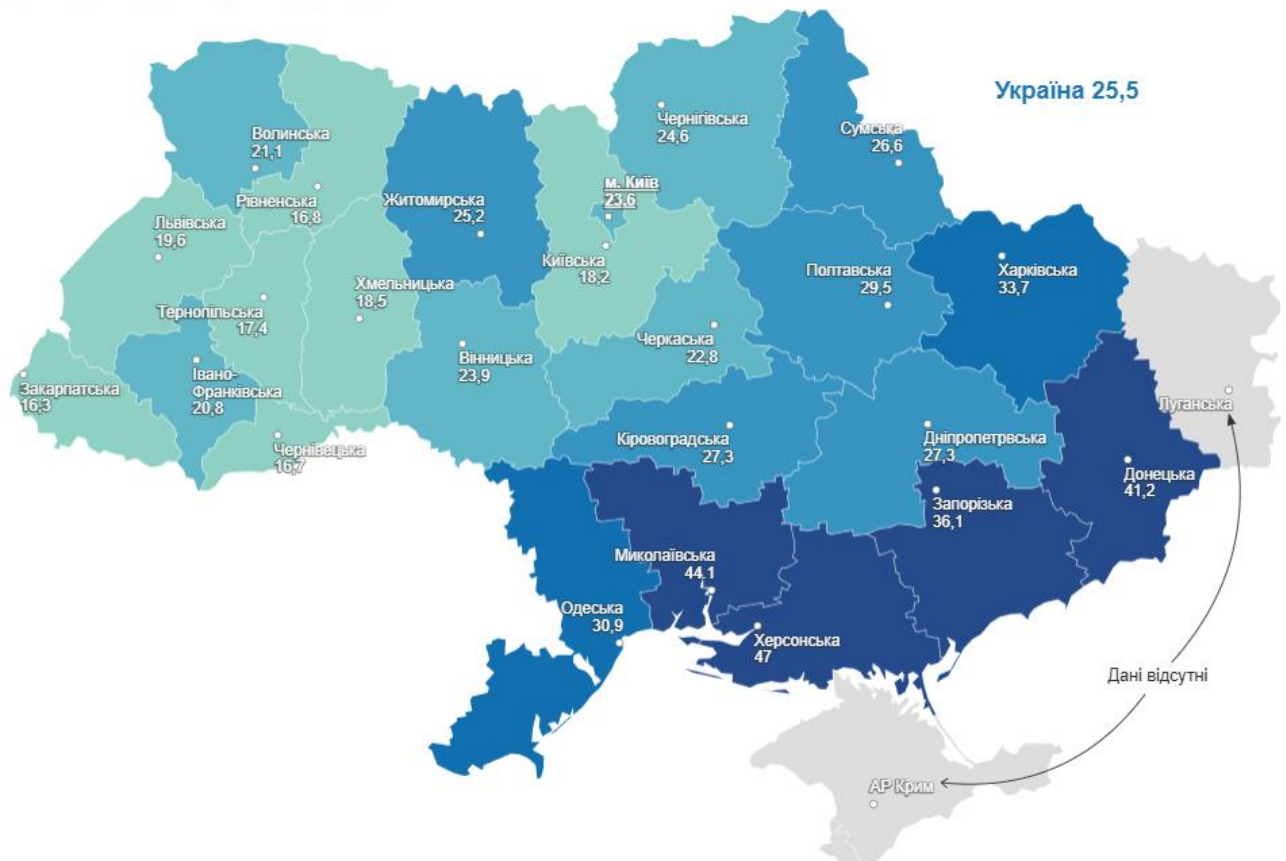


Рисунок 2.24. Частка МЛС-ТБ серед нових та повторних випадків ТБ у період з 2020 по 2024 рр.

У 2024 році топ-п'ять регіонів з найбільшою часткою випадків МЛС-ТБ (Риф-ТБ) серед нових епізодів: Херсонська, Донецька, Миколаївська, Запорізька, Харківська області. Це свідчить про поширення та ефективне виявлення стійких форм туберкульозу. Регіони з найнижчим відсотком стійкого ТБ: Закарпатська, Рівненська, Чернівецька та Тернопільська області. Враховуючи наявність якісних умов для повноцінного обстеження осіб на ТБ, можна припустити таку епідемічну ситуацію в цих регіонах.

Відсоток поширеності випадків зі стійкістю до рифампіцину серед нових епізодів ТБ за 2024 рік

< 15 15–20 20–25 25–30 30–35 ≥ 35



Карта 2.3. Частка випадків зі стійкістю до рифампіцину у структурі загальної кількості нових епізодів ТБ в регіонах України у 2024 р. (%)

Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених

З 2020 по 2024 рр. кількість зареєстрованих нових епізодів у в'язницях знизилася з 555 до 381 (рисунок 2.25). У пенітенціарних установах показник реєстрації ТБ знизився з 1106 на 100 000 відповідного населення у 2020 р. до 988 у 2024 р. Зниження у 2020-2022 роках може бути пов'язане з обмеженнями через пандемію COVID-19, що могли вплинути на діагностику та реєстрацію нових випадків. Також серед можливих причин такого скорочення – загальне скорочення кількості ув'язнених в країні, що сприяє зниженню переповненості в'язниць і рівня передачі ТБ серед ув'язнених, а також окупація територій, на яких розташовані заклади. Зростання у 2023 році може свідчити про покращення діагностичних заходів після пандемії або про реальне зростання числа випадків.

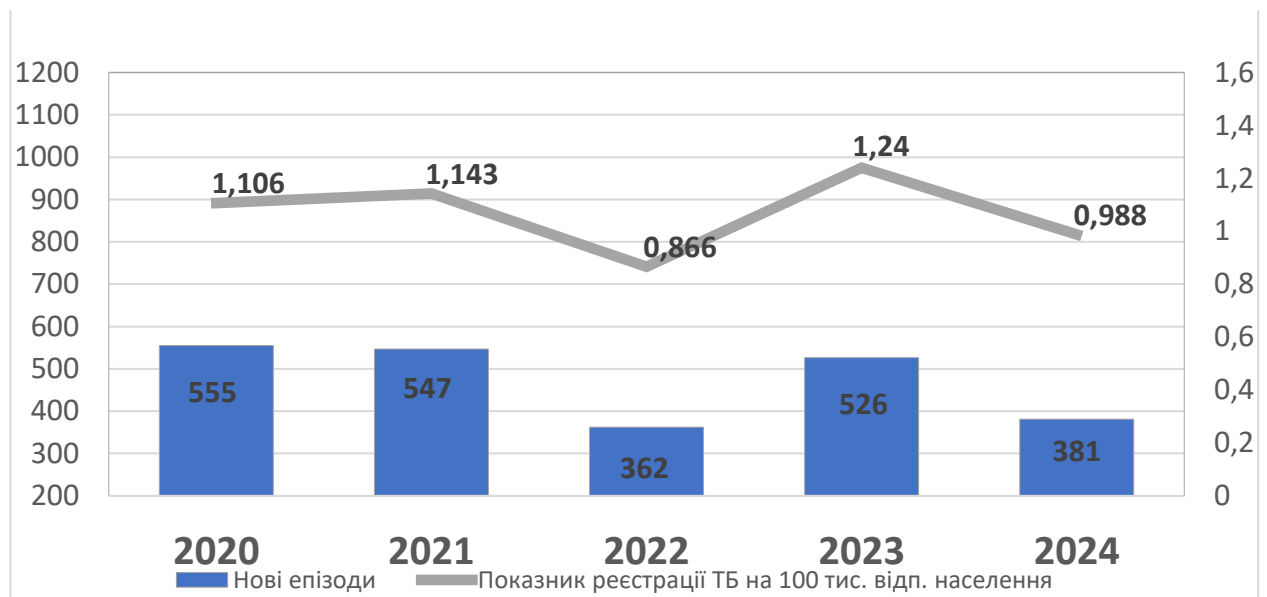


Рисунок 2.25. Динаміка кількості нових епізодів ТБ у в'язницях

Детермінанти туберкульозу

Охоплення ТМЧ

Охоплення тестом медикаментозної чутливості важливо для хворих на туберкульоз з наступних причин:

вибір ефективного лікування: тест медикаментозної чутливості дозволяє визначити, до яких антибіотиків чутливий патогенний штам туберкульозу у конкретного пацієнта. Це допомагає лікарю обрати оптимальну комбінацію лікарських засобів та дозу для ефективного лікування;

уникнення резистентності: знання про медикаментозну чутливість штаму туберкульозу дозволяє уникнути неправильного призначення антибіотиків, що може спричинити розвиток медикаментозної резистентності. Відповідне лікування знижує ризик появи мультирезистентних форм туберкульозу, які вилікувати важче та становлять загрозу громадському здоров'ю;

покращення прогнозу: комплексне тестування медикаментозної чутливості дозволяє швидше виявляти резистентні штами туберкульозу. Це дозволяє розпочати альтернативне лікування, що може покращити прогноз та зменшити ризик ускладнень;

контроль за поширенням: наявність даних про медикаментозну чутливість штамів мікобактерій туберкульозу є важливою інформацією для громадського здоров'я, оскільки вона дозволяє виявляти та контролювати поширення резистентних форм туберкульозу, вживати необхідні заходи для запобігання їх появі та поширенню в медичних установах та серед громадськості.

Протягом останніх п'яти років показники охоплення ТМЧ, принаймні, до рифампіцину серед бактеріологічно підтверджених нових і повторних випадків

ТБ легень були незмінно високими і перевищували 95%, хоча недостатній для індикатора за стандартами ВООЗ – 100%, (рисунок 2.26).

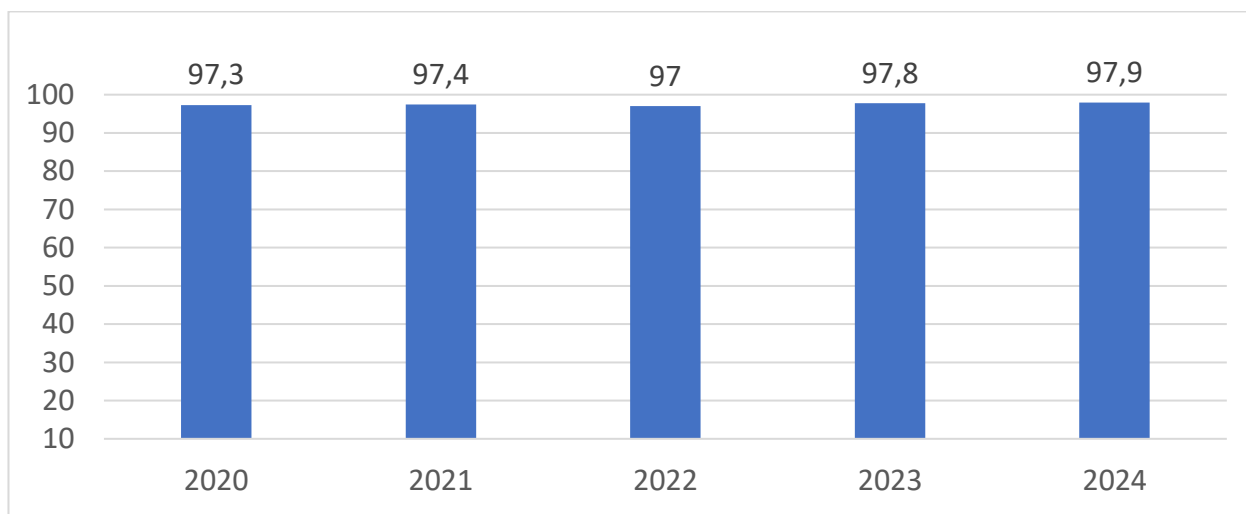


Рисунок 2.26. Тенденція охоплення ТМЧ, принаймні - до рифампіцину серед випадків легеневого ТБ.

Найнижчий відсоток охоплення ТМЧ спостерігається у Чернівецькій, Миколаївській, Херсонській та Вінницькій областях, (рисунок 2.27).

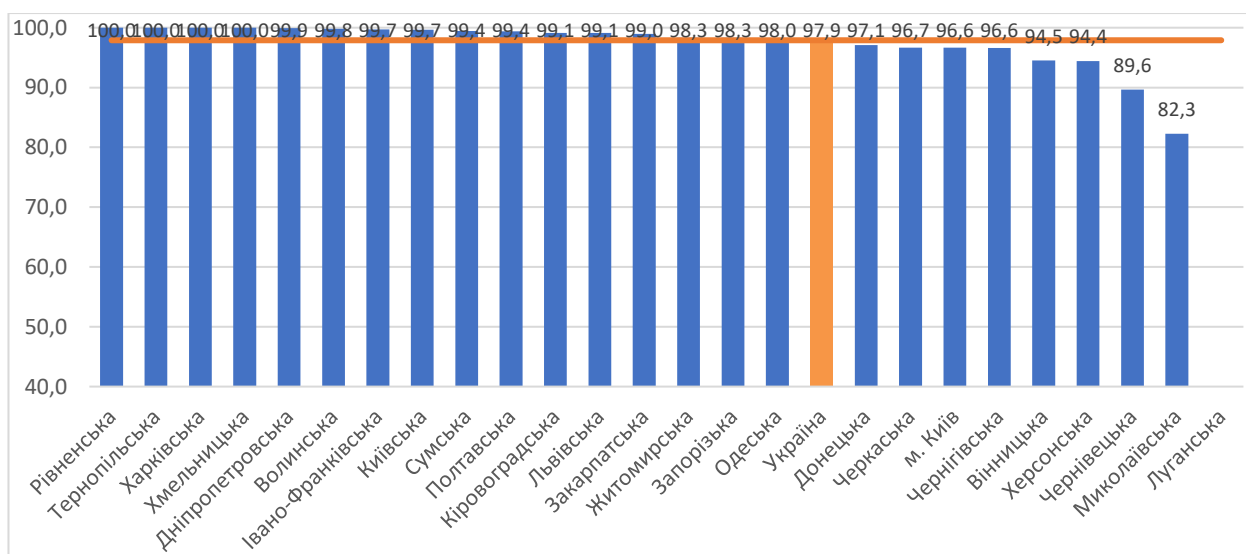


Рисунок 2.27. Відсоток охоплення ТМЧ, принаймні до рифампіцину серед областей України, 2024 р.

Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ

Відповідно до глобальних цілей, визначених у Політичній декларації Ради високого рівня ООН з питань боротьби з туберкульозом від 22 вересня 2023 року, усі пацієнти з підтвердженим діагнозом повинні проходити діагностику із застосуванням рекомендованих ВООЗ швидких молекулярних тестів. У 2024 році, попри складні умови війни, в Україні 98% пацієнтів з туберкульозом були протестовані саме такими методами, що демонструє

реальність досягнення національної цілі — 99 % до 2027 року.

На рисунку 2.28 відсоток випадків ТБ, які пройшли тестування молекулярно-генетичними швидкими тестами за даними звітної форми № 8-3 "Звіт про результати мікроскопічних, мікробіологічних досліджень, швидких тестів та стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у випадках туберкульозу" ТБ-07 квартална.

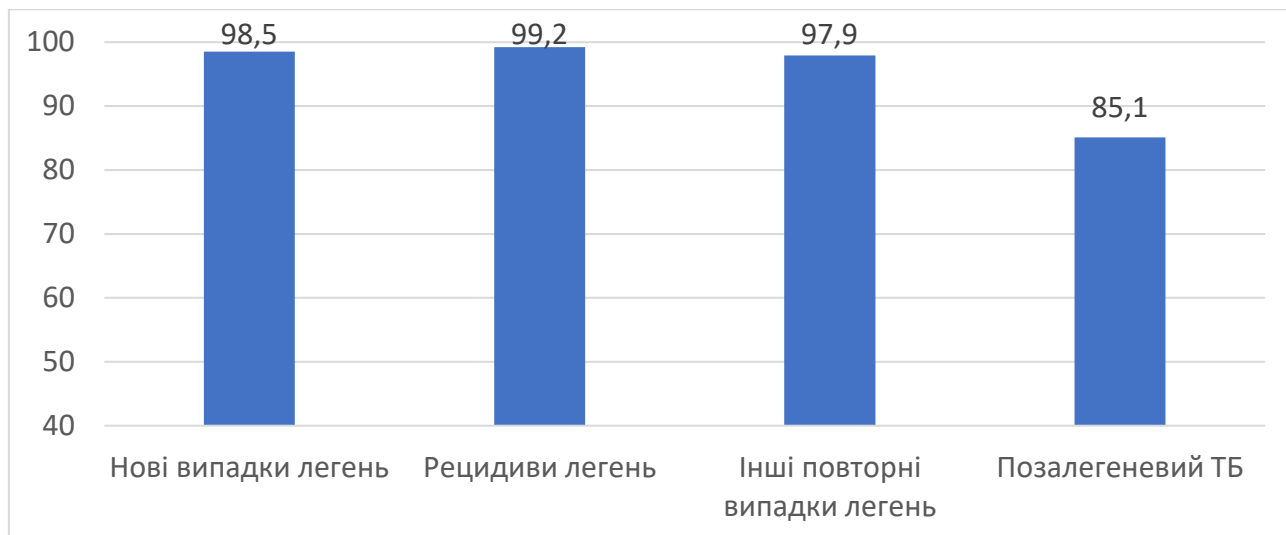


Рисунок 2.28. Відсоток охоплення тестуванням з використанням молекулярно-генетичних методів зареєстрованих випадків ТБ, 2024р.

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Вакцинація БЦЖ

Для захисту дитячого організму від розвитку тяжких генералізованих форм ТБ, таких як туберкульозний менінгіт та міліарний ТБ, що можуть призводити до летальних випадків, проводиться масова імунізація новонароджених вакциною БЦЖ.

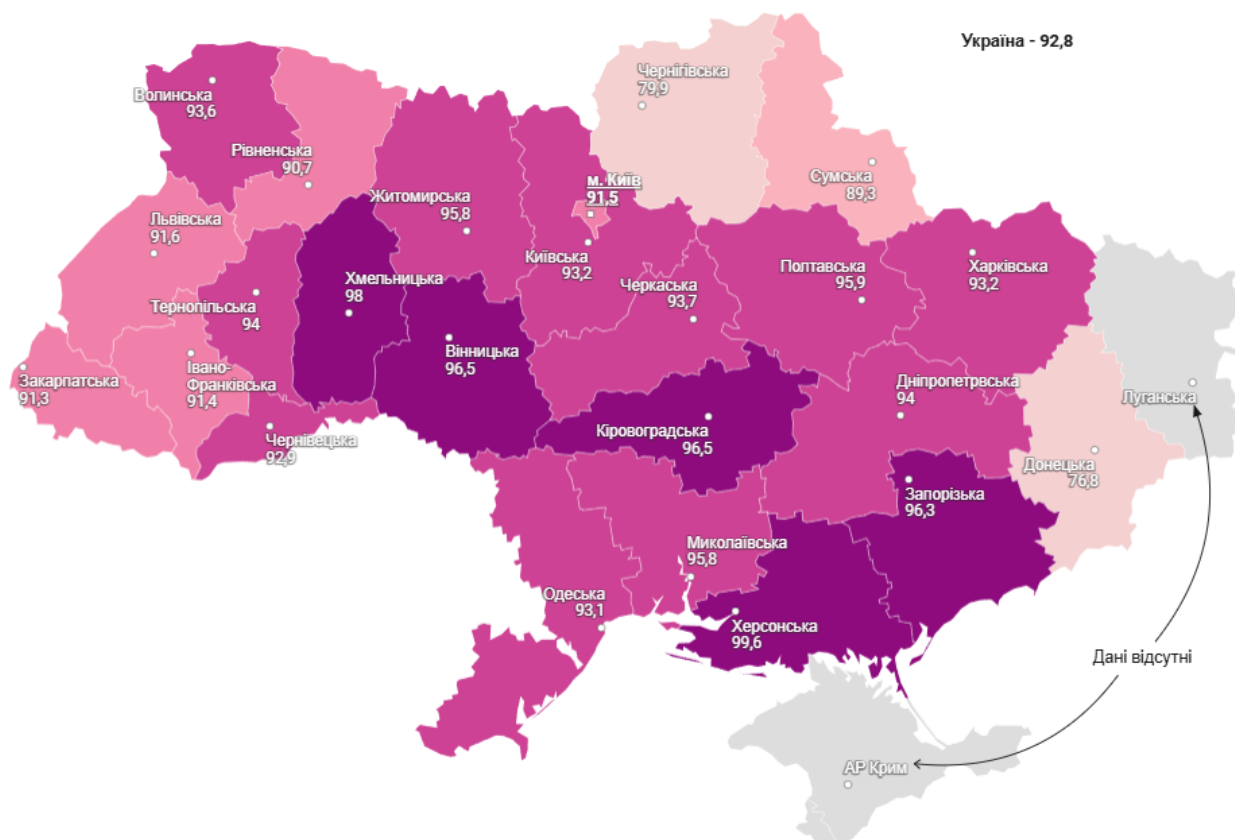
Оскільки при народженні у дитини можуть бути тимчасові протипоказання до проведення БЦЖ, то варто оцінювати показник охоплення щепленням у дітей першого року життя. В Україні даний показник у 2024 році становив 92,8 проти 83,5% у 2023 році, що на 11% більше, і що поступово наближає нас до показника, рекомендованого ВООЗ - 95%.

При цьому є регіони, де відсоток охоплення вакцинацією у дітей першого року життя становить більше 95%, це Херсонська область (99,6%), Хмельницька область (98%), Вінницька, Кіровоградська, Запорізька (по 96,5%), Полтавська (95,9), Житомирська (95,8%). Найнижчий показник у Донецькій та Чернігівській областях (по 79,9%), Сумській (89,3), Рівненській, Львівській, Закарпатській, Івано-Франківській (91%).

Охоплення щепленнями проти туберкульозу (БЦЖ) 2024

відсоток

< 80 80–90 90–92 92–96 ≥ 96



Карта 3.1. Відсоток охоплення вакцинацією БЦЖ дітей першого року життя.

Виявлення, діагностика та лікування ТБ-інфекції (профілактичне лікування ТБ)

За оцінкою ВООЗ, приблизно четверта частина населення світу інфікована *M. tuberculosis*. Після інфікування туберкульозом ризик розвитку захворювання є найвищим упродовж перших двох років, а згодом значно зменшується. Ймовірність розвитку туберкульозу після інфікування залежить від низки чинників, з-поміж яких найвагомішим є ослаблений імунологічний стан організму.

На наявність ТБ-інфекції з подальшим лікуванням обстежуються контакти індексного випадку з бактеріовиділенням, ЛЖВ, люди, яким планується призначити лікування інгібіторами ФНП-а, діаліз, трансплантація органів або кісткового мозку та люди із силікозом, оскільки це ті групи, де найвищий ризик прогресування від ТБ-інфекції до ТБ.

За допомогою тестування на ТБ-інфекцію можна виявити осіб, які матимуть найбільшу користь від профілактичного лікування (далі – ПЛТ). Проте

це не стосується дітей до 5 років, та ЛЖВ, так як ці групи мають найвищий ризик розвитку ТБ, тому тестування на ТБ-інфекцію в цих є обов'язковим, а охоплення профілактичним лікуванням повинно наближатись до 100 %.

У 2024 році тести вивільнення гамма-інтерферону (далі - ТВГІ) активно застосовувалися для діагностики ТБ-інфекції на базі Центрів контролю та профілактики хвороб у 23 областях. Було проведено більше 3000 тестувань серед осіб з груп підвищеного ризику прогресування від ТБ-інфекції до ТБ, з яких виявлено ТБ-інфекцію у 22 % осіб.

Однак, аналізуючи інформацію з регіонів щодо скринінгу на ТБІ та призначення профілактичного лікування ТБ стає зрозумілим, що профілактиці ТБ приділяється недостатньо уваги як зі сторони фахівців первинної медичної допомоги, так і спеціалізованої. Так, профілактичне лікування туберкульозу отримали лише 81,7% дітей і дорослих, які мали близький або осередковий контакт з людиною, яка хворіє на туберкульоз з бактеріовиділенням.

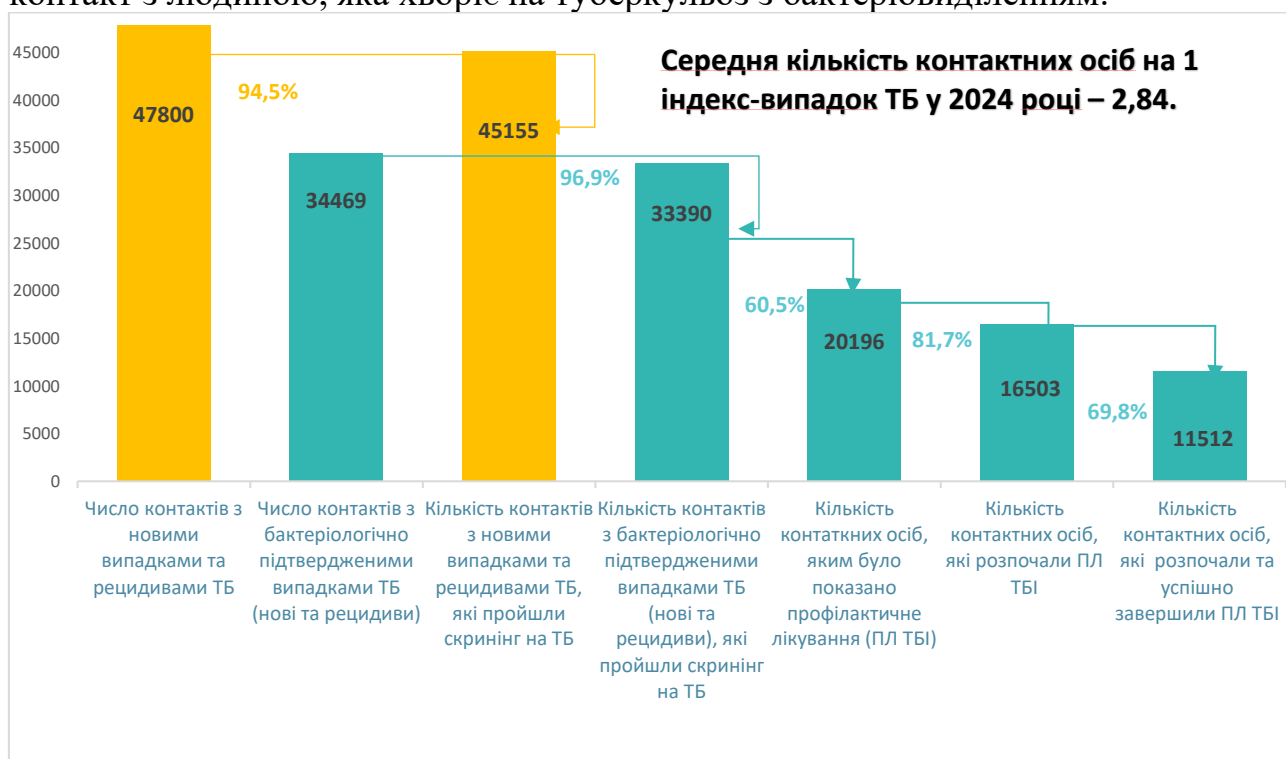


Рисунок 3.1. Каскад обстеження та профілактичного лікування контактних осіб у 2024 році.

Також низьким залишається відсоток охоплення профілактичним лікуванням дітей до 5 років, які мали контакт з особою з бактеріовиділенням (86%).

При цьому є значна кількість регіонів, які досягли виконання даного показника у 2024 році на 100%, а саме Донецька, Житомирська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Одеська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Херсонська, Хмельницька, Чернігівська області та м.Київ.

Найнижчий відсоток охоплення профілактичним лікуванням дітей до 5 років, які мали контакт з особою з бактеріовиділенням у 2024 році був у Полтавській (36,8%), Закарпатській (66,5%) та Львівській (68,8%) областях.

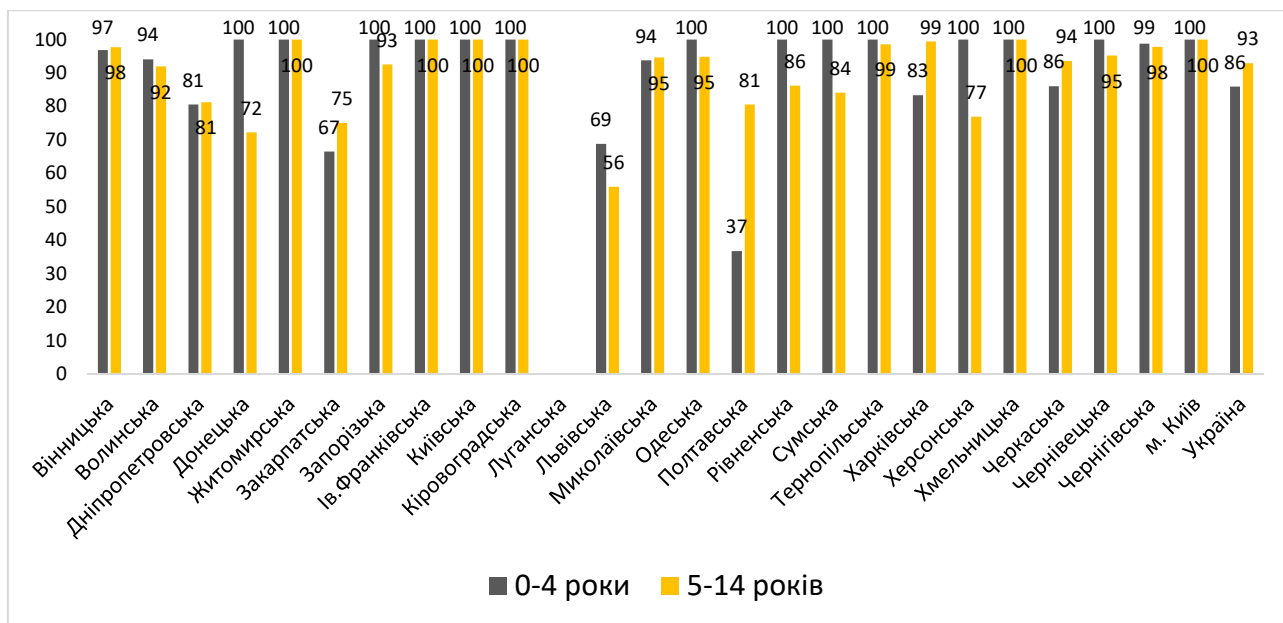


Рисунок 3.2. Відсоток охоплення профілактичним лікуванням дітей 0-4 та 5-14 років в розрізі областей, 2024 рік

РОЗДІЛ 4. ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Систематичний скринінг на ТБ серед визначених груп ризику

Виявлення та своєчасна діагностика туберкульозу є критично важливими для подолання ТБ. Подолання туберкульозу до 2030 року у відповідності до Цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019 має стати реальністю. З прийняттям Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні» ми перейшли від намірів до реальних дій з подолання ТБ.

Одним із інструментів скринінгу та в якості первинного діагностичного тесту на ТБ використовується молекулярно-генетичне дослідження біологічного матеріалу Xpert MBT/Rif Ultra, яке є в рази чутливішим за мікроскопічне дослідження. Наразі встановлено 287 систем Xpert для діагностики ТБ по всій країні, за виключенням тимчасово окупованих територій, що забезпечує повну доступність до цього методу діагностики.

Відповідно до глобальних цілей, що визначені в Політичній декларації на Нараді високого рівня ООН з питань боротьби з туберкульозом 22 вересня 2023 року, всі пацієнти з встановленим діагнозом повинні пройти діагностику за допомогою рекомендованих ВООЗ швидких молекулярних тестів. В Україні за 2024 рік в умовах війни 98% пацієнтів з туберкульозом пройшли тестування з використанням рекомендованих ВООЗ швидких молекулярних тестів, що підтверджує можливість досягнення Україною цього показника до 2027 року (ціль - 99%)

З метою оптимізації національних політик у сфері протидії ТБ наказом

МОЗ України від 16.02.2022 року № 302 затверджено Порядок організації виявлення туберкульозу та латентної ТБ інфекції, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 30 березня 2022 року за № 366/37702 з змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 553 від 01.04.2024 (далі - Порядок з виявлення ТБ та ТБІ). Порядок з виявлення ТБ та ТБІ врегульовує відповідні правовідносини з питань організації виявлення осіб, які хворіють на ТБ та осіб із ТБІ: документ визначає чіткий порядок систематичного скринінгу на ТБ на різних організаційних рівнях, функції закладів охорони здоров'я під час активного та/чи пасивного виявлення захворювання на ТБ/ТБІ серед визначених груп ризику

Центр щорічно узагальнює інформацію про загальну кількість осіб з груп ризику розвитку туберкульозу в регіонах, їх розподіл за групами ризику та результатами систематичного скринінгу на туберкульоз.

Охоплення скринінгом серед усіх груп підвищеного ризику захворюваності на туберкульоз в Україні за 2024 рік, відповідно до наданої регіонами інформації, становить 83%, в той час як цільове значення становить 90%.

Найкращі результати охопленням скринінгом серед усіх груп ризику демонструють Житомирська (92%), Кіровоградська, Миколаївська та Тернопільська (90%), Херсонська (91%), Хмельницька (94%), Чернігівська (95%), Одеська та Луганська (96%) області, а також м. Київ (96%).

Інші області не досягли цільового значення, при цьому найнижчі результати охоплення демонструють Волинська (60%), Донецька (69%), Львівська (72%), Дніпропетровська (75%) та Київська (78%) області.

Варто зазначити, що найкраще обстежують осіб з таких груп медичних працівників (96%), осіб із захворюванням на пневмонію (93%) та вагітних (92%). В той час як найнижчі рівні охоплення скринінгом мають особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики (68%), особи, які старші >60 років (69%), особи з ІМТ <18 (70%), особи, які працювали в умовах впливу діоксиду кремнію (71%), курці (72%), особи, які знаходяться за межею бідності (75%), особи, які знаходяться у ЗОЗ психоневрологічного профілю (77%), особи з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ (77%) та особи, з хронічними респіраторними захворюваннями (79%).

Охоплення скринінгом серед внутрішньо переміщених осіб (далі - ВПО) за 2024 рік, загалом в Україні зареєстровано 4 360 325 ВПО, з них 60 556 осіб перебувають у місцях тимчасового призначення, серед яких охоплено скринінгом було 49 815 осіб, що становить 82%. Відповідно до статистичних значень Центру, 100% виконання показника скринінгу серед ВПО, які перебувають у МТП, демонструють Волинська, Донецька, Житомирська, Київська, Луганська, Сумська, Харківська та Херсонська області. Недостатні показники скринінгу на туберкульоз серед ВПО демонструють інші області, а саме: Хмельницька (53%) Івано-Франківська (60%), Львівська (70%), Рівненська (74%), Полтавська (81%) та Миколаївська (85%) області, що є викликає

занепокоєння.

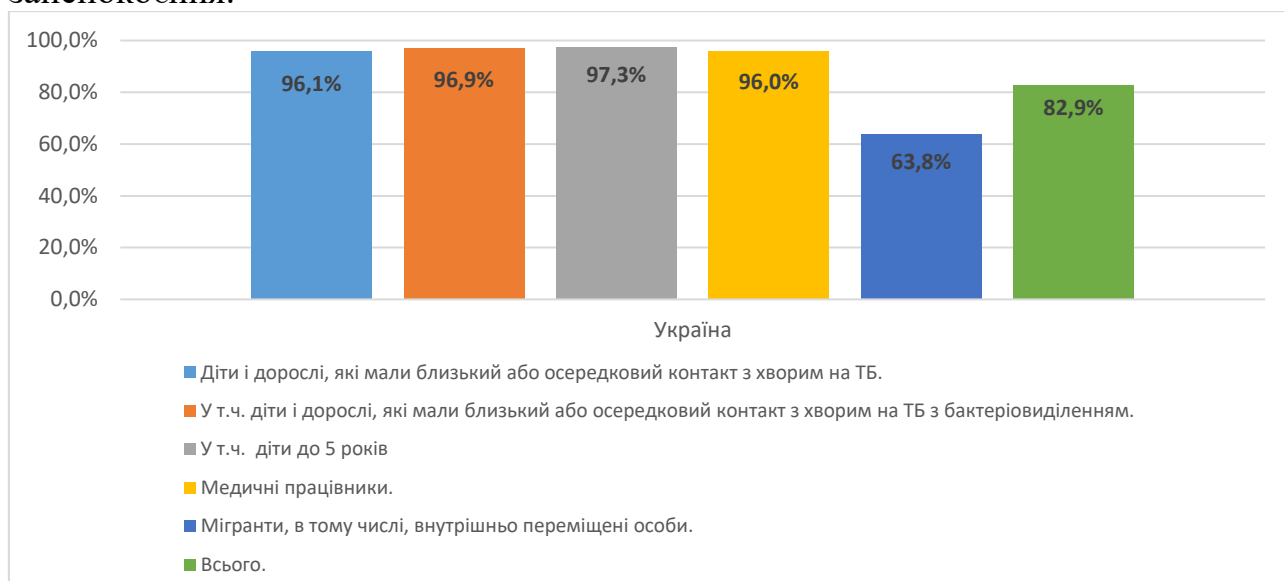


Рисунок 4.1. Охоплення скринінгом на ТБ в Україні, 2024р.

Для досягнення амбіційної цілі ліквідації туберкульозу до 2030 року, існує гостра необхідність інтенсифікації виявлення випадків цього захворювання. Однією з таких стратегічних цілей є систематичне обстеження на туберкульоз у групах високого ризику та вразливих верств населення. Відповідно до цілей Стратегії ВООЗ країнам слід досягти щонайменше 90% охоплення систематичним скринінгом на туберкульоз осіб із визначених груп ризику.

Глобальний план з ліквідації ТБ на 2023-2030 рр., розроблений Глобальним партнерством TheGlobal Stop TB Partnership, включає рекомендації щодо критично важливих програмних заходів з протидії ТБ, в тому числі розширення стратегій активного виявлення випадків ТБ, включаючи обстеження контактів, що, в свою чергу, передбачає необхідність додаткових інвестицій, а також покращення якості існуючих заходів у тестуванні на ЛТБІ та профілактичного лікування ТБ. Глобальний план з ліквідації ТБ на 2023-2030 рр. також пропонує:

- розширення доступу до ранньої діагностики ТБ, в т.ч. на субклінічних стадіях, що включає забезпечення активного виявлення ТБ серед ключових, уразливих та важкодоступних верств населення, регулярного відстеження та обстеження контактів впровадження радіологічних систем автоматизованого виявлення (CAD) на основі штучного інтелекту для скринінгу на ТБ тощо;
- інтеграцію програм скринінгу і тестування на ТБ в інші служби системи громадського здоров'я, із зосередженням уваги на послугах, спрямованих на поширені супутні захворювання або групи ризику, залежно від локального епідеміологічного контексту;
- підтримку децентралізованих людино-орієнтованих моделей профілактики та лікування ТБ на рівні громади та на дому; розширення тестування на ЛТБІ відповідно до стратегії «тестування та лікування» з пріоритетом на ключові і вразливі групи населення та громади, які отримують найбільшу користь від профілактичного лікування ТБ;
- забезпечення універсального доступу до ПЛ ТБІ для дитячих та

дорослих контактів з ТБ, ЛЖВ, ключових та вразливих груп населення залежно від локального епідеміологічного контексту тощо;

- розширення використання цифрових систем епіднагляду за ТБ у режимі реального часу тощо.

Глобальні цілі, яких необхідно досягти до 2030 року:

- забезпечити 100% охоплення профілактичним лікуванням ТБ відповідних контактів з ТБ;
- забезпечити 100% охоплення профілактичним лікуванням ТБ серед ЛЖВ;
- щонайменше 90% країн світу мають визначити ключові та вразливі групи населення у своїх національних планах боротьби з ТБ, запропонувати конкретні дії та мати відповідні бюджетні лінії та механізми моніторингу тощо.

Зазначені цілі також узгоджуються з пріоритетами, визначеними Планом дій протидії ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2023–2030 рр. (розширення масштабів комплексного профілактичного лікування ТБ, надання першочергової уваги проведенню адресного скринінгу на ТБ серед ключових груп ризику та уразливих груп населення тощо).

На сьогодні ВООЗ виділяє дві пріоритетні групи ризику, яким слід надавати перевагу при організації систематичного прицільного скринінгу:

1. Особи з підвищеним ризиком прогресування від інфікування до активного ТБ:

- ВІЛ-інфіковані особи;
- пацієнти із захворюванням на силікоз;
- пацієнти, які починають або планують лікування інгібіторами фактору некрозу пухлини;
- пацієнти, які отримують діаліз;
- пацієнти, які готуються до трансплантації органів або гематологічних трансфузій.

2. Пацієнти з підвищеним ризиком захворювання на ТБ:

- осередкові контакти людей з бактеріологічно підтвердженим ТБ, що зазвичай поділяються на:

а) дітей віком до п'яти років;

б) дітей віком від п'яти років, підлітків та дорослих;

- ув'язнені, працівники системи охорони здоров'я, іммігранти з країн із високим тягарем ТБ, бездомні та особи, що вживають наркотичні речовини.

За розрахунковими даними ВООЗ, в Україні щороку недовиявляють близько 20–24% випадків ТБ, а негативний вплив, спричинений військовою агресією росії проти України, посилив кризу недовиявлення ТБ в Україні. Це свідчить про необхідність більш активного підходу до раннього виявлення ТБ та пояснює необхідність проведення систематичного скринінгу в осіб визначених груп ризику розвитку ТБ.

За кошти ГФ підтримувалась робота флюоромобілей та транспортування біологічного матеріалу, що сприяло підвищенню виявлення ТБ.

Відстеження та систематичний скринінг на ТБ контактних осіб

Осередкові та близькі контакти людей із захворюванням на ТБ мають високий ризик інфікування та подальшого розвитку активної форми ТБ. На виконання Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02 серпня 2024 року №726-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024—2026 роки та затвердження операційного плану заходів з її реалізації» (далі - Стратегія) та Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 червня 2024 року №564-р «Про затвердження операційного плану заходів з реалізації у 2024 - 2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» необхідно забезпечити надання якісних послуг у сфері громадського здоров'я з подолання ТБ людям, які перебували в контакті з людьми, які хворіють на ТБ, відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги при туберкульозі

За результатами аналізу Центром інформації у розрізі регіонів щодо виявлення контактних ТБ, скринінгу на ТБ/ТБІ, призначення ПЛТ та успішного завершення ПЛТ за 2024 рік, слід відзначити покращення показників та виконання індикаторів у порівнянні з 2023 роком. Індекс виявлення контактних осіб в цілому по Україні склав до 2,80, що є досягненням цільового значення індикатора Стратегії. Регіональні індикатори виконали у 14 областях, а саме у Вінницькій (2,64 проти 2,46), Волинській (4,51 проти 3,03), Дніпропетровській (2,46 проти 2,36), Донецькій (2,57 проти 2,32), Закарпатській (3,68 проти 3,49), Кіровоградській (2,80 проти 2,27), Одеській (3,52 проти 2,63), Полтавській (3,58 проти 2,35), Тернопільській (2,91 проти 2,91), Хмельницькій (8,08 проти 2,62), Черкаській (2,62 проти 2,34), Чернівецькій (3,39 проти 2,88), Чернігівській (2,80 проти 2,29) областях та м. Київ (2,65 проти 2,62).

Однак ряд регіонів не досягли цільового показника у 2024 році, а саме Львівська (1,62 проти 3,0), Миколаївська (1,47 проти 2,53), Івано-Франківська (1,85 проти 2,99), Київська (1,63 проти 2,62), Харківська (1,66 проти 2,41), Рівненська (2,11 проти 3,03), Сумська (1,73 проти 2,42), Херсонська (1,85 проти 2,58) та Житомирська (2,00 проти 2,49) області, що викликає занепокоєння.



Рисунок 4.2. Середній індекс виявлених та обстежених контактів на один індексний випадок (регіональні паспортні анкети, 2024 р.)

У 2024 році зареєстровано 45 993 контактних осіб з новими та рекурентними випадками ТБ, з них охоплено скринінгом 43 348 осіб, що становить 94,25% (цільове значення індикатора – 95%). В цілому у всіх регіонах значення індикатора становить 90% та більше, окрім Дніпропетровської області, де значення індикатора становить 71,18%. Діагноз активного ТБ встановлено у 827 осіб, серед тих хто був у контакті з людьми, які хворіють на ТБ, що становить 1,80%, та ще раз вказує на важливість своєчасного виявлення і обстеження контактних осіб.

Діти та підлітки мають особливе значення під час проведення скринінгу контактів через високу поширеність ТБ у наймолодших вікових групах та важливість швидкої діагностики і призначення лікування через ризик швидкого прогресування захворювання у дітей віком <5 років.

У 2024 році середній рівень охоплення систематичним скринінгом на туберкульоз в Україні серед контактних дітей становив 96% у віковій групі до 5 років та 98% серед дітей віком 5–14 років за цільового показника 100%. У 2024 році лише 12 регіонів досягли 100 % охоплення скринінгом на ТБ дітей до 5 років, які мали контакт з особою з бактеріовиділенням, а саме Вінницька, Волинська, Донецька, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Херсонська, Чернівецька, Чернігівська області та м.Київ. Найнижчий показник у Харківській (50%), Київській (82%) та Черкаській (85%) областях.

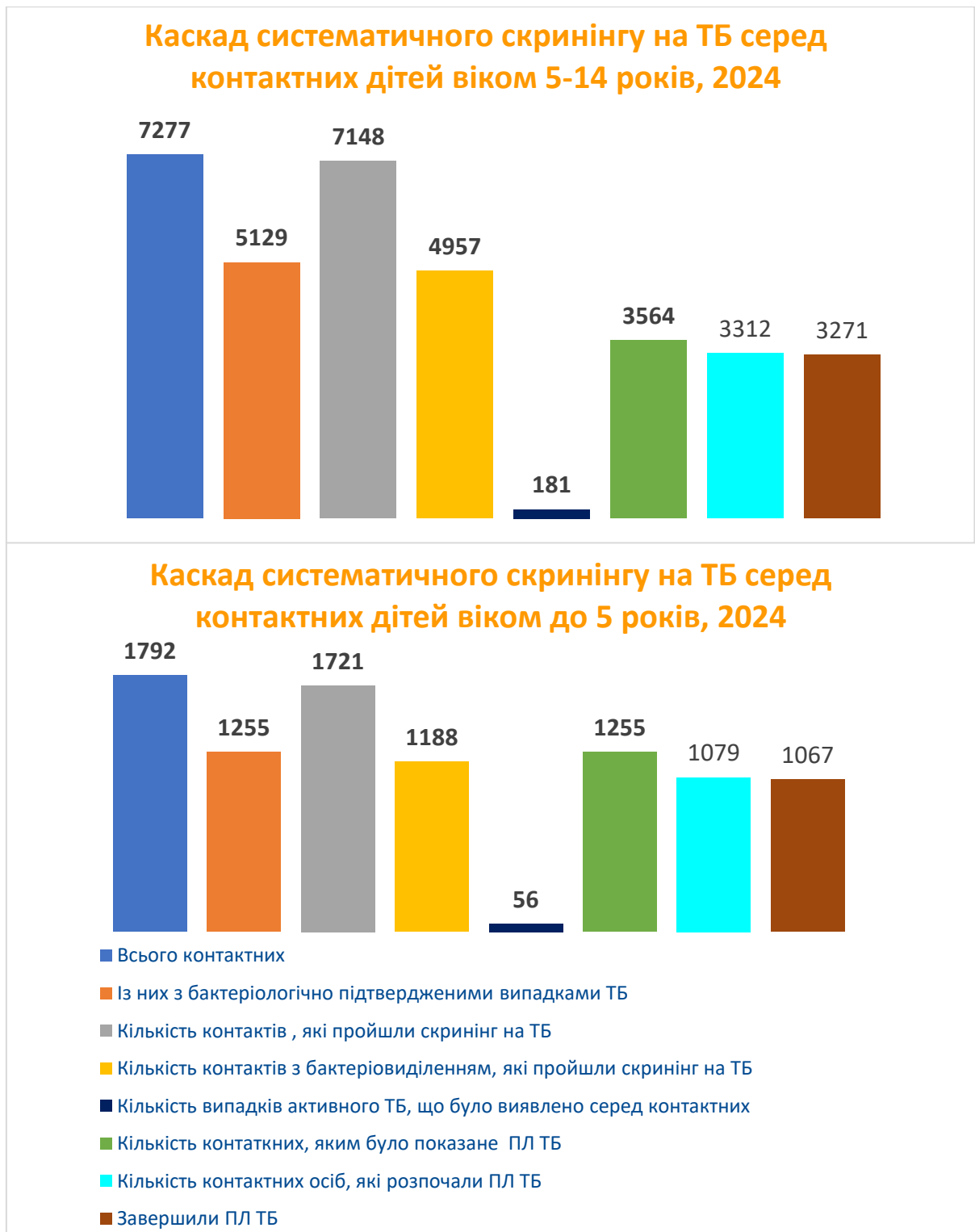


Рисунок 4.3. Каскад систематичного скринінгу на ТБ, 2024р.

Подальші кроки в напрямку покращення виявлення та діагностики ТБ:

створення аналітичних панелей із можливістю дезагрегації інформації про систематичний скринінг на туберкульоз на рівні закладу охорони здоров'я;
впровадження надання мобільних діагностичних послуг, інтегрованих із систематичним скринінгом на туберкульоз, для ключових груп населення та груп

підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз, зокрема із залученням громадських організацій;

розроблення та впровадження механізму залучення громадських та благодійних організацій до забезпечення систематичного скринінгу і активного виявлення випадків туберкульозу;

виявлення контактів на один індексний випадок туберкульозу – 2,58;

використовувати організаційний та фінансовий потенціал територіальних громад у здійсненні заходів з подолання ТБ;

впровадити ініціативи подолання ТБ «Територіальна громада вільна від ТБ».

Діагностика ТБ

Діяльність лабораторної мережі з діагностики туберкульозу регулюється Законом України від 14.07.2023 № 3269-IX «Про подолання туберкульозу в Україні» «Про ліквідацію туберкульозу в Україні» та наказом МОЗ України від 12.03.2024 № 422 «Деякі питання утворення трирівневої лабораторної мережі з діагностики туберкульозу у системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню»

Мережа організована за територіальним принципом і складається з 216 мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу.



Організація лабораторної мережі з діагностики ТБ в Україні

- 1 Лабораторії I рівня 186 лабораторій**
Функціонують у загальних закладах охорони здоров'я
Здійснюють перший етап виявлення ТБ
Метод молекулярно-генетичний
- 2 Лабораторії II рівня 29 лабораторій**
Функціонують у структурі регіональних фтизіопульмонологічних центрів
Здійснюють повний комплекс діагностичних досліджень
- 3 Лабораторія III рівня**
Функціонує у структурі Центру
Координація діяльності лабораторій I та II рівнів
Моніторинг за спектром лікарської стійкості МБТ

Рисунок 4.4. Схема лабораторної мережі з діагностики туберкульозу.

Лабораторна структура включає:

- периферійні лабораторії, що виконують молекулярно-генетичні дослідження з виявлення туберкульозу, використовуючи тести Ultra як первинний діагностичний тест;
- регіональні лабораторії здійснюють дослідження для підтвердження діагнозу «Туберкульоз» та контролю за лікуванням і використовують усі методи (посів на рідкі поживні середовище, генотипове та фенотипове тестування медикаментозної чутливості мікобактерії туберкульозу до протитуберкульозних препаратів (далі – ТМЧ)).
- референс лабораторія з діагностики туберкульозу здійснює методичне керівництво діяльності мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу другого та першого рівнів, визначає стратегії та тактики діагностики туберкульозу в Україні; координує системи управління якістю у лабораторіях, здійснює моніторинг спектра лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу.

Досягнення 2024 року

Підвищення якості лабораторних досліджень:

У 2024 році фахівці референс-лабораторії (НРЛ) успішно пройшли міжнародну зовнішню оцінку якості (ЗОЯ) з діагностики туберкульозу, організовану Супранаціональною лабораторією ВООЗ (м. Гаутінг, Німеччина).

Організовано зовнішню оцінку якості для регіональних лабораторій ТБ та лабораторій ДКВСУ. До участі було залучено понад 29 мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу 2 рівня, усі з яких успішно пройшли ЗОЯ, підтвердивши належний рівень якості досліджень.

У 2024 році три лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу мають сертифікати щодо відповідності вимогам міжнародного стандарту ISO 15189, що регламентує якість та компетентність медичних лабораторій. Відповідні сертифікати отримали:

- референс-лабораторія з діагностики ТБ ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України;
- мікробіологічна лабораторія з діагностики ТБ 2 рівня КНП "Обласний протитуберкульозний диспансер" Житомирської обласної ради;
- мікробіологічна лабораторія з діагностики ТБ 2 рівня КНП «Київський фтизіопульмонологічний центр» виконавчого органу Київської міської ради.

Впровадження тестування медикаментозної чутливості до претоманіду.

У межах реалізації гранту Глобального фонду для лабораторій II рівня МОЗ та ДКВСУ закуплено чисту субстанцію «Претоманід». Референс-лабораторією спільно із Супранаціональною лабораторією ВООЗ розроблено стандартні операційні процедури для тестування та внутрішнього контролю якості. Проведено валідацію методики та впроваджено ТМЧ до претоманіду у рутинну практику всіх лабораторій II рівня, що здійснюють

мікробіологічну діагностику туберкульозу.

Розширення програми ЗОЯ для лабораторій І рівня.

Референс-лабораторією організовано зовнішню оцінку якості досліджень, що виконуються за допомогою молекулярно-генетичних методів (GeneXpert), із використанням штучного мокротиння для стандартизації підходів та підвищення точності оцінювання. Охоплено 160 лабораторій ТБ МОЗ і ДКВСУ, надіслано 160 контрольних панелей.

Автоматизація передачі результатів досліджень.

Впроваджено систему GXAlert, яка забезпечує автоматичну передачу результатів досліджень, проведених на платформі GeneXpert, безпосередньо клініцистам. Це дозволило скоротити час очікування результатів і підвищити ефективність лікування.

Забезпечення мікробіологічних лабораторій з діагностики ТБ лабораторій обладнанням.

У рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією для регіональних лабораторій з діагностики ТБ було закуплено нове лабораторне обладнання на загальну суму 380 000,00 у.о.

Підтримка ЦГЗ у підготовці лабораторій до ISO 15189.

2024 Виконано

- ✓ Проведено 25 навчальних занять для фахівців регіональних лабораторій з питань впровадження системи управління якістю та підготовки до акредитації.
- ✓ Забезпечено щоденне надання індивідуальних консультацій фахівцям лабораторій у режимі реального часу.
- ✓ Опрацьовано та надано 117 письмових відповідей на офіційні запити, що надійшли від регіональних лабораторій.
- ✓ Завантажено понад 400 стандартних операційних процедур (СОПів) та супровідних документів для самостійної підготовки лабораторій до акредитації.
- ✓ Житомирська обласна лабораторія отримала атестат про відповідність вимогам ISO 15189, що стало важливим кроком до зміцнення системи якості.
- ✓ 13 лабораторій підготували та надіслали документи до Національного агентства з акредитації України (НААУ) для проходження процедури акредитації.
- ✓ Профінансовано проведення первинного аудиту на суму 250 000,00 грн у межах підготовки лабораторій до оцінки відповідності стандарту ISO 15189.

2025 Заплановано

Здійснення методичного супровіу лабораторій на всіх етапах підготовки та проходження акредитації відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 15189.

Проведення зовнішніх аудитів у лабораторіях перед виїздом експертів Національного агентства з акредитації України (НААУ) з метою оцінки готовності та попереднього виявлення можливих невідповідностей.

Передбачено фінансову підтримку всіх етапів акредитаційного процесу, включаючи оплату консультацій, аудитів, оформлення документації та супровід до моменту отримання сертифікату.

Основні завдання щодо удосконалення лабораторної діагностики ТБ на 2025 рік

У 2024 році лабораторна мережа з діагностики туберкульозу продовжила працювати в умовах повномасштабної війни, яка суттєво вплинула на інфраструктуру, доступ до обстежень, логістику зразків та кадровий потенціал у регіонах. Попри складну безпекову ситуацію, лабораторії демонструють високу стійкість, професіоналізм та здатність адаптуватися до викликів, забезпечуючи пацієнтам доступ до якісної лабораторної діагностики.

Основні виклики:

Високе навантаження на регіональні лабораторії у зв'язку зі збільшенням обсягу досліджень, розширенням спектру тестування та впровадженням нових методів у поєднанні з кадровими втратами та міграцією лабораторного персоналу через воєнні дії.

Часткове пошкодження або переміщення лабораторій у зоні активних бойових дій, що потребує додаткової технічної, організаційної та фінансової підтримки.

Обмежені ресурси на оновлення обладнання, витратних матеріалів і підтримку безперервної роботи лабораторної інфраструктури в умовах енергетичних перебоїв і дефіциту логістичних можливостей.

Відсутність інтегрованої лабораторної інформаційної системи на рівні всієї мережі, що ускладнює оперативний облік і передачу результатів.

Плани та пріоритети на 2025 рік і подальші роки:

Оновлення національного алгоритму лабораторної діагностики ТБ, з урахуванням сучасних тенденцій, нових схем лікування, включенням молекулярно-генетичних методів і тестування на нові протитуберкульозні препарати.

Впровадження секвенування (WGS/NGS) для підтвердження складних випадків, моніторингу епідеміологічних ланцюгів та забезпечення точного виявлення резистентності, у тому числі до нових препаратів.

Розширення ЗОЯ на всі рутинні методи діагностики ТБ із використанням штучного микротиння, що дозволить підвищити точність і стандартизацію результатів у лабораторіях усіх рівнів, включаючи мікроскопію, GeneXpert, культуральні та методи ТМЧ.

Удосконалення лабораторної інформаційної системи (ЛІС): впровадження інтегрованого цифрового рішення для реєстрації, обробки та передачі результатів, яке охопить усі рівні лабораторної мережі, з інтеграцією в електронну систему охорони здоров'я.

Зміцнення кадрового потенціалу, зокрема шляхом регулярного навчання, проведення тренінгів, індивідуального менторства та дистанційного супроводу фахівців у регіонах.

Незважаючи на виклики, спричинені війною, лабораторна служба з діагностики туберкульозу продовжує зосереджувати зусилля на забезпеченні якісної діагностики, впровадженні інноваційних підходів та підвищенні стандартів. Реалізація запланованих заходів сприятиме створенню сучасної, ефективної та стійкої системи лабораторної діагностики туберкульозу в Україні відповідно до міжнародних вимог.

РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ

Стан реформування протитуберкульозної служби України та її структура

Законом України «Про подолання туберкульозу в Україні» чітко визначено, що регіональний фтизіопульмонологічний центр - єдиний на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці (Автономна Республіка Крим, область, місто Київ або Севастополь) заклад охорони здоров'я спроможної мережі госпітального округу, що функціонує в організаційно-правовій формі комунального некомерційного підприємства, який координує надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню відповідного регіону та забезпечує надання медичних послуг з діагностики та лікування дорослих і дітей із туберкульозом в амбулаторних та стаціонарних умовах за договором про медичне обслуговування населення.

Відповідно до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 та з метою забезпечення

надання інтегрованих послуг людям, які хворіють на ТБ, фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, яка визначається можливістю власника закладу забезпечити наявність необхідних функціональних потужностей, з метою забезпечення населення якісною протитуберкульозною (спеціалізованою) медичною допомогою в необхідних обсягах та з метою збереження рівня надкласстерності проведено реформування шляхом об'єднання з іншими ЗОЗ. Станом на 01.01.2025 протитуберкульозна служба включала:

- 9 самостійних регіональних фтизіопульмонологічних центрів (м. Київ, Житомирська, Донецька, Харківська, Хмельницька, Львівська, Тернопільська, Вінницька та Черкаська області)

- 8 об'єднаних фтизіопульмонологічних центрів (інфекційні хвороби) (Чернігівська, Івано-Франківська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Волинська, Закарпатська та Запорізька області)

- 8 об'єднаних фтизіопульмонологічних центрів (ВІЛ/СНІД) (Чернівецька, Дніпропетровська, Київська, Кіровоградська, Луганська, Одеська, Полтавська та Херсонська області).

Однак, за даними форми № 47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (далі – форма), затвердженої наказом МОЗ України від 27.07.2006 № 524, що подається щорічно структурними підрозділами з питань охорони здоров'я ОДА та КМДА, кількість закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) для надання медичної допомоги хворим на туберкульоз в Україні у 2024 р. становить 29, у 2022 р. – 30. Про наявність 4 ЗОЗ прозвітувалася Харківська область, та двох - Миколаївська область. Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я ОДА прозвітувалися про 19 санаторії (Донецька - 2, Житомирська – 1, Івано-Франківська - 4, Одеська - 6, Харківська – 5, Черкаська - 1) для хворих на туберкульоз, в яких розгорнуто 2645 ліжок, в той час як реорганізація санаторіїв мала завершитися у 2023 році на виконання Плану заходів щодо Державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню, схваленого розпорядженням Кабінету Міністрів України за № 1463-р від 18.11.2020 р.

Середній термін госпіталізації пацієнтів з ТБ у 2024 р. становив 41,6 днів, що є на 10 % менше, ніж у 2023 р (46,2 дні). Також необхідно зазначити, що середнє перебування хворого на ліжку для дорослих складає 41,16 днів проти 45,7 днів у 2023 році, а для дітей – 63,7 проти 65,5 у 2023 році, що свідчить про незначне зменшення термінів госпіталізації, що обумовлено, насамперед, тривалим перебуванням дітей у прифронтових областях (Запорізька - 138,96, Миколаївська - 60,5). Факторами, які сприяли подальшому скороченню терміну госпіталізації у 2024 р., було подальше впровадження інноваційних коротких режимів лікування ТБ та удосконалення механізмів фінансування медичних послуг для РФПЦ за програмою медичних гарантій, що не пов'язано з кількістю місць для госпіталізації у закладі та його обігом.

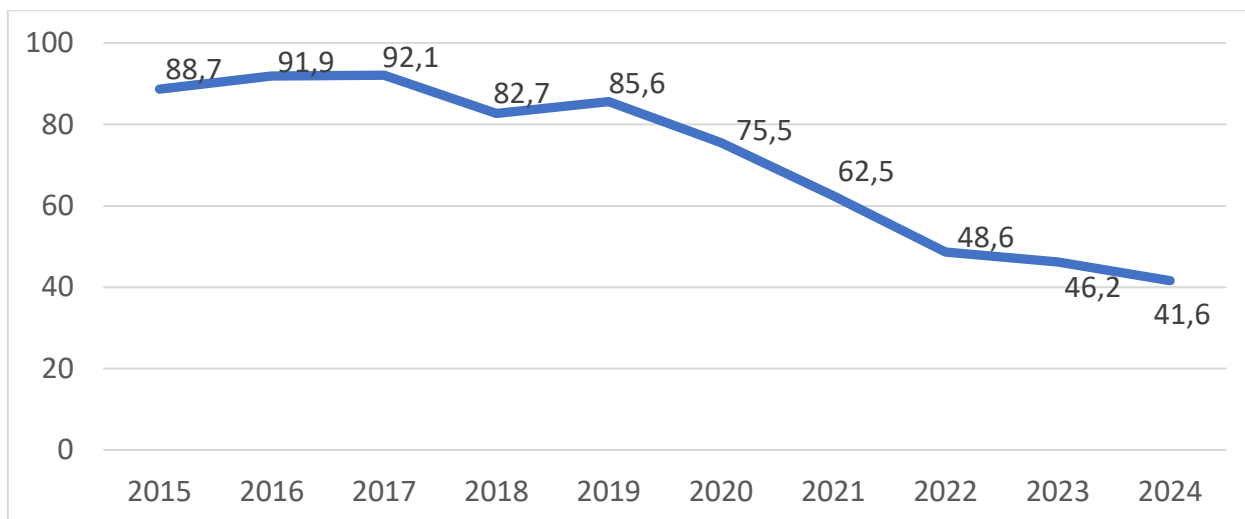


Рисунок 5.1. Середній термін госпіталізації пацієнтів з ТБ у 2015–2024 рр. (днів) (дані форми №47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів»)

Зазначені зміни механізмів фінансування сприяли подальшому скороченню кількості місць для госпіталізації хворих на туберкульоз, починаючи з 2020 року, чого не спостерігали за минулі періоди. Загалом у системі РФПЦ України в 2024 р. залишилося 2477 місць для госпіталізації хворих на туберкульоз, що на 14,5 % менше, ніж у 2023 р. (2898) та на 62 % менше у порівнянні з 2020 роком (6494).

Процес реорганізації мережі РФПЦ позначився і на кількості персоналу. Зокрема, кількість лікарів-фтизіатрів у 2024 р. скоротилася до 761 осіб або на 16% порівняно до 2023 р. (898), а в порівнянні з 2020 роком (1541) - у 2 рази (на 51 %). Показник забезпеченості лікарями-фтизіатрами у системі закладів МОЗ України у 2024 році склав 0,19 на 10 000 нас., 2022 р. становив 0,22 на 10 000 населення, тоді як у 2020 р. – 0,37 (тобто у 2024 показник знизився у 2 рази порівняно до показників 2020 р.). Цей показник був нижчим за середній по країні у Донецькій – 0,04, Херсонській – 0,14, м Київ - 0,13, Дніпропетровська, Київська - 0,15.

При цьому у деяких регіонах даний показник значно перевищував середній по країні, зокрема у Закарпатській – 0,3 на 10 тис. населення, у Івано-Франківській – 0,32, у Полтавській - 0,32, у Харківській – 0,27.

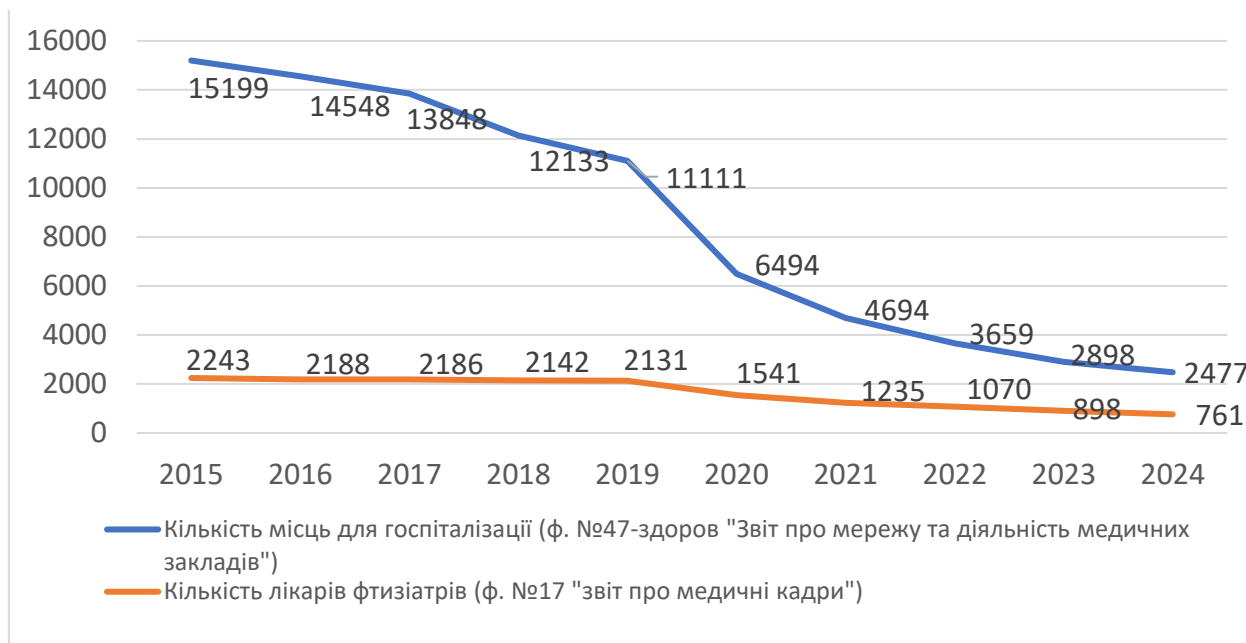


Рисунок 5.2. Динаміка ліжкового фонду та кадрового ресурсу (лікарі-фтизіатри) системи ПТЗ МОЗ України за 2015–2024 рр.

Організація лікування хворих на ТБ

Ефективне лікування туберкульозу – основна складова у досягненні цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, а саме цілі № 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці» щодо подолання туберкульозу до 2030 року. Не менш амбітні цілі ставить і Стратегія ВООЗ «Покласти край туберкульозу» (далі – Стратегія ВООЗ), що має на меті припинення глобальної епідемії туберкульозу до 2035 року, розробка якої була ініційована ВООЗ у 2014 році та активно впроваджується в країнах Європейського регіону ВООЗ, в тому числі в Україні. Згідно класичним законам епідеміології подолання інфекції можливе при умові ефективного впливу на одну із ланок епідемічного процесу: джерело інфекції, шляхи передачі та сприйнятливий організм. Стосовно туберкульозу – то це джерело інфекції: максимально виявити і ефективно пролікувати.

В Україні медична допомога людям, які хворіють на туберкульоз, заснована на принципах доказовості та найновіших досягненнях галузі.

Україна перша на теренах Європейського Союзу запровадила нові Стандарти у лікуванні туберкульозу, засновані на найновіших рекомендаціях ВООЗ. В Стандартах передбачено застосування інноваційних режимів лікування з використанням найновіших протитуберкульозних препаратів. Завдяки цьому тривалість лікування пацієнтів з лікарсько-стійкою формою туберкульозу скорочується майже втричі: з 18–24 місяців до 6–9 місяців, а чутливого до 4 місяців, що позитивно впливає на прихильність пацієнтів до лікування та покращує ефективність лікування. Окрім цього, ці режими надають багато більше шансів на одужання (до 90% за даними результатів клінічних досліджень).

Для лікування лікарсько-чутливого ТБ стало можливим застосування короткого режиму лікування на основі новітнього препарату рифапентин, який показаний для дітей, старше 14 років та дорослих з легеневою формою ТБ.

Програмно впроваджено інноваційні режими лікування ВРaLM/ВРaL в рамках рутинного використання, в тому числі у пенітенціарному секторі, завдяки яким тривалість лікування лікарсько-стійкого туберкульозу скорочується майже втричі, підвищуються шанси вилікування.

Протягом 2024 року проводилась регулярна оцінка та моніторинг поточного прогресу використання сучасних режимів лікування ЛС-ТБ в Україні, в т.ч. з урахуванням проблемних питань в умовах воєнного стану. Так, незважаючи на збройну агресію РФ та пов'язану з цим міграцією, кадрові проблеми, порушеннями логістики на всіх рівнях та перевантаження національної ТБ програми, за даними ІС СЗХ у 2024 році показник охоплення рекомендованими ВООЗ короткими схемами становив 79 % (для порівняння у 2023 році цей показник становив 58 %).

Завдяки скоординованій роботі Центру та партнерів на національному рівні вжито низку заходів для підготовки до впровадження оновлень у лікуванні ЛС-ТБ у 2025 році відповідно до Оперативного повідомлення ВООЗ 2024 року: фіналізовано потреби в лікарських засобах на 2024-2026 роки; посилено кадровий потенціал регіонів з питань призначення сучасних режимів лікування лікарсько-стійкого ТБ; закуплено за кошти Глобального фонду симптоматичні лікарські засоби для профілактики та лікування побічних реакцій відповідно до регіональних потреб на 2024 рік тощо.

Досвід нашої країни щодо впровадження схем лікування з претоманідом (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11257096/>), був описаний в статті в одному з найбільших міжнародних журналів «Plos one» за участю України, де продемонстровано, що режим ВРaL/М є не лише безпечний та ефективний, але і економічно вигідний для країн.

У червні 2024, результати операційного дослідження лікування рифампіцин-резистентного ТБ модифікованими короткими режимами, яке проводилось в 13 країнах Європейського регіону ВООЗ, серед яких найбільша кількість пацієнтів були включені саме в нашої країні (41,7% або 1098 пацієнтів з ТБ), були опубліковані за українського співавторства в найпрестижнішому науковому журналі «The Lancet» ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00228-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00228-7/fulltext)).

В листопаді 2024 року досвід України щодо впровадження схем лікування з претоманідом від операційних досліджень до програмного застосування в умовах війни, було представлено в виступі на міжнародному рівні міжнародна конференція The Union (Балі, Індонезія)).

Впровадження орієнтованого на людину підходу до лікування

Створення системи протитуберкульозної медичної допомоги, за ефективного функціонування якої кожна людина матиме повноту можливостей подбати про своє здоров'я, підтримувати, зберігати його та отримувати найвищий доступний рівень медичної допомоги та медичного догляду, а особи

та суб'єкти, залучені до її надання, матимуть прозорі та ефективні інструменти для реалізації власного потенціалу та впливу на формування політик щодо надання якісної протитуберкульозної медичної допомоги на всіх рівнях є нашим пріоритетом.

Завдання 1 Операційного плану заходів з реалізації Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024—2026 роки, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 р. № 726-р, передбачає перехід на інтегровану та людино-орієнтовану модель надання послуг у сфері громадського здоров'я з подолання туберкульозу шляхом визначення функцій і механізмів взаємодії різних учасників системи охорони здоров'я (надавачів первинної медичної допомоги, регіональних фтизіопульмонологічних центрів, центрів контролю та профілактики хвороб, органів державної влади, місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства).

Концептуальними принципами Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р також є:

- людиноцентричність в охороні здоров'я - інтереси людей, повага та врахування їх потреб, забезпечення права та можливості брати участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я, дотримання та захист прав людини, які мають вплив на здоров'я, та забезпечення пов'язаних із ними державних гарантій;
- рівність та справедливість - розвиток системи охорони здоров'я повинен забезпечувати дотримання умов і можливостей рівного та справедливого доступу людини до якісних медичних послуг незалежно від місця проживання, раси, етнічного та соціального походження, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, сімейного чи майнового стану, місця проживання, фізичного та психічного стану з метою їх захисту від катастрофічних витрат на охорону здоров'я;
- спільне вироблення послуг охорони здоров'я - люди, територіальні громади та спільноти повинні бути ефективно та відповідально залучені до взаємного та рівноправного партнерства з органами влади та іншими суб'єктами у сфері охорони здоров'я у процесі планування, надання, моніторингу та оцінки послуг охорони здоров'я;
- ефективність та підзвітність - ефективне використання та розподіл наявних та потенційних ресурсів, забезпечення прозорості у прийнятті рішень щодо їх використання та розподілу, зменшення корупційних ризиків та налагодження чіткої комунікації між усіма учасниками управління та використання ресурсів;
- біопсихосоціальний підхід - соціальні, економічні, культурні фактори і детермінанти здоров'я та благополуччя (чиста вода, санітарія, харчування, умови проживання тощо), інші немедичні аспекти, що можуть впливати на здоров'я, процеси захворювання, одужання і реабілітації, організацію надання медичної допомоги та догляду, повинні бути враховані;

- доказовість - розроблення державної політики та прийняття всіх управлінських рішень у сфері охорони здоров'я повинно здійснюватися відповідно до об'єктивних даних із застосуванням аналізу наукових досліджень, оцінок та впровадження практик, заснованих на доказах.

Під інтегрованою та орієнтованою на людину допомогою розуміється система медичної допомоги, яка поєднує дві ключові концепції — інтегрованість та орієнтованість на людину.

Інтегрована допомога спрямована на усунення фрагментарності в наданні медичних послуг, підвищення їх якості та ефективності, забезпечення безперервного та цілісного догляду протягом усього життя людини з урахуванням її індивідуальних потреб, а також на досягнення спільної відповідальності та підзвітності між усіма учасниками процесу надання медичної допомоги.

Інтегрована допомога передбачає системний підхід до управління детермінантами здоров'я, сприяє формуванню партнерств на індивідуальному, організаційному та політичному рівнях, а також підтримує активну участь осіб і громад у виробництві та прийнятті рішень щодо медичних послуг. У такому розумінні інтегрована допомога виступає як сукупність практик, адаптованих до конкретного контексту з метою покращення здоров'я населення, зниження рівня захворюваності та смертності.

Людино-орієнтована допомога є другою складовою інтегрованої та орієнтованої на людину допомоги і походить із концепцій пацієнт-орієнтованої та особистісно орієнтованої медичної допомоги.

У свою чергу, допомога, орієнтована на людину, представляє подальший розвиток згаданих концепцій і ґрунтується на визнанні унікальності кожної особи як цінності. Вона передбачає надання медичної допомоги, яка забезпечує не лише фізичне здоров'я, але й сприяє цілісному, осмисленому життю людини.

Підходи, орієнтовані на людину, охоплюють залучення до процесів надання медичної допомоги не лише окремих осіб, але й членів їхніх сімей, громадськість, медичних працівників, заклади охорони здоров'я та органи управління системою охорони здоров'я. Такий підхід передбачає організацію інтегрованих медичних послуг, які відповідають потребам конкретних осіб, сімей та громад, з урахуванням культурного контексту, індивідуальних уподобань і життєвих обставин.

Для успішної реалізації моделі протитуберкульозної медичної допомоги, орієнтованої на людину, необхідні системні зміни на чотирьох рівнях:

на рівні окремих осіб, сімей та громад;

на рівні медичних працівників;

на рівні закладів охорони здоров'я;

на рівні загальнонаціональної системи охорони здоров'я.

Особлива роль у впровадженні такої моделі належить первинній медичній допомозі (далі - ПМД), яка забезпечує тісніший контакт з пацієнтами, сприяє

безперервності медичного догляду та адаптації послуг до конкретних потреб пацієнта.

Концепція ВООЗ щодо інтегрованих послуг, орієнтованих на людину

Концепція інтегрованих медико-санітарних послуг, орієнтованих на людину (Integrated People-Centred Health Services, IPCHS), запропонована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі - ВООЗ), поєднує підходи інтегрованої медичної допомоги та допомоги, орієнтованої на людину.

Ця концепція передбачає надання медичних послуг, у центрі яких перебувають потреби та очікування людей, з урахуванням таких основоположних принципів, як якість, безпека, тривалість і глибина контакту між пацієнтами та системою охорони здоров'я, територіальна наближеність до спільнот, своєчасність реагування, рівність доступу, ефективність, залучення пацієнтів і стійкість системи.

У межах концепції IPCHS ВООЗ визначає п'ять взаємопов'язаних стратегічних напрямів, необхідних для ефективного управління та надання медичних послуг:

- залучення та розширення прав і можливостей людей і громад – активне включення осіб та громад у процеси прийняття рішень, планування та контролю за наданням медичних послуг;
- посилення управління та підзвітності – забезпечення прозорості, ефективного лідерства та відповідальності у функціонуванні системи охорони здоров'я;
- переорієнтація моделі надання медичної допомоги – відхід від фрагментованих та вузькоспеціалізованих послуг на користь цілісного, безперервного та міждисциплінарного підходу, заснованого на потребах пацієнтів;
- координація послуг у межах сектора охорони здоров'я та між різними секторами – інтеграція медичних, соціальних та інших супутніх послуг для забезпечення комплексного догляду;
- формування сприятливого середовища та системи фінансової підтримки – створення нормативної, політичної та фінансової основи для стійкого функціонування системи охорони здоров'я, орієнтованої на людину.

Забезпечення амбулаторного лікування людей з підтвердженим діагнозом ТБ, зокрема з використанням цифрових методів підтримки лікування, з першого дня призначення лікування є складовою Операційного плану заходів з реалізації у 2024-2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 червня 2024 р. №564-р, яким на 2024 рік визначено індикатор виконання на рівні 65%.

Відповідно до статистичних даних Центру, частка забезпечення амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ, з першого дня призначення лікування в цілому по Україні за 2024 рік склала 70%, що підтверджує

досягнення та навіть перевищення цільового показника.

Досягнення та перевищення цільового показника амбулаторного лікування з першого дня призначення лікування демонструють 18 областей, серед них найвищі показники демонструють Київська (89%), Кіровоградська (84%), Сумська (87%), Хмельницька (85%) і Чернігівська (84%) області. Области, які станом на 01.01.2025 року не досягли цільового показника амбулаторного лікування з першого дня призначення лікування: Запорізька (38%), Харківська (43%), Рівненська (53%), Миколаївська і Тернопільська (58%), Вінницька (61%) та Херсонська (62%) області.

Варто підкреслити, що в умовах повномасштабної війни регіональним фтизіопульмонологічним центрам вдалося не лише зберегти, а й перевищити запланований показник амбулаторного лікування - досягнення, яке заслуговує на особливу увагу. Незважаючи на серйозні виклики, такі як масова міграція населення, обмежений доступ до медичних послуг у прифронтових районах і значне навантаження на систему охорони здоров'я, регіонам вдається впроваджувати людино-орієнтовані підходи до надання допомоги на національному рівні.

Частка пацієнтів, які отримували підтримку лікування з використанням інтерактивних методів у 2024 році становить 51%, що свідчить про недостатнє використання людино-орієнтованих методів підтримки пацієнтів, адже інтерактивні методи є надзвичайно зручними як для людей з ТБ так і для медичних працівників та сприяє більшій прихильності до лікування.

Найвищий відсоток зареєстрованих пацієнтів на відео-ДОТ (70% і більше) демонструють Херсонська (91%), Київська (89%), Кіровоградська (73%), Одеська (77%) області та м. Київ (71%).

В той час, як найнижчий відсоток продемонстрували Закарпатська (11%), Чернівецька (14%), Дніпропетровська (22%), Житомирська (25%), Вінницька (34%) та Львівська (34%) області.

Розвиток системи амбулаторної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз – це один із тих стратегічних кроків, які робить держава задля подолання туберкульозу. І цей процес потребує активної участі сімейного лікаря.

ПМД розглядається як загальносуспільний підхід до організації та зміцнення національних систем охорони здоров'я, спрямований на забезпечення максимальної доступності медичних послуг для населення.

Підхід ПМД охоплює інтегровані медичні послуги, які задовольняють потреби осіб у сфері охорони здоров'я на всіх етапах життя, враховуючи широкий спектр детермінантів здоров'я. Реалізація цього підходу здійснюється шляхом міжсекторальної взаємодії, а також через розширення прав і можливостей громад у сфері збереження та зміцнення здоров'я.

Підтримуючи стратегічні напрямки держави в подоланні туберкульозу ряд закладів охорони здоров'я ПМД забезпечують тісніший контакт з пацієнтом, сприяють безперервності медичного догляду та адаптації послуг до конкретних потреб людей, які хворіють на ТБ. Так, у 2024 році 22% людей, які хворіють на

туберкульоз, отримали медичні послуги в амбулаторних умовах під час надання первинної медичної допомоги. У 2025 році цей показник повинен бути не менше 40% (цілі Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024—2026 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 р. № 726-р).

Найбільше залучені заклади первинної медичної допомоги до послуг з лікування туберкульозу на амбулаторному етапі у Вінницькій (89,7%), Миколаївській (86,3%), Донецькій (72,4%), Тернопільській (67%), Житомирській (53%), Рівненській (37%) областях. Досягли цільового показника також Івано-Франківська, Черкаська та Чернігівська області. За підсумками 2024 року

У 2025 році амбулаторна допомога людям, які хворіють на туберкульоз надається в рамках реалізації програми медичних гарантій на надання наступних гарантованих пакетів послуг:

- діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у амбулаторних та стаціонарних умовах, що реалізується регіональними фтизіопульмонологічними центрами;
- первинна медична допомога, що містить додаткову послугу «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги», яка не обов'язкова до виконання.

Однак, необхідно наголосити, що потенціал первинної медичної допомоги використовується недостатньо. При проведенні моніторингових візитів працівниками Центру встановлено випадки недосконалого виконання своїх обов'язків фахівцями ПМД, виявлено типові порушення вимог нормативно-правових актів, а саме:

- ряд закладів ПМД не подають інформації станом на кінець звітного кварталу про загальну кількість осіб з ключових груп та груп підвищеного ризику захворювання на ТБ, їх розподіл за ключовими групами та групами підвищеного ризику захворювання на ТБ та результатами систематичного скринінгу на ТБ/ЛТБІ (повнота охоплення, питома вага осіб із завершеним скринінгом на ТБ, питома вага осіб із виявленими ТБ/ЛТБІ та призначення лікування ЛТБІ (профілактичне лікування ТБ), до закладів та установ, які визначені відповідальними за узагальнення звітів;
- визначені керівництвом закладу ПМД уповноважені посадові особи не організовують належним чином, не координують та не аналізують роботу лікарів закладу ПМД з питань формування та обстеження ключових груп та груп підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз, результатом чого є недостовірність даних щодо переліку таких груп, їх кількість встановлюються без належного обґрунтування, не базується на даних медичних інформаційних систем, інколи формально та інтуїтивно;
- керівництво закладу ПМД не отримує відповідної аналітичної інформації від уповноваженої особи для прийняття управлінських рішень;
- рівень виявлення туберкульозу та профілактика захворювання серед осіб з діагностованою ТБ-інфекцією здійснюються недостатньо;

- медичні працівники ПМД не орієнтуються в переліку ключових груп та груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, які підлягають скринінгу на ТБ-інфекцію та, за наявності показань, профілактичному лікуванню;
- в закладах ПМД не створені мультидисциплінарні команди для організації амбулаторного лікування людей, які хворіють на ТБ, у відповідності до Порядку надання послуг з амбулаторного лікування людей, які хворіють на туберкульоз, у закладах первинної медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2024 №1923, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2024 року за № 1813/43158.

В умовах тривалого повномасштабного вторгнення росії в Україну це становить серйозний ризик, оскільки своєчасне виявлення, діагностика ТБ та ЛТБІ, лікування ТБ є запорукою в подоланні ТБ, а профілактичне лікування ТБ залишаються єдиним ефективним та доступним засобом запобігання розвитку туберкульозу.

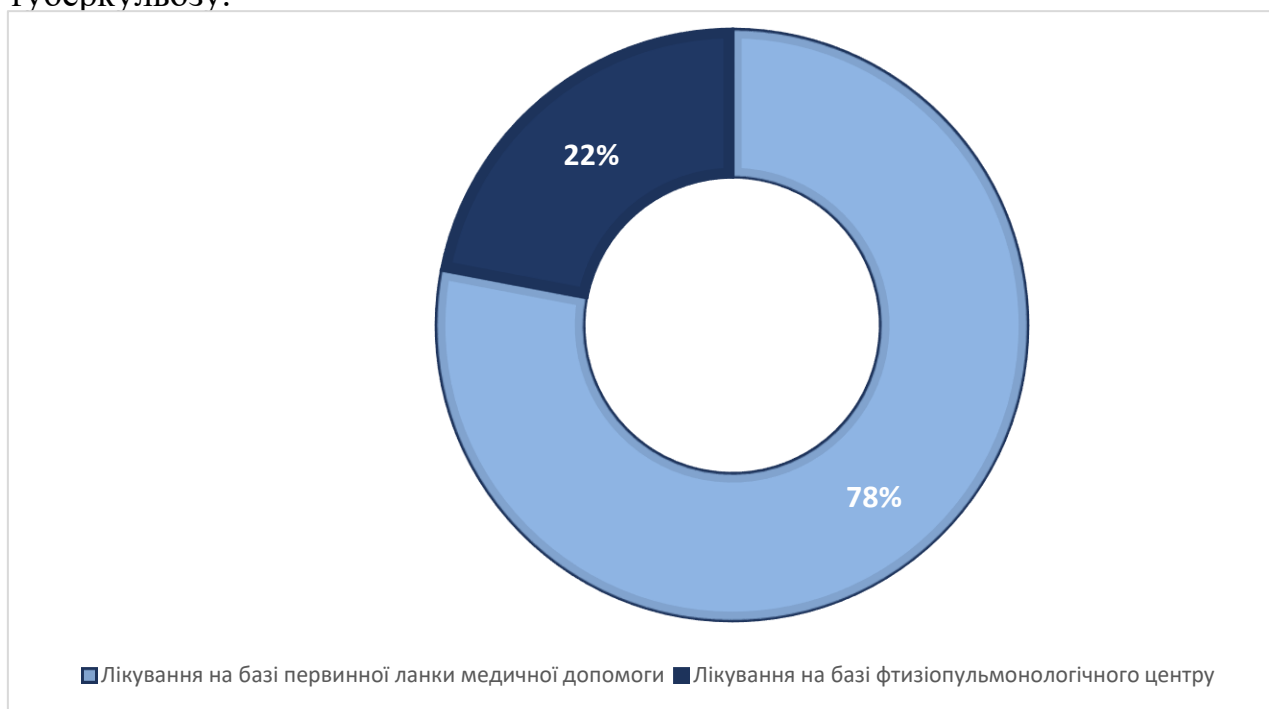


Рисунок 5.3. Відсоток людей, які хворіють на туберкульоз, та отримують амбулаторне лікування у 2024 р.

Медико-соціальний супровід пацієнтів з ТБ

Послуги медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом спрямовані на формування прихильності до лікування у пацієнтів туберкульозом, утримання їх на лікуванні та мінімізації ризиків втрати для подальшого спостереження. Ці послуги є важливим фактором покращення результатів лікування, адже пацієнти, які їх отримують, частіше завершують повний курс лікування та рідше мають епізоди пропусків прийому протитуберкульозних препаратів у порівнянні з пацієнтами з туберкульозом, які

такі послуги не отримують. Особливого значення надання даних послуг набуло в умовах дії воєнного стану, коли пацієнти з туберкульозом стикнулися з проблемою внутрішнього переміщення, втрати роботи, зниження якості життя, збільшення психологічного навантаження тощо.

У 2024 році Центром продовжилась закупівля послуг медико-психосоціального супроводу в рамках державної бюджетної програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». За цей період ними було охоплено 1145 пацієнтів з чутливим туберкульозом у шести регіонах України (Львівська, Запорізька, Закарпатська, Полтавська, Рівненська та Київська області). Кількість наданих послуг пацієнтам сягає неабияких значень – 37351 послуга, серед яких: оцінка потреб отримувача послуг та складання індивідуального плану – 1704 послуги, оцінка психоемоційного стану отримувача послуг – 1875 послуг, послуги консультування з питань туберкульозу – 4711 послуг, послуги з консультування щодо прихильності до лікування – 8683 послуги, dot (доставка та контроль прийому протитуберкульозних препаратів) – 12293 послуги, послуги з контролю вчасного проходження моніторингу – 2768 послуг, послуги з видачі мотиваційних пакетів у вигляді сертифікатів до мереж закладів з торгівлі продовольчими товарами або продуктових наборів за безперервний прийом протитуберкульозних препаратів – 2847 послуг, послуги з видачі скретч-карток поповнення мобільного та/або інтернет зв'язку – 1199 послуг, послуги з повернення отримувача послуг до лікування – 13 послуг, послуги з оплати послуг транспортним організаціям для проїзду до закладів охорони здоров'я для отримання протитуберкульозних препаратів, проходження моніторингу – 130 послуг, надання послуг психолога – 691 послуга, надання юридичних послуг – 96 послуг, забезпечення індивідуальних послуг за потребою – 132 послуги.

Впровадження програмних активностей з медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом у 2024 році відбувалось також в рамках реалізації проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Стійка відповідь на епідемії ВІЛ і ТБ в умовах війни та відновлення України» на 2024-2026 рр., Міжнародної організації РАТН, а також за рахунок фінансування місцевих бюджетів.

У 2024 році серед пацієнтів з чутливим та лікарсько-стійким туберкульозом, які розпочали лікування, послуги медико-психосоціального супроводу за кошти міжнародної технічної допомоги отримували 8727 та 6291 пацієнтів відповідно.

Основними послугами, які надавалися пацієнтам під час супроводу у 2024 році за кошти міжнародної технічної допомоги були: консультування пацієнта з питань сервісів у рамках проекту медико-психосоціального супроводу, оцінка потреб пацієнтів, складання індивідуального плану супроводу, оцінка психоемоційного стану (анкетування), проведення навчальних сесій з питань туберкульозу, ДОТ та доставка препаратів клієнту, надання продуктового набору/сертифікату, супровід клієнта на проходження проміжної діагностики, супровід клієнта на проходження фінальної діагностики, відшкодування

транспортних витрат клієнтам, поповнення мобільного рахунку, надання послуг з представництва інтересів/допомога в оформленні або відновленні документів, консультація юриста, залучення няні/вчителя/тьютора (для 30% дітей), психологічна підтримка дітей та/або сімей з дітьми (50% від числа дітей), додаткові спеціальні продуктові набори для дітей відповідно до потреби (щомісячно).

Ефективність медико-психосоціального супроводу людей, які хворіють на туберкульоз як технології впливу на рівень відривів від лікування доводять результати лікування пацієнтів з туберкульозом. Так, за 2024 рік по Україні було зареєстровано 19128 нових випадків захворювання на туберкульоз, з них 1015 пацієнтів було втрачено для подальшого спостереження. Серед них було втрачено 658 пацієнтів з числа тих, хто не перебував на супроводі, що складає 3,4% від всіх зареєстрованих випадків. Серед тих пацієнтів, хто перебував на супроводі, кількість втрачених пацієнтів майже вдвічі менша і складає 357 осіб (2% від всіх зареєстрованих випадків).

Медико-психосоціальний супровід людей, які хворіють на туберкульоз є важливою складовою ведення пацієнтів з туберкульозом та потребує більш високої уваги та подальшого удосконалення задля підвищення результатів ефективності лікування пацієнтів з ТБ.

Результати лікування туберкульозу

Загальна мета лікування ТБ полягає у досягненні одужання без рецидивів для всіх пацієнтів, припиненні передачі *M. tuberculosis* та запобіганні набуття (або розширення) додаткової медикаментозної стійкості.

В Україні усі послуги з лікування надаються відповідно до принципів, рекомендованих ВООЗ, включно з людино-орієнтованою медичною допомогою та підтримкою, інформованою згодою, принципів належної клінічної практики та регулярним моніторингом пацієнтів щодо ефективності та безпеки схеми лікування.

Україна є однією з перших країн, яка адаптує нові рекомендації ВООЗ щодо лікування ТБ, а також впроваджує та розгортає короткострокові схеми лікування Риф-ТБ.

Так, в умовах повномасштабної війни, Україна одна з перших країн в європейському регіоні ВООЗ, розпочала впровадження по всій країні операційного дослідження "Оцінка ефективності та безпеки лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу режимом ВРaL в Україні" з застосуванням інноваційного режиму ВРaL. Це стало значним прогресом не тільки в національному, а й у глобальному масштабі, що дає змогу пацієнтам з Риф/МЛС-ТБ підвищити ефективність лікування (до 90 % за даними клінічних досліджень) та скоротити тривалість лікування з 18-20 місяців до 6-9 місяців.

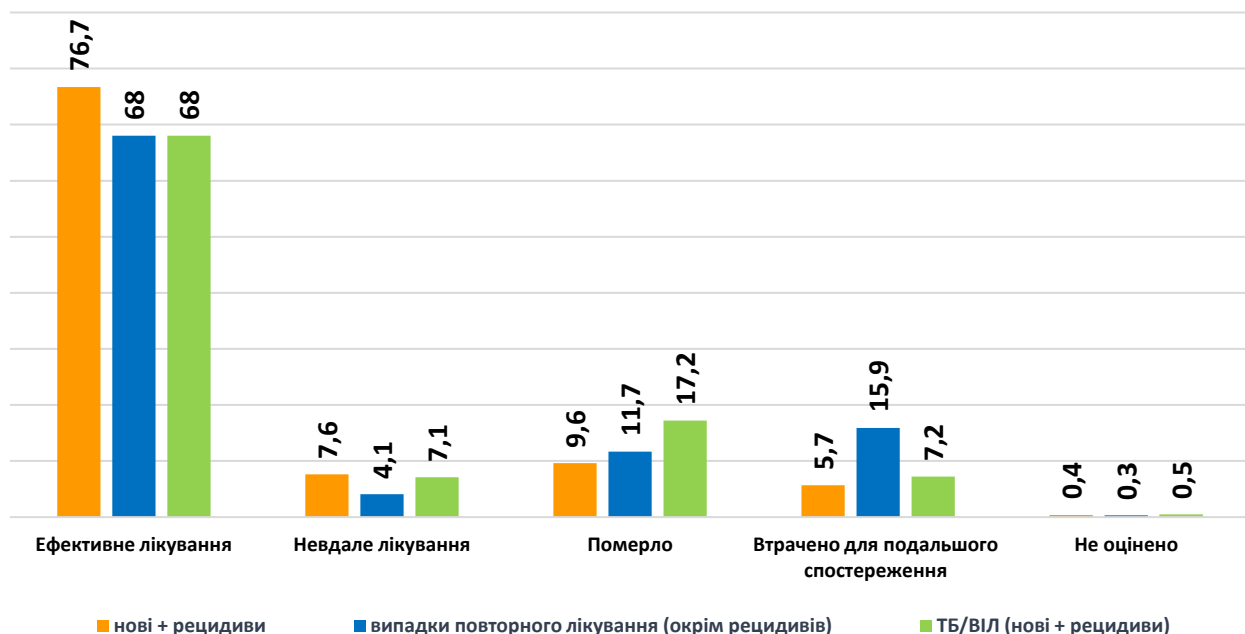


Рисунок 5.4. Результати лікування випадків ТБ, які були зареєстровані у 2023 р.

Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання протягом останніх років залишається практично незмінним і становить 76,7% від останньої когорти (2023 р.).

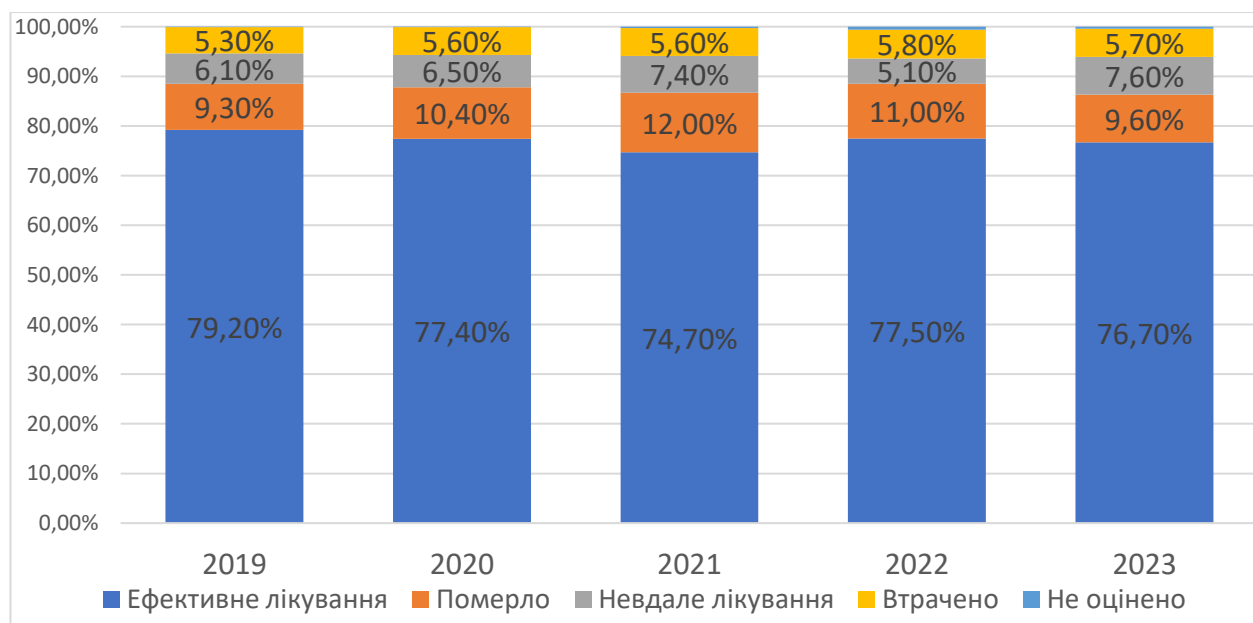


Рисунок 5.5. Результати лікування нових випадків та рецидивів ТБ, когорти 2019–2023 рр.

Найвищі показники ефективності лікування серед випадків ТБ (нові та рецидиви) когорти 2023 р., що фактично наближаються до цільового показника ВООЗ у 90% для Європейського регіону, зафіксовано у Хмельницькій (84,2%), Тернопільській (84,7%), Чернівецькій (85,7%) та Рівненській (87,9%). Найнижчі показники ефективності лікування спостерігаються у Кіровоградській (70,2%),

Полтавській (70,6%) та Херсонській (60,2%) областях за рахунок великої кількості випадків з невдачею лікування.

Найнижчого показника невдачі лікування серед нових випадків ТБ і рецидивів захворювання (мета – 3%) досягнуто в Рівненській (1,0%), Хмельницькій (1,8%) та Донецькій (1,9%) областях.

Показника смертності серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання на рівні менше 5% досягнуто у Запорізькій області (4%), найвищі показники смертності зафіксовано у Чернігівській (17,0%), Донецькій (17,8%) та Херсонській (12,7%) областях.

Додатковим критерієм якості ведення випадків ТБ є показник втрачених для подальшого спостереження (далі - ВПС). Основною метою є досягнення показника перерваного лікування до 3%. Досягнуто цільового значення у Донецькій (1,9%), Івано-Франківській (1,4%), Рівненській (2,7%), Сумській (2,9%), Тернопільській (0,8%), Хмельницькій (1,0%), Чернівецькій (1,0%) та м. Києві (2,4%). Найвищі показники ВПС серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання зафіксовано в Дніпропетровській, Запорізькій, Херсонській та Одеській областях.

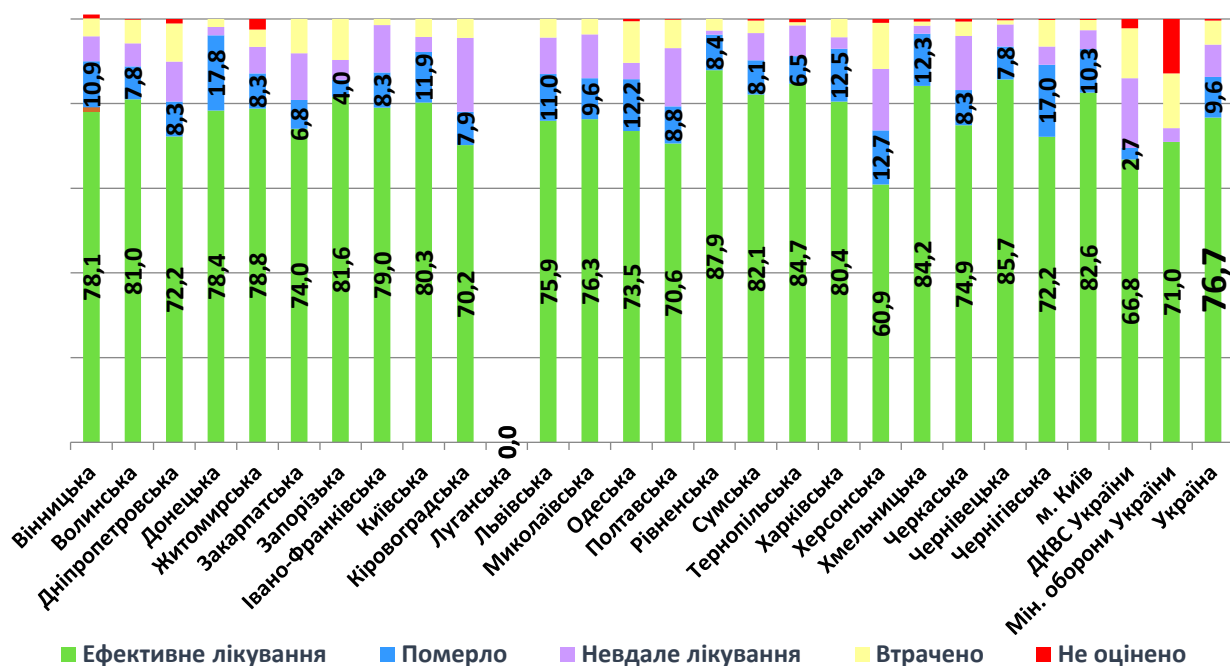


Рисунок 5.6. Результати лікування випадків ТБ (нові та рецидиви) за регіонами, когорта 2023 р.

Покращення результатів лікування серед повторно пролікованих випадків (за винятком рецидивів) спостерігається протягом останніх п'яти років — рівень ефективного лікування зріс з 64% у когорті 2019 року до 68% у когорті 2023 року. Основним чинником позитивної динаміки стало суттєве зниження частки невдалого лікування: з 13,2% у 2021 році до лише 4,1% у 2023 році.

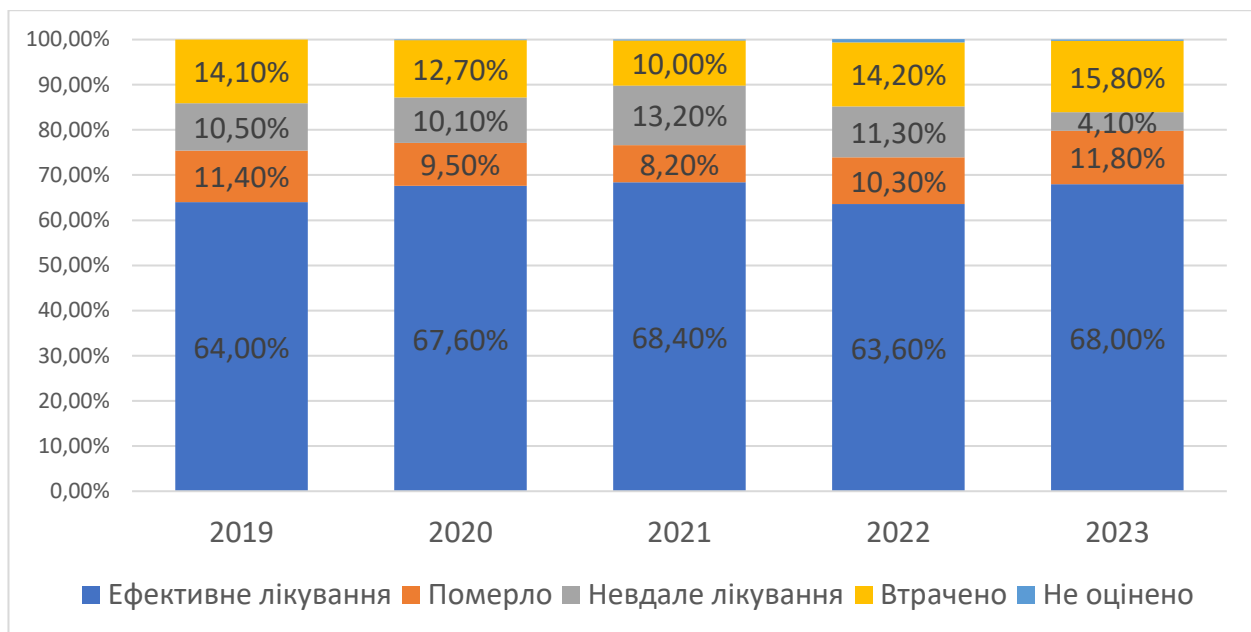


Рисунок 5.7. Результати випадків повторного лікування ТБ (крім рецидивів), когорти 2019–2023 рр.

Серед випадків повторного лікування ТБ (крім рецидивів) у когорті 2022 р, найвищого показника ефективності лікування досягнуто у Запорізькій, Івано-Франківській (по 100%) областях, найнижчий показник – у Закарпатській (58%), Донецькій (50%) та Тернопільській (56%) областях.

Не зафіксовано жодного випадку з результатом невдалого лікування у тринадцяти областях. У чотирьох регіонах цей показник є значно гіршим за рекомендовані 3% та перевищує 9%.

Показники смертності серед випадків повторного лікування ТБ, що перевищують цільове значення до 5%, в когорті 2023 р, спостерігається в усіх областях, крім Вінницької, Запорізької, Івано-Франківської та Рівненської.

За індикатором показника ВПС серед повторних випадків захворювання досягнуто цільового значення у когорті 2023 р, (мета – 3%) у Запорізькій, Івано-Франківській та Тернопільській областях. Найгірші показники за даним індикатором виявлено у Закарпатській (27,3%), Харківській (21,3%) та Одеській (24,2%) областях.

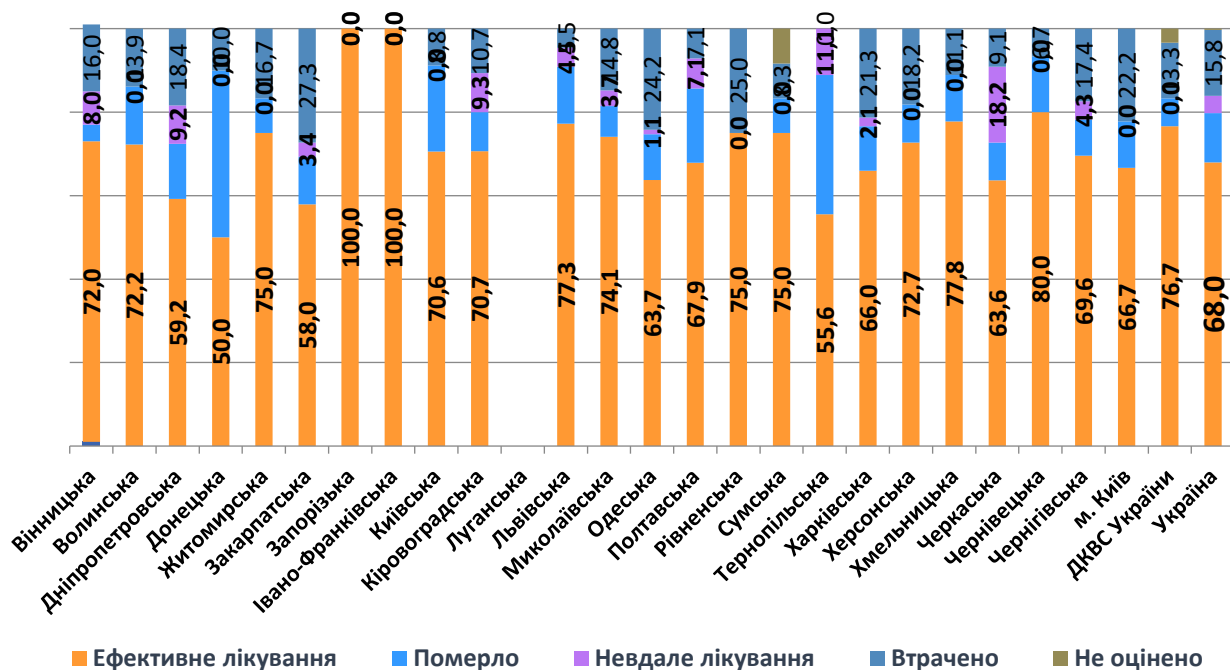


Рисунок 5.8. Результати лікування повторних випадків ТБ (крім рецидивів) за регіонами, когорта 2023 р.

Відсоток ефективного лікування туберкульозу серед дітей 0-14 років був найвищим у 2019 році – 96,70% і демонстрував загальне зниження протягом трьох років, досягнувши найнижчого рівня – 90,60% у 2022 році. Дані свідчать про зниження ефективності лікування за рахунок збільшення як смертності, так і втрачених випадків за п'ятирічний період. У 2023 році спостерігається позитивна тенденція та покращення ефективності лікування до 96%, що може бути зумовлено: підвищенням своєчасності виявлення та початку лікування дітей; удосконаленням схем лікування та застосуванням сучасних протоколів, адаптованих для дитячого віку; поліпшенням доступу до якісних протитуберкульозних препаратів, у тому числі у зручних для дітей формах; посиленням моніторингу перебігу лікування та своєчасним корегуванням терапії; розширенням міжсекторальної взаємодії між медичними закладами, соціальними службами та освітніми установами; підвищенням рівня обізнаності батьків та опікунів щодо важливості дотримання режиму лікування.

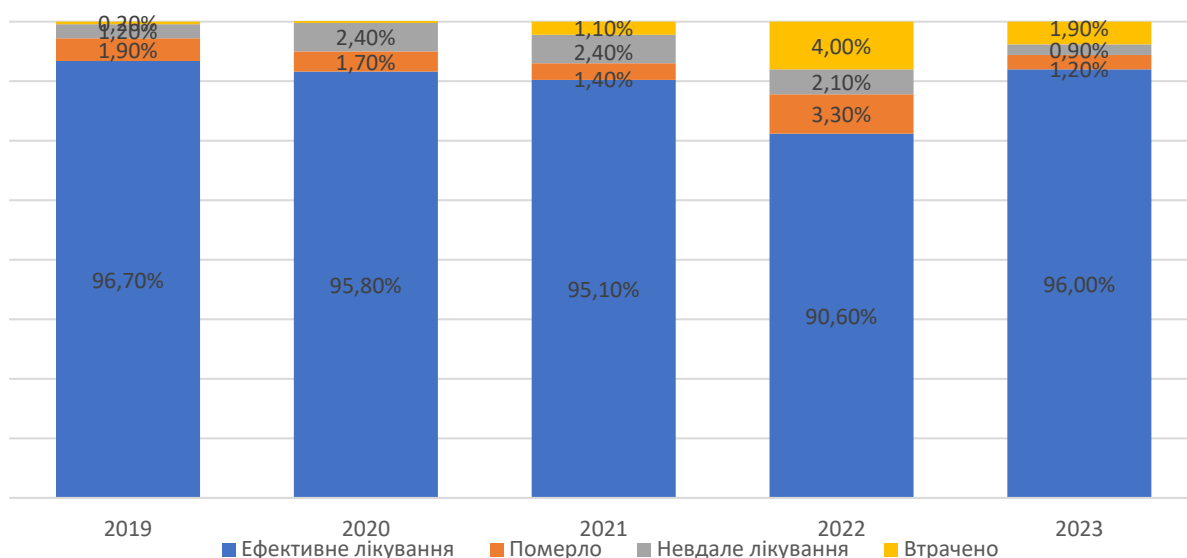


Рисунок 5.9. Результати лікування дітей (0–14 років), когорти 2019–2023 рр.

У 2023 році майже вдвічі знизилась кількість летальних випадків серед дітей віком 0-14 років – 6 випадків проти 11 у 2022 році.

Смертність від туберкульозу серед дітей є трагедією, яка може бути значною мірою попереджена за допомогою комплексного підходу, що включає вакцинацію, ранню діагностику, адекватне лікування та покращення соціально-економічних умов. Зусилля фахівців НТП спрямовані на те, щоб зменшити тягар цієї хвороби і врятувати життя дітей.

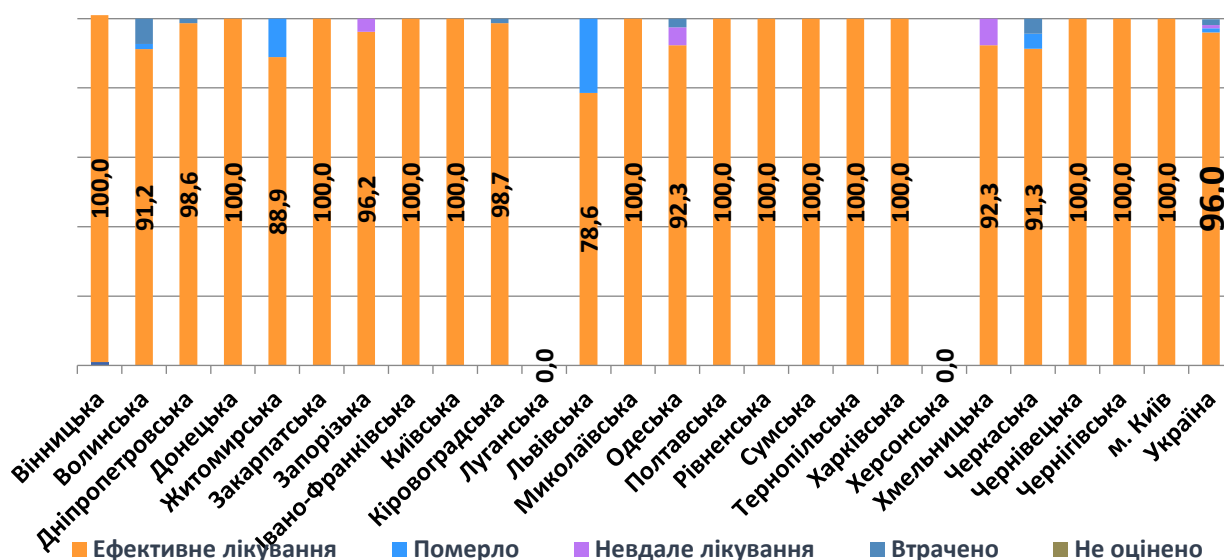


Рисунок 5.10. Результати лікування ТБ (нові та рецидиви) у дітей віком 0–14 років за регіонами, когорти 2023 р.

Показник ефективності лікування в установах виконання покарань демонстрував позитивну динаміку до 2020 року, досягнувши 79,4%. Це був найвищий рівень за п'ятирічний період. Проте вже у 2021 та 2022 роках спостерігалось помітне зниження ефективності лікування — до 67,2% та 60,9% відповідно. Основною причиною стало збільшення частки пацієнтів із неоціненими результатами лікування, що було зумовлено неможливістю відслідкувати результат внаслідок окупації частки території України. У 2023 році ситуація частково стабілізувалась: показник ефективності лікування зріс до 66,8%, знизилась частка померлих пацієнтів — до 2,7% (проти 9,5% у 2022 році), водночас спостерігається зростання частки випадків невдалого лікування (до 16,5%) та втрачених з-під спостереження (до 11,8%). (рисунк 5.11).

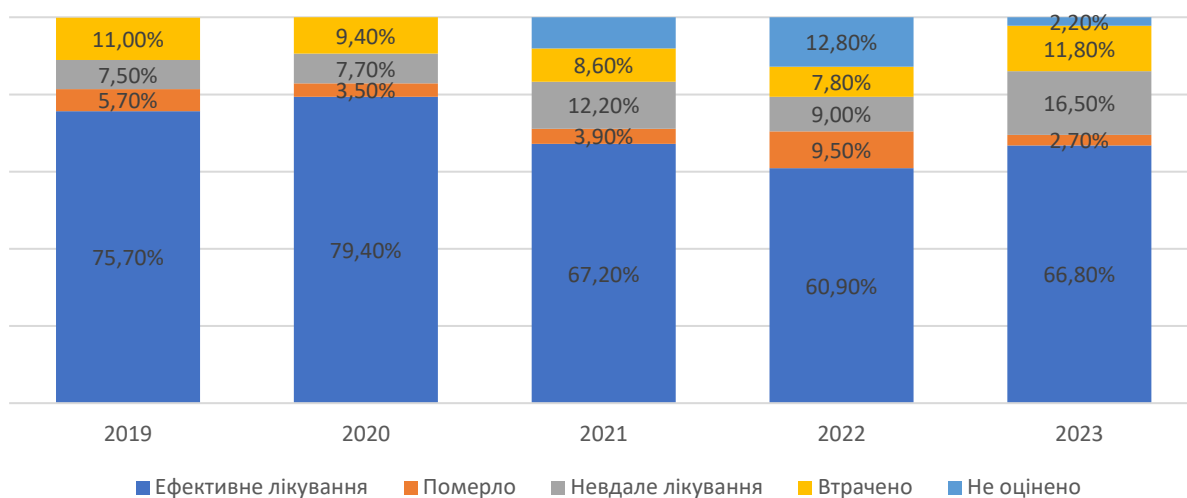


Рисунок 5.11. Результати лікування нових випадків ТБ та рецидивів захворювання у пенітенціарних установах, когорти 2019–2023 рр.

Ефективність лікування туберкульозу може варіюватися залежно від різних факторів, включаючи статеву приналежність.

За даними ВООЗ, чоловіки мають вищий ризик захворіти на туберкульоз і частіше помирають від нього, ніж жінки. Це може бути пов'язано з кількома чинниками: більша поширеність серед чоловіків шкідливих звичок (зокрема куріння та зловживання алкоголем), зайнятість у професіях із підвищеним ризиком інфікування (шахтарі, будівельники, працівники виробництв із пиловим чи хімічним забрудненням повітря), а також часті трудові міграції у пошуках роботи, що ускладнюють своєчасне звернення за медичною допомогою та підвищують ризик переривання лікування.

Загальні статистичні дані в Україні також підтверджують, що ефективність лікування туберкульозу у жінок є на 4-6 % вищою, ніж у чоловіків. (рис. 5.12).

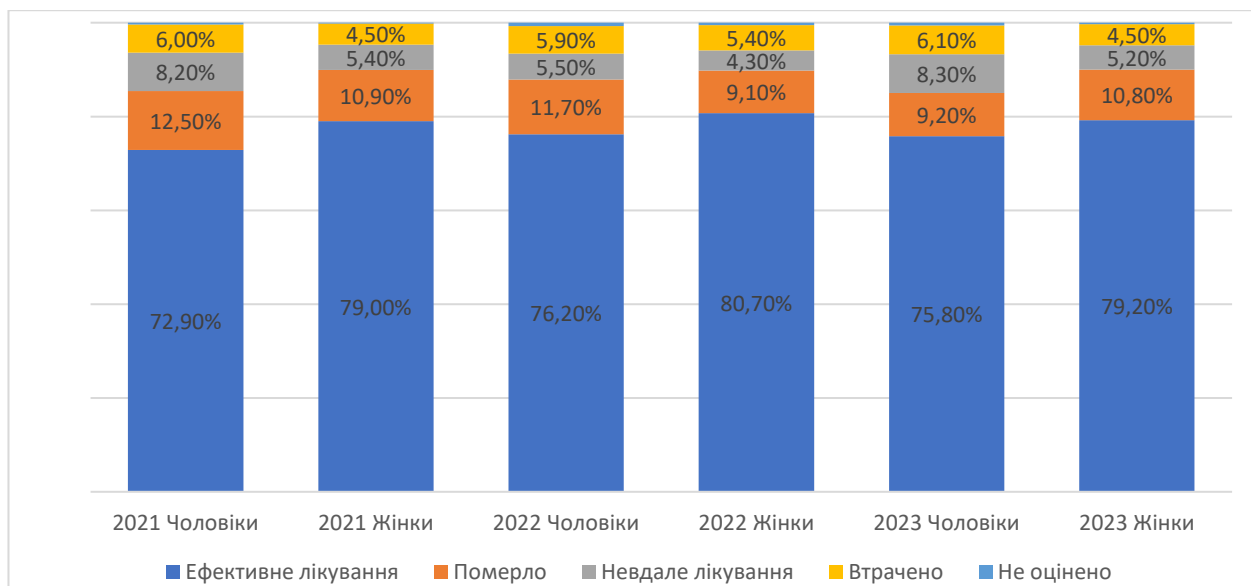


Рисунок 5.12. Результати лікування нових випадків ТБ та рецидивів захворювання за статтю, когорти 2021–2023 рр.

Пацієнти з ТБ/ВІЛ мають нижчу ефективність лікування, вищу летальність та вищі ризики переривання лікування, ніж загальна популяція хворих на ТБ. Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів ТБ/ВІЛ поступово знижувався до 64,5% у 2022 році з 71,1% у 2019 р. (рисунок 5.13). Це погіршення обумовлено збільшенням частки пацієнтів з невдачею лікування та втрачених для подальшого спостереження. Хоча у 2023 році спостерігається незначне покращення, рівень ефективності все ще не відповідає цільовим глобальним орієнтирам (85% і вище).

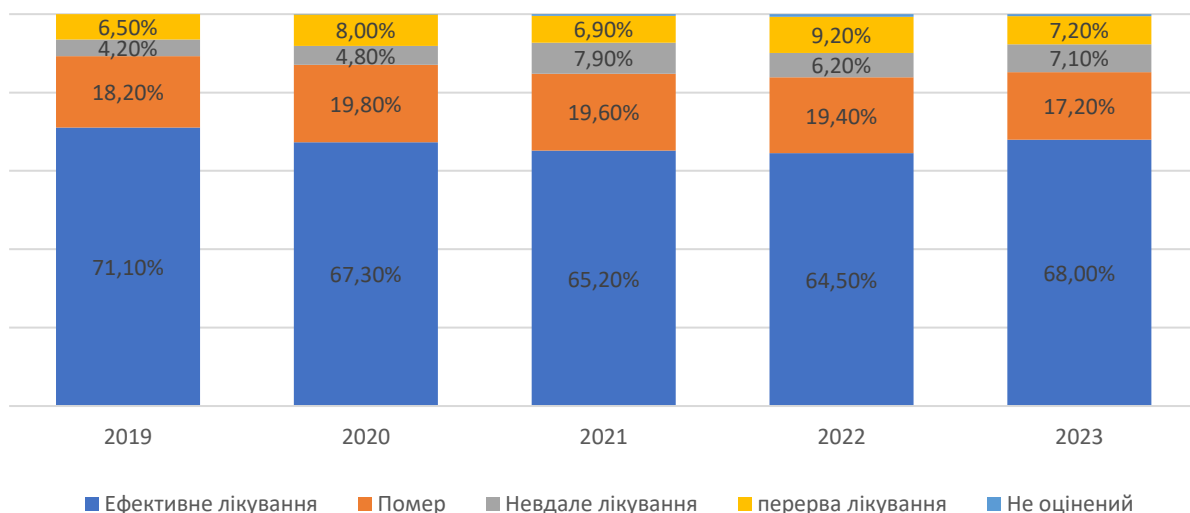


Рисунок 5.13. Результати лікування нових випадків ТБ/ВІЛ та рецидивів захворювання, когорти 2019–2023рр.

Серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) когорти 2023 р. в жодному регіоні не досягнуто цільового показника ефективності лікування. У Рівненській області ефективність лікування серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ

становить 80,8%, у Чернівецькій 8,%. Найнижчі показники у Кіровоградській (51%) та Тернопільській (57,9%) областях.

Летальні наслідки серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) в когорті 2023 року відповідно до цільового показника (5%) не зареєстровано в жодному регіоні. Найнижчі значення цього показника у Запорізькій та Чернівецькій областях. В решті регіонів значення цього показника коливалось від 9,1% до 40%.

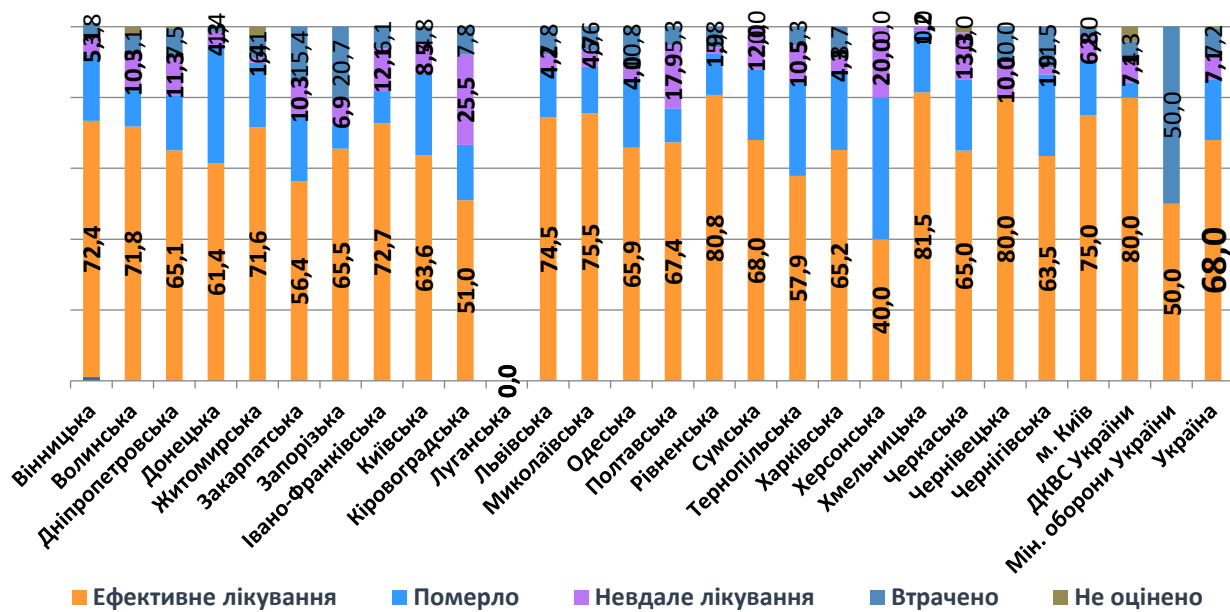


Рисунок 5.14. Результати лікування випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) за регіонами, когорта 2023 р.

Наступним важливим показником ефективності протитуберкульозних заходів на рівні країни є ефективність лікування хворих на МЛС-ТБ.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ефективність лікування таких хворих має становити не менше 75%. За останні три роки ефективність лікування стійких форм ТБ значно покращилась за рахунок впровадження короткострокових режимів лікування з використанням нових препаратів.

У когортах 2020-2022 років, з початком використання сучасних схем з новими препаратами, а також зниження термінів лікування, спостерігалось підвищення частки ефективного лікування до 67,3%, зниженню відсотка невдач лікування майже втричі з 22,3 у 2018 році до 3,9 у 2022. Частка летальних наслідків залишається відносно стабільною і становить 14,5 у когорті 2022 року, тоді як частка ВПС пацієнтів зменшилась на 27% до 2020, але знов підвищилась у когортах 2021-2022 роках внаслідок військових дій. (рисунок 5.15).

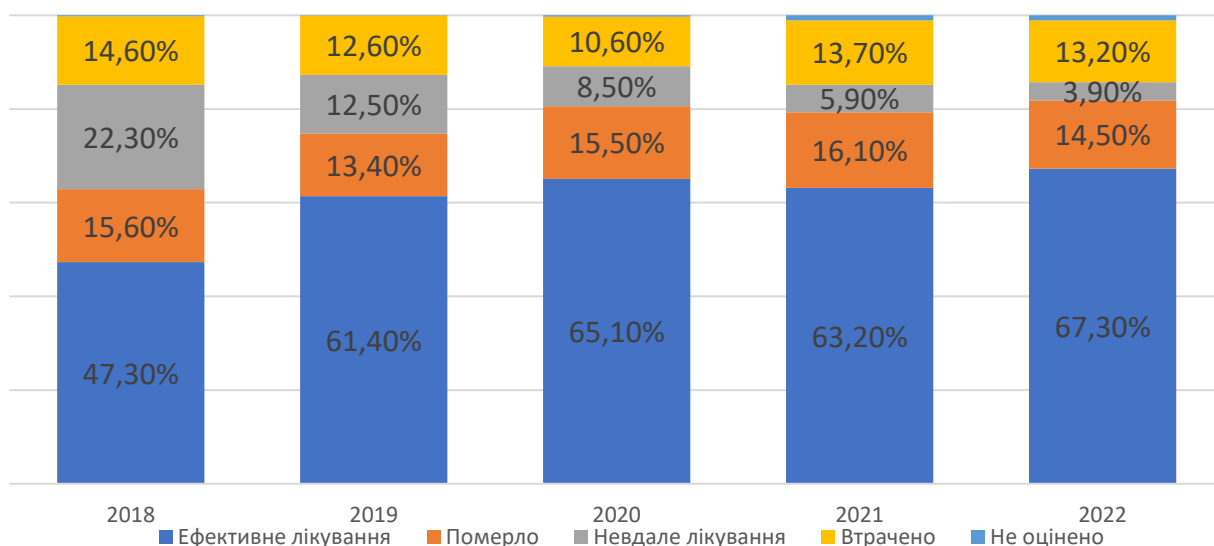


Рисунок 5.15. Результати лікування випадків МЛС-ТБ, когорти 2018–2022 рр.

У когорті 2022 р, ефективність лікування всіх випадків МЛС-ТБ становить 67,3%, що на 6,5% вище рівня когорти 2021 р, (63,2%). Найвищий показник зафіксовано у Кіровоградській (83,8%) та Івано-Франківській областях (80,4%); найнижчі показники – в Луганській, Донецькій, Харківській та Херсонській областях.

У двох регіонах досягнуто цільового значення у 3–5% показника ВПС (перерване лікування) – Житомирській та Чернівецькій областях, а найвищий рівень ВПС виявлено в тих самих регіонах з низькою ефективністю лікування.

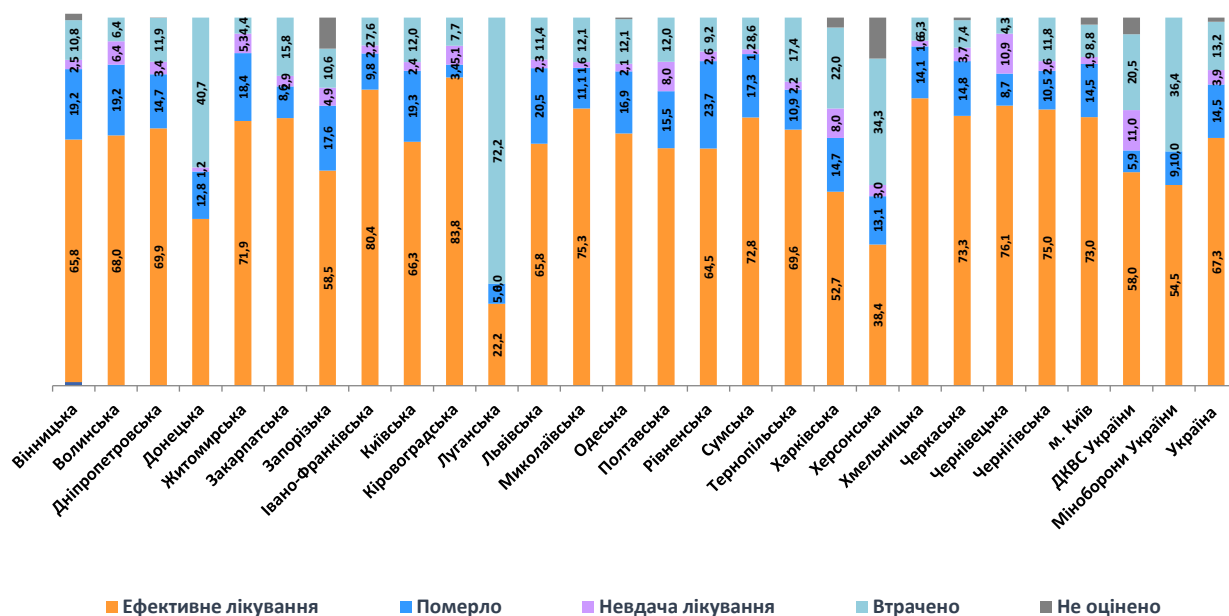


Рисунок 5.16. Результати лікування всіх випадків МЛС-ТБ, когорта 2022 р.

Аналіз результатів лікування випадків Риф, МЛС, пре-ШЛС-ТБ з використанням коротких режимів лікування у когорті 1 півріччя 2024 року за даними звітної форми № 8-6.2 (ТБ-08.2 МЛС):

Високий рівень ефективності — 82,6% осіб успішно завершили короткий режим лікування. Це відповідає або навіть перевищує цільові орієнтири ВООЗ (понад 80%), що свідчить про добру ефективність коротких схем при належному дотриманні усіх рекомендацій.

Низький рівень летальності (2,4%) — свідчить про своєчасну діагностику та адекватне ведення пацієнтів на лікуванні.

Невдале лікування (6%) — хоча рівень є відносно низьким, потребує подальшого вивчення причин (наприклад, можлива початкова хибна оцінка чутливості до препаратів, порушення режиму тощо).

Втрати для подальшого спостереження (6,6%) — цей показник перевищує допустимий рівень, що вказує на потребу посилити контроль за прихильністю до лікування, соціальну підтримку пацієнтів, супровід.

Переведення на довготривалі схеми (2%) — незначна частка пацієнтів не змогла продовжити короткий режим лікування, імовірно через ускладнення або виявлену резистентність.

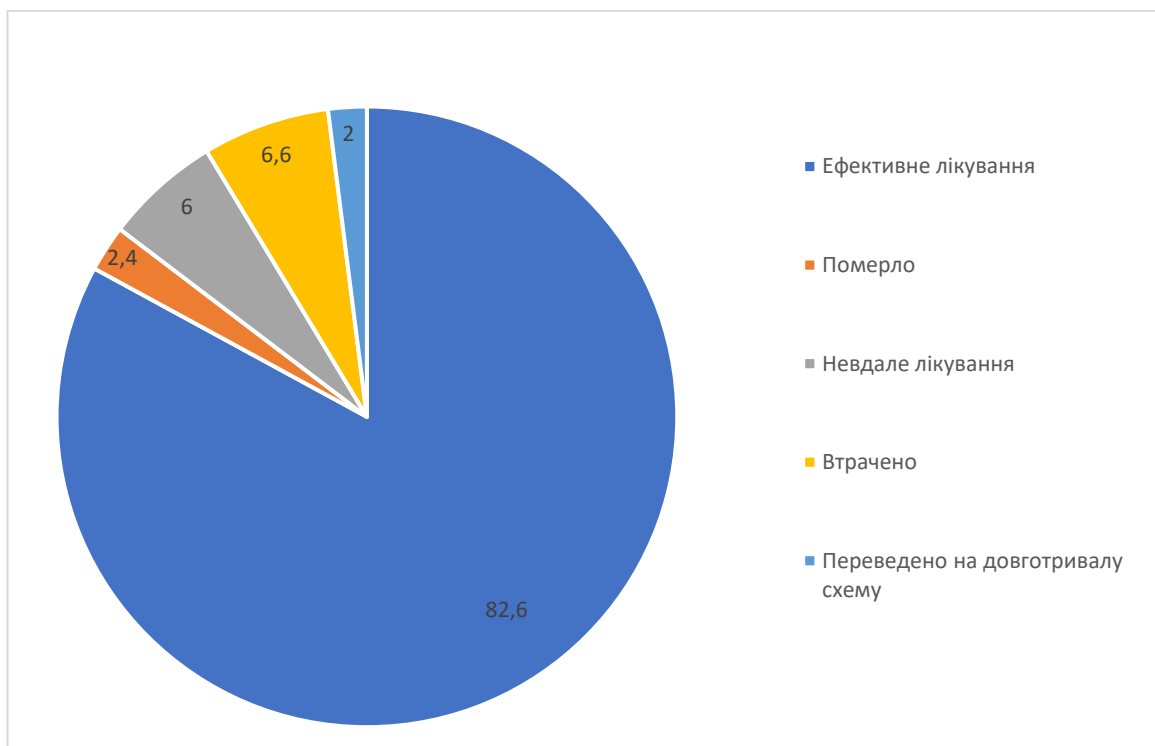


Рисунок 5.17. Результати лікування випадків Риф, МЛС, пре-ШЛС-ТБ з використанням коротких схем, когорта 1 півріччя 2024 р.

Було проаналізовано причини нерозпочатого лікування випадків ТБ препаратами другого ряду за останні п'ять років та відзначено, що поширеною причиною є смертність до початку лікування (29,58%), відмова від препаратів другого ряду (20%) та інші причини (35,2%).

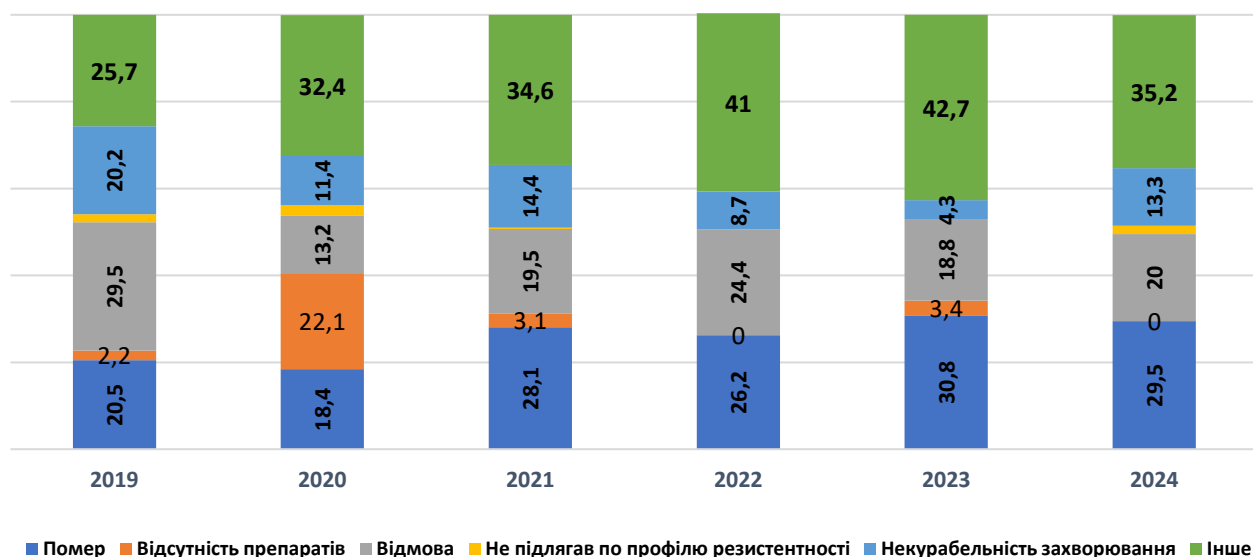


Рисунок 5.18. Причини, з яких не було розпочато лікування препаратами другого ряду у період з 2019 по 2024 рр.

Наведені результати зобов'язують країну мобілізувати ресурси і зусилля для забезпечення загального доступу до швидкої та якісної діагностики ТБ та ЛС-ТБ, а також до відповідного та своєчасного лікування для всіх пацієнтів відповідно до профілю резистентності.

Серед основних причин, що обумовлюють низькі показники ефективності лікування як серед випадків ТБ, так і серед МЛС/Риф-ТБ, слід зазначити наступне:

- висока частка людей із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ з надзвичайно високим рівнем смертності. Приблизно 20% нових випадків та рецидивів ТБ у річних когортах 2018–2023 рр. припадає на людей із ВІЛ-асоційованим ТБ;
- субоптимальний рівень бактеріологічного підтвердження, що призводить до недостатньої діагностики випадків ЛС-ТБ, у яких лікування протитуберкульозними препаратами першого ряду (ПТП 1 ряду) є неефективним.
- пізнє виявлення хворих на ТБ на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – це одна з основних причин низької ефективності лікування, високих показників смертності на першому році спостереження та встановленні діагнозу ТБ посмертно;
- недоліки організації лікування малодоступних для органів охорони

здоров'я верств населення (наприклад, бездомні, мігранти, роми, особи, що повернулися з місць позбавлення волі), зокрема недостатнє використання можливостей проектів медико-психосоціальної підтримки хворих під час лікування на місцях та відсутність оптимальних заходів соціального захисту з боку держави і місцевих органів самоврядування для зазначеної категорії хворих;

- обмежені можливості щодо організації моніторингу та управління побічними реакціями на АМБП, особливо на амбулаторному етапі, зокрема через нестачу ресурсів, географічні та логістичні обмеження доступу до своєчасного моніторингу;
- попередні механізми фінансування протитуберкульозних закладів (ПТЗ), які підтримували практику тривалої і часто необґрунтованої госпіталізації, що суперечить пацієнт-орієнтованому підходу та сприяє внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на ТБ резистентними до АМБП штамами *Mycobacterium tuberculosis*;
- недостатній рівень обізнаності населення щодо ТБ, як наслідок – високий рівень стигматизації та самостигматизації, недостатня мотивація для своєчасного проходження діагностики та початку лікування.

Тестування на ВІЛ хворих на ТБ та охоплення АРТ пацієнтів з ТБ/ВІЛ

Для забезпечення ефективного надання послуг із боротьби з ТБ і ВІЛ ВООЗ рекомендує проведення тестування на ВІЛ в усіх хворих на ТБ; надання АРТ хворим на ТБ з позитивним ВІЛ-статусом, проведення регулярного скринінгу на ТБ у ЛЖВ, надання ПЛ ТБ для ЛЖВ, які не хворіють на активну форму ТБ.

Показники тестування хворих на ТБ та ВІЛ залишаються на рівні 99%. У 2024 р. тестуванням на ВІЛ було охоплено 98,8% пацієнтів. Стабільне підвищення показників охоплення АРТ серед пацієнтів з коінфекцією ТБ/ВІЛ почалося з 2013 р., а до кінця 2024 р. становило 92,7%, досягнувши встановленого у 90% глобального цільового показника (рисунки 5.19).

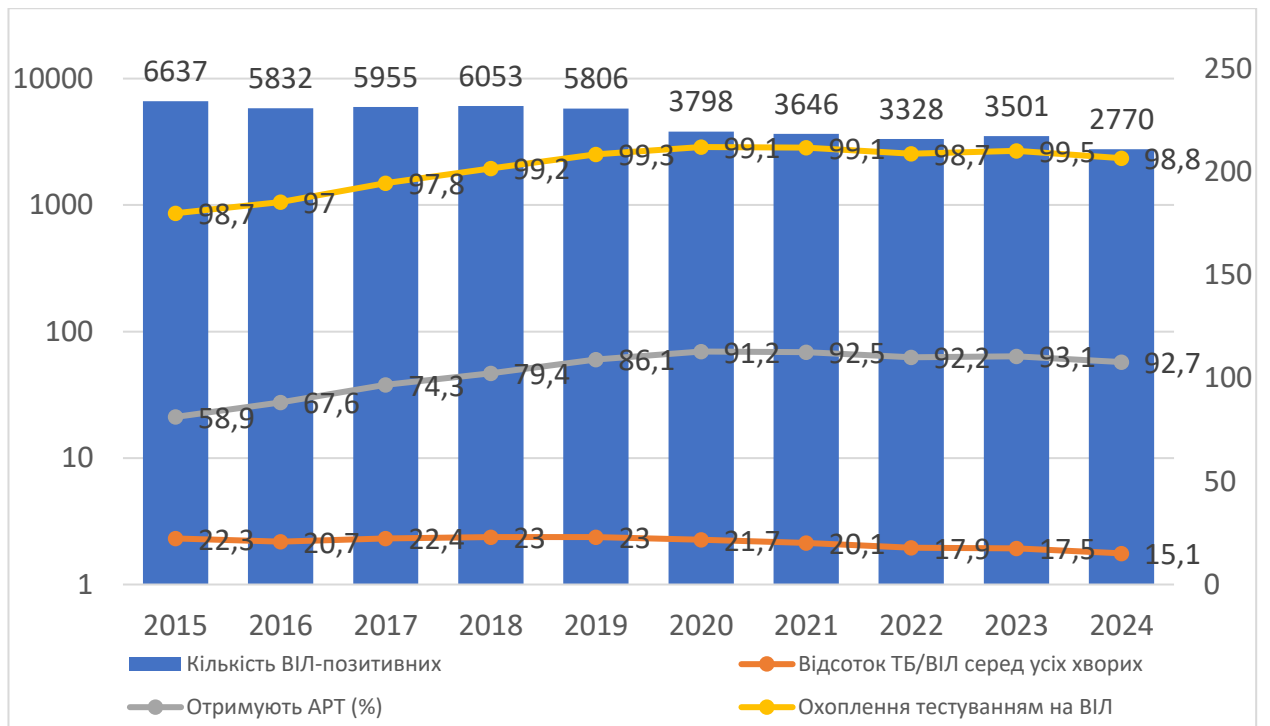


Рисунок 5.19. Спільні заходи боротьби з ТБ/ВІЛ, 2015-2024 рр.

РОЗДІЛ 6. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ

Інфекційний контроль за туберкульозом (далі - ІК ТБ) - це система організаційних, протиепідемічних та профілактичних заходів, спрямованих на попередження передавання та інфікування мікобактеріями туберкульозу здорових осіб, суперінфекції хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз.

Медичні працівники закладів охорони здоров'я або пацієнти, які отримують медичну допомогу в цих закладах піддаються вищому ризику інфікуванню *M. tuberculosis*, саме тому впровадження заходів інфекційного контролю є запорукою створення безпечного середовища для надання та отримання медичної допомоги.

Доведено, що трьохрівнева система заходів контролю, що включає адміністративний компонент, інженерний компонент та індивідуальний захист, знижує ризик передавання та інфікування *M. tuberculosis*. Необхідно впроваджувати заходи ІК ТБ як частину загальної програми з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (далі – ПІК) у всіх закладах охорони здоров'я.

Відповідно до положень Стандарту ІК ТБ, ЦКПХ проводять моніторингові візити з питань впровадження та дотримання заходів ІК ТБ до закладів охорони здоров'я згідно з адміністративно-територіальною належністю один раз на два роки. За результатами моніторингових візитів ЦКПХ формують звіт та надсилають його до Центру не пізніше 01 березня року, що слідує за моніторинговим.

На виконання наказу МОЗ України від 01.02.2019 №287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз» фахівцями центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України (далі – ЦКПХ) у 2024 році був проведений моніторинг з метою оцінки якості впровадження заходів з інфекційного контролю за туберкульозом в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) в розрізі адміністративно-територіальних одиниць.

В якості інструменту збору даних фахівцями ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (далі – Центр) була розроблена та доведена до відома ЦКПХ анкета моніторингу впровадження заходів з інфекційного контролю за туберкульозом (далі – Анкета). Анкета складається з 35 запитань, що охоплюють основні напрямки інфекційного контролю: адміністративний, інженерний та компонент респіраторного захисту.

Узагальнені результати моніторингових візитів

Інформацію про проведені моніторингові візити з питань інфекційного контролю за туберкульозом у 2024 році надали 24 області та місто Київ.

Загалом до Центру надійшли дані за результатами візитів до 922 ЗОЗ, з них:

- надкластерних – 45;
- кластерних – 68;
- загальних – 304;
- закладів первинної медичної допомоги – 447;
- центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – 6;
- стоматологічні та інші ЗОЗ – 52.

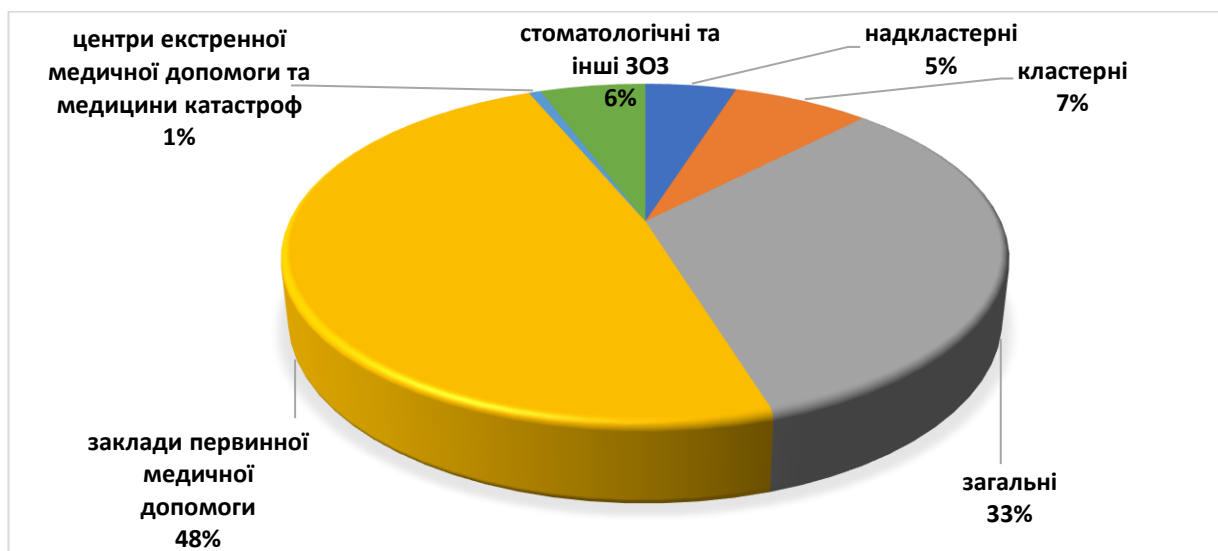


Рисунок 6.1. Розподіл ЗОЗ за рівнем надання медичної допомоги за результатами візитів у відсотках, 2024 р.

Кількість відвіданих закладів у регіонах варіювала від 5 до 93. Середній показник впровадження заходів інфекційного контролю за туберкульозом (далі – ІК ТБ) по Україні за 2024 рік (відповідно до Анкети) становить 61,7%. У порівнянні з 2022 та 2023 роками показник знизився. Це свідчить, в першу чергу, про зростання професійного рівня фахівців відділів інфекційного контролю (далі – ВІК) ЦКПХ та їх відокремлених структурних підрозділів, що забезпечило більш системний, відповідальний і якісний підхід до проведення моніторингових візитів, збору та обробки даних.

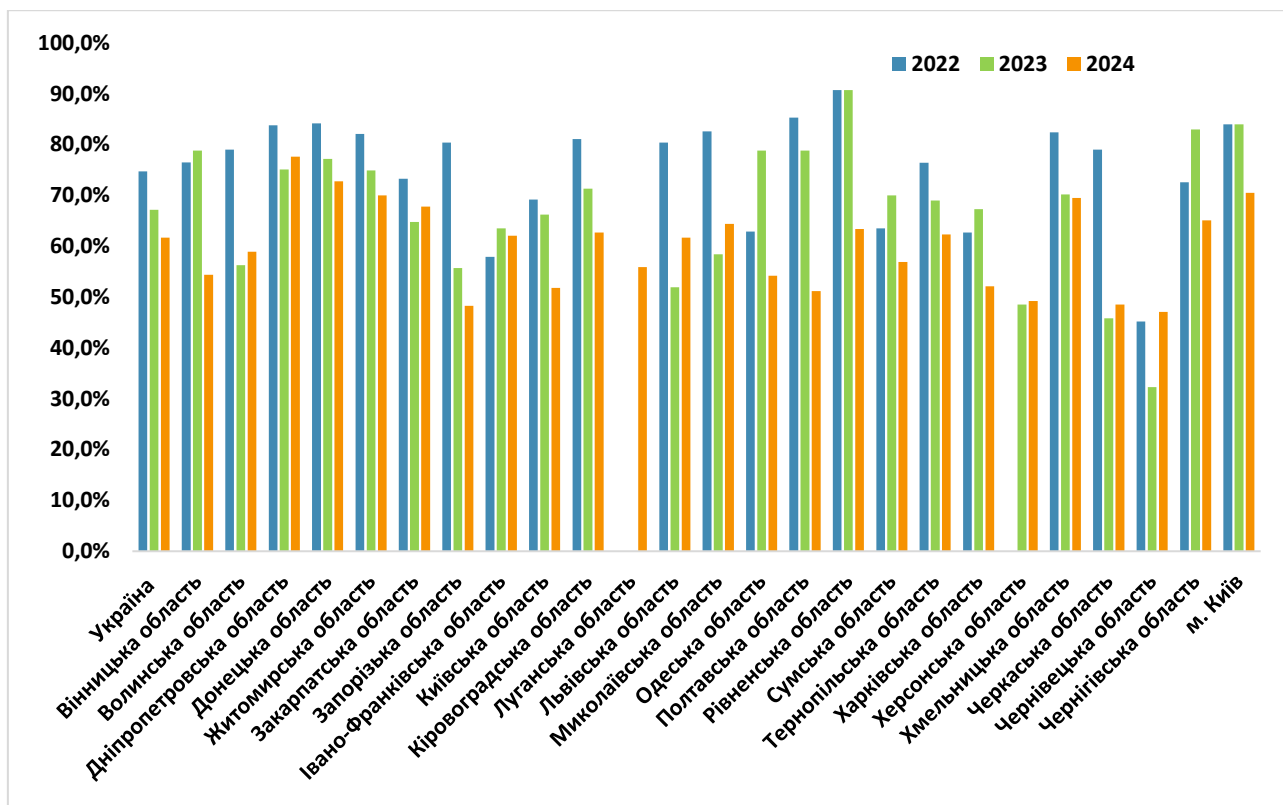


Рисунок 6.2. Рівень впровадження заходів з ІК ТБ у закладах охорони здоров'я України у 2022 - 2024 роках відповідно до Анкети у відсотках.

Аналіз отриманих даних

У 2024 році фахівцями центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) було здійснено моніторинг впровадження заходів з ІК ТБ у закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги. Основною метою оцінки було визначення рівня дотримання ключових компонентів ІК ТБ, включно з адміністративними заходами, інженерними рішеннями та засобами індивідуального захисту (ЗІЗ).

Адміністративний компонент

Першочерговим кроком впровадження адміністративних заходів ІК ТБ є створення ВІК відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1323/36945 (далі – Положення).

За результатами моніторингових візитів:

ВІК створено у 74,9% ЗОЗ, але лише 54% з них укомплектовані щонайменше на 75%. Лише 42,4% мають хоча б одного працівника на повну

ставку в складі ВІК. 66,3% працівників ВІК пройшли підготовку з ІК. 81,1% закладів мають затверджений план дій з ППК, що включає ІК ТБ. Проте лише 52,7% ЗОЗ провели розрахунок коштів, необхідних для реалізації цих планів. 60,3% проводили внутрішню оцінку впровадження ППК. 86% мають СОП на робочих місцях, але моніторинг дотримання їх здійснюється лише у 53,3% ЗОЗ.

Попри зазначені високі показники створення ВІК відповідно до вимог законодавства, заклади охорони здоров'я постійно відзначають дефіцит кадрового потенціалу і неможливість сформувавши ВІК, це ж наведено однією з основних перешкод впровадження ІК ТБ у звітах отриманих від самих ЦКПХ.

Причини недостатньої реалізації адміністративного компоненту:

- недостатній рівень управлінського пріоритету. Питання інфекційного контролю часто не входять до пріоритетів керівництва закладу. Відсутнє системне лідерство та співпраця на рівні адміністрації.

- кадрова нестача та відсутність чітких повноважень. Більшість ЗОЗ не має повноцінного штату ВІК, функції передаються «додатково» іншим працівникам.

- слабкий внутрішній моніторинг і контроль. Бракує механізмів контролю за виконанням планів ППК. Нерегулярні внутрішні аудити, відсутність зворотного зв'язку з персоналом. Невикористання індикаторів ефективності, передбачених у планах.

Заходи з ІК ТБ часто реалізуються епізодично, а не як частина сталої політики ЗОЗ. Не всі заклади мають локальні маршрути пацієнтів з ТБ, не узгоджують свої дії з ЦКПХ та первинною ланкою.

Для покращення ситуації необхідно:

- забезпечити укомплектованість ВІК відповідно чинного законодавства;

- проведення регулярних внутрішніх оцінок, аудитів, моніторингів;
- включення ППК до стратегічного планування розвитку закладу;
- запровадження мотиваційних та контрольних механізмів виконання планів ППК на рівні закладу.

Інженерний компонент

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та вимог національного законодавства, основними складовими інженерного компоненту ІК ТБ є вентиляція та УФБ-випромінювання. Інженерні заходи є одним з ключових елементів ефективного інфекційного контролю, спрямованих на зменшення ризику передачі збудника туберкульозу у закладах охорони здоров'я. Моніторинг 2024 року показав, що реалізація цього компоненту залишається недостатньою в багатьох ЗОЗ.

1. Приміщення для ізоляції пацієнтів

Лише 36,4% ЗОЗ мають окремі приміщення для очікування та прийому пацієнтів з підозрою на туберкульоз, що відповідають класу S (природна або механічна вентиляція з КПО >6). Лише 12,3% ЗОЗ мають приміщення, які відповідають вимогам ізоляції класу N:

- негативний тиск;
- підтверджений напрямок повітряного потоку;
- витяжна вентиляція >12;
- щільні двері, санвузол, ЗІЗ на вході та УФ- випромінювання.

2. Вентиляція

Більшість ЗОЗ використовують природну вентиляцію. Тільки 36,1% закладів мають визначені зони ризику, що є критичним для організації спрямованого повітрообміну та ізоляції.

3. Ультрафіолетове знезараження

28,3% закладів використовують екрановані УФ-бактерицидні опромінювачі (УФБО) у зонах високого ризику. 42,5% використовують відкриті УФБО, що потребує суворого контролю за режимом роботи. Лише 28,5% ЗОЗ проводять регулярне визначення ефективності УФ-ламп, а 37,2% визначають час знезараження відповідно до вимог наказу МОЗ №882.

4. Приміщення та інфраструктура для роботи з мокротинням

49,1% ЗОЗ мають обладнані кімнати або майданчики для збору мокротиння відповідно до вимог наказу МОЗ №287. 58,1% мають холодильники для тимчасового зберігання мокротиння. 75,9% забезпечені сумками-холодильниками для транспортування біоматеріалу.

5. Зовнішні зони та потоки

51,5% закладів облаштували зовнішні зони очікування з укриттям та сидінням, що дозволяє мінімізувати ризик інфікування в закритих приміщеннях. 66,3% реалізували розподіл потоків пацієнтів, що також є критичним для мінімізації перехресного інфікування.

Реалізація інженерного компоненту ІК ТБ є недостатньою через ряд спільних причин переважної кількості ЗОЗ, таких як:

- більшість ЗОЗ розташовані у старих будівлях, які були спроектовані без урахування вимог інфекційного контролю;
- обмежені можливості для реконструкції приміщень або встановлення вентиляційних систем без порушення основних функцій закладу;
- недостатнє розуміння важливості інженерного компоненту серед адміністрації ЗОЗ;
- висока вартість облаштування ізоляційних приміщень (особливо класу N) та встановлення систем механічної вентиляції з контрольованими параметрами;

- обмежене фінансування з місцевих бюджетів, оскільки інженерні заходи потребують капітальних вкладень, які не завжди передбачені в кошторисах ЗОЗ.

Рекомендації для посилення інженерного компоненту ІК ТБ:

- забезпечити ефективну вентиляцію згідно наказу МОЗ №287 через природні або механічні системи;
- забезпечити наявність УФБ-опромінювачів в усіх зонах високого ризику;
- здійснювати технічний контроль УФБ-опромінювачів;
- привести місця для збору та тимчасового зберігання мокротиння у відповідність до чинних вимог законодавства;
- забезпечувати правильне транспортування зразків;
- проводити зонування в закладах за рівнями ризику для оптимізації маршрутів пацієнтів і персоналу;
- навчати відповідальний персонал з експлуатації вентиляційних систем, УФ-опромінювачів та інженерних аспектів інфекційного контролю;
- інтегрувати інженерні заходи до стратегічного та фінансового планування діяльності закладів охорони здоров'я.

Компонент засобів індивідуального захисту (ЗІЗ)

Компонент засобів індивідуального захисту передбачає захист органів дихання (респіраторний захист) для зниження ризику вдихання та, відповідно, інфікування *M. tuberculosis*. Респіраторний захист впроваджується, як частина заходів ІК ТБ, а не окремо, оскільки сподівання лише на засоби індивідуального захисту може створити хибне відчуття безпеки та, як наслідок, збільшити ризик інфікування туберкульозом.

Стан реалізації згідно анкети:

89,5% ЗОЗ мають СОП з використання ЗІЗ органів дихання (респіраторів). 79,5% проводять розрахунок потреби в респіраторах, але лише 12,5% здійснюють фіт-тестування (перевірку герметичності посадки респіратора на обличчі). 87,1% ЗОЗ мають трьохмісячний запас респіраторів. 96% реалізують практику видачі масок пацієнтам/відвідувачам з ознаками інфекцій повітряного шляху. 89,9% персоналу обізнані з критеріями госпіталізації пацієнтів до спеціалізованих протитуберкульозних закладів. Інформаційні матеріали про респіраторну гігієну мають 94,3% закладів.

Лише кожен восьмий заклад проводить фіт-тест, що знижує ефективність навіть якісного респіратора через можливі витоки повітря. Бракує обладнання, реагентів або навченого персоналу для проведення тестування. Незважаючи на забезпеченість ЗІЗ, не у всіх закладах реалізовано контролю за їх використанням.

Рекомендовані рішення:

- впровадження регулярного фіт-тестування для медичних працівників, що контактують із пацієнтами з підозрою або підтвердженим туберкульозом;
- посилення інструктажів та навчання щодо правильного використання респіраторів, включно з демонстрацією;
- встановлення візуального контролю в зонах входу (наприклад, інформаційних табличок);
- включення ЗІЗ у внутрішній моніторинг ППК як одного з ключових індикаторів безпеки.

Висновки

За результатами проведеної роботи з впровадження ІК ТБ в закладах охорони здоров'я та проведених моніторингових візитів у 2024 році можна виділити наступні загальні проблеми та рекомендації для їхнього вирішення.

Основні проблеми:

- ВІК не укомплектований відповідно до наказу МОЗ № 1614 від 03 серпня 2021 року;
- недостатній розподіл фінансування для впровадження та підтримки заходів з ІК ТБ;
- неповна відповідність організаційних документів за напрямком ППК чинному законодавству та методичним рекомендаціям;
- нерегулярне проведення внутрішніх аудитів та відсутність системи оцінки ефективності;
- недостатнє впровадження політики стандартних операційних процедур;
- відсутність ізоляційних приміщень класу S та N в 63,6% і 87,7% ЗОЗ відповідно;
- неефективна вентиляція в приміщеннях для очікування та прийому пацієнтів, які мають підозру на захворювання з повітряним шляхом інфікування;
- відсутність належного впровадження та інструментального моніторингу за інженерним компонентом ІК ТБ;
- неналежне впровадження респіраторного захисту та відсутність організації фіт-тестування для медичних працівників.

Шляхи вирішення:

- запровадження мотиваційних та заохочувальних програм закладами охорони здоров'я для залучення нових кадрів та утримання наявних;

- організація та проведення навчання Центром для підготовки фахівців з ПІК в онлайн та офлайн форматах (з обов'язковим відпрацюванням практичних навичок, навчанні на місцях), в тому числі продовження підготовки з ПІК фахівців ВІК ЦКПХ та їхніх відокремлених структурних підрозділів;

- перегляд витрат на ІК ТБ, внесення у стратегічні плани та залучення альтернативних джерел фінансування закладами охорони здоров'я;

- уніфікація обов'язкових СОП відповідно до вимог чинного законодавства, включно з наказами МОЗ, рекомендаціями Центру та внутрішніми локальними протоколами. і системний контроль їх виконання в ЗОЗ;

- інтеграція інженерних рішень у реконструкцію закладів, впровадження контролю за вентиляцією та обслуговування УФ-опромінювачів на рівні закладу;

- проведення навчання з питань респіраторного захисту та використання респіраторів відповідно до затверджених СОП ВІК закладів;

- організація ЗОЗ регулярного фіт-тестування для працівників, що контактують із пацієнтами з підозрою або підтвердженим туберкульозом;

- впровадження системи моніторингу дотримання працівниками коректного використання ЗІЗ в закладах.

РОЗДІЛ 7. МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА

Аналіз ключових показників протитуберкульозної програми

1. Профілактика туберкульозу

У 2024 році зафіксовано позитивну динаміку у сфері профілактики:

- Охоплення щепленням дітей до 1 року досягло 92,8%, що перевищує цільовий показник програми.
- Скринінг контактних осіб залишився на стабільно високому рівні – 96,1%.
- Спостерігається суттєве покращення у тестуванні на латентну туберкульозну інфекцію (ЛТІ) серед ключових груп ризику — з 1,3% у 2023 році до 22,3% у 2024 році.

Проте охоплення профілактичними заходами все ще не досягло цільового рівня (95–100%), окрім охоплення контактних осіб.

2. Тягар епідемії туберкульозу

- Відзначено зниження захворюваності та смертності від ТБ, у тому числі ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

- Зменшилась частка МЛС/Ріф-ТБ серед нових і повторних випадків.

- Зросло охоплення лікуванням ЛС-ТБ до 55,5% та частка виявлення МЛС-ТБ (37,6%) серед розрахункової кількості, проте ці показники все ще далекі від орієнтиру 100%.

- Понад 97% пацієнтів були протестовані швидкими молекулярно-генетичними методами, що відповідає цільовим показникам.

- Натомість частка ТМЧ на фторхінолони знизилась до 86,8% (у 2023 – 97,1%) внаслідок переходу на отримання даних з електронної системи.

3. Ефективність медичної допомоги

Результати лікування продовжують покращуватись:

- Частка пацієнтів на амбулаторному лікуванні з першого дня перевищила орієнтир і становить 66,1%.
- Охоплення АРТ серед ВІЛ-позитивних хворих на ТБ становить 84,4%, що близько до цільового значення $\geq 90\%$.
- Успішне лікування випадків МЛС/ШЛС-ТБ зросло до 67,3%, однак ще не досягло цільового показника 85%.
- Втрати на етапі лікування (протягом перших 6 місяців) залишаються на рівні 6,2%, що вище рекомендованого рівня ($\leq 5\%$).
- Психосоціальна підтримка надавалась 81,1% пацієнтів — це перевищує цільовий показник $\geq 80\%$.

	Базове значення		Базове значення		Ціль
1. Профілактика					
ТБ 1.1 Охоплення профілактичним щепленням дітей до 1 року	2023	83,5%	2024	92,8%	90%
ТБ 1.2 Охоплення систематичним скринінгом на ТБ осередкових та близьких контактів з бактеріологічно підтвердженими випадками ТБ	2023	96,4%	2024	96,1%	100%
ТБ 1.3 Охоплення систематичним скринінгом на туберкульоз визначених груп ризику відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.	2023	76,7%	2024	82,9%	95%
ТБ 1.4 Охоплення осіб з визначених груп ризику послугами з діагностики латентної туберкульозної інфекції	2023	1,3%	2024	22,3%	95%
ТБ 1.5 Охоплення профілактичним лікуванням ТБ осередкових та близьких контактних осіб з хворими на туберкульоз	2023	79,1%	2024	80,4%	95%
ТБ 1.6 Охоплення профілактичним лікуванням ТБ дітей віком до 5 років з осередкових та близьких	2023	83,7%	2024	86,0%	95%

контактів з бактеріологічно підтвердженим випадком ТБ та успішне його завершення					
2. Тягар епідемії туберкульозу					
ТБ 2.1 Частка із МЛС/Ріф-ТБ серед нових випадків туберкульозу	2023	23,6%	2024	22,1%	зменшення
ТБ 2.2 Частка випадків із МЛС/Ріф-ТБ серед випадків ТБ повторного лікування	2023	35,8%	2024	31,8%	зменшення
ТБ 2.3 Кількість випадків туберкульозу з МЛС/Ріф-ТБ (MDR-TB, XDR), зареєстрованих у звітному періоді	2023	3924	2024	3645	7000
ТБ 2.4 Кількість випадків туберкульозу з МЛС/Ріф-ТБ (MDR-TB, XDR TB), що розпочали лікування препаратами другого ряду	2023	4241	2024	3912	7000
ТБ 2.5 Питома вага дитячого туберкульозу в загальній структурі захворюваності на туберкульоз	2023	3,2%	2024	2,3%	5%
ТБ 2.6 Рівень охоплення лікуванням усіх форм туберкульозу як частка від усіх розрахункових випадків лікарсько-чутливого туберкульозу (нові епізоди)	2023	47,7%	2024	55,5%	100%
ТБ 2.7 Рівень повідомлення про випадки Риф-ТБ та/або МЛС-ТБ як частка від усіх розрахункових випадків Риф-ТБ та/або МЛС-ТБ.	2023	30,8%	2024	37,6%	100%
ТБ 2.8 Відсоток зареєстрованих хворих на туберкульоз із документально підтвердженим ВІЛ-статусом	2023	99,4%	2024	98,8%	99%
ТБ 2.1 Кількість зареєстрованих випадків туберкульозу (нові випадки та рецидиви) серед загального населення. Показник на 100 тисяч населення.	2023	48,4	2024	44,2	66
ТБ 2.2 Кількість зареєстрованих смертей внаслідок туберкульозу серед загального населення. Показник на 100 тисяч населення.	2023	6,9	2024	6,1	7
ТБ 2.3 Захворюваність населення на коінфекцію (ТБ/ВІЛ) на 100 тисяч населення, абсолютна кількість.	2023	8,2	2024	6,8	17

ТБ 2.4 Смертність населення від коінфекції (ТБ/ВІЛ) на 100 тисяч населення, абсолютна кількість, відсоток від загальної кількості ТБ смертності	2023	1,6	2024	1,3	5,6
ТБ 2.9 Відсоток зареєстрованих випадків ТБ (нові випадки та рецидиви), які пройшли тестування за допомогою рекомендованих ВООЗ швидких діагностичних тестів	2023	95,2%	2024	97,7%	96%
ТБ 2.10 Відсоток хворих на туберкульоз з ТМЧ результатом принаймні на рифампіцин серед загальної кількості повідомлених (нових та повторного лікування) з бактеріовиділенням	2023	98,7%	2024	97,6%	99%
ТБ 2.11 Частка хворих на туберкульоз із МЛС/Ріф-ТБ (MDR-TB, XDR TB) із результатом ТМЧ на фторхінолон серед загальної кількості зареєстрованих випадків туберкульозу із МЛС/Ріф-ТБ (MDR-TB, XDR TB)	2023	97,1%	2024	86,8%	90%
3. Ефективність медичної допомоги					
ТБ 3.1 Відсоток пацієнтів, які розпочали лікування туберкульозу амбулаторно з першого дня	2023	63,4%	2024	66,1%	65%
ТБ 3.2 Відсоток ВІЛ-позитивних осіб, хворих на туберкульоз, які отримують АРТ під час лікування туберкульозу	2023	95,6%	2024	92,7%	93%
ТБ 3.3 Частка успішно пролікованих випадків з МЛС/Ріф-ТБ, пре-ШЛС-ТБ, ШЛС-ТБ	2023	63,2%	2024	67,3%	85%
ТБ 3.4 Частка успішно пролікованих всіх форм бактеріологічно-підтвердженого та клінічно діагностованого туберкульозу (нові епізоди)	2023	77,8%	2024	76,7%	85%
ТБ 3.5 Частка успішно пролікованих всіх форм бактеріологічно-підтвердженого та клінічно діагностованого туберкульозу з ВІЛ-інфекцією (нові епізоди)	2023	64,9%	2024	68,0%	75%

ТБ 3.6 Частка успішно пролікованих всіх форм бактеріологічно-підтвердженого та клінічно діагностованого туберкульозу (інші випадки повторного лікування)	2023	66,2%	2024	68,0%	85%
ТБ 3.7 Відсоток випадків туберкульозу з МЛС/Ріф-ТБ, пре-ШЛС, ШЛС-ТБ втрачених протягом перших шести місяців лікування	2023	5,8%	2024	6,2%	3-5%
ТБ 3.8 Охоплення лікуванням за допомогою модифікованих коротких повністю пероральних схем лікування (mSTR) (G)	2023	58,3%	2024	80,6%	80-90%
ТБ 3.9 Частка випадків МЛС/Ріф-ТБ, пре-ШЛС, ШЛС-ТБ, охоплених комплексною психосоціальною підтримкою при лікуванні ТБ	2023	62,5%	2024	81,1%	≥80%

Таблиця 2.1. Виконання індикаторних показників з туберкульозу у 2023-2024 роках.

Висновок

Загалом спостерігається позитивна динаміка у досягненні більшості програмних цілей.

Найбільших успіхів досягнуто у сфері профілактики, діагностики та соціального супроводу пацієнтів.

Основні виклики залишаються в напрямках:

розширення охоплення лікуванням ЛС/МЛС-ТБ,

поліпшення ефективності лікування,

зменшення рівня втрат пацієнтів та забезпечення стійкої прихильності до лікування.

Для подальшого прогресу необхідно продовжити зміцнення інтегрованих послуг, фокусуючись на якісному виявленні, орієнтованому на потребах пацієнта лікуванні та підтримці протягом усього періоду лікування.

Система моніторингу і оцінки заходів протидії туберкульозу є ключовим інструментом для забезпечення ефективності та результативності програм боротьби з ТБ. Вона дозволяє вчасно виявляти проблеми, оцінювати ефективність заходів, приймати обґрунтовані рішення та забезпечувати підзвітність перед всіма зацікавленими сторонами.

РОЗДІЛ 8. ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

У 2024 році безперервність лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз, була забезпечена завдяки залученню фінансування з донорських джерел, зокрема Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (далі – ГФ).

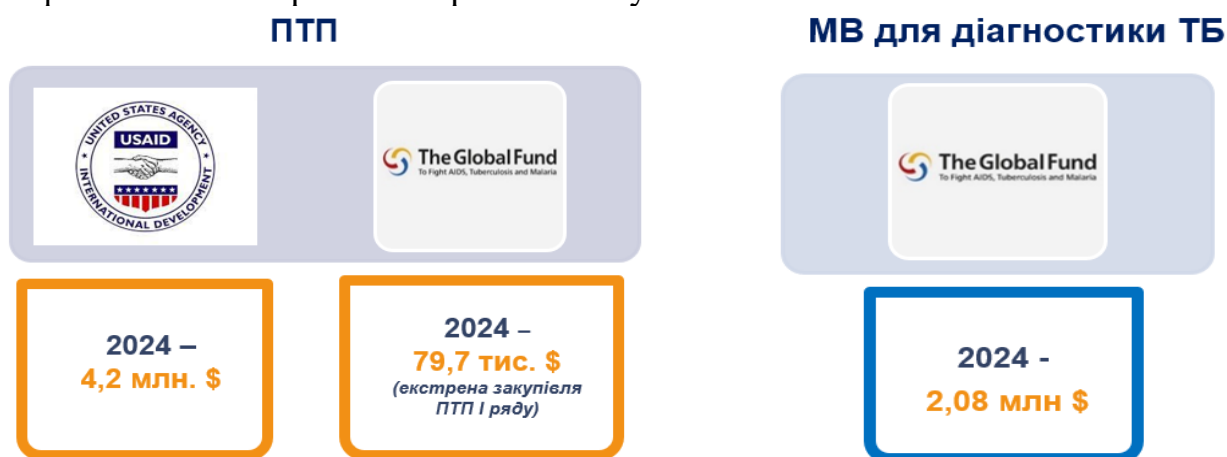
Для закупівлі протитуберкульозних препаратів (далі – ПТП) I та II ряду в рамках проекту USAID у 2024 році було виділено близько 4,2 млн. дол. США та близько 79,7 тис. дол. США для термінової закупівлі ПТП I ряду за кошти гранту ГФ.

Додатково в рамках донаційної програми USAID у 2024 році отримано 29 483 уп. ПТП Ізоніазид 300 мг/Рифапентин 300 мг на суму близько 323,2 тис. дол. США, що дозволило забезпечити іноваційний доступ до профілактичного лікування латентної туберкульозної інфекції.

Крім того у вигляді благодійної допомоги від партнерських організацій протягом 2024 року було отримано додаткові ПТП I ряду – Рифампіцин 150 мг, Піразинамід 500 мг, Етамбутол 400 мг – на загальну суму близько 2,4 млн. гривень, що також сприяло покращенню забезпечення безперебійного лікування пацієнтів.

Важливим доповненням стало і постачання в межах реалізації гранту ГФ лікарських засобів для лікування побічних реакцій на ПТП (19 найменувань), на загальну суму близько 68,7 тис. доларів США, що дозволило мінімізувати ризики припинення та перерви лікування туберкульозу.

Крім того, в рамках гранту ГФ було закуплено тести та витратні матеріали для діагностики туберкульозу на суму близько 2,08 млн доларів США, що забезпечило раннє виявлення захворювання, диференціацію форм туберкульозу та ефективний контроль за перебігом лікування.



На виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2022 № 1317 «Про функціонування інформаційної системи «Моніторинг соціально значущих хвороб» (далі – ІС СЗХ), керуючись абзацом 10 пункту 1 розділу VI, абзацом 9 пункту 6 розділу VII Статуту Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 липня 2022 року № 1164,

прийнято рішення щодо впровадження в промислову експлуатацію інформаційної системи «Моніторинг соціально значущих хвороб» (далі – ІС СЗХ). На національному та обласному рівнях відповідальні особи за ведення ІС СЗХ, які визначені на рівні закладів, здійснюють моніторинг залишків та використання ПТП. Розрахунок потреби в ПТП проводиться з використанням сучасної системи моніторингу та управління протитуберкульозними препаратами Quan-TB, що є одним із кращих міжнародних інструментів для розрахунку потреби в ПТП, реалізації нових рекомендації та здійснення аналізу динаміки використання ПТП.

Таким чином, наразі в Україні забезпечено усі умови щодо доступу пацієнтів до сучасних підходів лікування та діагностики туберкульозу, які рекомендовані ВООЗ.

РОЗДІЛ 9. ВИСНОВКИ

Сьогодні протитуберкульозна служба і вся країна мужньо дає відсіч новим викликам, яких зазнає Україна через повномасштабну війну російської федерації проти України. Ворог безжально руйнує людські життя, наносить значних збитків та руйнівних пошкоджень системі охорони здоров'я. На стійкість програм продовжують суттєво впливати такі негативні явища як втрата кадрового потенціалу, руйнування будівель медичних закладів, пошкоджене медичне та діагностичне обладнання, порушення логістичних маршрутів. Попри це, долаючи наявні труднощі, пов'язані з наслідками військової агресії проти України, протитуберкульозна служба та неурядові організації продовжують ефективно працювати, а наші пацієнти продовжують отримувати необхідні медико-соціальні послуги.

Протягом усього року велася інтенсивна робота в багатьох напрямках з протидії викликам і загрозам, що виникли, і в деяких питаннях спостерігаються позитивні зміни. Багато наших досягнень вже знайшли своє відображення на практиці.

Ми продовжуємо впроваджувати важливі реформи у сфері охорони здоров'я, спрямовувати дії в напрямку сучасних підходів у профілактиці, діагностиці та лікуванні туберкульозу, у формуванні державної політики. Насамперед, це стосується відмови від застарілих методів виявлення ТБ, а також суттєвого скорочення терміну лікування. Завдяки новим коротким режимам лікування, які впроваджуються за координації відділу управління та протидії туберкульозу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» ми безупинно продовжуємо покращувати якість надання медичної допомоги, яка сфокусована саме на потребах людини, хворої на ТБ.

Станом на сьогодні в масштабах країни забезпечено безперервність доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки ефективному менеджменту та проведенню своєчасної закупівлі лікарських засобів і виробів медичного призначення та їх постачання в регіони у тісній співпраці з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

СТРАТЕГІЧІ ДОСЯГНЕННЯ В СФЕРІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

В Україні сформована чітка державна політика стосовно подолання ТБ, що постійно удосконалюється та реагує на виклики часу і політичні зобов'язання.

Одним із основних досягнень розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню у 2023 році було прийняття та набрання чинності Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні» (далі - Закон), як важливого та послідовного кроку для формування державної політики.

На законодавчому рівні закладено зміну концептуального підходу від протидії до подолання ТБ відповідно до Глобальної стратегії боротьби з ТБ ВООЗ.

З набранням чинності Закону значно посилилася позиція України на міжнародній арені як держави, яка запроваджує людино-орієнтовані підходи та політики, що відповідають європейській системі цінностей, що особливо важливо в часи боротьби з агресором на шляху до перемоги та до Європейського союзу. Законом підсилюється координаційна роль регіональних фтизіопульмонологічних центрів, зміцнюються державні гарантії лікування для людей, які хворіють на ТБ, посилено соціальний захист медичних працівників, використано дестигматизуючу, засновану на правах людини термінологію, створюються умови для навчання здобувачів освіти, зокрема дітей, які хворіють на ТБ, та інше.

Оновлено Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз» (наказом МОЗ України № 102 від 19.01.2023). Україна першою в Європейському регіоні ВООЗ оновила національні стандарти з надання медичної допомоги при ТБ відповідно до останніх новітніх рекомендацій ВООЗ. Чому це важливо? – Забезпечення швидкої адаптації і впровадження стандартів допомоги відповідно до рекомендацій ВООЗ сприятиме можливості для людей в усьому світі мати рівний доступ до інноваційного та більш сучасного лікування. І насамперед, це важливо для України, адже повномасштабна війна спричинила міграційну кризу і ми дбаємо про те, щоб наші громадяни мали можливість лікуватися за сучасними підходами незалежно від того, де вони перебувають.

Впроваджено інноваційні режими лікування ВРaLM/ВРaL в рамках рутинного програмного використання, завдяки яким тривалість лікування лікарсько-стійкого туберкульозу скорочується майже втричі, а також підвищуються шанси успішного одужання. Ці режими містять інноваційний препарат Претоманід, завдяки якому тривалість лікування суттєво скорочується. В Україні вже забезпечено доступ до цього препарату, проте для глобальної відповіді на туберкульоз, важливо щоб всі країни світу гарантували безперервний доступ до препарату Претоманід, і, що не менш важливо, за прийнятними цінами. Наразі, вартість препарату в різних країнах відрізняється в десятки разів, і це створює бар'єри доступу і його обмежене використання, тому

ми маємо об'єднати зусилля для того, щоб вартість препарату була справедливою.

Стигма та дискримінація – основні бар'єри доступу до медичної допомоги. В Україні з метою комплексного підходу до вирішення проблеми стигми та дискримінації проведено національне дослідження щодо визначення рівня стигми. За результатами цього дослідження розроблено план подолання стигми, а також Інформаційну стратегію з ТБ включно з заходами для вирішення цих питань. Попри це, з метою формування та розвитку дестигматизуючої, заснованої на правах людини та гендерно-чутливої мови спілкування про всі аспекти туберкульозу, наразі в Україні впроваджуються Національні рекомендації дестигматизуючої термінології у сфері протидії туберкульозу, до онлайнкурсів для медиків включені питання толерантного ставлення до людей з ТБ. На рівні медичних закладів впроваджується «Політика запобігання і подолання стигми і дискримінації у медичних закладах», яка є необхідною складовою для отримання державного фінансування в межах Програми медичних гарантій.

Важливим аспектом є вирішення соціальних та фінансових проблем людей та сімей.

Україна на шляху вирішення соціальних та фінансових проблем людей та сімей. У 2023 році держава вперше розпочала надавати медико-соціальні послуги людям з туберкульозом за кошти державного бюджету, підґрунтям для чого прийнята відповідна нормативно-правова база:

1) наказ МОЗ України від 04.04.2023 № 632, «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», зареєстрований у Міністерстві юстиції від 01.06.2023 №915/39971;

2) наказ МОЗ України від 13.04.2023 №692 «Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12 червня 2023 р. за № 973/40029;

3) наказ МОЗ України від 11.08.2023 № 1444 "Про затвердження Граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом".

Міністерство охорони здоров'я України, не зважаючи на складну економічну ситуацію, здійснило безпрецедентний крок щодо підтримки людей, які отримують лікування від туберкульозу, виділивши кошти в рамках програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». При цьому забезпечено нормативно-правове врегулювання для державної стійкості цього напрямку – затверджено пакет відповідних документів з урахуванням рекомендацій ВООЗ.

Послуги медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом спрямовані на формування прихильності до лікування у пацієнтів з туберкульозом, утримання їх на лікуванні та мінімізації ризиків втрати для подальшого спостереження, що є важливим фактором покращення результатів лікування. Адже пацієнти, які отримують такі послуги, частіше завершують

повний курс лікування та не мають епізодів пропусків прийому протитуберкульозних препаратів. Особливого значення надання цих послуг набуло в умовах дії воєнного стану, коли пацієнти з туберкульозом стикнулися з проблемою внутрішнього переміщення, втрати роботи, зниження якості життя, збільшення психологічного навантаження тощо.

Медико-соціальний супровід або підтримуюче лікування довело свою високу ефективність в рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Нажаль, цей підхід не знайшов свого відображення в програмах усіх країн, тому не лише люди з ТБ в Україні, а також всіх інших національностей в усьому світі не отримують належного доступу до послуг медико-соціального супроводу. Саме тому, ми наполегливо звертаємо увагу на важливість включення медико-соціальних послуг до національних програм громадського здоров'я, як це зробила Україна, навіть в умовах обмеженого бюджету у зв'язку з війною проти України.

Забезпечення доступу до виявлення та діагностики ТБ

Захворюваність на ТБ в Україні займає 4 місце в Єврорегіоні і наша країна включена до переліку країн високого пріоритету ВООЗ щодо лікарсько-стійкого ТБ. За оцінками експертів, існують ризики суттєвого підвищення рівню захворюваності.

Внаслідок воєнних дій, часткової окупації та атак на систему охорони здоров'я в ряді регіонів, де обмежений через війну доступ до медичної допомоги, зафіксовано зменшення рівня реєстрації випадків ТБ в низці регіонів. В той же час, частина територій України окуповані росією, тому інформація щодо наявного доступу до сучасного лікування на тих територіях є недоступною. За попередніми даними без лікування можуть залишатися більше 300 людей з чутливим та більше 300 людей зі стійким туберкульозом.

Таким чином, одним із важливих напрямків діяльності національної ТБ програми є налагодження роботи щодо виявлення ТБ серед ВПО як групи підвищеного ризику захворювання на ТБ. З цією метою вже нормативно врегульовано визначення ВПО як групи підвищеного ризику захворюваності на ТБ, реалізуються національні рекомендації щодо скринінгу та виявлення ТБ серед ВПО, проводиться постійний моніторинг інформації, узагальнюються кращі практики, залучаються ресурси міжнародної технічної допомоги.

Ще одним важливим напрямком є забезпечення широкого доступу до швидкого виявлення пацієнтів з туберкульозом, і в цьому напрямку Україна повністю перейшла на діагностику за допомогою молекулярно-генетичних тестів відповідно до рекомендацій ВООЗ. Нормативно це врегульовано положеннями нового Стандарту надання медичної допомоги при ТБ. У результаті широкого впровадження цього методу ми отримали можливість ставити правильний діагноз людям в терміни до 3-х днів замість місяця, що сприяє призначенню ефективного лікування у більш короткі терміни, а значить - більше можливостей для успішного завершення і врятовані життя українців.

У заклади, що здійснюють виявлення туберкульозу інстальовано 284 системи GeneXpert, на рівні районів 172 системи, підтримується логістика біологічного матеріалу. Неукомплектованими системами GeneXpert лише лабораторії, що знаходяться на тимчасово окупованих територіях.

Разом із тим, одним з пріоритетних є питання забезпечення безперервності лікування та діагностики туберкульозу, вчасних поставок протитуберкульозних препаратів, витратних матеріалів для діагностики туберкульозу та їх подальшого розподілу, доставки до закладів охорони здоров'я в умовах реагування на виклики, пов'язані зі збройною агресією росії проти України. Внаслідок збройних атак росією порушуються логістичні маршрути доставки біологічного матеріалу для діагностики туберкульозу та доставки ліків. Адже своєчасне виявлення джерела інфекції та ефективне лікування – запорука подолання туберкульозу та досягнення взятих зобов'язань в рамках прийнятої на Зустрічі високого рівня Генеральної Асамблеї ООН в 2018 році Політичної декларації з питань боротьби з туберкульозом відповідно до Цілей Розвитку Тисячоліття щодо ліквідації недуги до 2030 року.

Забезпечення доступу до сучасного інноваційного лікування.

Україна впродовж багатьох років демонструвала лідерство щодо забезпечення доступу до сучасних інноваційних ліків, що і надалі залишається нашим пріоритетом, незважаючи на вплив війни.

З державного бюджету на закупівлю протитуберкульозних препаратів виділено 18,4 млн доларів США.

Здійснена реєстрація всіх сучасних лікарських засобів для лікування лікарсько-стійкого ТБ (Bdq, Cfz, Dlm, Pretomanid), номенклатурний перелік містить дитячі препарати для лікування медикаментозно-стійкого туберкульозу.

Нормативно врегульовано реєстрацію лікарських засобів в Україні за процедурою прискореної реєстрації ВООЗ.

Міністерство охорони здоров'я України щорічно проводить огляд та актуалізацію номенклатури протитуберкульозних препаратів.

До початку війни проти України фінансування на закупівлю препаратів для лікування МЛУ-ТБ: у цивільному секторі потреби на 100% покривалися за рахунок коштів державного бюджету; в пенітенціарному секторі потреби на 100% покривалися за рахунок коштів державного бюджету та за рахунок коштів Глобального фонду до 2022 року; станом на сьогодні всі ліки покриваються за рахунок коштів Глобального фонду.

З введенням в дію наказу МОЗ від 19.01.2023 №102 «Про затвердження стандартів в охороні здоров'я туберкульозі» в країні розпочалося повномасштабне програмне впровадження наднових інноваційних коротких схем лікування як чутливого, так і лікарсько-стійкого туберкульозу. Реалізуючи принципи людино орієнтованого підходу в наданні медичної допомоги людям з туберкульозом, Україна першою в Європейському регіоні привела національні стандарти медичної допомоги при туберкульозі у відповідність до найостанніших рекомендацій ВООЗ 2022 року та забезпечила людям з

туберкульозом лікування за найновішими, найефективнішими схемами, яке триває тепер лише від 4 до 9 місяців, замість 6-20 місяців. Це вагоме досягнення на шляху подолання туберкульозу.

Україна є одним із лідерів впровадження інноваційних модифікованих короткострокових режимів лікування мультирезистентного ТБ (мКРЛ), а також інноваційного режиму лікування ВРaL.

В цілому, Україною вжито комплекс ефективних, дієвих заходів, щодо покращення якості надання медичної допомоги людям з туберкульозом.

Запровадження Механізму багатосекторальної підзвітності (MAF-TB).

Україна демонструє лідерство в створенні політично сприятливого середовища для подолання ТБ, для цього було прийнято в цьому році новий Закон про подолання ТБ, яким, зокрема, передбачається багатогалузева та багатосекторальна співпраця та вводиться відповідний термін.

Багатогалузевий і багатосекторальний підхід до подолання туберкульозу – спосіб організації державних заходів щодо подолання туберкульозу, при якому сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення поділена між центральними та відповідними місцевими органами виконавчої влади, які безпосередньо не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), і є керованою іншими відомствами (у сфері соціального захисту, освіти, охорони довкілля, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, виконання покарань і пробації, внутрішніх справ тощо).

Подолання туберкульозу залежить від консолідованої співпраці центральних міністерств та відомств та відповідними місцевими органами виконавчої влади не тільки медичної галузі, а й сфери соціального захисту, освіти тощо.

Таким чином, в основні засади державної політики у сфері подолання туберкульозу закладено багатогалузеву та багатосекторальну співпрацю.

Згідно з новим Операційним керівництвом ВООЗ з адаптації та впровадження Механізму багатосекторальної системи підзвітності щодо ліквідації ТБ, що було опубліковано напередодні ЗВР ООН з ТБ у вересні 2023 року, визначено 10 ключових кроків для адаптації та впровадження Механізму багатосекторальної підзвітності для прискорення прогресу у ліквідації ТБ на національному та місцевому рівнях.

Орієнтуючись на ці кроки та враховуючи національний контекст, зокрема, понад дворічну повномасштабну війну проти України, розроблено відповідний Алгоритм впровадження МБВП-ТБ в Україні (далі – Алгоритм). Алгоритмом систематизовано та формалізовано роль всіх зацікавлених сторін у сфері боротьби з ТБ, прописано чіткі етапи та кроки впровадження МБВП-ТБ в Україні, а також завдяки впровадженню регулярних оглядів посилено увагу до питань ТБ на високому державному рівні. Реалізація запропонованих Алгоритмом кроків не вимагає залучення додаткових фінансових ресурсів.

Очікується, що впровадження МБВП-ТБ в Україні відповідно до Алгоритму сприятиме покращенню співпраці та залучення дотичних органів та секторів до протитуберкульозної діяльності, що створить необхідну основу як для посилення національних заходів у відповідь на ТБ, так і для виконання взятих на себе країною зобов'язань та досягнення цілей Політичної декларації ЗВР ООН з питань ТБ.

Національна рада з питань протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу — постійний консультативно-дорадчий орган при Кабінеті Міністрів України, який має повноваження підтримувати координацію мультисекторального реагування на ТБ на національному рівні. Вона була офіційно призначена для координації мультисекторальних заходів із протидії ТБ в Україні та надавала значну підтримку в проведенні оцінювань у рамках МАФ-ТБ та розробленні дорожньої карти.

Розвиток потенціалу громадянського суспільства та взаємодія у подоланні туберкульозу.

Протягом останніх років політика держави та національної програми спрямована на розвиток потенціалу громадянського суспільства та спільнот, розбудову партнерства. Залучення представників неурядового сектору є важливою складовою у процесі формування протитуберкульозної політики, зокрема у контексті удосконалення правового середовища, надання послуг соціального супроводу для людей з ТБ, а також інформаційних кампаній, спрямованих на зміну громадської думки для подолання стигми.

На сьогоднішній день є сформоване партнерство як з регіональними організаціями громадянського суспільства, так і на рівні держави, зокрема через постійно діючу робочу групу з координації виконання Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу до 2030 роки при Центрі громадського здоров'я та Платформу «Партнерство Зупинимо Туберкульоз. Україна», яка на сьогодні об'єднує понад 75 організацій громадянського суспільства.

Така взаємодія сприяє масштабуванню та впровадженню людино орієнтованих підходів з охопленням найуразливіших груп населення, що у результаті сприятиме створенню умов рівного доступу до медичної та соціальної допомоги у протидії ТБ.

Впровадження цифрових технологій на рівні організацій спільнот.

Україна є передовою країною у підтримці розвитку та впровадження моніторингу на рівні спільнот, зокрема, через інноваційні цифрові технології. Така безпрецедентна підтримка дозволила організаціям, що працюють з людьми з ТБ, запровадити наймасштабніший у регіоні моніторинг силами спільнот. Через цифрові рішення ReACT та OneImpact з'явилася можливість від пацієнтів, лікарів та оточення людей з ТБ швидко отримувати інформацію про наявні бар'єри у доступі до послуг для людей з ТБ та оперативно на них реагувати, тим самим підтримуючи прихильність до продовження лікування. Отримані дані також сприяють удосконаленню нормативної бази

ВИКЛИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЙНОЮ І ВІДПОВІДІ НА НИХ

Основний виклик – збройна агресія російської федерації проти України, яка надзвичайно негативно вплинула на всі сфери життя українців.

Критичних змін зазнала і галузь протитуберкульозної допомоги:

- пошкодження закладів охорони здоров'я, що надають допомогу людям з туберкульозом, у 15 областях України, серед цих регіонів не тільки прикордонні області з росією, а й по всій території України;
- підлив дамби Каховської ГЕС та екологічна катастрофа у Херсонській області, загрози рф щодо радіаційного забруднення Запорізької області;
- нерівномірне навантаження на систему охорони здоров'я в регіонах та міграція медиків і пацієнтів (найбільше ТБ-закладів постраждали на сході та півдні, більшість ВПО шукають притулку на заході);
- загроза поширенню інфекційних захворювань, в тому числі туберкульозу, через скупчення людей в сирих укриттях, недостатнє харчування та постійні стреси, за даними 6 міс 2023 року ми вже відмічаємо зростання захворюваності на ТБ на 13%;
- акцент медичної допомоги зміщується на травми, рани, опіки, переломи тощо;
- відсутність або обмеження громадського транспорту стало бар'єром для пересування та доступу до медичних закладів; близько 20% населення України мають обмежений доступ до медичної допомоги;
- підвищився ризик переривання лікування: доступ до ліків і медичних працівників обмежений або відсутній у районах, де тривають запеклі бої, частина пацієнтів перебувають на тимчасово окупованих територіях або на території рф (за оціночними даними близько 300 людей з лікарсько-стійкими формами ТБ можуть мати обмежений доступ до лікування на окупованій росією території);
- порушення ланцюгів і систем постачання ліків;
- відсутність достатнього контролю за прийманням протитуберкульозних препаратів, відсутність належного моніторингу за лікуванням, що може призвести до невиліковування ТБ і його подальшого поширення;
- недостатнє фінансування протитуберкульозних послуг;
- необхідність в дорогому обладнанні для повноцінних діагностичних послуг на базі ТБ-служби.

НАШІ ПЛАНИ

Продовжити впровадження реформи системи охорони здоров'я, включно із протитуберкульозною службою. При цьому ми робимо фокус на амбулаторні моделі надання медичної допомоги при ТБ – кожен другий пацієнт починає лікуватися амбулаторно (65%) з першого дня, значно оптимізовано ліжковий фонд протитуберкульозних закладів. Проте

проблемою залишається відновлення матеріально-технічної бази через ворожі атаки та оснащення закладів. Ми вдячні країнам за допомогу, яка надається для посилення спроможності медичної системи.

Усунення нормативних та правових бар'єрів у сфері подолання ТБ шляхом підготовки проєктів НПА на виконання Закону про подолання ТБ.

Покращення якості надання медичної допомоги при ТБ із проведенням регулярного аналізу досягнення основних індикаторів якості надання медичної допомоги з урахуванням положень Стандартів медичної допомоги при ТБ та вжиттям управлінських дій.

Впровадження людино-орієнтованих підходів є основою всієї діяльності в країні, проте залишаються невирішеними базові речі, такі як відновлення житла, доступ до тепла, світла, до медичної допомоги.

Сприяння фінансуванню протитуберкульозної допомоги в повному обсязі з урахуванням безпрецедентної фінансової безповоротної допомоги, яку ми отримуємо від донорів. Зокрема, Глобальний фонд виділив додатково для ресурсів державного бюджету більше 50 млн доларів США для сталого доступу до послуг в умовах поточних викликів.

Налагодження транскордонного співробітництва, адже через міграційну кризу більше 7 млн українців виїхали за кордон. Найбільшу кількість хворих виявлено у Молдові, Чехії, Польщі, Німеччині, ми дякуємо цим країнам за прихисток та турботу за наших людей в складні часи. Разом з Євро ВООЗ ми налагодили обмін даними з кожною країною, проте необхідно продовжувати працювати в цьому напрямку, щоб жоден хворий не залишився поза увагою медичних систем, подолання стресу, при цьому люди стикаються з низкою бар'єрів у доступі до медичної та соціальної допомоги за кордоном (від мовних бар'єрів до недостатньої інформації як звернутися за медичною допомогою, складністю процедури отримання ліків, не завжди системи охорони здоров'я орієнтовані на виявлення та лікування ТБ, адже в Європі ця хвороба зустрічається значно рідше, ніж в Україні).

Розвиток досліджень та доказових інноваційних підходів до подолання ТБ. Ми відкриті новим ініціативам, для цього маємо потужний потенціал науковців та дослідників і вже займаємо лідерську позицію у впровадженні досліджень з новими короткими схемами.

Реалізація багатосекторального підходу із залученням міністерств, відомств, різних секторів, громадськості до подолання ТБ, з удосконаленням координаційної та управлінської ролі МОЗ України у сфері ТБ на центральному рівні, включаючи делегування додаткових управлінських обов'язків центральному підрозділу НПТ. Цей вектор закріплений на законодавчому рівні, для цього у нас створений та ефективно працює національний механізм – Національна рада з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

УКРАЇНА ПЕРЕМОЖЕ!