

# **Операційне дослідження дотримання стандартів медичної допомоги хворим на ТБ, в тому числі на ЛС-ТБ, в Україні**

## **Звіт дослідження**

Підготовлено для: **Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»**

Виконавець: **Марія Долинська, кандидат медичних наук, доцент**

Контактна особа: **Тетяна Яблоновська, (050) 357 2023**

Дата: **21 червня 2023 р.**

**Зміст**

<b>ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА СКОРОЧЕННЯ</b>	3
<b>АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	5
<b>МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	6
Мета дослідження	6
Ціль дослідження	6
Завдання дослідження	6
Дизайн дослідження	7
Цільова група дослідження	7
Об'єкт дослідження:	8
Інструменти дослідження:	9
<b>РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО ЕТАПУ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	9
Розділ 1. Клініко-демографічні дані	9
Розділ 2. Основні відрізки континуума послуг з ТБ	9
Розділ 3. Госпіталізація до неспеціалізованих лікувальних закладів вторинного рівня з проявами, з приводу яких пізніше був встановлений діагноз туберкульозу	19
Розділ 4. Супутні захворювання та чинники ризику	20
Розділ 5. Ведення випадків МЛС-ТБ	23
Розділ 6. Ведення випадків ко-інфекції ВІЛ/ТБ	26
Розділ 7. Ведення ТБ у дітей	28
Розділ 8. Ведення випадків позалегенового та міліарного ТБ	30
Розділ 9. Ведення туберкульозу у пацієнтів на ЗПТ	30
Розділ 10. Ведення туберкульозу у пацієнтів з гепатитом В	31
Розділ 11. Ведення туберкульозу у пацієнтів з гепатитом С	31
Розділ 12. Паліативне лікування	31
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ІНТЕРВ'Ю З МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ</b>	32
Розділ 1. Зміни у стандартах медичної допомоги при туберкульозі	33
Розділ 2. Діагностика і лікування МЛС-ТБ	37
Розділ 3. Діагностика і лікування генералізованих і позалегенових форм ТБ	37
Розділ 4. Діагностика і лікування туберкульозу у дітей	38
Розділ 5. Коментарі до кількісного етапу дослідження	38
<b>ВИСНОВКИ</b>	45
Додаток 1. Анкета для збору інформації з медичної документації з медичної картки амбулаторного пацієнта (або з історії хвороби стаціонарного пацієнта)	48
Додаток 2. Гайд для проведення глибинних інтерв'ю з експертами	58
Додаток 3. Результати збору інформації з медичної документації з медичної картки амбулаторного пацієнта (або з історії хвороби стаціонарного пацієнта) за областями	62

**ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА СКОРОЧЕННЯ**

<b>АРТ</b>	антиретровірусна терапія
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>Вибіркова сукупність</b>	сукупність одиниць дослідження, відібраних із генеральної сукупності за певними правилами з метою репрезентації генеральної сукупності за певними ознаками
<b>ВШ</b>	відношення шансів
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>Гайд</b>	Сценарій для проведення глибинних інтерв'ю
<b>Генеральна сукупність</b>	сукупність усіх одиниць дослідження із заданими характеристиками, які планується вивчати при проведенні дослідження
<b>ДІ</b>	95% довірчий інтервал
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ЗПТ</b>	замісна підтримувальна терапія
<b>ЛТІ</b>	Латентна туберкульозна інфекція
<b>ЛС-ТБ</b>	лікарсько-стійкий туберкульоз
<b>МЛС-ТБ</b>	ТБ з множинною лікарською стійкістю
<b>МОЗ України</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>НАН</b>	Національна Академія Наук
<b>НУО</b>	неурядові організації
<b>ООН</b>	Організація Об'єднаних Націй
<b>СНІД</b>	синдром набутого імунодефіциту
<b>СВІС</b>	синдром відновлення імунної системи
<b>ТБ</b>	Туберкульоз
<b>ТВГІ</b>	тест вивільнення гамма-інтерферону
<b>Центр</b>	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
<b>ЦЛКК</b>	центральна лікарсько-консультативна комісія
<b>ШЛС-ТБ</b>	туберкульоз з широкою лікарською стійкістю



**PEPFAR**

Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД

**UNAIDS**

Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД, або ЮНЕЙДС – об'єднання органів ООН, створена для всебічної, скоординованої боротьби в глобальному масштабі з епідемією ВІЛ і СНІДу та її наслідками.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протидія захворюванню на туберкульоз (ТБ) в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. Питання подолання функціональних недоліків у системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню визначено пріоритетним напрямком діяльності Уряду.

Зокрема, Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів на період до 2030 року актуалізує увагу на доцільності швидкого реформування підходів до надання протитуберкульозної допомоги населенню в Україні, в т.ч. шляхом впровадження та розширення застосування інноваційних методів діагностики та лікування туберкульозу з урахуванням наявного в країні та передового світового досвіду, принципів доказової медицини, за умови зміни моделей фінансування та координації зусиль медичної спільноти і громади з формуванням відповідального ставлення держави та суспільства.

Однією із стратегічних цілей Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів на період до 2030 року є підвищення ефективності лікування від усіх форм ТБ, зокрема лікарсько-стійкого туберкульозу (ЛС-ТБ), на понад 90% порівняно з 2015 роком та зниження смертності від ТБ на 90% порівняно з 2015 роком. Виконання такої амбітної цілі вимагає гнучкості у прийнятті рішень, своєчасного та об'ґрунтованого внесення змін до нормативних документів, які регулюють надання послуг, пов'язаних з ТБ, в умовах державного фінансування, удосконалення традиційних підходів до надання медичних послуг при ТБ.

Проте, станом на початок 2021 року головні епідеміологічні показники щодо туберкульозу демонструють низку несприятливих тенденцій. Передусім, на тлі пандемії COVID-19 намітилася тенденція до недостатнього виявлення туберкульозу. У 2020 р. в Україні зареєстровано 17 593 випадки захворювання на активний ТБ, включно із рецидивами. У розрахунку на 100 000 населення показник захворюваності становив 42,2, що на 29,8% менше, ніж у попередньому році. Було виявлено 3820 випадків туберкульозу із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ), що на 35,5% менше, ніж у 2019 р. Натомість, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) за 2019 рік, оціночний рівень захворюваності в Україні становить 34 000 випадків (22 000–48 000), або 77 на 100 000 населення (від 50 до 110), тож існує проблема недостатнього рівня виявлення туберкульозу.

Друга проблема пов'язана з недостатньою ефективністю лікування туберкульозу і, ще більшою мірою, ЛС-ТБ. Ефективність лікування вперше виявлених випадків туберкульозу в когорті 2019 року становила 79,6% при цільовому показнику ВООЗ 85%. Показник ефективності лікування МЛС-ТБ в Україні у когорті 2019 року становив 51% (в європейському регіоні – 58,6%, в середньому у світі – 57%). Показник ефективності лікування туберкульозу із широкою лікарською стійкістю (ШЛС-ТБ) в Україні становив 34,4%, (в європейському регіоні – 43%, у світі – 47%). Основними причинами низької ефективності лікування МЛС-ТБ в Україні є високий показник невдачі лікування, втрата з подальшого спостереження та смертність (17,9, 15,5 та 15,2% відповідно). Несприятливе значення низької ефективності лікування МЛС-ТБ підсилюється тим, що з 2014 р. Україну включено до переліку країн світу з найвищим тягарем МЛС-ТБ.

Однією з причин недостатньої ефективності лікування туберкульозу є незадовільна тривалість та недотримання стандартів впродовж діагностичного процесу. Зокрема, за результатами дослідження «Причини пізнього виявлення мультирезистентного туберкульозу та планування втручань для зменшення поширення генералізованих форм туберкульозу»<sup>1</sup>, проведеного у 2019 році ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка» Інституту соціології НАН України на замовлення ЦГЗ МОЗ України, тривалість часового проміжку від звернення на первинну ланку медичної допомоги до перенаправлення в протитуберкульозну службу коливалася від 11,3 днів у Херсонській області до 17,7 днів у Дніпропетровській області, а термін від звернення до

1

[https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Prychyny\\_pizniogo\\_vyivlennia\\_MRTB\\_report.pdf](https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Prychyny_pizniogo_vyivlennia_MRTB_report.pdf)

протитуберкульозної служби до початку лікування МЛС-ТБ становив від 10,4 днів у Львівській області до 24,4 днів у Херсонській області.

Істотний негативний вплив на ефективність лікування має також недотримання галузевих стандартів медичної допомоги при туберкульозі, які в Україні розробляються відповідно до актуальних рекомендацій і настанов ВООЗ. Тому це дослідження спрямоване саме на оцінку ступеня дотримання цих стандартів задля досягнення кінцевої мети протитуберкульозної програми – зменшення тягаря туберкульозу в країні.

## **МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **Мета дослідження**

Отримати інформацію про відповідність профілактики, виявлення та лікування туберкульозу (в тому числі ЛС-ТБ, з урахуванням доступності послуг, моделей фінансування, кадрового потенціалу, існуючих політик, управління ресурсами тощо) галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я та міжнародним стандартам.

### **Ціль дослідження**

**Етап 1:** Визначити відповідність виявлення та лікування пацієнтів з туберкульозом, в тому числі ЛС-ТБ, галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я.

**Етап 2:** Розробити рекомендацій для удосконалення клінічного ведення пацієнтів з туберкульозом, в тому числі ЛС-ТБ.

### **Завдання дослідження**

- Кількісна оцінка відповідності галузевим стандартам раннього виявлення ТБ у закладах охорони здоров'я, зокрема:
  - тривалість основних часових проміжків, що характеризують континуум виявлення та лікування туберкульозу (час від появи перших симптомів до звернення на первинну ланку медичної допомоги, від звернення на первинну ланку до звернення до протитуберкульозної служби, від звернення до протитуберкульозної служби до початку лікування туберкульозу);
  - охоплення пацієнтів головними дослідженнями, передбаченими для застосування на первинній ланці медичної допомоги (рентгенографія органів грудної порожнини, дослідження мокротиння за методом мікроскопії мазка мокротиння та Хреп МТВ/РІФ);
  - частота випадків госпіталізації до стаціонару, неспеціалізованого для лікування ТБ, із симптомокомплексом, з приводу якого був пізніше встановлений діагноз туберкульозу, упродовж 6 місяців до встановлення діагнозу;
  - частота застосування спеціальних, у тому числі інвазивних, методів діагностики позалегенового туберкульозу;
  - частота застосування додаткових лабораторних методів підтвердження туберкульозу у дітей (дослідження бронхіального, шлункового аспірату, калу).
- Кількісна оцінка відповідності галузевим стандартам існуючих підходів щодо лікування хворих на туберкульоз, у тому числі ЛС-ТБ, дітей і паліативних хворих, зокрема:
  - відповідність схем лікування галузевим стандартам, чинним на момент призначення лікування;
  - відповідність заходів з моніторингу лікування галузевим стандартам;
  - дотримання стандартів щодо показань до госпіталізації, виписки зі стаціонару та допуску на робоче місце;
  - визначення результату «лікування неефективне» та переведення на паліативне лікування;
  - режими паліативного лікування (доступ до знеболювання, кисневої підтримки; призначення або припинення протитуберкульозного лікування);
  - організація замісної підтримувальної терапії.



- Визначення факторів, пов'язаних із невідповідністю лікування пацієнтів галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я.
- Визначення недоліків у якості надання медичної допомоги при ТБ.
- Визначення факторів ризику для пацієнтів, що пов'язані із низьким рівнем успішного лікування ТБ.

### Дизайн дослідження

При аналізі відповідності ведення випадку ТБ галузевим стандартам, бралися до уваги галузеві Стандарти охорони здоров'я при туберкульозі, що діяли у 2020-2021 роках<sup>2</sup>

Дослідження проходило в два етапи.

**Кількісний етап:** спочатку були зібрані і проаналізовані дані 1605 пацієнтів (кількісний етап аналізу даних когорти пацієнтів). Серед цих пацієнтів були обрані репрезентативні регіональні вибірки для вивчення дотримання галузевих стандартів щодо профілактики розвитку туберкульозу, виявлення та лікування випадків ТБ шляхом вивчення первинної медичної документації.

**Якісний компонент:** Після кількісного етапу були проведені 25 глибоких інтерв'ю для детального аналізу ситуації із наданням медичних послуг з лікування туберкульозу та формування рекомендацій, з них 5 інтерв'ю – з експертами національного рівня та 20 інтерв'ю – з медичними працівниками у регіонах (а саме: по 5 інтерв'ю у Волинській, Одеській, Кіровоградській та Житомирській областях).

### Цільова група дослідження

**Кількісний етап:** Збір інформації з медичної документації 1605 пацієнтів (медичні карти амбулаторного та стаціонарного хворого).

Записи хворих на чутливий ТБ із датою реєстрації ЦЛКК: 01.01.2020 – 31.12.2020:

- діти: 0–4 роки, 5–14 років, 15–17 років;
- дорослі від 18 років, в тому числі з ізоніазид-резистентним туберкульозом.

Записи хворих на Риф/ЛС/ШЛС-ТБ (бактеріологічно підтверджений) із датою реєстрації ЦЛКК: 01.01.2019 по 31.12.2019:

- діти до 18 років (без дезагрегації за віком);
- дорослі

Окремо аналізувалися записи пацієнтів переведених на паліативне лікування.

Для чутливого ТБ і Риф/ЛС/ШЛС-ТБ: записи хворих із результатом лікування, зареєстрованим на момент збору інформації.

Географія: вся Україна за винятком: тимчасово окупованих територій, областей, в яких під час проведення польового етапу велися активні бойові дії, а також Чернігівської області, де медична документація була знищена під час обстрілів.

*Таблиця 1. Перелік медичних закладів, де проводився польовий етап дослідження*

№ з/п	Область	Повна назва відповідно до установчих документів
1	Вінницька	КНП «Вінницький обласний клінічний фтизіопульмонологічний центр» ВОР

2	Волинська	КП "Волинський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр" Волинської обласної ради
3	Дніпропетровська	Комунальне підприємство "Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання "Фтизіатрія" Дніпропетровської обласної ради"
4	Житомирська	Обласний протитуберкульозний диспансер Житомирської обласної ради
5	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство "Обласний клінічний фтизіопульмонологічний лікувально-діагностичний центр" Закарпатської обласної ради
6	Івано-Франківська	Обласний фтизіопульмонологічний центр
7	Київська	Комунальний заклад Київської обласної ради "Київський обласний протитуберкульозний диспансер" (в процесі реорганізації в КНП КОР "Київський обласний фтизіатричний центр")
8	КМДА м. Київ	ТМО "ФТИЗИАТРІЯ" у місті Києві
9	Кропивницька	Комунальне некомерційне підприємство "Кіровоградський обласний протитуберкульозний диспансер Кіровоградської обласної ради"
10	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради "Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр" (Центр легеневого здоров'я)
11	Одеська	КНП "Одеський обласний центр соціально значущих хвороб" Одеської обласної ради"
12	Полтавська	Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер
13	Рівненська	Комунальний заклад "Рівненський обласний протитуберкульозний диспансер" Рівненської обласної ради.
14	Сумська	Сумський регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр
15	Тернопільська	Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр" Тернопільської обласної ради
16	Хмельницька	Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер (знаходиться в процесі перетворення в КНП)
17	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство "Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер Черкаської обласної ради"(КНП "ЧОПТД Черкаської обласної ради")
18	Чернівецька	Комунальна медична установа "Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер"

**Об'єкт дослідження:**

- Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я;
- Первинна медична облікова документація пацієнтів, хворих на ТБ:
  - Амбулаторна картка хворого на туберкульоз;
  - Медична картка лікування хворого на туберкульоз ТБ 01;
  - Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1;
  - Медична карта лікування хворого на туберкульоз ТБ 01-МР ТБ;
  - Фактори впливу на перебіг захворювання та результат лікування ТБ 01-1 МР ТБ;
  - Медична картка стаціонарного хворого.
- Клінічні маршрути та алгоритми діагностики МР ТБ у регіонах;
- Форма 33 «Звіт про хворих на туберкульоз»;
- Дані Реєстру для випадків туберкульозу, зафіксованих у 2019 р. (МЛС-ТБ) та 2020 р. (ЛЧ-ТБ) за модулями «Інформація про випадок» і «Результати лабораторних досліджень» та «Лікування» з факторами впливу на перебіг захворювання;
- Інформація, отримана від національних експертів та медичних працівників.



**Інструменти дослідження:**

Для виконання дослідження було розроблено:

- Форму збору даних з первинної медичної документації;
- Опитувальники для проведення глибоких інтерв'ю з експертами національного рівня, медичними працівниками у регіонах.

**ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Дослідження не охоплює тимчасово окуповані території та області, в яких під час проведення польового етапу велися активні бойові дії. Також у процесі підготовки до збору інформації з'ясувалося, що медичний заклад в Чернігові не може бути охоплений дослідженням, оскільки медична документація була знищена під час активних воєнних дій в області. В результаті вибірка, яка мала би бути реалізована в Чернігівській області, була перерозподілена між такими областями: Вінницька, Чернівецька, Рівненська, Тернопільська, Волинська (були обрані області з порівняно невеликим навантаженням, щоб перерозподіл анкет не впливав на загальні строки польового етапу).

Враховуючи ретроспективний характер збору даних і той факт, що він ґрунтується на вивченні клінічних карт, у процесі аналізу даних в деяких випадках виявлялося, що дані є частково відсутніми та/або неточними.

Щоб уникнути помилкового тлумачення результатів через відсутність даних, результати були представлені із зазначенням відсутніх даних як «немає записів» або «не вказано» та вказанням абсолютних значень для коректного тлумачення результатів. У тих випадках, коли записи були присутні, в окремих випадках вони не проходили логічні фільтри, визначені для кожного варіанта, що аналізувалися. Тоді розрахунок був проведений для випадків, які відповідали вимогам фільтрів.

**РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО ЕТАПУ ДОСЛІДЖЕННЯ****Розділ 1. Клініко-демографічні дані**

У когорті пацієнтів переважали пацієнти з туберкульозом, чутливим до основних ліків (1196 випадків, 74,5%), у тому числі (112, 7,0%) мали захворювання, стійке до ізоніазиду; решта (409 пацієнтів, 25,5%) мали Риф або МЛС-ТБ. Позалегеновий ТБ був виявлений у 190 (11,8%) пацієнтів.

Серед пацієнтів переважали чоловіки – 1118 (69,7%). Дітей серед пацієнтів було 106 (6,6%). Мешканців міста – 933 (58,1%), мешканців села – 672 (41,9%).

**Розділ 2. Основні відрізки континуума послуг з ТБ**

У переважній більшості пацієнтів була задокументована дата появи перших симптомів захворювання, незважаючи на те, що, згідно з Реєстром для випадків туберкульозу, 361 (22,5%) виявлені за результатами профілактичного огляду (туберкулінодіагностики або флюорографічного обстеження) і тільки 904 (56,3%) безпосередньо звернулися на ПМСД по допомогу.

Під час аналізу часового відрізка від появи клінічних симптомів, які привели до звернення на ПМСД, лише близько половини відповідали застосованим логічним фільтрам – не менш 4 та більше 365 днів. Після зазначеного логічного узгодження середній термін від появи симптомів до звернення на ПМСД, за даними Реєстру та паперової первинної документації, практично не відрізнявся і становив близько 35 днів (Таблиця 1).

**Таблиця 1.**

**Порівняння часового проміжку між появою симптомів та зверненням пацієнта на первинну ланку медичної допомоги**

	Первинний запис	Занесено до Реєстру
<b>Поява перших симптомів, число записів (відсоток від загального)</b>	1596 (99,4%)	1411 (87,9%)
<b>Звернення на первинну ланку медичної допомоги, число записів (відсоток від загального)</b>	1604 (99,9%)	1562 (97,3%)
<b>Проміжок часу від появи перших симптомів до звернення на первинну ланку медичної допомоги (ДІ)</b>	34,5 (ДІ 31,7-37,2)	34,8 (ДІ 31,9-37,6)
<b>Кількість записів, що відповідає логічним фільтрам</b>	n = 944 (58,8%)	n = 781 (48,7%)

Аналіз даних по регіонах виявив найвищу якість введення даних (збіг даних Реєстру і паперової документації) у Вінницькій області, найбільшу відповідність даних логічним фільтрам – у Закарпатській області (натомість якісно введених до Реєстру даних виявилось на 25,5% менше), аналогічна ситуація спостерігалася в Одеській області. У Черкаській області при порівняно високій якості збору і введення даних (логічним фільтрам відповідало 77,8% записів у паперовій документації і 72,2% даних Реєстру), термін від появи симптомів до звернення майже вдвічі перевищував середній. Парадоксальна ситуація склалася у Чернівецькій області де даних у Реєстрі виявилось більше, ніж у паперових документах - 82,9% і 70,7% відповідно - (Таблиця 2, Рисунок 1).

**Таблиця 2**

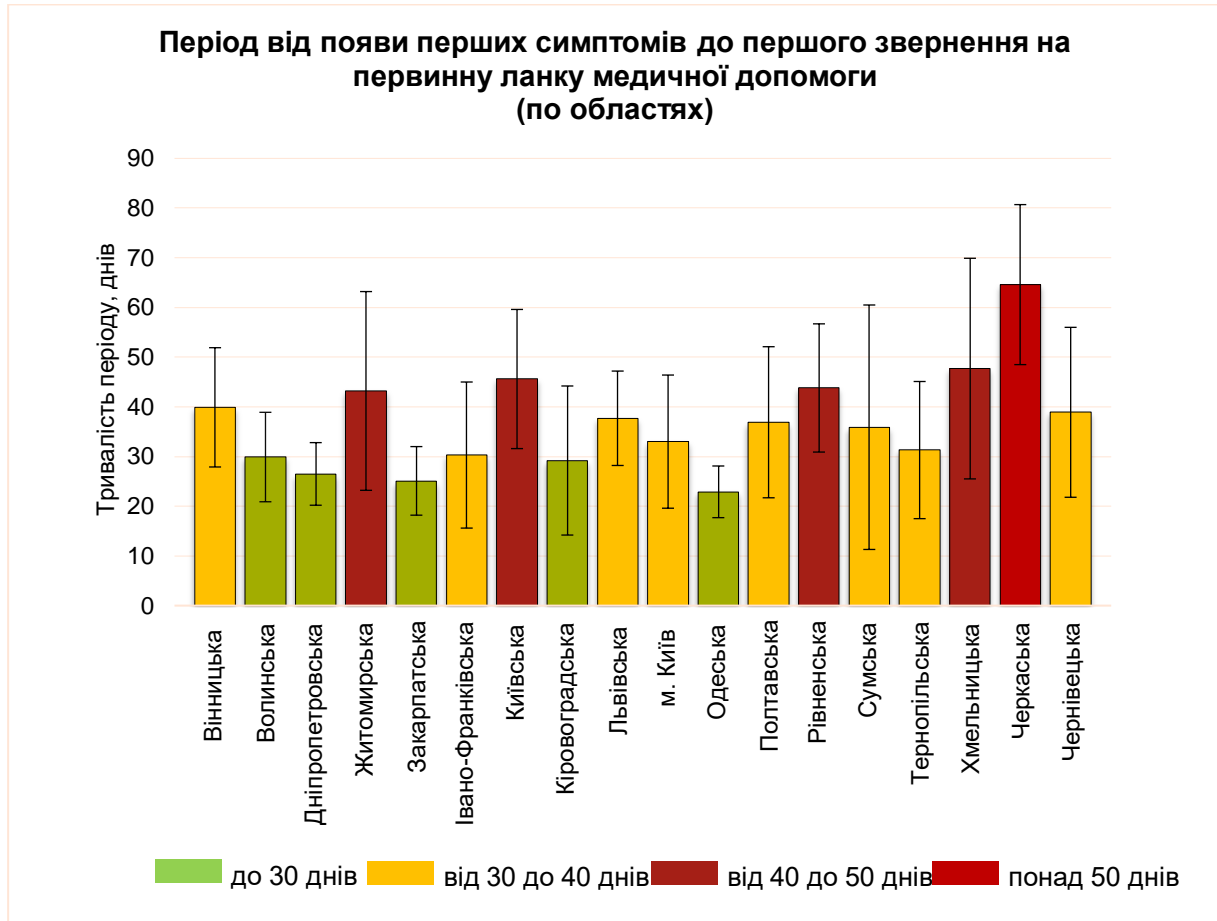
**Порівняння часового проміжку між появою симптомів та зверненням пацієнта на первинну ланку медичної допомоги, зріз по регіонах дослідження**

Регіон медичного закладу		Первинний запис	Занесено до Реєстру
Вінницька область	1*	39,3 (ДІ 27,1-51,6)	39,9 (ДІ 27,7-52,0)
	2*	n = 42 (54,5%)	n = 42 (54,5%)
Волинська область	1	41,3 (ДІ 18,4-64,3)	29,9 (ДІ 20,5-39,3)
	2	n = 32 (53,3%)	n = 32 (53,3%)
Дніпропетровська область	1	27,5 (ДІ 20,5-34,5)	26,5 (ДІ 20,2-32,9)
	2	n = 104 (45,0%)	n = 92 (39,8%)
Житомирська область	1	46,2 (ДІ 22,7-69,8)	43,2 (ДІ 23,3-63,2)
	2	n = 41 (55,4%)	n = 35 (47,3%)
Закарпатська область	1	25,2 (ДІ 19,7-30,7)	25,1 (ДІ 18,2-32,0)

	2	n = 67 (85,9%)	n = 51 (65,4%)
Івано-Франківська область	1	29,7 (ДІ 15,0-44,4)	30,3 (ДІ 15,6-45,0)
	2	n = 24 (45,3%)	n = 24 (39,8%)
Київська область	1	41,8 (ДІ 30,0-53,6)	45,6 (ДІ 31,6-59,5)
	2	n = 70 (58,8%)	n = 57 (47,9%)
Кіровоградська область	1	26,3 (ДІ 16,0-36,6)	29,2 (ДІ 14,2-44,2)
	2	n = 26 (46,4%)	n = 24 (42,9%)
Львівська область	1	37,7 (ДІ 28,2-47,2)	37,7 (ДІ 28,2-47,2)
	2	n = 69 (53,5%)	n = 69 (53,5%)
м. Київ	1	31,6 (ДІ 22,3-40,9)	33,0 (ДІ 19,6-46,4)
	2	n = 62 (57,9%)	n = 41 (38,3%)
Одеська область	1	25,2 (ДІ 20,2-30,2)	22,9 (ДІ 17,6-28,1)
	2	n = 196 (73,1%)	n = 121 (45,1%)
Полтавська область	1	37,3 (ДІ 21,2-53,5)	36,9 (ДІ 21,7-52,1)
	2	n = 26 (39,4%)	n = 28 (42,4%)
Рівненська область	1	43,8 (ДІ 30,9-56,6)	43,8 (ДІ 30,9-56,6)
	2	n = 37 (78,7%)	n = 37 (78,7%)
Сумська область	1	34,4 (ДІ 10,8-58,0)	35,9 (ДІ 11,3-60,5)
	2	n = 20 (39,2%)	n = 19 (37,3%)
Тернопільська область	1	30,0 (ДІ 15,8-44,1)	31,3 (ДІ 17,5-45,1)
	2	n = 23 (62,2%)	n = 24 (64,9%)
Хмельницька область	1	54,1 (ДІ 28,4-79,9)	47,7 (ДІ 25,4-69,9)
	2	n = 32 (56,1%)	n = 30 (52,6%)
Черкаська область	1	63,7 (ДІ 48,1-79,3)	64,6 (ДІ 48,5-80,7)
	2	n = 42 (77,8%)	n = 39 (72,2%)
Чернівецька область	1	29,4 (ДІ 19,6-39,3)	38,9 (ДІ 21,8-56,1)
	2	n = 29 (70,7%)	n = 34 (82,9%)

\*Примітки: 1 – проміжок часу (не менше 4 днів)  
 2 – кількість записів, що відповідає логічним фільтрам

**Рисунок 1**



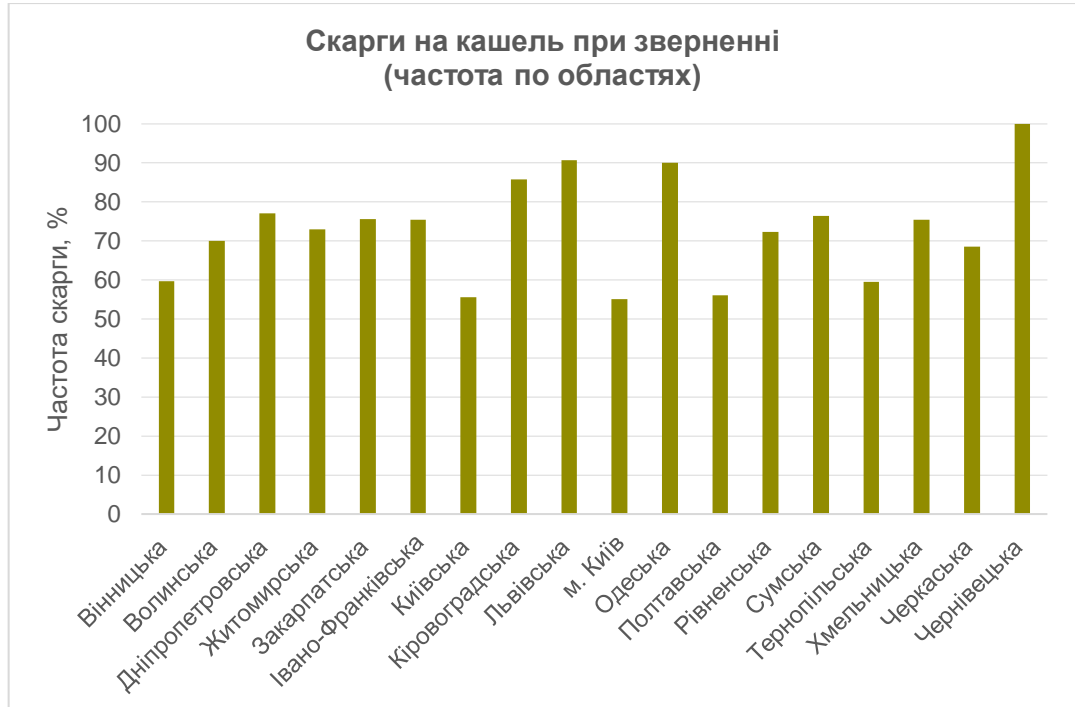
Співставлення коректності введення і тривалості терміну до звернення дозволяє з найбільшою впевненістю вважати найкоротшим термін в 36 днів (Сумська область), а найдовшим – термін в 58 днів (Чернівецька область).

**Рисунок 2**



Більшість пацієнтів при зверненні вказували на слабкість і кашель (1218 (75,9%) і 1202 (74,9%) відповідно); підвищення температури до 38°C зареєстроване у 849 (52,9%), вище 38°C – у 224 (14,0%) пацієнтів. Порівняння по регіонах виявили істотні розбіжності у досліджуваних показниках. Так, частота реєстрації кашлю коливалася від 100% у Чернівецькій області до 59% у Вінницькій області, підвищення температури – від 90% в Одеській області до 32% у Дніпропетровській області. Насторогу викликає частота реєстрації скарг під категорією «інші» без деталізації, що унеможливує аналіз скарг у подальшому (від 100% у Чернівецькій до 29% у Кіровоградській області (Рисунок 3а-3д).

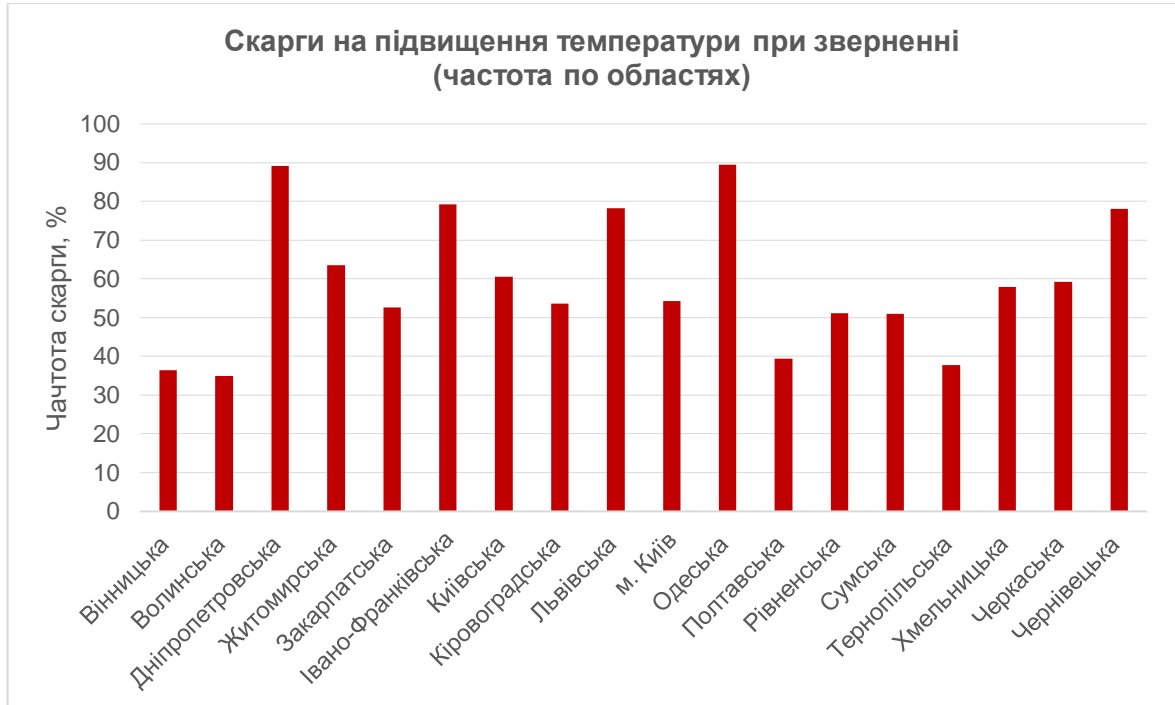
**Рисунок 3а**



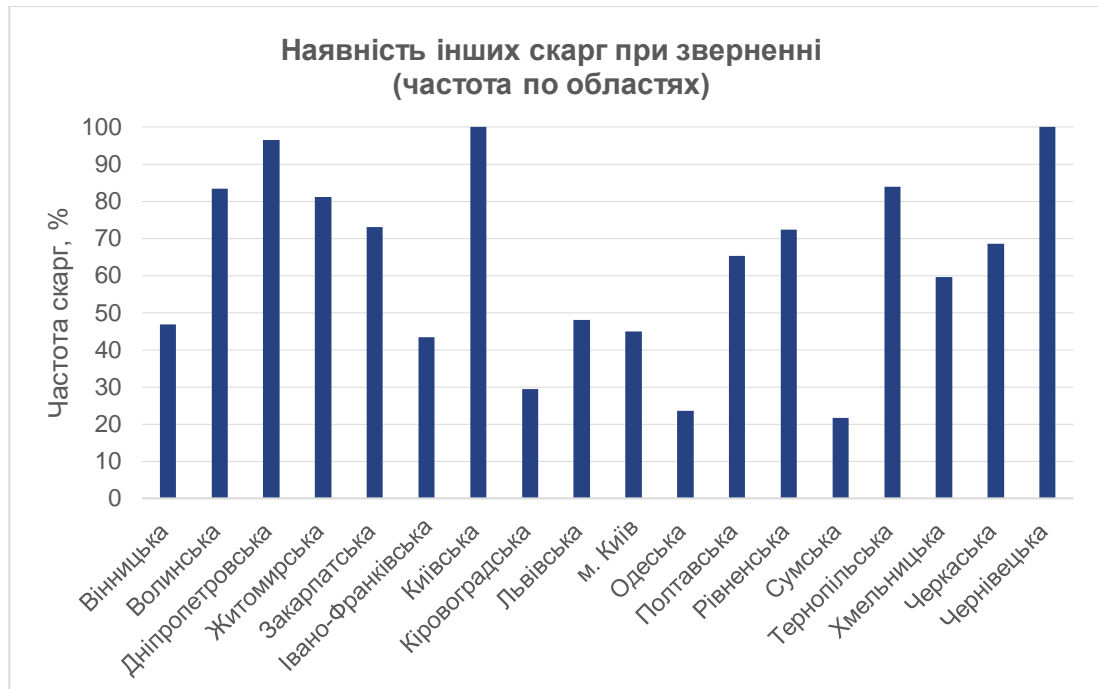
**Рисунок 3б**



**Рисунок 3с**

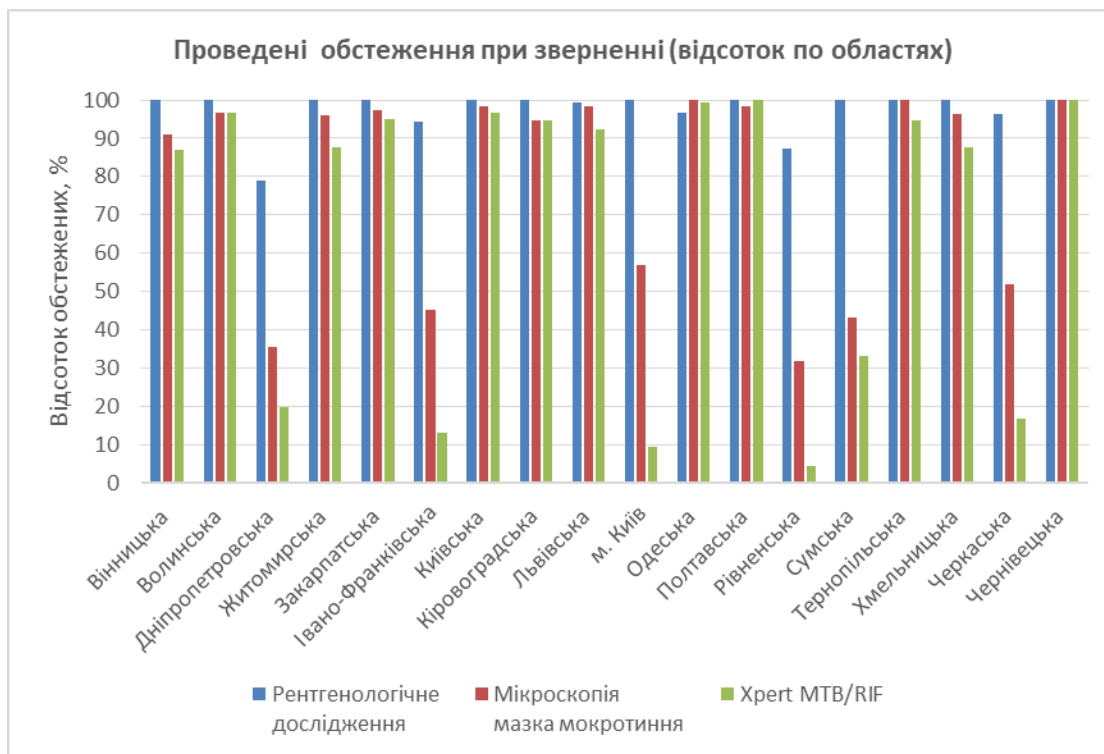


**Рисунок 3д**



На момент звернення охоплення пацієнтів рентгенологічним дослідженням та мікроскопією мазка становило 95,6% і 79,1% відповідно. Натомість тільки 68,5% отримали обстеження за методом Xpert MTB/RIF, рекомендоване Стандартом як першочергове для пацієнтів з кашлем. У Рівненській області пацієнтів, обстежених за методом Xpert MTB/RIF, виявилось лише 4%, у м. Києві – 9,5%, в Івано-Франківській області 13% (Рисунок 4).

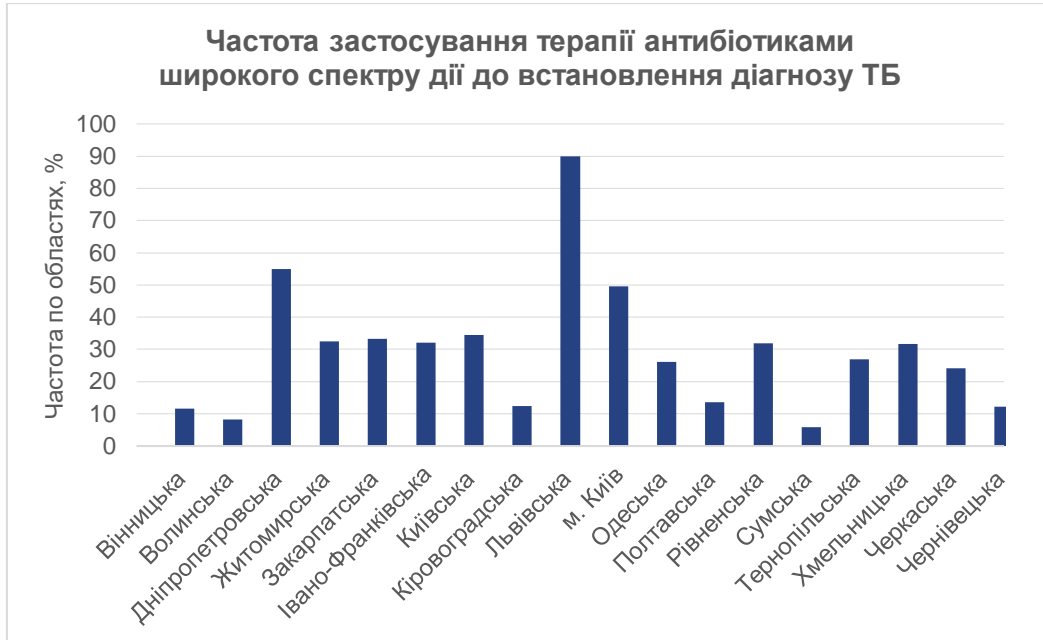
Рисунок 4



Маршрут пацієнта до початку лікування туберкульозу також був неоднорідним. Не всім пацієнтам був встановлений діагноз одразу після звернення. Так, охоплення пацієнтів терапією антибіотиками широкого спектру дії перед встановленням діагнозу туберкульоз при середньому показнику 35,4% демонструвало критичні коливання від 5% у Сумській області до 89% у Львівській області (Рисунок 5).

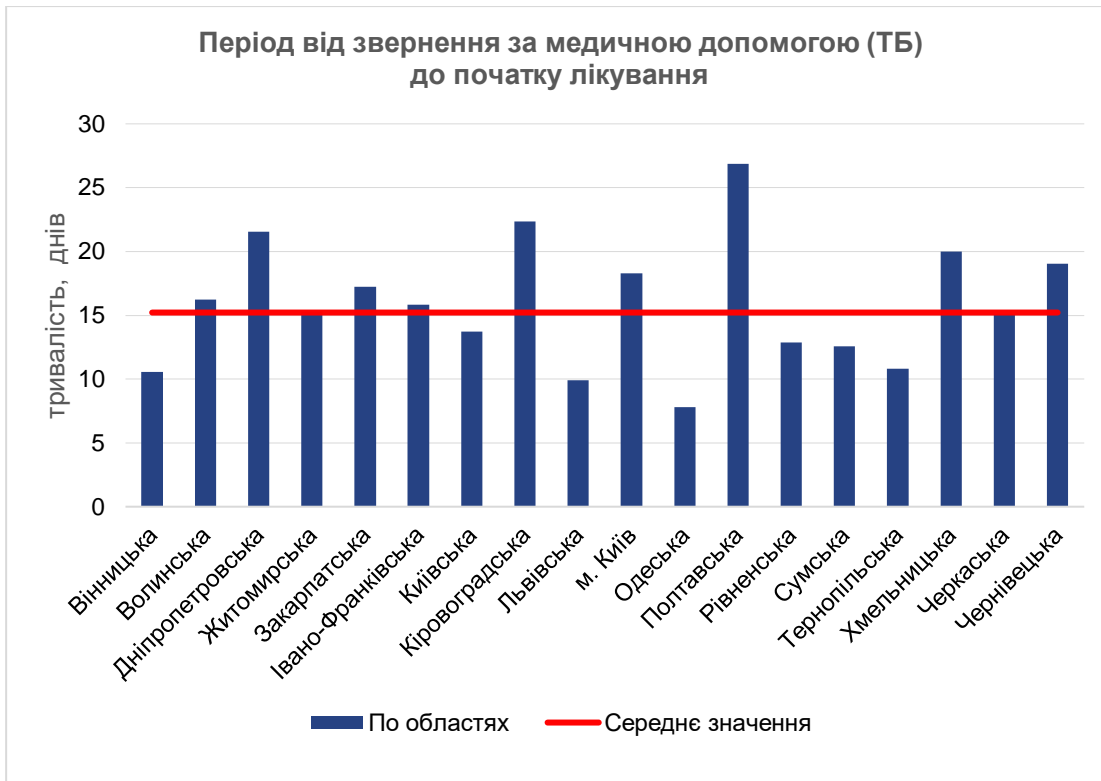


Рисунок 5



Тривалість часового проміжку до перенаправлення до фтизіатра та початку лікування оцінювалася після застосування логічного фільтру. Вибраковувалися випадки, коли довжина проміжку становила негативну величину або перевищувала 365 днів. Також не оцінювалися випадки, коли одна з дат не була внесена. У дослідженій когорті при оцінці 1554 випадків, які пройшли логічний фільтр, перенаправлення до фтизіатра зайняло у середньому 11,2 днів (від 0 до 301 днів), що значно перевищує потреби первинного обстеження у 1-2 дні, тим більше зважаючи на його неповноту, зокрема у частині обстеження за методом Xpert MTB/RIF. Лише в поодиноких областях, зокрема у Закарпатській, Одеській, Рівненській, Черкаській та Чернівецькій, цей часовий проміжок був значно коротшим. Натомість, у Кіровоградській області перенаправлення до фтизіатра потребувало в середньому 23,2 дні, у Полтавській області – 19,4 днів (Рисунок 6).

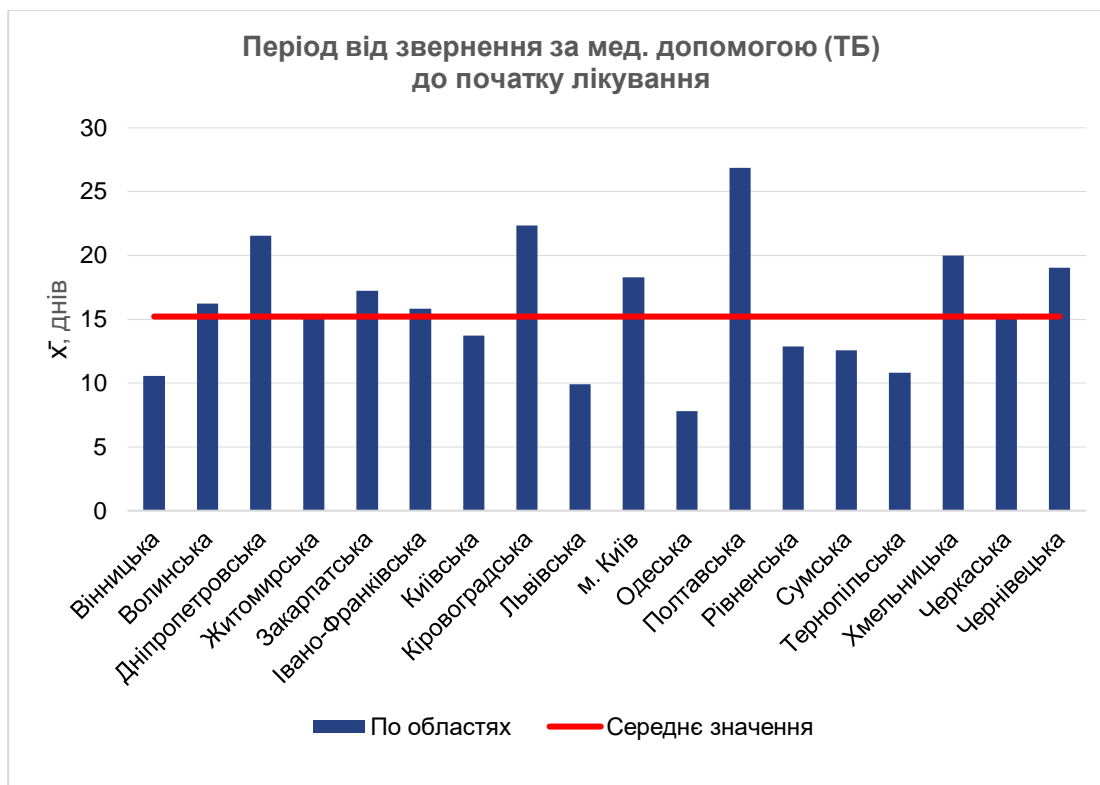
**Рисунок 6**



При оцінці 1597 (99,5%) випадків, які пройшли логічний фільтр, проміжок часу від звернення до ТБ служби до початку лікування становив 15,2 днів (від 0 до 353 днів). Значне відхилення у бік скорочення спостерігалось лише в Одеській області (7,8 днів). Натомість у Полтавській області цей відрізок часу тривав 26,8 днів (Рисунок 7).

Тож середня сумарна середня тривалість часового відрізка від звернення на первинну ланку медичної допомоги до початку лікування становила у середньому 26,4 днів.

Рисунок 7



**Розділ 3. Госпіталізація до неспеціалізованих лікувальних закладів вторинного рівня з проявами, з приводу яких пізніше був встановлений діагноз туберкульозу**

Частота госпіталізації до непрофільного стаціонару, що передувала встановленню діагнозу туберкульозу, коливалася від 0% (Дніпропетровська, Львівська, Чернівецька область) до 24,4% у Закарпатській області (Рисунок 6). Загалом до стаціонару різних профілів було госпіталізовано 134 (8,3% пацієнтів).

Рисунок 8



На цьому тлі охоплення передбаченими Стандартом дослідженнями перед госпіталізацією не перевищувало 24% (рентгенологічне дослідження, Київська область), а ключове для діагностики ТБ та ЛС-ТБ дослідження за методом Хpert MTB/RIF у більшості областей взагалі не проводилося (Рисунок 7).

**Рисунок 9**

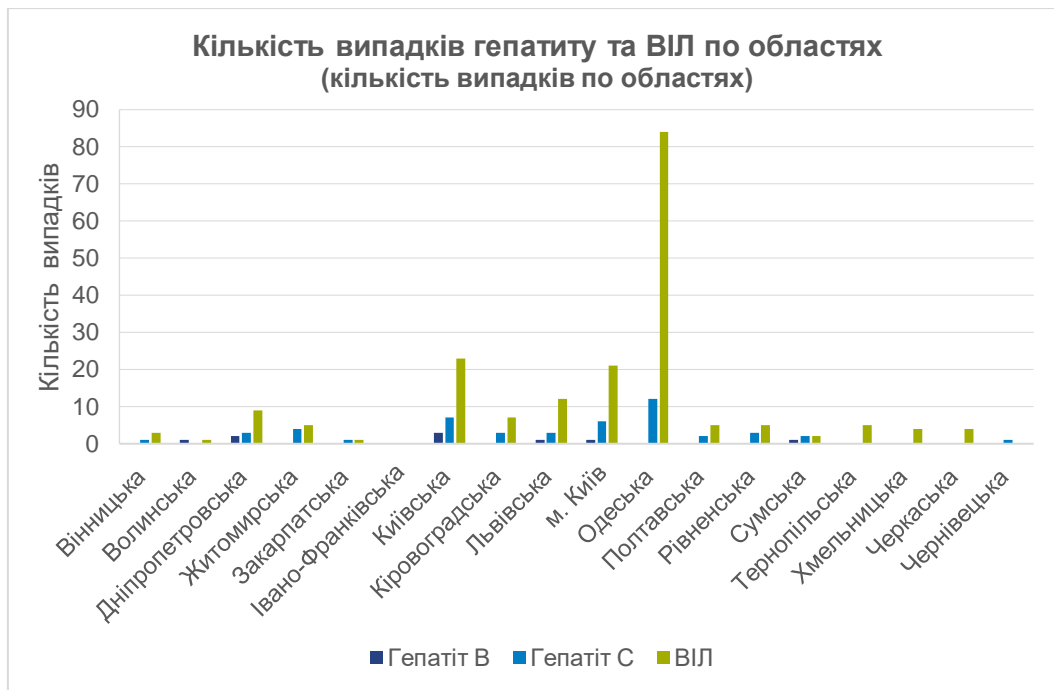


До 5 днів у стаціонарі провели 31,3% пацієнтів, 5-10 днів – 38,8% пацієнтів та 10-15 днів – 29,9% пацієнтів. Навіть у стаціонарі дослідження мокротиння за методом Хpert MTB/RIF проведене лише 21 пацієнтам (15,7%), а дослідження іншого матеріалу – 4 пацієнтам (3,0%). Дослідження мокротиння за методом мазка проведене у 55 випадках (41,0%), рентгенологічне дослідження грудної порожнини – у 79 випадках (59,0%), КТ ураженої ділянки – у 35 випадках (26,1%), МРТ – у 5 випадках (3,7%), хірургічне втручання – у 15 випадках (11,2%), гістологічне дослідження з ураженого органу – у 17 випадках (12,7%), ендоскопічне дослідження – у 6 випадках (4,5%). Тож складні та інвазійні дослідження проводилися під час госпіталізації досить рідко, що ставить під сумнів її необхідність для встановлення діагнозу.

**Розділ 4. Супутні захворювання та чинники ризику**

За винятком Одеської області, гепати В, С та ВІЛ серед пацієнтів з туберкульозом виявлялися спорадично (Рисунок 8).

**Рисунок 10**



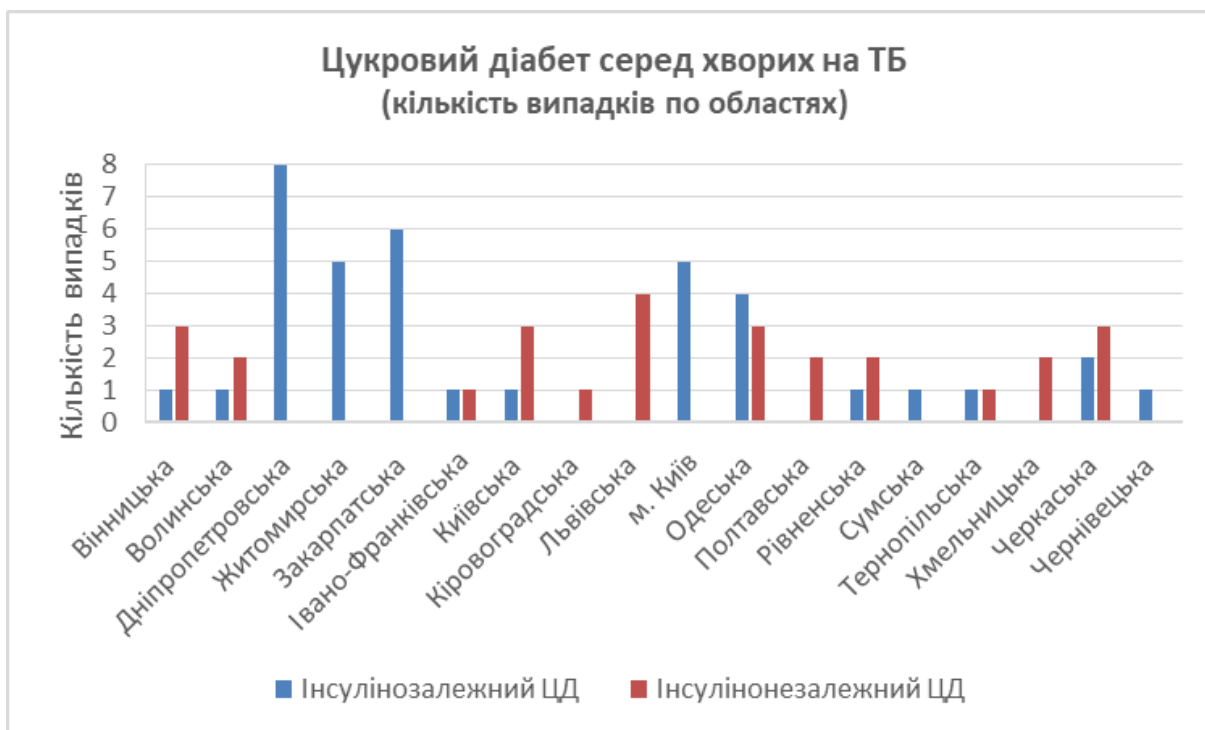
Захворювання на COVID-19 серед пацієнтів з туберкульозом зареєстроване у 46 випадках (2,9%) лише у 8 областях (Волинська, Дніпропетровська, Івано-Франківська, Київська, Одеська, Рівненська, Тернопільська та Хмельницька) – у 18 пацієнтів до встановлення діагнозу ТБ, у 10 – на момент діагностики та у 18 – у процесі лікування). Ці розрахунки проводилися лише в когорті пацієнтів, виявлених після 2020 року, тобто тих, що мали туберкульоз, чутливий до основних ліків (1196 пацієнтів). Водночас, за офіційними даними, в Україні на COVID-19 переохворіло понад 5 млн. людей тобто щонайменше 12,5% населення. На невелику достовірність такого результату вказує також неповне охоплення пацієнтів тестуванням, незважаючи на спільність клінічних проявів обох захворювань та негативні наслідки початку лікування, й особливо госпіталізації до протитуберкульозного стаціонару пацієнта з COVID-19 (Рисунок 9).

**Рисунок 9**



Цукровий діабет виявлений у 65 (4,1%) пацієнтів. Розподіл випадків інсулінозалежного та інсулінонезалежного цукрового діабету виявився нерівномірним (Рисунок 10).

Рисунок 10



Імуносупресивну терапію отримували лише 19 пацієнтів з когорти (1,2%).

Розподіл реєстрації супутніх захворювань за категорією «Інші» також був нерівномірним (Рисунок 11). Найчастіше документувалася патологія серцево-судинної системи (10,0%) та хронічні обструктивні захворювання легень (5,6%). При внесенні випадків до цієї категорії часто виявлялися похибки, зокрема внесення до категорії захворювань, що реєструються окремо. Такі випадки були у Житомирській (внесені ВІЛ-інфекція, гепатит С), Волинській (цукровий діабет), Київській (гепатит С), Львівській (ВІЛ-інфекція), Черкаській (ВІЛ-інфекція, цукровий діабет). Для цілей аналізу у цьому дослідженні визначені випадки віднесені до відповідних категорій.

Рисунок 11





Дослідження впливу факторів ризику на результати лікування продемонструвало майже удвічі більший ризик несприятливих результатів лікування («лікування неефективне» або «втрата спостереження») у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та на 18% більший ризик у пацієнтів з хоча б одним іншим фактором ризику або їх комбінацією. Натомість, ризик смерті від ТБ у ВІЛ-позитивних пацієнтів був на 85% нижчим, ніж у групі порівняння, і на 29% вищим у пацієнтів з рештою факторів ризику, внесеними до Реєстру, зокрема, міграції, зловживання алкоголем, безробіття, цукрового діабету (Таблиця 3).

**Таблиця 3**

**Вплив факторів ризику на частоту несприятливих результатів лікування та смерті від ТБ**

	Несприятливі результати лікування, кількість випадків	Несприятливі результати лікування, %	ВШ несприятливих результатів	Смерть від ТБ, кількість випадків	Смерть від ТБ, %	ВШ смерті
<b>Без факторів ризику (референс), N=653</b>	62	9,5%	1,00	11	17,7%	1,00
<b>ВІЛ, N=212</b>	38	17,9%	1,89	1	2,6%	0,15
<b>Інші фактори ризику, N=740</b>	83	11,2%	1,18	19	22,9%	1,29

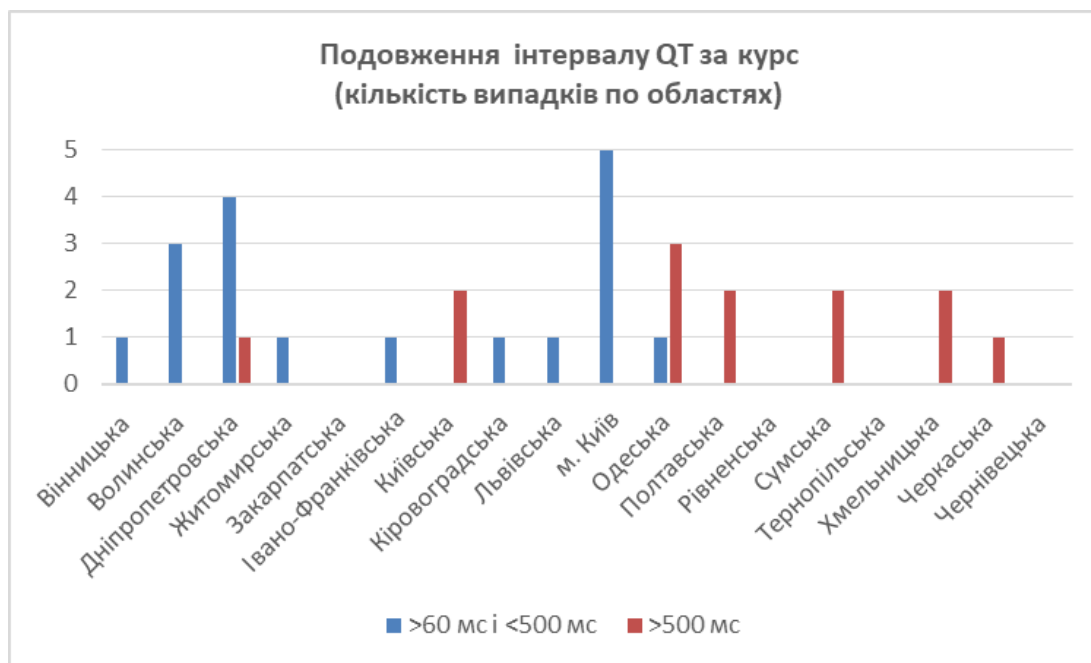
**Розділ 5. Ведення випадків МЛС-ТБ**

Середня кількість доз, прийнятих пацієнтами у досліджуваній когорті, становила 225,4 (ДІ 213,3-237,4). У 278 пацієнтів із 388 кількість доз перебувала у діапазоні 1-300, тобто повний курс не документувався, незважаючи на відмітку про вилікування або завершення лікування.

Оцінка моніторингу побічних реакцій дала такі результати:

1. Моніторинг інтервалу QT. У 357 (92,0%) пацієнтів подовження не спостерігалось, у 17 (4,4%) спостерігалось збільшення інтервалу до 500 мс та більше, ще у 14 (3,6%) – менш ніж до 500 мс, але більш ніж на 60 мс за місяць. Розподіл таких випадків по Україні виглядає різко неоднорідним (Рисунок 12).

**Рисунок 12**



З-посеред 31 пацієнта зі зазначеним ускладненням 24 отримували бедаквілін у схемі лікування. У жодному випадку повної відміни препарату не відбулося, тож ця побічна реакція не мала істотного впливу на повноцінність схем лікування.

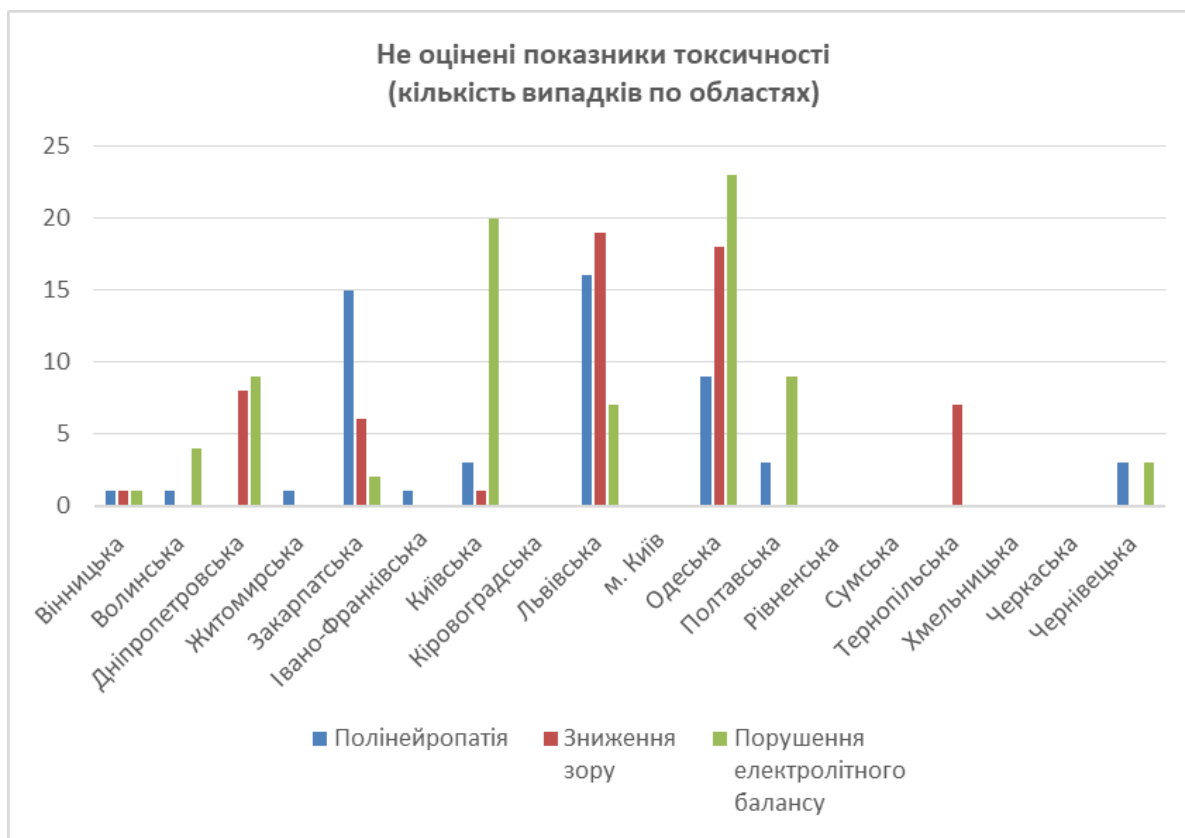
**2. Моніторинг стану системи кровотворення**

Хоча б один раз за курс лікування нейтропенія спостерігалася у 33 (8,5% пацієнтів), тромбоцитопенія у 67 (17,3), анемія у 188 (48,5%). З-посеред 212 пацієнтів зі зазначеними розладами 161 (76%) отримували лінезолід. Через розлади системи кровотворення лікування повністю припинене лише у трьох пацієнтів.

3. Моніторинг слуху не проводився у 91 (23,5%), зору – у 60 (15,5%), скринінг полінейропатії – у 53 (13,6%) та електролітного балансу – у 78 (20,1%). В окремих областях невиконання цієї вимоги моніторингу було особливо частим (Рисунок 13).



**Рисунок 13**



Лише 57 (14,7%) пацієнтів з ЛС-ТБ почали лікування амбулаторно, в окремих областях таких пацієнтів не було зовсім (Рисунок 14).

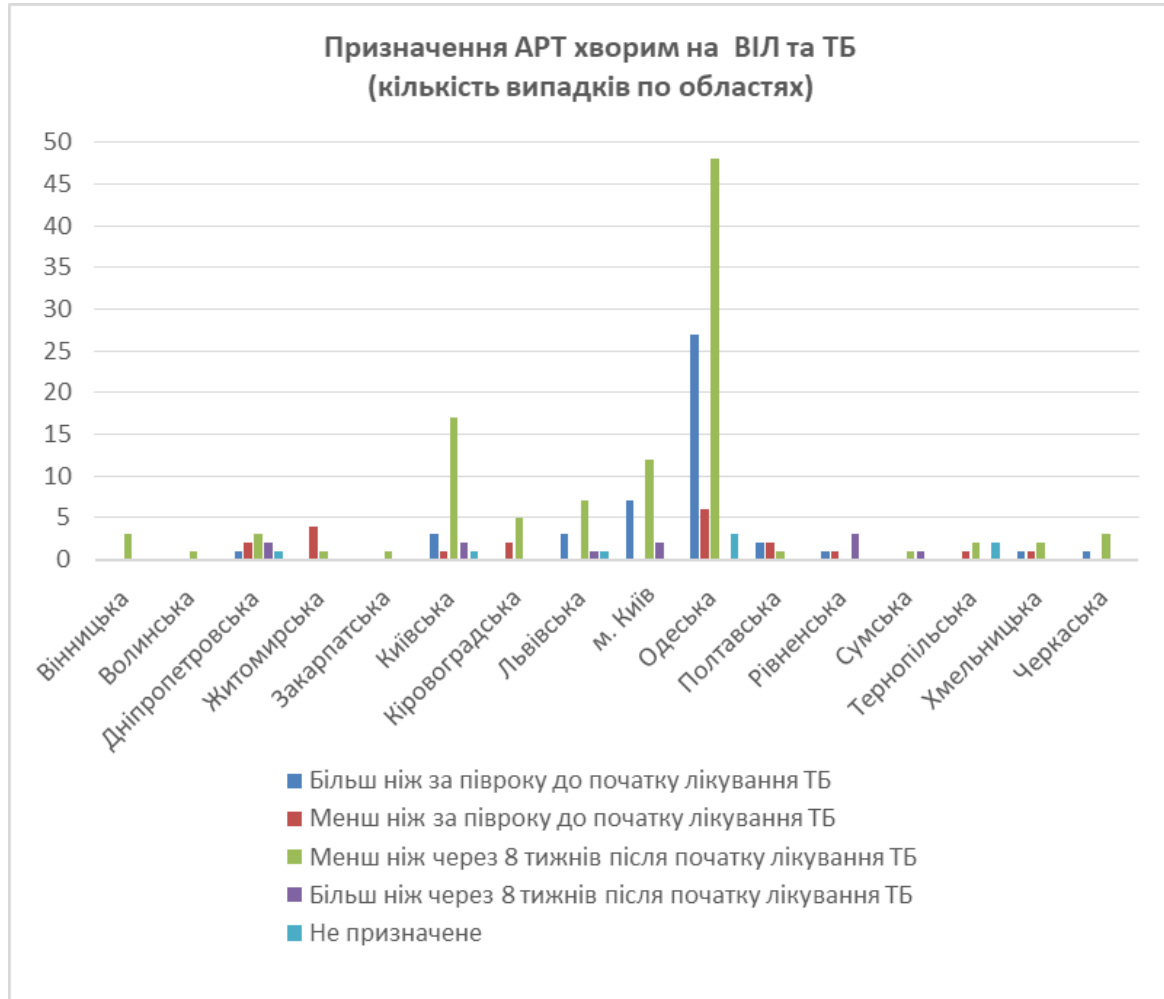
**Рисунок 14**



### Розділ 6. Ведення випадків ко-інфекції ВІЛ/ТБ

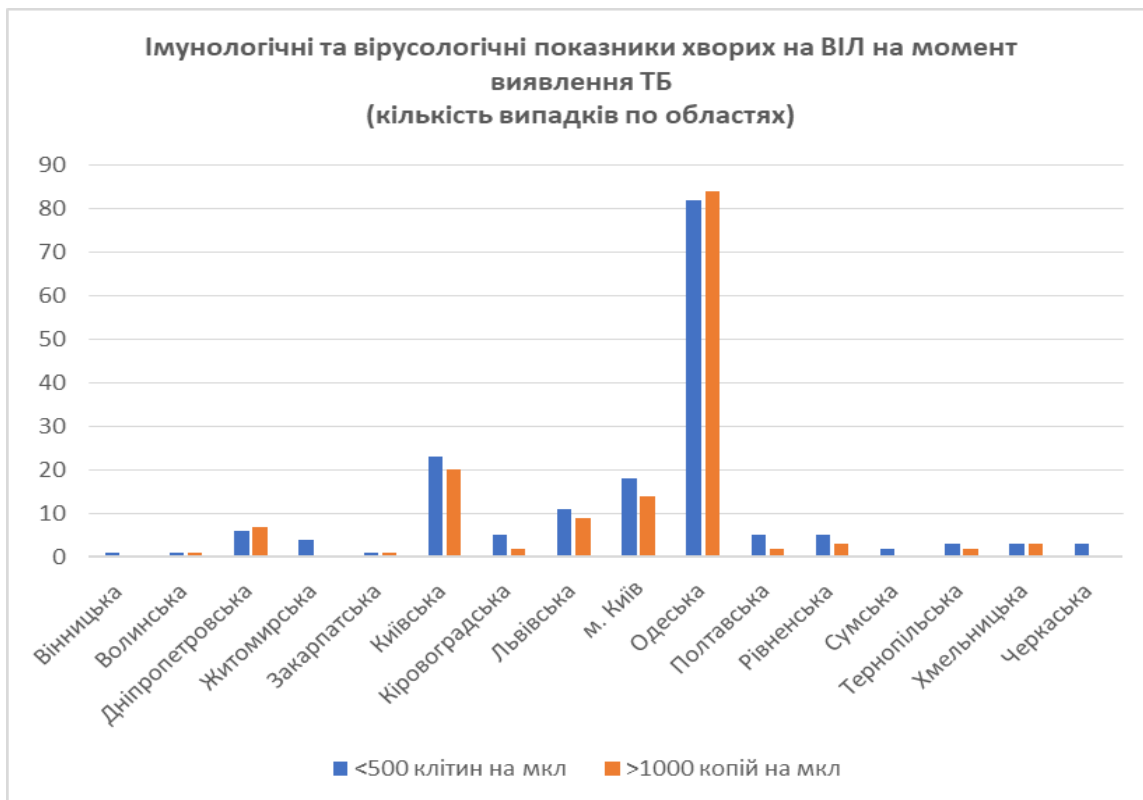
У 87 (45,6%) - ВІЛ-інфекція була виявлена одночасно з ТБ, ще у 70 (36,6%) позитивний ВІЛ-статус був відомий, але лікування пацієнти не отримували. Тож загалом 82,2% пацієнтів з ВІЛ/ТБ не отримували АРТ на момент виявлення туберкульозу. Лише у 50 (26,2%) пацієнтів АРТ була призначена більш ніж за півроку до початку лікування ТБ, тобто ризик синдром відновлення імунної системи (СВІС) був зниженим (Рисунок 15).

**Рисунок 15**



У більшості пацієнтів на момент виявлення туберкульозу спостерігалися низький рівень CD4, що є відображенням пізніх стадій, та значне вірусне навантаження, що вказує на істотну епідемічну небезпеку пацієнта (Рисунок 16).

**Рисунок 16**



Профілактику ко-тримоксазолом призначали 168 (88,0%) пацієнтам, 26 (13,6%) продовжували курс після закінчення лікування ТБ.

**Розділ 7. Ведення ТБ у дітей**

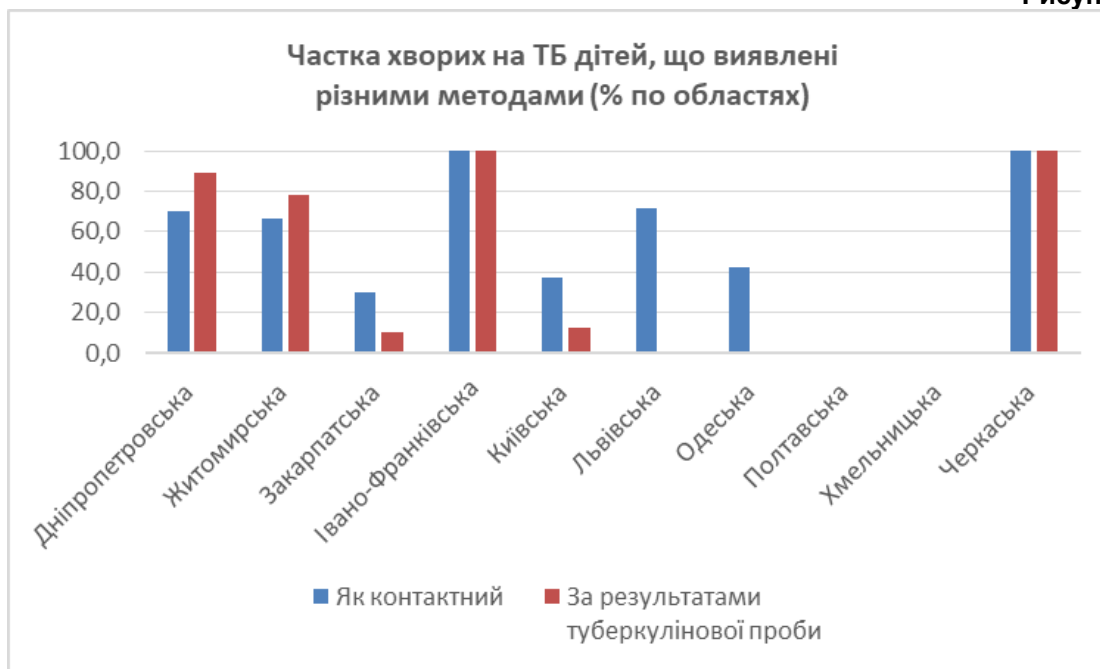
Із 106 дітей у цій когорті 27 (25,5%) не отримали вакцинацію БЦЖ. Ці випадки концентрувалися у 6 областях (Рисунок 17).

**Рисунок 17**



Головними шляхами виявлення були обстеження контактних осіб та проведення туберкулінодіагностики (Рисунок 18).

**Рисунок 18**



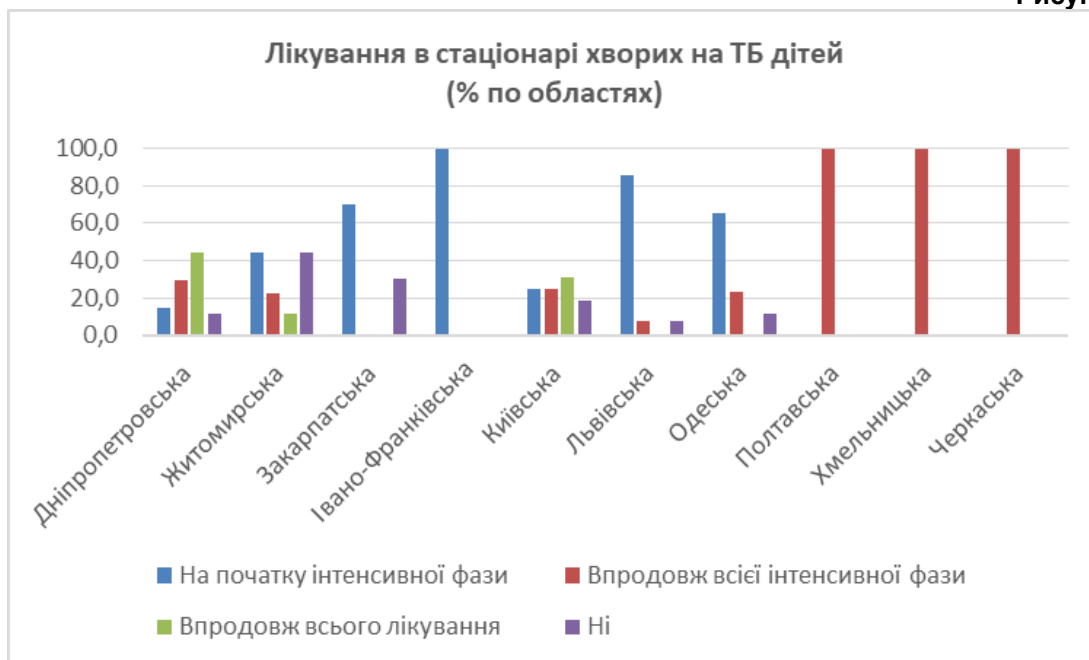
Лише два випадки у Полтавській області виявлені за допомогою тестом вивільнення гамма-інтерферону (ТВГІ).

Культуральним дослідженням мокротиння діагноз підтверджено у 19 (17,9%) випадків, дослідженням мокротиння за методом Xpert MTB/RIF – у 21 (19,8%).

- Інший матеріал застосований для культурального дослідження: назофарингеальний аспірат – 5 (4,7%), шлунковий аспірат 6 (5,7%), СМР – 1 (0,9%), плевральна рідина – 1 (0,9%), матеріал лімфовузла – 1 (0,9), інше – 2 (1,8%).
- Інший матеріал застосований для дослідження Xpert MTB/RIF: назофарингеальний аспірат – 6 (5,7%), шлунковий аспірат 5 (4,7%), плевральна рідина – 1 (0,9%), матеріал лімфовузла – 1 (0,9), інше – 3 (2,7%). Жодного випадку підтвердження діагнозу за допомогою дослідження випорожнень не виявлено.

Переважає більшість пацієнтів лікувалися у стаціонарі упродовж певної частини або всього курсу (Рисунок 19). Лише 15 (14,1%) дітей отримали увесь курс амбулаторно.

**Рисунок 19**



**Розділ 8. Ведення випадків позалегенового та міліарного ТБ**

Позалегеновий та міліарний туберкульоз у двох когортах зареєстрований у 185 пацієнтів (11,5%). Лабораторне підтвердження досягнуто у 74 (40%), у тому числі методом Хpert MTB/RIF – у 54 (29,2%), культуральним методом – у 35 (18,9%), мікроскопією мазка – у 24 (13,0%). Зразки, що досліджувалися для лабораторного підтвердження, наведені у профілях областей (див. Додаток 3). У 13 (7%) пацієнтів зареєстровані цитологічні та біохімічні зміни у спинно-мозковій рідині, характерні для туберкульозного менінгоенцефаліту.

Серед даних візуалізації, за якими встановлений діагноз, домінувала КТ – 43,8%; поширеними варіантами були: МРТ – 18 (9,7%), ендоскопічне дослідження – 15 (8,1%). Обрано варіант «інше» у 86 пацієнтів (46,5%). Візуальні методи не застосовувалися або не надали клінічно значущих результатів у 24 пацієнтів (13,0%). Гістологічне дослідження підтвердило туберкульозну етіологію процесу у 41 пацієнта (22,2%).

Більшість пацієнтів (136, або 73,5%) розпочали лікування у протитуберкульозному стаціонарі, ще 47 (25,4%) – амбулаторно та лише два пацієнта (1,1%) – в стаціонарі іншого профілю. Зважаючи на низький рівень підтвердження туберкульозу за мікроскопією мазка (13,0%, з яких не в усіх випадках застосовувалося мокротиння, тобто була підтверджена контагіозність пацієнтів), така часта госпіталізація пацієнтів до туберкульозних стаціонарів могла бути не завжди обґрунтованою, і пацієнти могли отримати більш спеціалізоване лікування (у тому числі, оперативне) у профільних стаціонарах за локалізацією процесу.

**Розділ 9. Ведення туберкульозу у пацієнтів на ЗПТ**

На ЗПТ перебували 22 пацієнти (1,4%), переважна більшість отримували метадон і лише один пацієнт – бупренорфін. Більшість – 14 (63,3%) – розпочали замісну терапію одночасно з лікуванням ТБ. Повну прихильність до лікування ТБ проявили 12 (54,6%) пацієнтів, ще 5 пацієнтів (22,7%) перервали лікування більш ніж на три дні лише один раз. Неодноразово переривали лікування п'ятеро пацієнтів. Упродовж лікування доза препаратів для ЗПТ коригувалася у 45,5% пацієнтів. Тож, незважаючи на фізіологічну залежність від ЗПТ, яка могла б стати додатковим стимулом для щоденного контрольованого лікування туберкульозу за одночасної видачі препаратів, майже кожний четвертий пацієнт переривав протитуберкульозне лікування.

### **Розділ 10. Ведення туберкульозу у пацієнтів з гепатитом В**

У дослідженій когорті (пацієнти з чутливим до ліків і ЛС-ТБ) було 9 пацієнтів з гепатитом В. З них більш ніж за рік до встановлення діагнозу ТБ захворювання виявлено у 4-х, менш ніж за рік – у 3-х. Тож лише 2 пацієнти виявлені завдяки інтегрованому тестуванню на гепатит пацієнтів з ТБ (Київська та Львівська області). Лікування упродовж курсу призначено також лише 2-м пацієнтам, у одного оцінено як ефективне, у одного – як неефективне (Волинська та Дніпропетровська області).

### **Розділ 11. Ведення туберкульозу у пацієнтів з гепатитом С**

У дослідженій когорті (пацієнти з чутливим до ліків і ЛС-ТБ) було 38 пацієнтів з гепатитом С. З них більш ніж за рік до встановлення діагнозу ТБ захворювання виявлено у 16 (33,3%), менш ніж за рік – у 13 (27,1%). Завдяки інтегрованому тестуванню на гепатит пацієнтів з ТБ, виявлено 19 (39,6%) пацієнтів. Лікування гепатиту упродовж перших 2-х місяців лікування ТБ призначене 8 (16,7%) пацієнтам, після 2-х місяців лікування ТБ – 9 (18,7%) пацієнтам. Ефективним виявилось лікування у 12 пацієнтів, не оцінена ефективність у 36.

### **Розділ 12. Паліативне лікування**

На паліативному лікуванні перебував 41 пацієнт (2,6% дослідженої когорти з ЛС-ТБ). Причиною переводу на паліативне лікування були: неможливість підібрати ефективну схему лікування через профіль резистентності – 14 пацієнтів (34,1%), неодноразове переривання лікування – 7 пацієнтів (17,1%), непереносимість призначеного лікування – 8 пацієнтів (19,5%). Інша причина вказана у 12 пацієнтів (29,3%). З них у 11 як причина вказана низька прихильність до лікування, у одного – тяжка супутня патологія. Середня тривалість перебування на паліативному лікуванні становила 11,7 (ДІ 7,6-15,8) місяців. Паліативне лікування забезпечувалося здебільшого амбулаторно, так лікувалися 25 пацієнтів (61,0%). Переважна більшість пацієнтів не отримувала протитуберкульозної терапії. Проте двом пацієнтам протитуберкульозне комбіноване лікування призначалося на термін 1-2 тижні одноразово, ще трьом – декілька разів. Ключова для паліативної терапії киснева підтримка здійснювалася лише у трьох випадках (7,2%), 12 пацієнтів (28,8%) отримували знеболення, 33 пацієнти (80,5%) отримували інші препарати. Психологічна і соціальна підтримка була забезпечена 25 (61,0%) та 22 (53,7%) пацієнтам відповідно.

## РЕЗУЛЬТАТИ ІНТЕРВ'Ю З МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ

Під час вступної частини інтерв'ю, направленої здебільшого на зондування загального ставлення респондента до стану контролю за туберкульозом в країні та його реформування в останні роки, усі фахівці вказували на значущий позитивний вплив реформ та утому числі, регулярного оновлення стандартів та покращення ситуації, до якого вони призвели. Окремі респонденти наголошували на швидкому впровадженні в країні даних доказової медицини та рекомендацій ВООЗ.:

Водночас на перший план неминуче виходили несприятливі зміни в службі під час воєнної агресії Російської Федерації, які обтяжили і без того складне становище, пов'язане з пандемією COVID-19 та очікуваннями збільшення захворюваності на туберкульоз через війну:

- міграція пацієнтів
- відмова внутрішньо переміщених пацієнтів розривати декларацію із лікарем на окупованих територіях і підписувати декларацію на новому місці проживання
- нестача лікарів / збільшене навантаження на лікарів на територіях підконтрольних уряду України
- погіршення у пацієнтів умов проживання
- через військове вторгнення пацієнти знаходились в місцях скупчення (в підвалах, бомбосховищах) лікарі через що лікарі побоюються спалаху хвороби у майбутньому

Висловлювалася також думка про те, що складнощі надання медичної допомоги під час війни можуть стати на заваді сприйняттю і впровадженню інновацій. Лікарям, які у зв'язку з війною зазнають додаткових труднощів і у роботі, і в особистому житті, знаходяться у стані тривалого стресу, складно опановувати нові навички.

Обговорюючи найбільш ризиковані з точки зору відриву від лікування моменти відриву пацієнта, респонденти майже одноставно вказували два відтинки:

### 1. Процес діагностики:

За повної одноставності у наданні першого місця етапу діагностики з точки зору ризику відриву, різні респонденти вказували на різні фактори затримки. Найчастіше фахівці зосереджувалися на мотивації пацієнта, перекладаючи на нього відповідальність за затримку. Зокрема, йшла мова про низьку відповідальність пацієнта, та відсутність важелів, які могли б мотивувати його отримати повний результат обстеження.

Водночас часто вказувалася географічна роз'єднаність закладів, де пацієнти проходять обстеження, об'єктивна недосконалість електронних направлень та необізнаність і незацікавленість працівників первинної ланки.

Оскільки більшість респондентів працює у фтизіопульмонологічних центрах регіонального рівня, частіше вони вказували на відносну швидкість проходження обстеження у спеціалізованому закладі. Проте окремі респонденти зауважували, що на рівні первинної ланки обстеження складніше організувати, і значні витрати часу можуть бути неминучими.

### 2. Процес переходу від стаціонарного лікування до амбулаторного або завершальної фази лікування.

Обговорюючи ризики, пов'язані із продовженням лікування, респонденти часто вказували на особливість перебігу туберкульозу, коли суб'єктивне покращення значно передує одужанню. Така особливість перебігу туберкульозу сприяє некритичному сприйняттю пацієнтом свого стану та низькій мотивації продовження лікування. На думку фахівців, необізнаність лікарів первинної ланки про цю особливість перебігу захворювання і низька мотивація дбати про якість амбулаторного лікування та підтримку прихильності пацієнта є додатковим фактором, що призводить до відриву.

Пропозиції щодо покращення



- Введення реалістичних індикаторів якості ведення пацієнта з ТБ на амбулаторному етапі і відчутне додаткове стимулювання за успішне завершення лікування.
- Інституалізація оперативного (наприклад, телефонного, зв'язку) між лікарями первинної ланки та фтизіатрами для швидкого обміну інформацією, яка сприятиме початку лікування упродовж перших днів.

Одна з респондентів підсумувала свої пропозиції фразою «Якомога менше щоб були задіяні в цьому пацієнти, і якомога більше щоб були задіяні лікувальні заклади», пояснюючи, що слід надавати перевагу руху зразків матеріалу, обміну інформацією онлайн, а не фізичному перенаправленню, яке є дуже обтяжливим для пацієнта, особливо в умовах війни.

## Розділ 1. Зміни у стандартах медичної допомоги при туберкульозі

На прохання визначити ті інновації в останній редакції Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз»<sup>3</sup>, що є найбільш значущими для підвищення загальної ефективності програм контролю, найбільш поширеними відповідями були (за частотою) такі:

### Інновації, пов'язані з розділом «Лікування».

1. На них вказала переважна більшість респондентів. Респонденти з усіх регіонів наголошували, що вони вже зараз виразно бачать переваги нових схем, описуючи очікуване підвищення ефективності лікування за впровадження нових режимів для МЛС-ТБ і ШЛС-ТБ у за рахунок: зменшення кількості побічних реакцій, скорочених термінів лікування, відсутності ін'єкцій,

### Інновації, пов'язані з розділом «Профілактика».

2. Респонденти вказували на розмаїття режимів, розширення показань до профілактичного лікування та скорочення тривалості курсу. При цьому ніхто з респондентів не говорив про самі режими, критерії вибору та особливості застосування схем. Натомість фахівці часто зупинялися на можливості профілактичного лікування МЛС-ТБ, при цьому висловлюючи певне застереження щодо режимів, що наразі пропонуються. Зокрема йшлося про найбільш поширену схему зі застосування левофлоксацина, фахівці вказували на поширені побічні явища і недостатність досвіду застосування схеми.

Одна з респондентів транслювала поширене у минулі роки хибне уявлення про нібито ризик розвитку хіміорезистентності до фторхінолонів за застосування такого режиму у неінфікованої дитини:

- *Лікарі бояться не так побічній реакції, як те, що вони вже проводять якусь мутацію в цій мікобактерії, що вже вона буде стійка до фторхінолону. Якщо та дитина, не дай бог, не інфікована, а захворіє, то вже в неї буде стійка... що ми вже в неї розвинули вторинну стійкість до фторхінолону, якої в неї, можливо, не було до того.*

Характеризуючи інновації в діагностиці і скринінгу, фахівці буди набагато стриманішими. Найчастіше артикулювали впровадження дослідження мокротиння за методом Xpert MTB/RIF на рівні первинної ланки (тобто фактично впровадження цієї методики у скринінг), перехід на картриджи Xpert MTB/RIF Ultra, застосування методу Xpert MTB/RIF XDR та TB-LAM.

Найбільш неоднорідними були відповіді респондентів щодо оцінки інновацій у скринінгу. Траплялося навіть повне заперечення інновацій у цьому напрямку.

Значуща інновація, відзначена респондентами, стосувалася формування груп ризику. Респонденти вказували, що перелічені групи ризику повністю охоплюють можливі випадки, а чіткі алгоритми описують послідовність дій (наприклад, при обстеженні ВІЛ-позитивної особи).

Частіше за все респонденти вказували на те, що ефективні методи скринінгу на практиці недооцінені або впроваджуються неякісно. Зокрема, анкети стосовно симптомів, що можуть свідчити про туберкульоз, заповнюються безвідповідально, нашвидкуруч. Натомість, ретельне

<sup>3</sup> [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43243-dn\\_102\\_19012023\\_dod.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43243-dn_102_19012023_dod.pdf)

заповнення анкет, бажано з внесенням даних до медичної інформаційної системи, могло б надати ціну інформацію для діагностики та подальшого спостереження.

Окремі респонденти вважали, що рентгенологічний скринінг був незаслужено забутий, і зараз на часі приділити йому більше уваги, наводячи багато прикладів виявлення туберкульозу, наприклад, у мобілізованих осіб. Фахівці вказували на те, що на профогляді виявляються навіть занедбані випадки, з якими пацієнти мали б відчувати клінічні прояви і звернутися набагато раніше. Тож, впровадження рентгенологічного скринінгу є доцільним, але має бути доповненим навчанням самоспостереженню.

Обговорюючи питання скринінгу, респонденти часто нарікали на дії лікарів первинної ланки, які, на їхню думку, через неякісне впровадження дискредитують ідею скринінгу. Наприклад, момент проведення скринінгу симптомів та направлення на рентгенологічне обстеження часто пропускається у пацієнтів, які часто звертаються до сімейного лікаря. Фахівці з туберкульозу саме у цьому напрямку вбачають резерви для покращення. Реєстрація скринінгу в медичній інформаційній системі може бути корисною в упорядкуванні цього процесу.

Коментуючи складнощі виконання алгоритму виявлення туберкульозу, респонденти майже завжди починали з необхідності формування та ретельному обстеженні груп ризику. Поширеним було судження про те, що пандемія COVID-19 відволікла увагу від туберкульозу і суттєво погіршила виявлення.

Обговорення складнощів виконання алгоритму діагностики ТБ з усіма респондентами зводилося до констатації логістичних труднощів:

- *В тих закладах, де є GeneXpert.... Не в цьому році, а раніше, що поставили. У нас є таких 3 районних лікарні, де поставили раніше. А тут вже є алгоритм, там все вироблено. Якщо люди звертаються туди, до нас вже приходять люди проскринінговані, скажемо так, з результатом GeneXpert. Тобто затримки там такої вже немає. Може бути тільки затримка на етапі, коли він не привезе мокроту або не приїде до нас на обстеження, на призначення лікування. Але, зазвичай, в таких людей, як ви кажете, чи то стигма, чи то що. І ти його ошелешуєш, що в тебе туберкульоз. І ти маєш привести родичів.... Майже переважна більшість приїжджає. Якщо тяжкі, то лікарня сама довозить швидко. Якось домовляються і довозять. Там, де немає GeneXpert-ів, і особливо в таких тих лікарнях, на жаль, так віддалені, і не по маршруту пролягають, там гірше.*

Так само, як і в частині, присвяченій можливостям покращення допомоги, респонденти наголошували на затримці доставки біоматеріалу. Окремі надавачі послуг висловлювали думку про недосконале відпрацювання системи оплати збору і транспортування мокротиння. Зокрема, транспортування мокротиння не досить чітко прописане в пакетах послуг і притуберкульозної служби, і первинної ланки.

Пов'язаною з попередньою є затримка через повільний обмін інформацією. Фахівці вважають, що активний рух населення в умовах воєнного часу може призвести до незворотних наслідків, пов'язаних зі затримкою діагностики.

Респонденти з Кіровоградської області згадували про роботу з первинною ланкою медичної допомоги зі впровадження FAST-стратегії:

- *Ми стараємося сімейних лікарів [залучати] щодо ранньої діагностики і раннього початку лікування у пацієнтів. Також, у нас ще в області в одному з районів, в рамках проекту проходить такий проект, як фаст-стратегія. Тобто це швидка діагностика і початок лікування у пацієнтів з туберкульозом. І думаю, що цей проект тільки почався і охоплює тільки один район, і зараз ще рано говорити про його результати. Але я думаю, що це чудова ініціатива. І думаю, що це буде... цей проект надасть нам дуже гарні результати і навчить сімейних лікарів саме виявляти ТБ, працювати з пацієнтами з групами ризику захворювань на ТБ.*

Говорячи про впровадження алгоритмів діагностики на етапі спеціалізованої допомоги, респонденти знову нарікали на складнощі з доставленням мокротиння, цього разу для дослідження за методом культури, або Xpert XDR.

Обговорюючи додаткові методи дослідження, фахівці здебільшого торкалися організаційних питань. Зокрема, навіть доступні на первинні ланці дослідження не проводяться, сімейні лікарі з небажанням впроваджують необхідний мінімум, що закономірно призводить до затримки діагностики.

Говорячи про доступність методів візуалізації, більшість респондентів зазначали їхню дороговартісність або необхідність довго чекати діагностики за програмою медичних гарантій, що може затримати діагностику і погіршити результати лікування. Водночас, поширеною є ситуація, коли пацієнти проходять дороговартісні дослідження, навіть непоказані, за власною ініціативою. Частіше причина полягає у недовірі до порад лікаря та затримки у діагностиці. Проведення гістологічного дослідження, яке має бути безкоштовним для пацієнта, наштовхується те, що ця послуга не входить до пакету медичної допомоги з туберкульозу і має виконуватися за рахунок інших пакетів.

Під час обговорення алгоритму діагностики ТБ/ВІЛ часто лунала думка про недосконалість скринінгу. Не зважаючи на високу інформативність скринінгового опитування саме серед ВІЛ-позитивних пацієнтів, цей етап часто пропускається або не документується. Рентгенологічне обстеження не проводиться в установлені Стандартом терміни.

Інше поширене судження стосувалося використання методу LF-LAM, який високо оцінюють клініцисти, але майже в усіх регіонах вказують на його недоступність на теперішній час.

Окремі респонденти не розуміли сутності тесту, навіть переоцінювали дослідження, плутаючи його з ТВГІ та вважаючи, що метод здатний діагностувати латентну туберкульозну інфекцію (ЛТІ):

- *Був у нас період, у нас були LAM-тести. Дуже непогана штука для пацієнтів, людей, які живуть з ВІЛ. Ми змогли виявити легеневі форми туберкульозу на основі цього LAM-тесту. Якщо так по-простому говорити, аналіз мочі на кислоту, яку виділяє туберкульозна паличка. І позалегеневі форми або ж латентні форми могли виявити таким методом. Зараз також є квантифероновий тест, але доступу до нього також всім немає. У нас є він у проекті контактних і можемо назначати цей квантифероновий тест. Виявляти латентні форми і таким чином видавати профілактику латентної або лікування уже.*

Ще одну складність використання алгоритму діагностики туберкульозу у ВІЛ-позитивних пацієнтів фахівці пов'язують з недостатньою прихильністю пацієнтів до АРТ, самовільним перериванням лікування та нерегулярним контролем CD4, що ускладнює оцінку ризику туберкульозу, скринінг та початок лікування.

Обговорюючи алгоритм діагностики ЛТІ, фахівці часто знову торкалися формування груп ризику:

- *Ну, перш за все це те, що відповідно до наказу про виявлення і діагностику латентної туберкульозної інфекції, сімейні лікарі можуть визначити пацієнтів. Має бути поіменний список пацієнтів з факторами ризику захворювання на ТБ. І саме з цією категорією пацієнтів потрібно проводити значну роботу щодо діагностики, профілактики та лікування в разі виявлення ТБ. Це найкраще, я думаю. ... у нас є зараз також небагато проектів, які допомагають виявляти пацієнтів, сімейні контакти, тісні контакти, коли пацієнти не завжди хочуть розказати своїм знайомим про це все, заохочуємо їх, щоб вони привели чим більше своїх пацієнтів-контактних, тим більше, щоб їх виявили.*

На думку багатьох респондентів, впровадження ТВГІ утруднюється не лише дороговартісністю обстеження, недоступного на безоплатній основі в Україні, крім Львівської області, а й необізнаністю лікарів первинної ланки про показання до призначення тестування та принципів трактування результатів. Тому, пацієнти безпідставно направляються до фтизіатра, що призводить до істотних витрат часу.

Показово, що саме респондент, якому належить наведена вище цитата, демонструє необізнаність у показаннях та термінах призначення ТВГІ:

- *Але так як він дорогуватий, то його рідко застосовують. То я не знаю, як можна навчити людей робити тести, і як 3 рази в рік направляти людину, яка зможе за 2-*

*3 тисячі зробити тобі тест, а не просто сказати, що ти інфікований туберкульозом. Інфікований чи не інфікований. Навіть не хворий.*

Респонденти з усіх регіонів, включених у дослідження, вказували на недоступність або нерегулярне постачання туберкуліну.

Підсумовуючи обговорення алгоритмів, переважна більшість фахівців наголошували на тому, що складнощі з виконання алгоритмів не означають недосконалість самих алгоритмів, до яких ніхто не мав претензій:

- *...алгоритми розписані. Вони там і в першому стандарті були чітко прописані, і зараз вони прописані. Кажу, у нас документальна база, ну, як по мені, як для мене, вона розписана ідеально. Питання в тому, як її впроваджувати.*

Аналізуючи переваги та недоліки кожного з діагностичних методів, респонденти, за рідкими винятками, правильно, хоча й коротко і схематично, характеризували їхні переваги. Характеризуючи їх доступність в Україні, фахівці одноставно говорили про доступність всіх діагностичних методів, що обговорювалися, за винятком TB-LAM.

Ніхто з респондентів, характеризуючи методи діагностики, не оперував поняттями чутливості і специфічності, не говорив про проблеми лікування за відсутності лабораторного підтвердження і визначення чутливості збудника. Лише поодинокі респонденти частково торкнулися цього питання:

- *Дуже часто стикаємось, коли оперативне втручання вже проведено, і матеріал не доставлений. Або доставлена гістологія, наприклад. А гістологія нам не дає змогу отримати культуру.*
- *Мінуси цього метода [TB-LAM], що ми не знаємо, які саме мікобактерії по чутливості – чи правильно ми лікуємо, чи неправильно.*
- *[метод TB-LAM] класний, робить все прекрасно, швидко, нічого не потрібно, треба одна сеча. Позтому взять забор матеріала проще, чем мокроту. Але він не дає підтвердження стійкості. Він виявить, що є туберкульоз, але який він, і як його правильно лікувати, він не дасть цього діагнозу.*

Говорячи про оновлення стандарту у частині лікування, респонденти зосередилися на лікуванні МЛС-ТБ. Вони одноставно вважали, що саме клінічна складова не викликає жодних проблем, тобто схеми лікування є більш прийнятними для пацієнтів, побічні реакції є рідшими і краще лікуються. Крім того, лікарі зазначали, що вже безпосередньо спостерігають кращі результати лікування. Складнощі фахівці пов'язували з впровадженням моніторингу в рамках операційного дослідження та з організацією контрольованого лікування. Додаткове заповнення необхідних форм потребує додаткового часу.

Окрема група коментарів стосувалася прогалин у організації лікування на первинній ланці, зокрема у віддалених населених пунктах, де немає медичного працівника. Відео-ДОТ є ефективним рішенням, але саме у віддалених районах його застосування викликає труднощі. Зацікавленість працівників первинної ланки у кінцевому результаті лікування, на думку респондентів, є недостатньою.

Питання про організацію контрольованого лікування викликало жваву реакцію. Більшість респондентів зосередилися на лікуванні за підтримки відео. За відповіддю одного з респондентів, в їхньому закладі 42% пацієнтів зараз знаходиться саме на такому лікуванні. Серед головних проблем називалися нестабільний зв'язок, застарілі телефони у пацієнтів, потреба у коштів для абонентської плати. Більшість респондентів знайоми лише з асинхронною моделлю лікування за підтримки відео, тому постає питання регулярності відправлення відео медичному працівнику, частіше за все пацієнту необхідно про це нагадувати.

Говорячи про роль немедичних втручань у підвищенні ефективності лікування, респонденти відзначали, що така підтримка здебільшого забезпечується за рахунок благодійних організацій,



що надають психологічну допомогу і різні види матеріального заохочення прихильності до лікування.

Декілька разів піднімалося питання зменшення уваги до підтримки пацієнтів з туберкульозом:

- *...хвилями... якось звертаємо ми увагу на психологічну підтримку в нинішній ситуації. А вона перемістила важіль вже на вплив війни. Але тим не менш пацієнт з туберкульозом потребує постійної підтримки психолога, роботи з психологом. Те ж самісіньке, що із ВІЛ. Тут не може бути по-іншому. Визнати проблему, що в тебе є цей діагноз, цей туберкульоз, що він виліковний.*
- *Можливо, зараз більше залучати якісь неурядові такі організації. Мені здається, в даний час наші пацієнти трошки так обділені. Більше увага іде, ну, на даний час можна сказати, на внутрішньо переміщених осіб. Щоб їм надавати більше таке заохочень, допомогу матеріальну якусь. Ну, фінансово-матеріальну.*

Говорячи про можливості, які надає реєстр хворих на ТБ, респонденти демонстрували повне задоволення існуючою платформою і розгубленість перед очікуваними змінами у реєстрації. Фахівці очікують труднощів у навчанні користувачів новими базами даних, неминучі помилки та втрату даних.

## **Розділ 2. Діагностика і лікування МЛС-ТБ**

Як вказувалося вище, на питаннях діагностики і лікування МЛС-ТБ більшість респондентів зосереджувалися, відповідаючи на загальні питання щодо діагностики, сприймаючи цю проблему головною в усіх ключових напрямках контролю за туберкульозом. Порівнюючи фактори переривання з боку медичного працівника та пацієнта, переважна більшість респондентів зосереджувалася на слабшій прихильності, яка взагалі більш притаманна пацієнтам з МЛС-ТБ, та ще й посилюється внаслідок більш частих побічних реакцій.

Серед найпоширеніших помилок ведення пацієнтів називали нехтування проколами, призначення неоптимальних схем та помилки моніторингу.

## **Розділ 3. Діагностика і лікування генералізованих і позалегеневих форм ТБ**

Обговорюючи складнощі діагностики позалегеневого та генералізованого туберкульозу, респонденти частіше за все зосереджувалися на об'єктивних складнощах діагностики та менш чітких, ніж для легеневого туберкульозу, алгоритмах дій. Найпоширенішою помилкою є втрата операційного матеріалу після операцій, проведених з іншого приводу, в процесі яких були виявлені зміни, подібні до ТБ. Якщо поряд з гістологічним дослідженням на цьому матеріалі не проведені культуральні дослідження і тест лікарської чутливості, можливості призначення адекватного лікування втрачаються незворотно.

Тож респонденти майже одноставно визначили особливості перебігу захворювання і діагностичні помилки основними причинами запізнього виявлення та неефективного лікування генералізованих форм туберкульозу.

Натомість, експерт національного рівня не вбачає різниці у діагностичному процесі щодо генералізованого та інших форм туберкульозу і вважає розвиток генералізованого захворювання винятково результатом пізнього звернення, тобто цілком сферою відповідальності пацієнта:

- *Тут неправильно запитання сформоване. Тут просто вся проблема у тому, чому вони виникли генералізовані форми. По-перше, людина не іде своєчасно до лікаря за різних причин. Або за причин КОВІДу, або за причин війни. Чекає, поки уже, як я казала, вперед ногами несуть, тоді уже ідуть, всі біжать до лікарні і хочуть, щоб їм у цю хвилину зразу почали лікування. А те, що вони 2-3 місяці сиділи вдома і незрозуміло, чим займалися, то уже ніхто про це не згадує.*

Експерт не вбачає діагностичних труднощів у цьому напрямку:

- *Вже якщо генералізована форма туберкульозу, вона вже всім зрозуміла. Там уже немає ніяких ні затримок, ні сумнівів і так далі. Тобто, як правило, там проблеми з цим немає. Проблема у тому, чому з генералізованою формою людина прийшла, чому вона так пізно прийшла до лікаря, ось у чому проблема. Тобто в інфекційних*

*захворюваннях, коли уже є генералізована форма, діагноз встановити дуже легко. У нас однакове і схеми, і підходи, що генералізований, що не генералізований туберкульоз. Тому всі дотримуються.*

#### **Розділ 4. Діагностика і лікування туберкульозу у дітей**

Респонденти (хоча далеко не всі) відзначали позитивну роль впровадження нового покоління діагностики XpertMTB/RIF у підвищенні чутливості діагностики. Головною перевагою фахівці вважали більшу чутливість, яка надає можливість досліджувати різні зразки, крім мокротиння, і таким чином більш надійно діагностувати позалегеновий туберкульоз.

Часто, хоча це не було передбачено схемою опитування, респонденти торкалися значного покращення діагностики ТБ у дітей завдяки впровадженню КТ. Більша чутливість методу надає змогу виявити навіть незначні зміни у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах та легенях, які унаслідок масової вакцинації БЦЖ є більш поширеними у дітей.

Говорячи про перешкоди для якісної діагностики та лікування, фахівці вказували, що лікарі загальної практики змішують підходи до діагностики ЛТІ та активного туберкульозу, не розуміючи обмеження методів діагностики ЛТІ і вважаючи, що вони здатні виявити активне захворювання.

На прохання описати типові помилки респонденти частіше за все згадували запізнилу діагностику і низьку насторогу стосовно туберкульозу.

Єдина рекомендація із запобігання помилок стосувалася навчання фахівців загальної практики, які часто вважають рентгенографію і туберкулінову пробу єдиними діагностики туберкульозу у дітей і не беруть до уваги переваги, наприклад, КТ і МРТ. На думку одного з респондентів, таке навчання повинно зосереджуватися не лише на первинній ланці, а залучати фахівців іншої спеціалізованої (не протитуберкульозної) допомоги.

#### **Розділ 5. Коментарі до кількісного етапу дослідження**

*Запит на коментар №1*

***Від появи перших симптомів до звернення у пацієнтів, залучених до дослідження, пройшло у середньому близько 35 днів. Чи реалістичний такий результат? У чому причина розбіжностей у первинних записах та даних реєстру? Чому третина пацієнтів вказала, що погіршення стану помітили менше 4 днів тому?***

Причину такого результату фахівці вбачають у механічних помилках запису, недосконалому зборі анамнезу на первинній ланці та особливостях перебігу туберкульозу.

- *Тут пишеться, що 34% менше 4 днів відчували перші симптоми до звернення в медичну ланку. Ну, ні, конечно. Одна третя, щоб за 4 дні відчула, що у них туберкульоз? Туберкульоз розвивається мінімум півроку. До того, що вже з'являються симптоми, людина дуже... Можливо, просто людині стало зле саме за 3-4 дні. І це вже коли так зле, то це вже дуже запущені форми. ... там багато факторів, які можна обговорювати... Від стигми, перше, самостигматизації. Незнання симптомів. Хто у нас із слабкістю йде на обстеження на туберкульоз?*
- *Чому? Тому що у первинній ланки є свій алгоритм, згідно з яким вони лікують спочатку то простуди, то бронхіти, то ще щось, ще щось, ще щось. Це одне. Друге, що пацієнт ще сам непогано може полікуватись, потім звернеться до свого лікаря. Я думаю, що ось так, в принципі, може бути. А потім, коли його вже фтизіатр починає питати саме ці симптоми, які його цікавлять, то ці дні можуть значно скорочені, якщо так сказати. Щоб не уточняти, що за царя Гороха. Коли це почалось? Коли ти похудає? Конкретні питання. Якщо задають конкретні питання, то отримують конкретніші відповіді.*
- *Я вам скажу, чому. Тому що коли до нас направляється пацієнт, лікар дуже часто не пише анамнез. Сімейник [опитує] його ну так собі. Він в кращому випадку надасть нам просто результати досліджень. І все решту прийде пацієнт і нам*

*розкаже. Це перший момент. Другий момент. Є такий момент, коли ти вже бачиш, що у пацієнта є-таки туберкульоз, є там бактеріовиділення, є все-все-все. І пацієнт, наприклад, два роки ходить по лікарях. Сказати, коли точно поява перших симптомів саме туберкульозу – важко сказати. Туберкульоз сам по собі захворювання, яке фактично не має якихось прямо специфічних характеристик.*

- *Знову ж таки, пацієнт не завжди може оцінити свої симптоми. Він на що звертає увагу? Наприклад, я питаю пацієнта: "Коли ви захворіли?" Він мені каже: "Я захворів 10, 15 числа, коли в мене з'явилася температура". Тобто, це ми вже говоримо про гостру фазу захворювання. А якщо починати питати в пацієнта – скажіть, будь ласка, а до того часу, як у вас піднялась температура, чи схудли ви? Він каже: "Так". А скажіть, будь ласка, скільки часу ви кашляєте до того часу, як піднялась температура? Він каже: "Два місяці". І так далі. Тобто, пацієнт не може об'єктивно оцінити навіть. Він приблизно оцінює, причому активну фазу з проявів температури. Вірніше так – з тої скарги, яка змусила його звернутися до лікаря.*
- *Може, воно так і є. Тому що туберкульоз не така гостра інфекція, як, наприклад, КОВІД, коли людина сьогодні здорова, а завтра уже їде швидка і забирає у реанімацію. З туберкульозом так не буває. Туберкульоз поволі, поволі, потрохи наростають симптоми. Зміни в легенях наростають. Інколи це може бути навіть не те, що 35 днів, а і пару місяців може бути з моменту перших симптомів до уже такої маніфестації бурної, скажемо, захворювання. А комусь і півроку, хтось і півроку ходить, поки відчуває явні симптоми. Так що це в першу чергу з перебігом самої хвороби пов'язано і з тим, що люди дійсно просто, хто, коли прийшов, да, хото на якому етапі прийшов, того тоді і виявили.*

## **Запит на коментар №2**

***Більшість пацієнтів до діагностики туберкульозу госпіталізовані до пульмонологічного та терапевтичного стаціонару. Як це могло вплинути на процес діагностики та які загальні наслідки може мати?***

Більшість респондентів вважали таке становище неприпустимим:

- *Травматологічний [стаціонар] то зрозуміло, скоріше за все, пацієнт просто зламав руку, йому робили рентген і знайшли туберкульоз; неврологічний, гінекологічний, урологічний і хірургічний, десь приблизно така сама ситуація. Хірургічний – можливо, це диференційна діагностика, про що ми говорили, між онко- і туберкульозом. Це які можливі варіанти. А от я категорично проти, щоб пацієнти госпіталізовані і довготривало знаходились в терапевтичному і пульмонологічному. Тому що ці якраз пацієнти можуть бути діагностовані на етапі сімейної медицини. Тобто, у нас дуже часто зараз пацієнти, наприклад з ковідом, лежить в інфекції, – до нас привозять мокроту. Знаходимо. Ковід вилікували – забрали. Пульмонологія. Вони намагаються, якщо є хоч мінімальна підозра на туберкульоз, вони намагаються нам в першу і другу добу доставити мокроту. Тобто, ми так як би налагодили роботу. Пацієнти, які в терапевтичному профілі лежать, наприклад, ендокринологія, з цукровими діабетами, на жаль, ці пацієнти там і лежать. І саме страшно, що вони продовжують заражати там пацієнтів.*

Водночас фахівець національного рівня висловив таку думку (лексика збережена):

- *Це нормальна ситуація. В усьому світі так. Тому що легеневі скарги, вони неспецифічні. У людини є кашель, є інтоксикаційні прояви і так далі. Тобто туберкульоз немає якоїсь класичної клінічної картини. Людина з скаргами потрапляє в лікарню. Так починають процес діагностики, встановлюють діагноз, там, комусь туберкульоз, комусь онкологію, комусь госпітальну пневмонію підтверджують, комусь КОВІД. У кого що. Кому що виявили, то і перенаправили туди, куди треба. Це таке. Мова про те, що до того моменту, як він потрапив, внесли в стаціонар. Наприклад, в терапію кудись. Перш ніж направити, треба спочатку обстежити, подивитися, що там за хвороба. Хоча б елементарні початкові дослідження зробити, щоб, наприклад, виявити раніше того самого*

*туберкульозника уже, щоб він не потрапляв у загальний стаціонар, а зараз йшов у тублікарню...*

**Запит на коментар №3**

**Чому тільки для 4% госпіталізованих пацієнтів було проведено дослідження за методом Xpert MTB/RIF перед госпіталізацією і для 16% у стаціонарі?**

- *Тому поширення туберкульозу саме в таких стаціонарах, якщо людину не діагностовано, не провели правильний алгоритм діагностики на первинці. Не зробили правильно Gene, не дали, не віддиференціювали, зекономили. Та не нужно, та не знаємо, та хто знає куди, та хто цим буде займатися. То заразили всю палату як мінімум. Тому що врят чи в перші сутки хтось візьме на Gene аналіз. Людина буде в палаті як мінімум добу. Якщо в пульмонології здогадаються відправити на Gene. Але я зі своїми колегами спілкуюся, які на сьогодні в практиці, але ніхто цього не робить і на сьогодні. Має наслідки того, що захворювання буде підтримуватися. І інфекційний ланцюг буде продовжуватися.*
- *... рентгенографія доступніша, зрозуміліша, за неї більше знають. У нас як туберкульоз, то рентген. Ну, це так, така вже, да, ніхто не каже про те, що мікроскопію ніхто не мазав там ті соплі, вибачте мене... Але мікроскопія, саме дослідження мокроти мікроскопічним методом не сильно то пріоритетно, як його правильно знати.*
- *А з приводу того, що поширювати все-таки цінність, важність, доступність, причому, наскільки мені відомо, країна забезпечила повністю вже. Та кількість GeneXpert, яка в нас в країні стоїть, і така кількість тих картриджів, які доступні, ну, потрібно тільки користуватися. Для мене незрозумілий алгоритм, чого ними не користуються. Тому що, можливо, я в цій темі, для мене це більова точка. Бо ми працюємо давно і тільки появлялися ці Gene`и. Ми дуже просили, щоб там доступ до них дали.*
- *Раніше це було таким недоступним методом діагностики для всіх. Це було для лише... Не кругом вона була доступна. І лише уже в тому випадку, як діагностовано туберкульоз, вона була доступна. Зараз це доступно кругом. На первинці. Ну, в первинках, в принципі, на районному рівні це доступно. Чому не користуються, для мене незрозуміло. Чому користуються рентгеном, зрозуміло. Того, що його знають, того, що простіше відправити на рентген. А ще потрібно ж правильно роз'яснити, як правильно здавати мокротиння. Тому що, щоб не було дефектури. Ну, це таке. А для рентгенологічного дослідження не потрібно нічого готувати. Просто ловити мокроту, обстежувати, і щоб він міг лежати, ніхто там не буде тримати.*

**Запит на коментар №4**

**У чому, на Ваш погляд, причина того, що попри подібні симптоми, кожен третій пацієнт з ТБ не був обстежений на COVID-19?**

Одностайно респонденти пояснювали це недостатньою доступністю діагностики:

- *Ці дані за 20-й рік, я так розумію, зібрані? Тому що тоді, я так думаю, не вистачало тестів КОВІД. Потім, коли дали тести, ми всі стовідсотково, і первинка також направляє, чи є туберкульоз, чи немає, всім роблять швидкі тести на КОВІД. Я думаю, що це просто було пов'язано з тим, що обмежена кількість швидких тестів. А щоб спочатку везти на КОВІД цей матеріал, а потім везти на туберкульоз, я не знаю, люди вважали, що це, можливо, недоцільно. Я тільки вважаю, що це просто недостатня кількість швидких тестів.*

**Запит на коментар №5**

**У чому причина того, що лише 70% пацієнтів отримують моніторинг побічних реакцій?**



- *Я думаю, що це тільки від небажання лікаря. Яюсь так. Це організаційний недолік. Люди можуть різне пояснити, що вони сильно зайняті, що багато пацієнтів, багато роботи, те, те і те. Але якщо конкретно, то це просто, що не можуть, тому що з різних причин не зробили. Ось так. А порушення електролітного балансу – це просто або небажання... Але плюс до того всього, що це, можливо, це на даному етапі було недоступно. Тому що ... електроліти, що просто не роблять. В загальний стандарт, в біохімічний аналіз не входять. Там треба прописувати додатково. З приводу стаціонарного етапу лікування хоч у вас зазначити, що, відповідно до мого досвіду, в нас всі пацієнти з МЛС-ТБ отримують і всі необхідні скринінги для виявлення побічних реакцій. З приводу амбулаторного етапу? Можливо, не у всіх фтизіатрів є можливості визначення полінейропатії. Ну, наприклад, може, в них немає камертонів для визначення вібраційної чутливості. Або вони не володіють цим методом обстеження. Ну хоча окрім вібраційної чутливості, можливо, просто опитування пацієнта. І вже за опитуванням можна визначити, чи є ознаки, чи немає. Не знаю.*
- *Так, я бачу. Не отримують скринінг побічних. Полінейропатія, у нас впроваджено, тобто, кожен лікар, кожна медсестра, у нас оцінюють. Єдине, що тут може бути. Можливо, просто дані не заносились. Знаєте, болять ноги – подивилися: нема ніяких ознак, і просто не записано механічно. Або не внесено в e-TB Manager. Оцей момент. Зниження зору – тут, можливо, не у всіх є окуліст. Хоча зниження зору це так само можна дивитися не тільки фахівцю, а і фтизіатру. Тобто, як на мене, все це організаційні моменти надання допомоги. Зниження слуху – лор не крізь є. І оцінка шелітною мовою, можливо, не робилася. Нема аудіометра. Наприклад, в нас він є. Але у нас немає принтера, на якому роздрукувати... Тобто, лікар має оцінити або зразу з апарата, або не оцінити ніяк. Далі. Можливо, недостатня обізнаність що фтизіатрів, що лікарів інших спеціальностей в зниженні слуху. І зрештою у нас зараз немає препаратів, які специфічно викликають зниження слуху. Тобто, ми їх не застосовуємо.*
- *Ведення – це те, що навіть якщо вони контролюють прийом препаратів, медпредставник, який це робить, не говорить з пацієнтом, не моніторить побічні реакції. Деколи приїжджають такі, що вже не ходять – такі полінейропатії розвиваються. Просто не моніторять побічні реакції. Це і фтизіатри, це і сімейні. Я не буду казати, що це тільки сімейні. Це взагалі медичні працівники, які здійснюють цей супровід.*

Натомість фахівець національного рівня вважає таку ситуацію цілком прийнятною:

- *Я вважаю, що це дуже чудові відсотки, як більше 70% обстежувалися на ці всі стани або у вузьких спеціалістів, або навченими фтизіатрами, ну, там, де як, в якому закладі, як налагоджено. Чесно кажучи, більше і не треба. 100% не завжди...*

### **Запити на коментарі №6 і №7**

***Причина і можливий вплив на результати лікування того, що близько половини ВІЛ-позитивних пацієнтів не знали свого статусу на момент виявлення туберкульозу, і тільки у 10% рівень CD4 перевищував 500 кл/мкл?***

Усі респонденти вказували на такі результати як на вкрай негативну прогностичну ознаку, що різко погіршує імовірність позитивного результату лікування.

Респонденти емоційно ілюстрували частоту випадків запізненої діагностики.

- *...це вже не те, що менше 500, я вже мовчу, я вже забула, коли 500 у нас були. От сьогодні поклала жіночку – 32 клітини. До того у нас був хлопець з саркомою Капоши, туберкульозом – з нулем клітин.*

Більшість респондентів пов'язували це зі слабкою загальною організацією скринінгу на первинній ланці:

- *...їм ніхто не запропонував ні на первинному, ні на вторинному рівні. У нас дуже часто приходять пацієнти, яких скерував до нас сімейний лікар без нічого.*

*Абсолютно. Тобто, ми діагностуємо і ВІЛ-інфекцію, і туберкульоз, і гепатит В, С, і сифіліс.*

Була висловлена думка про плинний характер кампаній зі скринінгу:

- *У нас взагалі втрачений профілактичний підхід до ... медицини. Вона у нас, як би так сказати, навіть не залишковий принцип, вона не пріоритетна .... Коли інформаційна кампанія постійна, в мережі доступна, це усе люди по самозверненню можуть виявляти раніше. Якщо цього нема, ніхто на це не звертає увагу. Падіння проінформованості, дуже швидко все забувається, і становляться нові пріоритети, виходять на рівень, да. То у нас була коронавірусна інфекція, і у нас всі шукали коронавірус. Потім у нас війна, нам нічого взагалі не потрібно, дайте нам спокій, нам не до... Чому? Я не знаю. Тому що тут організаційний недолік первинної мережі. Тому що вони не проводять, як скринінгування на туберкульоз, так і скринінгування на ВІЛ-інфекції.*

Натомість експерт національного рівня схильний був вважати це становище сферою відповідальності винятково пацієнта:

- *Тому що люди ні до сімейного лікаря, нікуди. Сидять по домівках, поки вперед ногами не винесуть. Це проблема держави, по великому рахунку. Обізнаності людей, рекламування здорового способу життя, профілактики захворювання, а не їх лікування у першу чергу.*

#### **Запит на коментар №8**

##### **Чому не всі пацієнти з ТБ/ВІЛ отримували ко-тримоксазол?**

Респонденти вказали, що за їхніми власними спостереженнями, так само, як і за результатами дослідження, охоплення цим видом профілактики є досить високим. Імовірними причинами того, що 12% пацієнтів не отримують профілактику, були названі такі обставини:

- *Відповідно до мого досвіду, не отримують ко-тримоксазол лише ті пацієнти, які знаходяться в критичному стані, і їм не встигає бути призначене жодне лікування. Вони помирають або одразу після госпіталізації, або в перші дні після госпіталізації. Інших причин я не бачу.*
- *Ми препарати закупаємо за кошти закладу, ми призначаємо усім. Видавати на амбулаторне лікування ми не можемо. Це не гуманітарна допомога. Ліки залишаються у закладі. Поки пацієнт у нас, він отримує. А далі, я так думаю, або пацієнт, можливо, не знає, що він повинен до кінця приймати лікування, цей ко-тримоксазол, або в нього такої немає можливості, щоб купувати його і приймати.*

#### **Запит на коментар №9**

##### **У країні багато років немає дефіциту вакцини БЦЖ. У чому причина того, що кожна четверта хвора дитина не вакцинована?**

Відповідаючи на це запитання, окремі респонденти вказували на те, що перебої з постачанням вакцини в їхньому регіоні трапляються регулярно:

- *Не знаю, звідки такий коментар, що немає дефіциту вакцини БЦЖ? Він є, і був, і періодично виникає. Він виникає, але стараються покривати. Але він є. Потім, щоб вилловлювати дітей, довакцинувати їх – їм потрібно зробити вже через 2 місяці Манту. І якщо Манту негативний, то тоді провести БЦЖ. Получається, що оцей період, що не було БЦЖ, і просто немає [чим] Манту зробити, і відмови також.*

Проте більшість вважає такий стан результатом невідповідальності батьків - батьки не підписують декларацій із сімейними лікарями:

- *Причини в тому, що батьки або відмовляються від вакцинації, або забувають її провести. На жаль, наша область в цьому році лідирує серед захворювання на дитячий ТБ. І 90% дітей, хворих на ТБ, – з сімейного туб-контакту. Вони, на жаль, з неблагополучних сімей, батьки їхні не цікавляться вакцинацією, в них інші*

*інтереси, на жаль, в цих батьків. І тому така ситуація. І хочу сказати, що багато дітей, хворих на ТБ, не мають декларації навіть з сімейним лікарем, через те що батьки не вважають за потрібне заключати декларації. А якщо дитина знаходиться без декларації, то вона, на жаль, нікому не потрібна.*

Ніхто з респондентів не вказав на той загальновідомий факт епідеміології, що захворювання невакцинованої дитини є закономірним, натомість виникнення захворювання у дитини, яка отримала БЦЖ, потребує додаткового з'ясування факторів ризику.

#### **Запит на коментар №10**

***Переважає більшість дітей має нетяжкі форми ТБ і може лікуватися амбулаторно впродовж всього курсу. Проте 17% дітей провели весь курс у стаціонарі, і лише 14% із самого початку лікувалися амбулаторно. Яка причина, на Вашу думку?***

Причини проходження лікування у стаціонарі: відсутність достатньої кількості працівників соціального супроводу, щоб доставляти ліки всім пацієнтам, які цього потребують; відсутність договорів із сімейним лікарем в родині; в сільській місцевості відсутність фельдшерів або фельдшерських пунктів.

Зазвичай респонденти виправдовували такий підхід соціальними проблемами, з якими стикаються більшість сімей, в яких діти хворіють на туберкульоз:

- *На мою думку, причина полягає в тому, що неможливо було... гарно сформувані лікування дітей вдома. Враховуючи те, що навіть соціальний супровід, який нам забезпечують наші благодійні організації, там дуже малий відсоток, в який можна набирати пацієнтів, тобто соціальних працівників на безпосередній ДОТ, щоб вони доставляли щодня ліки пацієнтам. І враховуючи те, що діти, які хворіють на ТБ, переважно з багатодітних сімей, в них часто не буває сімейного лікаря, і заключити договір потім з сімейним лікарем буває дуже важко, враховуючи, що всі місця вже зайняті. Дуже і дуже часто неможливо це просто. І враховуючи те, що у багатьох селах відсутні фельдшери, фельдшерські пункти. І дуже важко знайти відповідальну людину, яка має відповідну освіту для забезпечення контрольованого лікування ТБ у дітей. Я думаю, що саме з цим пов'язано те, що багато дітей курс лікування проходять в умовах стаціонару.*

Водночас одна з респондентів зазначила, що у них в регіоні стаціонарне лікування дітей майже не практикується:

- *За цей рік у нас була госпіталізована одна чи дві дитини, по-моєму, на нетривалий термін, із всіх. Наша політика – не госпіталізувати до нас в стаціонарі, ми не госпіталізуємо дітей. Зараз я не можу точно вам сказати, скільки дітей лікується. Просто не володію на сьогодні цим списком. Але багато. І позалегеновий, і легеновий, і стійкі форми. Різні у нас дітки. У нас всіх лікують амбулаторно. Всіх. У нас жодна дитина... у нас у одній дитини були побічні явища, ми госпіталізували. Друга дитина потребувала дообстеження у травматолога і спостереження. Бо там позалегеновий, там розвалена повністю була стегнова кістка... Але це було два тижні, і все, до побачення. І дитина лікувалася амбулаторно всі 9 місяців. Одна 9, друга – 18. І ще одна дитина у нас лікувалася в реанімації обласної дитячої лікарні, ми туди їздили. Вони дуже хотіли до нас перевести. Але ми їх переконали, що до нас не варто, і ми будемо дитину вести в них. Із реанімації ми її виписали додому зразу. Ми її курували вдома. Зараз дитина вилікувалася.*

#### **Запит на коментар №11**

***Позалегеновий туберкульоз виявлений у 11,8% пацієнтів. Чи є ці дані реалістичними?***

Думки респондентів різко розділилися. Частина вважала такий результат цілком ймовірним, інші – заниженим або завищеним. Окремі респонденти вагалися.

#### **Запит на коментар № 12**

**Відомо, що позалегеновий ТБ рідко підтверджується лабораторно. Проте 60% пацієнтів такого підтвердження не має. Чи можливо удосконалити підтвердження?**

Шляхи удосконалення лабораторного підтвердження фахівці вбачають у покращенні методики забору матеріалу, пробопідготовки та збільшенні наполегливості бактеріологічних лабораторій у проведенні культурального та молекулярно-генетичних досліджень:

- *Вдосконалити підтвердження позалегенового ТБ? Це важко. Враховуючи те, що для лабораторного підтвердження збудника позалегенового ТБ нам потрібно мати матеріал. Якщо це, наприклад, ТБ кісток, то це потрібно, ну... часто ТБ кісток має напливні абсцеси, як ускладнення. То потрібно проводити оперативні втручання. Якщо це ТБ периферичних лімфовузлів, це також потрібно проводити біопсію. Якщо це ТБ печінки, або там кишківника, це також потрібно дістати матеріал, який треба буде посіяти. І це проблематично у більшості випадків.*
- *В залежності від того, який матеріал, і покращення збору позалегенового матеріалу. Тому що не завжди він, як кажуть, або правильно зібраний, або взагалі не зібраний так, як потрібно. Тому тут все залежить від якості матеріалу, на мою думку.*

Окремі лікарі не бачили необхідності у лабораторному підтвердженні позалегенового туберкульозу, ігноруючи необхідність призначення лікування у відповідності до профілю чутливості збудника:

- *Відсоток можна підняти. Але вже інвазивними методами, це вже треба трансторакально, лапароскопічно. Чи це доцільно? Я не знаю, чи воно варто того, щоб аж так підтверджувати. Я ж кажу, що теоретично це можливо. Чи із практичної точки зору це варто робити? Я ж кажу, що витратити ці всі матеріали, щоб підтвердити. Да, це було би добре, тому що ми точно знали би, що лікуємо туберкульоз. Але мені тяжко тут сказати.*

**Запит на коментар №13**

**Більшість пацієнтів не отримували лікування гепатиту до закінчення лікування ТБ. Чи є такий підхід оптимальним? Що можна змінити у цьому сенсі?**

Найбільш вичерпна відповідь на це запитання зважала на необхідність відкладання лікування гепатиту до закінчення лікування ТБ через лікарські взаємодії при чутливому до ліків ТБ. Проте при лікуванні МЛС-ТБ такі взаємодії не є перешкодою і небажання інфекціоністів призначати лікування є результатом невиправданого побоювання контагіозності пацієнта на лікуванні.

**Запит на коментар №13**

**Прокоментуйте, будь ласка, низьке охоплення паліативних пацієнтів респіраторною підтримкою.**

Відповідаючи на це запитання, більшість респондентів висловлювали думку, що значній частині паліативних пацієнтів респіраторна підтримка непотрібна, ігноруючи той факт, що це є одним з головних заходів догляду наприкінці життя для пацієнтів з туберкульозом, який рекомендує ВООЗ:

- *...не всі ці пацієнти мають таку виражену задишку, для того щоб їм призначалась киснева терапія. Більшість пацієнтів з паліативу на стаціонарі знаходяться через продовження бактеріовиділення і неможливість знаходження в амбулаторних умовах через... Ну тобто в домашніх умовах, через неможливість забезпечувати себе фінансово. Враховуючи те, що вони не можуть працювати, і вони безробітні, і не можуть... не мають якби засобів для існування.*

Всупереч Стандарту і рекомендаціям ВООЗ, респонденти навіть не припускали думки, що киснева підтримка може бути забезпечена вдома:

- *Його можна з декількох позицій прокоментувати. Перша позиція. Паліативні пацієнти це зазвичай пацієнти, які з туберкульозом живуть давно, і він вже в них рідний. Тобто, організм адаптувався до низького рівня кисню, будемо так*



говорити. Раніше ми говорили, що це наші "хроніки", хронічні пацієнти. Другий – з точки зору організації надання допомоги в туберкульозі, це підхід туберкульозної служби. Ми звикли надавати кисневу підтримку пацієнтам. Як вам сказати? Вирує така думка, що якщо ми не можемо допомогти пацієнту, то нащо ж його підсаджувати на кисень, без якого він вдома не зможе бути. Відповідно пацієнт буде постійно в стаціонарі на концентраторі, а легенів все одно немає. І далі по тексту. Це друга думка. Третя – кількість концентраторів, вона була дуже низькою в тубдиспансерах. Зараз, слава богу, ми їх закупили, і в нас вже, дякуючи ковіду, у нас їх вагон. Тобто, ми можемо фактично кожному пацієнту, який потребує респіраторної підтримки, її надати. Ще один варіант. Наші пацієнти мають, будемо говорити так, психічні вже відхилення на фоні гіпоксії, на фоні залежностей, на фоні зміни сприйняття світу. І деякі з них свідомо відмовляються від кисневої підтримки. Тобто, і такий варіант також є.

- *От я не знаю, чи це така низька підтримка. Якщо просто пацієнт потребує її, то йому підключають ці кисневі концентратори. Якщо він її не потребує, то я не знаю, для чого його підключати. Це ж, в принципі, воно ж не виліковує, так сказати. На амбулаторному етапі я не можу це коментувати, в стаціонарі це звично, тому що тут вже такі паліативи, що вже задихаються, то вони на підтримці. А амбулаторно, щоб приїхати, на годину поставити концентратор, потім їхати, забирати? Це теж як?*

Експертка національного рівня категорично заперечила необхідність кисневої терапії на паліативному лікуванні:

- *Киснева підтримка не входить у паліативну допомогу.*

Лише одна експертка визначила таке низьке охоплення головним методом паліативної терапії як неприпустиме і емоційно оцінила низьку якість паліативної допомоги як при туберкульозі, так і при інших захворюваннях в країні:

- *... взагалі, я дуже вражена, що ви хоч трьох знайшли. Я б була приємно вражена, якби мені показали мережу паліативних клінік, які могли б людині забезпечити достойну смерть, достойний догляд саме респіраторний. Щоб людина помирала під киснем, а не з відчуття того, що вона не може зробити вдих, і усвідомлює це, повністю розуміючи, будучи в здоровому розумі. Я не можу коментувати це беземоційно. Для мене це питання болюче. Воно в нас в країні, взагалі в Україні, ці 2% це дуже багато. На рівні 3 пацієнтів, можливо, то взагалі по всій Україні. І я не знаю, хто це її підтримав. Вам живі люди сказали, що вони отримали цю кисневу підтримку? Тому що палати, про які мова йшла, знову скажуть, що не на часі. Кисень під час коронавірусної інфекції був в дефіциті навіть для забезпечених пацієнтів з коронавірусною інфекцією. Не кажучи вже про туберкульозних. У нас паліативна допомога, мабуть, ніде в країні, ні в якій нозології не є паліативною допомогою. А що стосується забезпечення киснем, так це взагалі. Його не існує. Його просто не існує. Тому що паліативного пацієнта з туберкульозом... він проживає деколи 4 місяці, деколи 3 місяці, деколи 2. Не завжди йому потрібно постійно той кисень, але... А, можливо, я не знаю, можливо, в когось є система змінних балонів, тих, які поставляють в рамках якихось програм. Я про це не чула, на жаль, не бачила і не бачила ні одної палати з респіраторною підтримкою киснем для паліативних пацієнтів, щоб вона не тільки для комісії була, а ще і працювала.*

## ВИСНОВКИ

— При оцінці тривалості основних проміжків, що характеризують континуум виявлення та лікування туберкульозу, визначені такі результати:

- За даними Реєстру хворих на туберкульоз та паперової документації, середня тривалість часового проміжку між появою перших симптомів і зверненням на первинну ланку медичної допомоги становила 35 днів. Надійність цього результату є низькою через високу частоту даних, що не пройшли логічні фільтри, а також

через суцільне внесення даних, навіть у тих пацієнтів, що виявлені за профоглядом, і, отже, могли не мати симптомів.

- Тривалість часового проміжку між зверненням на первинну ланку медичної допомоги та зверненням до фтизіатра становила 11,2 днів, що далеко перевищує запас часу, необхідний для проведення досліджень, передбачених Стандартом надання медичної допомоги при туберкульозі.
  - Середній час від першого візиту до фтизіатра до початку обґрунтованого лікування становив 15,2 днів. Тож сумарна затримка між першим візитом на первинну ланку до початку лікування тривала у середньому 26,4 днів. Такий тривалий час не знаходить пояснення з огляду на виконання умов Стандарту та наражає пацієнта на ризик прогресування захворювання, а його оточення – на додатковий ризик зараження.
- Незважаючи на високе охоплення пацієнтів рентгенологічним дослідженням, лише 68,5% пацієнтів до встановлення діагнозу проходять обстеження за методом XpertMTB/RIF, що є ключовим для діагностики та вибору схеми лікування.
  - До непрофільних стаціонарів перед встановленням діагнозу ТБ госпіталізувалися 8,3% пацієнтів. При цьому, переважна більшість не була обстежена за методом XpertMTB/RIF та методом мікроскопії мазка мокротиння ані до, ані в процесі госпіталізації. Належне застосування алгоритму лабораторної діагностики, ймовірно, дозволило б уникнути непотрібної госпіталізації, а отже, затримки лікування та внутрішньолікарняного поширення туберкульозу.
  - Спеціальні методи діагностики позалегенового туберкульозу застосовувалися менш ніж у половині випадків позалегенового туберкульозу, тобто можливості підтвердження діагнозу та обґрунтованого призначення лікування використані не повністю.
  - Частота застосування додаткових лабораторних методів підтвердження туберкульозу у дітей (дослідження бронхіального, шлункового аспірату, випорожнень) залишається недостатньою.
  - Лише 70% відсотків пацієнтів з МЛС-ТБ отримали належний моніторинг небажаних явищ, пов'язаних з лікуванням. Таке неповне охоплення пов'язане з високим ризиком поганої переносимості лікування, який є потужним фактором ризику переривання лікування.
  - Стаціонарне лікування туберкульозу значно переоцінене фахівцями і часто використовується необґрунтовано, у тому числі в лікуванні дітей, пацієнтів з позалегеновим ТБ та МЛС-ТБ.
  - Визначення результату «неефективне лікування» та переведення на паліативне лікування частіше пов'язані з неможливістю підібрати ефективну схему та з низькою прихильністю до лікування. Хоча порушення стандарту в цьому напрямку не було, для покращення результатів лікування може бути ефективною психосоціальна підтримка прихильності.
  - Тимчасом як третина пацієнтів на паліативному лікуванні отримувала знеболення, що дозволяє говорити про доступність цього ключового виду паліативного лікування, лише три пацієнти отримали кисневу підтримку, що також є невід'ємною складовою паліативного лікування. Глибинні інтерв'ю виявили необізнаність респондентів про роль та можливості організації цього виду підтримки для пацієнтів з туберкульозом наприкінці життя.
  - Замісна підтримувальна терапія була організована лише для 1,4% досліджуваної когорти. Низька прихильність до протитуберкульозного лікування у майже чверті пацієнтів на ЗПТ вказує на недостатність цього втручання як мотивуючого фактору завершити лікування ТБ.
  - За даними глибинних інтерв'ю, невідповідність ведення пацієнтів галузевому стандарту пов'язана з низькою мотивацією або з неповною обізнаністю надавачів медичної допомоги, організаційними труднощами та недостатньою доступністю для пацієнтів окремих методів дослідження (наприклад, КТ, діагностика ЛТІ за методом ТВГІ, метод LF-LAM для діагностики ТБ/ВІЛ). Недосконалість або принципова неможливість виконання всього стандарту або окремих його частин не були виявлені.

- Найбільш поширеними недоліками надання медичної допомоги пацієнтам з ТБ, крім вищезазначених, були такі:
  - Недостатнє охоплення пацієнтів з туберкульозом лабораторною діагностикою на етапі первинної медичної допомоги.
  - Нечітке визначення та невчасне обстеження груп ризику.
  - Затримки перенаправлення пацієнта.
  - Недосконалий збір анамнезу, зокрема у частині тривалості симптомів, що має значення для відстеження контактів.
  - Неповне обстеження пацієнтів з ТБ на COVID-19.
  - Запізніла діагностика ВІЛ у пацієнтів з ВІЛ/ТБ, що різко знижує перспективи лікування.
  - Неповне застосування діагностичних можливостей для дітей.
  - Невиправдана затримка лікування гепатиту В або С у пацієнтів з ТБ.
- Супутня ВІЛ-інфекція збільшує ризик несприятливих наслідків лікування туберкульозу на 89%, інші чинники ризику поодинокі або у сукупності – на 18%. Згідно з результатами у дослідженій когорті, супутня ВІЛ-інфекція знижує ризик смерті від ТБ на 85%. З огляду на нелогічність цього результату, можливим поясненням можуть бути похибки у реєстрації причини смерті та необґрунтоване віднесення таких випадків до категорії «смерть від ВІЛ-інфекції». У пацієнтів з іншими чинниками ризику ризик смерті від туберкульозу був на 29% вищий, ніж у контрольній групі.
- За результатами кількісного аналізу результатів діагностики, лікування туберкульозу та суджень фахівців, отриманих на глибинних інтерв'ю, найбільш актуальними напрямками навчання лікарів є такі:
  - Виявлення туберкульозу на етапі первинної ланки медичної допомоги.
  - Діагностика позалегенового туберкульозу.
  - Діагностика і ведення випадків ТБІ.
  - Лабораторне підтвердження позалегенового туберкульозу та туберкульозу у дітей.
  - Моніторинг побічних реакцій у пацієнтів з МЛС-ТБ.
  - Лікування гепатиту В і С у пацієнтів з активним туберкульозом (для інфекціоністів).
  - Паліативне лікування туберкульозу.
- З боку пацієнтів їхня низька обізнаність з та мотивованість щодо діагностики та лікування ТБ та супутньої патології, передусім ВІЛ та гепатиту, є головними факторами, що пов'язані із низьким рівнем успішного лікування ТБ. Причинами поширеності цих факторів, на думку респондентів глибинних інтерв'ю, є недостатня активність освітніх програм, що носять характер кампаній, зниження доступності первинної медичної допомоги, пов'язане спочатку з пандемією COVID-19, а пізніше зі збройною агресією Російської Федерації, та загальною депріоритизацією здоров'я у системі цінностей людини у цей період.
- Проблема транспортування біологічних зразків для лабораторного підтвердження туберкульозу суттєво уповільнює континуум послуг при туберкульозі і, отже, потребує вирішення на національному рівні.



**Додаток 1. Анкета для збору інформації з медичної документації з медичної картки амбулаторного пацієнта (або з історії хвороби стаціонарного пацієнта)**

<b>Дата заповнення</b>	
<b>Відмітьте регіон вашого медичного закладу:</b> Вінницька Волинська Дніпропетровська Житомирська Закарпатська Івано-Франківська м. Київ Київська Кіровоградська Львівська Одеська Полтавська Рівненська Сумська Тернопільська Хмельницька Черкаська Чернівецька	<b>Запишіть назву вашого медичного закладу</b> _____
<b>ПІБ особи, яка заповнила анкету</b> _____	
<b>Посада особи, яка заповнила анкету</b> _____	
<b>Контактний телефон</b> _____	

**Скрінінг пацієнтів для дослідження**

**S1. Чи належить пацієнт до такої групи пацієнтів: «Чутливий ТБ: когорта 01.01.2020 по 31.12.2020. (Дата реєстрації ЦЛКК)»?**

Так.....1 перехід до S2  
 Ні.....2 перехід до S3

**S2. У пацієнта...**

*Можливо декілька відповідей.*

Нрез-ТБ.....1 перехід до **Розділ 1**  
 Позалегеновий ТБ.....2 перехід до **Розділ 1**  
 Жодного з двох вищенаведених діагнозів.....3 перехід до **Розділ 1**

**S3. Чи належить пацієнт до такої групи пацієнтів: «Риф/МЛУ/РР-ТБ (бактеріологічно підтверджений). Когорта: 01.01.2019 по 31.12.2019 (Дата реєстрації ЦЛКК)»?**

Так.....1 перехід до S4  
 Ні.....2

**S4. У пацієнта...**

*Можливо декілька відповідей*



Риф-ТБ .....	1
Риф-ТБ із результатом паліатив.....	2
МЛС-ТБ .....	3
МЛС-ТБ із результатом паліатив.....	4
РР-ТБ .....	5
РР-ТБ із результатом паліатив.....	6

Якщо в питаннях S1 та S3 одночасно відмічено відповіді «2» – завершити інтерв'ю. В інших випадках – продовжити інтерв'ю.

### Розділ 1. Вступ

**1.1. Номер в реєстрі:**

Запишіть \_\_\_\_\_

**1.2. Стать пацієнта:** Чоловіча.....1 Жіноча.....2

**1.3. Дата народження пацієнта:**

Запишіть \_\_\_\_\_  
(число) (місяць) (рік)

**1.4. Пацієнту є повних 18 років?**

Так.....1

Ні.....2

**1.5. Пацієнт є мешканцем:** Міста.....1 Села.....2

### Розділ 2. Звернення на ПМСД

**2.1. Дата появи перших симптомів:**

Запишіть \_\_\_\_\_  
(число) (місяць) (рік)

**2.2. Дата першого звернення до терапевта:**

Запишіть \_\_\_\_\_  
(число) (місяць) (рік)

**2.3. Кашель при зверненні:**

Так.....1

Ні.....2

**2.4. Слабкість, пітливість при зверненні:**

Так.....1

Ні.....2

**2.5. Інші скарги (запишіть):** \_\_\_\_\_

**2.6. Підвищення температури при зверненні:**

- Ні.....1  
 До 38°С.....2  
 Більше 38°С.....3

**2.7. Проведене рентгенологічне дослідження:**

- Так.....1  
 Ні.....2

**2.8. Проведена мікроскопія мазка мокротиння:**

- Так.....1  
 Ні.....2

**2.9. Проведене дослідження за методом Хpert MTB/RIF:**

- Так.....1  
 Ні.....2

**2.10. Проведена терапія АБ широкого спектру дії:**

- Так.....1  
 Ні.....2

**Розділ 3. Для пацієнтів, які були госпіталізовані до неспеціалізованих лікувальних закладів вторинного рівня з проявами, з приводу яких пізніше був встановлений діагноз туберкульозу**

**3.1. Пацієнт був госпіталізований до неспеціалізованих лікувальних закладів вторинного рівня з проявами, з приводу яких пізніше був встановлений діагноз туберкульозу?**

- Так.....1  
 Ні.....2 перехід до розділу 4

**3.2. Дата появи симптомів, що призвели до госпіталізації:**

Запишіть \_\_\_\_\_  
 (число) (місяць) (рік)

**3.3. Тип стаціонару, до якого був госпіталізований пацієнт:**

- Загально-хірургічний.....1  
 Урологічний.....2  
 Гінекологічний.....3  
 Неврологічний.....4  
 Травматологічний.....5  
 Пульмонологічний.....6  
 Загально-терапевтичний.....7  
 Інший.....8

**3.4. Перед госпіталізацією було проведено:**

*Можливо декілька відповідей*

- Дослідження мокротиння за методом Хpert MTB/RIF.....1  
 Дослідження іншого, ніж, мокротиння матеріалу за методом Хpert MTB/RIF.....2  
 Дослідження мокротиння за методом мазка.....3  
 Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини.....4  
 КТ ураженої ділянки.....5  
 МРТ ураженої ділянки.....6



**3.5. В стаціонарі було проведено:**

*Можливо декілька відповідей*

Дослідження мокротиння за методом Хpert MTB/RIF.....	1
Дослідження іншого, ніж, мокротиння матеріалу за методом Хpert MTB/RIF.....	2
Дослідження мокротиння за методом мазка.....	3
Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини.....	4
КТ ураженої ділянки.....	5
МРТ.....	6
Хірургічне втручання.....	7
Гістологічне дослідження з ураженого органу.....	8
Ендоскопічне дослідження ураженої ділянки.....	9

**3.6. Тривалість перебування в стаціонарі**

До п'яти днів.....	1
5-10 днів.....	2
11-15 днів.....	3

**Розділ 4. Супутня патологія**

**4.1. Гепатит В:**

Так.....	1
Ні.....	2
Невідомо.....	3

**4.2. Гепатит С:**

Так.....	1
Ні.....	2
Невідомо.....	3

**4.3. ВІЛ:**

Так.....	1
Ні.....	2
Невідомо.....	3

**4.4. COVID-19:**

Ні.....	1
До виявлення ТБ.....	2
На момент виявлення ТБ.....	3
В процесі лікування.....	4
Не був обстежений.....	5

**4.5. Цукровий діабет:**

Ні.....	1
Інсулінозалежний.....	2
Інсулінонезалежний.....	3

**4.6. Терапія імуносупресантами:**

Так.....	1
Ні.....	2

**4.7. Інша супутня патологія (запишіть):**

---

**Розділ 5: Для пацієнтів з МЛС-ТБ****5.1. Пацієнт хворий на МЛС-ТБ**

Так.....1  
Ні.....2 перехід до розділу 6

**5.2. Кількість прийнятих доз:**

**Запишіть \_\_\_\_\_**  
Можливі значення: 0-300

**5.3. Подовження інтервалу QT за курс:**

Ні.....1  
Так, >500 мс.....2  
Так, <500 мс, але більш ніж на 60 мс за місяць.....3

**Задавати наступне питання, якщо у попередньому питанні обрана відповідь 2 або 3.**

**5.4. Якщо спостерігалось подовження QT:**

Лікування бедаквіліном припинене тимчасово.....1  
Лікування бедаквіліном припинене повністю .....2  
Лікування бедаквіліном не припинене .....3  
Не отримував бедаквілін.....4

**5.5. Нейтропенія хоча б 1 раз за курс:**

Так.....1  
Ні.....2

**5.6. Тромбоцитопенія хоча б 1 раз за курс:**

Так.....1  
Ні.....2

**5.7. Анемія хоча б 1 раз за курс:**

Так.....1  
Ні.....2

**Задавати наступне питання, для тих, у кого відповідь "так" на одне чи декілька питань 5.5 – 5.7**

**5.8. Лікування лінезолідом:**

Лікування лінезолідом припинене тимчасово.....1  
Лікування лінезолідом припинене повністю .....2  
Лікування лінезолідом не припинене .....3  
Не отримував лінезолід.....4

**5.9. Полінейропатія:**

Так.....1  
Ні.....2  
Не оцінювалося...3

**5.10. Зниження зору:**

Так.....1  
Ні.....2  
Не оцінювалося...3

**5.11. Зниження слуху:**

Так.....1  
Ні.....2  
Не оцінювалося...3

**5.12. Порушення електролітного балансу:**

- Так.....1
- Ні.....2
- Не оцінювалося...3

**5.13. Збільшення печінкових проб:**

- Так, менш ніж в три рази.....1
- Так, більш ніж в три рази....2
- Ні.....3

**5.14. Почав лікування в стаціонарі:**

- Так.....1
- Ні.....2

**5.15. Почав лікування амбулаторно:**

- Так.....1
- Ні.....2

**Розділ 6: Для ЛЖВ**

Питання розділу 6 задаються тільки для ЛЖВ (питання 4.3=1)

**6.1. ВІЛ статус:**

- Відомий до виявлення ТБ, отримував лікування.....1
- Відомий до виявлення ТБ, не отримував лікування....2
- Не відомий до виявлення ТБ.....3

**6.2. АРТ призначено:**

- Більш ніж за півроку до початку лікування ТБ.....1
- Менш ніж за півроку до початку лікування ТБ.....2
- Менш ніж через 8 тижнів після початку лікування ТБ.....3
- Більш ніж через 8 тижнів після початку лікування ТБ.....4
- Не призначене.....5

**6.3. CD4 на момент виявлення ТБ:** \_\_\_\_\_ клітин на мікролітр  
Можливі значення: 0-3000

**6.4. CD4 на момент проведення операційного дослідження:** \_\_\_\_\_ клітин на мікролітр  
Можливі значення: 0-3000

**6.5. Вірусне навантаження на момент виявлення ТБ:** \_\_\_\_\_ копій на мілілітр

**6.6. Вірусне навантаження на момент проведення операційного дослідження:** \_\_\_\_\_  
копій на мілілітр

**6.7. Профілактика котримоксазолом:**

- 1) Якщо проводилася, запишіть дату початку цифрами в такому форматі: 06.10.2021
- 2) Не проводилася

**6.8. Профілактика котримоксазолом:**

- 1) Якщо закінчена, запишіть дату закінчення цифрами в такому форматі: 06.10.2021
- 2) Продовжується
- 3) Не проводилася

**Розділ 7: Для дітей до 18 років**

Питання розділу 7 задаються тільки для дітей (в питанні 1.4 обрано варіант 2)

**7.1. Вакцинація БЦЖ:**

Так.....1  
Ні.....2

**7.2. Виявлений як контактний:**

Так.....1  
Ні.....2

**7.3. Виявлений за результатами туберкулінової проби:**

Так.....1  
Ні.....2

**7.4. Виявлений за результатами ТВГІ:**

Так.....1  
Ні.....2

**7.5. Підтверджений культуральним дослідження мокротиння:**

Так.....1  
Ні.....2

**7.6. Підтверджений культуральним дослідженням іншого матеріалу:**

*Можливо декілька варіантів*

Ні.....1  
Так, назофарингеальний аспірат...2  
Так, шлунковий аспірат.....3  
Так, СМР.....4  
Так, плевральна рідина.....5  
Так, матеріал лімфовузла.....6  
Так, випорожнення.....7  
Так, інше (вказати).....8

**7.7. Підтверджений дослідженням Хрерт мокротиння:**

Так.....1  
Ні.....2

**7.8. Підтверджений дослідженням Хрерт іншого матеріалу:**

*Можливо декілька варіантів*

Ні.....1  
Так, назофарингеальний аспірат...2  
Так, шлунковий аспірат.....3  
Так, СМР.....4  
Так, плевральна рідина.....5  
Так, матеріал лімфовузла.....6  
Так, випорожнення.....7  
Так, інше (вказати).....8

**7.9. Лікування в стаціонарі:**

Так, на початку інтенсивної фази.....1  
Так, впродовж всієї інтенсивної фази....2  
Так, впродовж всього лікування.....3  
Ні.....4

**Розділ 8: Для пацієнтів з позалегеновим та міліарним ТБ**

**8.1. У пацієнта позалегеновий та міліарний ТБ?**

Так.....1

Ні.....2 перехід до розділу 9

**8.2. Запишіть діагноз (локалізація): \_\_\_\_\_**

**8.3. Діагноз підтверджено лабораторно (виявлення збудника):**

*Можливо декілька варіантів*

Так, Хpert.....1

Так, культуральний метод...2

Так, мікроскопія.....3

Ні.....4

**8.4. Запишіть зразок, що використовувався: \_\_\_\_\_**

**8.5. Діагноз підтверджено цитологічним та біохімічним дослідженням (для СМР):**

Так.....1

Ні.....2

**8.6. Діагноз підтверджено за даними візуалізації:**

*Можливо декілька варіантів*

КТ.....1

МРТ.....2

Ендоскопічне дослідження.....3

Інше.....4

Ні.....5

**8.7. Діагноз підтверджений за даними гістологічного дослідження:**

Так.....1

Ні.....2

**8.8. Лікування ТБ:**

Розпочато в ТБ стаціонарі.....1

Розпочато в іншому стаціонарі...2

Розпочато амбулаторно.....3

**Розділ 9. Для пацієнтів на ЗПТ**

**9.1. Пацієнт отримує ЗПТ**

Так.....1

Ні.....2 перехід до розділу 10

**9.2. Препарат, який застосовується для ЗПТ**

Бупренорфин.....1

Метадон...2

**9.3. Перерви в лікуванні ТБ більш ніж на 3 дні**

Не було.....1

Була один раз ...2

Були більш ніж один раз.....3

**9.4. ЗПТ розпочато**

- Більш ніж за один рік до виявлення ТБ.....1  
Менш ніж за один рік до виявлення ТБ .....2  
Одночасно з початком лікування ТБ.....3

**9.5. Чи коректувалася доза ЗПТ**

- Так.....1  
Ні.....2

**Розділ 10. Для пацієнтів з гепатитом В**

Питання розділу 6 задаються тільки для пацієнтів з гепатитом В (питання 4.1=1)

**10.1. Гепатит В виявлений**

- Більш ніж за один рік до виявлення ТБ.....1  
Менш ніж за один рік до виявлення ТБ .....2  
Одночасно з початком лікування ТБ.....3

**10.2. Лікування гепатиту В**

- Не призначене до закінчення лікування ТБ.....1  
Призначене впродовж перших 2-х місяців лікування ТБ.....2  
Призначене впродовж після 2-х місяців лікування ТБ.....3

**10.3. Ефективність лікування гепатиту В на момент дослідження**

- Оцінена, лікування ефективно.....1  
Оцінена, лікування неефективно.....2  
Не оцінена.....3

**Розділ 11. Для пацієнтів з гепатитом С**

Питання розділу 6 задаються тільки для пацієнтів з гепатитом С (питання 4.2=1)

**11.1. Гепатит С виявлений**

- Більш ніж за один рік до виявлення ТБ.....1  
Менш ніж за один рік до виявлення ТБ .....2  
Одночасно з початком лікування ТБ.....3

**11.2. Лікування гепатиту С**

- Не призначене до закінчення лікування ТБ.....1  
Призначене впродовж перших 2-х місяців лікування ТБ.....2  
Призначене впродовж після 2-х місяців лікування ТБ.....3

**11.3. Ефективність лікування гепатиту С на момент дослідження**

- Оцінена, лікування ефективно.....1  
Оцінена, лікування неефективно.....2  
Не оцінена.....3

**Розділ 12. Для пацієнтів на паліативному лікуванні****12.1. Пацієнт перебуває на паліативному лікуванні?**

- Так.....1  
Ні.....2 кінець анкети





**12.2 Причина переводу на паліативне лікування**

Неможливість підібрати ефективну схему лікування через профіль резистентності.....	1
Неодноразове переривання лікування .....	2
Непереносимість призначеного лікування.....	3
Інше (вказати).....	4

**12.3 Тривалість перебування на паліативному лікуванні на момент дослідження**

Вкажіть кількість цілих місяців \_\_\_\_\_

**12.4 Паліативне лікування організоване:**

Амбулаторно.....	1
У стаціонарі.....	2

**12.5 Упродовж паліативного лікування протитуберкульозні препарати...**

*Можливо декілька варіантів*

Не призначалися.....	1
Призначалося комбіноване лікування на термін 1-2 тижні одноразово.....	2
Призначалося комбіноване лікування на 1-2 тижні декілька разів.....	3
Постійно призначався ізоніазид.....	4
Постійно призначалися інші препарати.....	5
Інше.....	6

**12.6 Пацієнт отримує (отримував)...**

*Можливо декілька варіантів*

Кисневу підтримку.....	1
Знеболювання.....	2
Парентеральне харчування.....	3
Інше лікування (симптоматичне/патогенетичне тощо).....	4
Психологічну підтримку.....	5
Соціальну підтримку.....	6

## Додаток 2. Гайд для проведення глибинних інтерв'ю з експертами

### ЗНАЙОМСТВО З РЕСПОНДЕНТОМ

1. Як можна до Вас звертатися?
2. Розкажіть про сферу діяльності, в якій Ви зайняті. В чому полягає специфіка Вашої діяльності?
3. Яка у Вас зона відповідальності?
4. Який у Вас досвід роботи в сфері лікування та профілактики ТБ загалом?

### ОЦІНКА ПОТОЧНОЇ СИТУАЦІЇ В СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ТБ

*Мета блоку запитань: введення в тему дослідження та розуміння загальної позиції респондента*

5. В цілому, як Ви оціните загальну ситуацію із залученням осіб з ТБ до медичних послуг? Які тенденції актуальні? Що відбувається в даній сфері сьогодні?
  - *Зондувати:* сприйняття змін у підходах до контролю за ТБ
6. На яких етапах маршруту пацієнта, на Вашу думку, є найбільший ризик відриву пацієнта?
7. Які кроки щодо оптимізації руху пацієнтів між різними ланками медичної допомоги робляться? Чи оптимальним є цей рух?
  - *Зондувати:* Можливі затримки під час перенаправлення пацієнта з первинної ланки медичної допомоги до спеціалізованої.
8. Які цілі ставляться при оптимізації маршруту пацієнта на сьогоднішній день – чого в ідеалі необхідно/ хотілося б досягти? Які ще кроки плануються?

#### 1) Зміни в Стандартах медичної допомоги при туберкульозі

9. Давайте обговоримо оновлений Стандарт.
  - Які зміни у розділі «Профілактика» Ви вважаєте найбільш значущими?
  - У розділі «Скринінг»?
  - У розділі «Діагностика»?
  - У розділі «Лікування»?
10. Як Ви оцінюєте перспективи впливу цих змін на головні результати програми контролю за ТБ?
11. Давайте проглянемо алгоритми обстеження на ТБ на етапі первинної допомоги (*модератор надає алгоритм*):
  - Які кроки цього алгоритму Ви вважаєте найбільш складними для впровадження? Чому?
  - Які дії потрібно вжити задля полегшення здійснення цього алгоритму для лікаря і пацієнта?
12. Обсудимо ті ж самі запитання для алгоритму обстеження на ТБ на етапі спеціалізованої допомоги. (*модератор надає алгоритм*).
13. Давайте обговоримо алгоритм діагностики латентної туберкульозної інфекції (*модератор надає алгоритм*).



14. І наостанок, розглянемо алгоритм діагностики ТБ у ЛЖВ (*модератор надає алгоритм*).
15. Тепер давайте більш детально поговоримо про схему перенаправлення пацієнтів. Розкажіть більш детально про те, як налагоджені схеми перенаправлення пацієнтів між різними медичними закладами та медичними фахівцями, під час діагностики? З якого закладу починається процес діагностики? Де він продовжується?
16. Яким чином має бути налагоджена співпраця між різними спеціалістами під час процедури діагностики ТБ:
- зі спеціалістами з лабораторної діагностики під час встановлення діагнозу МРТБ
  - з фахівцями інших лікарських спеціальностей
  - лікарями первинної ланки (сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами)
17. Які труднощі можуть виникати під час виконання перенаправлень пацієнтів?
18. Давайте більш детально поговоримо про методи діагностики.

Давайте подивимося на картку із переліком методів діагностики ТБ. Вкажіть, будь ласка, доступність кожного з них в Україні та, за можливості, на Вашому робочому місці.

**Модератор передає Картку №1**

**Картка №1.**

<i>Методи</i>	<i>Доступні в Україні в цілому</i>	<i>Доступні в окремих регіонах</i>	<i>Не доступні</i>
Бактеріоскопічний метод			
GeneXpert MTB/RIF Ultra			
GeneXpert MTB/XDR			
Молекулярно-генетичні методи діагностики ТБ з використанням методу лінійних проб («Хайн-тест»)			
Культуральні дослідження на рідкому поживному середовищі			
Культуральні дослідження на щільному поживному середовищі			
Гістологічне дослідження			
Торакоскопічне дослідження			
Інші методи ендоскопічної діагностики			
Комп'ютерна томографія			
Магнітно-резонансна томографія			
Метод TB-LAM			
Інші методи _____			

**Модераторе! Для кожного методу який доступний в Україні, або окремих регіонах, уточніть:**

**Що Ви думаєте про кожен із відзначених методів? Розкажіть про кожен з методів:**

- **Скільки часу займає проходження процедури?**
  - **Які переваги використання саме такого методу?**
  - **Які недоліки у порівнянні із іншими методами?**
19. Давайте поговоримо про лікування ТБ. Які оновлення до Стандарту Ви вважаєте найбільш легкими для впровадження? Найбільш складними? Чому?
20. Яка, на Вашу думку, ситуація з впровадженням контрольованого лікування (включно з лікуванням за підтримки відеозв'язку)?
21. Які немедичні втручання можуть підвищити якість лікування ТБ?
22. *(передати резюме результатів кількісного дослідження)* Аналіз результатів діагностики ТБ та ведення пацієнтів з ТБ, який ми провели, наведений в даному документі. Як Ви можете прокоментувати ці результати? *(модератор, дуже бажано пройтися по коментарям, що зазначені в резюме)*
23. Які перспективи впровадження в Україні профілактичного лікування згідно з оновленим Стандартом? Що може ускладнити цей процес?
24. Які кроки, на Вашу думку, необхідно зробити, щоб удосконалити скринінг у групах ризику?
25. Які можливості контролю якості виявлення і лікування ТБ надає Реєстр хворих на ТБ? Чи використовуються ці можливості повністю? Поясніть свою думку.

## **2) Діагностика і лікування МЛС-ТБ**

А зараз давайте обговоримо дотримання стандартів під час ведення МЛС-ТБ.

26. Які бар'єри заважають вчасному виявленню стійкості до ліків і початку лікування?
27. На яких етапах діагностичного процесу є вищий ризик недотримання стандартів?
28. Які фактори з боку медичного працівника стримують ефективне лікування МЛС-ТБ?
29. А з боку пацієнта?
30. Наведіть будь ласка найбільш типові помилки у ведення пацієнта з МЛС ТБ. Якщо можна, наведіть приклади.
31. У чому полягають зрушення у веденні випадків після впровадження нових препаратів і схем лікування МЛС-ТБ? Оценіть, будь-ласка, ефективність, прийнятність для пацієнта, складність для медичного працівника.

## **3) Діагностика і лікування генералізованих і позалегеневих форм ТБ**

32. Чи існують в Україні специфічні стандартизовані підходи до діагностики генералізованих і позалегеневих форм ТБ? В чому вони полягають?
33. Які фактори призводять до затримки початку і неякісного лікування генералізованих і позалегеневих форм ТБ?
- Перелічте, будь ласка, фактори, що зумовлені особливостями перебігу цих випадків
  - Перелічте, будь ласка, можливі помилки медичного персоналу та шляхи їх уникнути

- Переліchte, будь ласка, які фактори з боку пацієнта можуть ускладнити діагностику і лікування?
34. Назвіть найбільш типові помилки в діагностиці і лікуванні генералізованих і позалегенових форм ТБ та можливості їх уникнути. Якщо можна, наведіть приклади.
35. Ваші пропозиції до оптимізації діагностики і лікування генералізованих і позалегенових форм ТБ?

#### **4) Діагностика і лікування туберкульозу і дітей**

36. Які можливості для діагностики туберкульозу у дітей надає впровадження молекулярно-генетичних тестів і сучасних методів візуалізації та інструментального дослідження?
37. Що, крім вже обговореного, перешкоджає ефективній діагностиці ТБ у дітей?
38. З якими, крім вже обговорених, труднощами стикаються медичні працівники і сім'ї під час лікування туберкульозу у дітей?
39. Назвіть найбільш типові помилки в діагностиці і лікуванні ТБ у дітей та можливості їх уникнути. Якщо можна, наведіть приклади.

#### **5) Підведення підсумків**

Ми закінчили обговорення, яке планувалось в межах нашого інтерв'ю.

Можливо у вас є додаткові коментарі щодо резюме кількісного дослідження або рекомендації, які ми не обговорили?

*Далі, у випадку, якщо у респондента є якісь запитання або думки щодо покращення резюме/звіту – додаткове обговорення.*

***Дуже дякую за участь!***

**Додаток 3. Результати збору інформації з медичної документації з медичної картки амбулаторного пацієнта (або з історії хвороби стаціонарного пацієнта) за областями**

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>S1. Чи належить пацієнт до такої групи пацієнтів: «Чутливий ТБ: когорта 01.01.2020 по 31.12.2020. (Дата реєстрації ЦЛКК)»?</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	74,5%	75,3%	76,7%	72,3%	73,0%	74,4%	73,6%	69,2%	72,3%	69,6%	78,3%	78,7%	63,6%	85,1%	72,6%	83,8%	73,7%	72,2%	78,1%
	Ні	25,5%	24,7%	23,3%	27,7%	27,0%	25,6%	26,4%	30,8%	27,7%	30,4%	21,7%	21,3%	36,4%	14,9%	27,5%	16,2%	26,3%	27,8%	22,0%
<b>S2. у пацієнта... Можливо декілька відповідей.</b>	Кількість спостережень	1196	58	46	167	54	58	39	74	86	39	101	211	42	40	37	31	42	39	32
	Нрез-ТБ	9,4%	10,3%	10,9%	7,8%	11,1%	15,5%	10,3%	10,8%	7,0%	10,3%	9,9%	8,1%	0,0%	15,0%	10,8%	29,0%	0,0%	10,3%	3,1%
	Позагеневий ТБ	15,9%	15,5%	21,7%	13,8%	22,2%	13,8%	10,3%	16,2%	26,7%	12,8%	11,9%	15,6%	7,1%	15,0%	13,5%	22,6%	16,7%	23,1%	6,3%
	Жодного з двох вищенаведених діагнозів	74,8%	74,1%	67,4%	78,4%	66,7%	70,7%	79,5%	73,0%	66,3%	76,9%	78,2%	76,3%	92,9%	70,0%	75,7%	51,6%	83,3%	66,7%	90,6%

\* У Додатку 3 розподіл відповідей на питання анкети наведено у відсотках за виключенням тих випадків, коли в даній області для даного питання нараховувалося менше 30 спостережень (в цьому випадку наведено кількість спостережень).

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>S3. Чи належить пацієнт до такої групи пацієнтів: «Риф/МЛУ/РР-ТБ (бактеріологічно підтверджений). Когорта: 01.01.2019 по 31.12.2019 (Дата реєстрації ЦЛКК)»?</b>	Кількість спостережень	409	19	14	64	20	20	14	33	33	17	28	57	24	7	14	6	15	15	9
	Так	100%	19	14	100%	20	20	14	100%	100%	17	28	100%	24	7	14	6	15	15	9
	Ні	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>S4. У пацієнта... Можливо декілька відповідей</b>	Кількість спостережень	409	19	14	64	20	20	14	33	33	17	28	57	24	7	14	6	15	15	9
	Риф-ТБ	22,3%	2	8	9,4%	4	3	1	93,9%	21,2%	1	6	19,3%	4	1	1	3	1	1	0
	Риф-ТБ із результатом паліатив	0,2%	0	0	-	0	0	0	-	-	0	0	1,8%	0	0	0	0	0	0	0
	МЛС-ТБ	62,4%	11	6	71,9%	9	10	10	81,8%	54,6%	10	12	68,4%	12	5	9	4	11	8	8
	МЛС-ТБ із результатом паліатив	7,1%	0	1	3,1%	1	1	1	9,1%	9,1%	3	4	12,3%	1	0	1	1	0	0	0
	РР-ТБ	19,1%	4	2	17,2%	5	5	2	24,2%	12,1%	3	5	14,0%	6	1	3	1	3	6	1
	РР-ТБ із результатом паліатив	2,9%	2	0	-	1	1	0	9,1%	3,0%	0	1	3,5%	1	0	0	0	0	0	0

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>1.2. Стать пацієнта:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Чоловіча	69,7%	76,6%	73,3%	72,3%	74,3%	61,5%	73,6%	69,2%	73,1%	67,9%	79,1 %	64,9 %	51,5 %	66,0 %	80,4 %	64,9 %	63,2%	64,8 %	73,2%
	Жіноча	30,3%	23,4%	26,7%	27,7%	25,7%	38,5%	26,4%	30,8%	26,9%	32,1%	20,9 %	35,1 %	48,5 %	34,0 %	19,6 %	35,1 %	36,8%	35,2 %	26,8%
<b>1.4. Пацієнту є повних 18 років?</b>	<i>Кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	93,4%	100,0 %	100,0 %	88,3%	87,8%	87,2%	98,1%	100,0 %	86,6%	100,0 %	89,2 %	90,3 %	98,5 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	98,3%	98,2 %	100,0 %
	Ні	6,6%	-	-	11,7%	12,2%	12,8%	1,9%	-	13,5%	-	10,9 %	9,7%	1,5%	-	-	-	1,8%	1,9%	-
<b>1.5. Пацієнт є мешканцем:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Міста	58,1%	46,8%	45,0%	75,3%	48,7%	44,9%	41,5%	100,0 %	56,3%	39,3%	31,0 %	69,8 %	77,3 %	48,9 %	52,9 %	43,2 %	45,6%	46,3 %	29,3%
	Села	41,9%	53,3%	55,0%	24,7%	51,4%	55,1%	58,5%	-	43,7%	60,7%	69,0 %	30,2 %	22,7 %	51,1 %	47,1 %	56,8 %	54,4%	53,7 %	70,7%



		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
<b>2.1-2.2. Дати появи перших симптомів та першого звернення до терапевта з урахуванням тільки коректних записів (від перших симптомів до звернення не менше 4 днів)</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Первинний запис																				
	Поява перших симптомів (число записів, % від загального)	99,4 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	
	Звернення до терапевта (число записів, % від загального)	99,9 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,1%	100,0%
	Проміжок часу (не менше 4 днів)	34,5 (31,7 - 37,2)	39,3 (27,1 ÷ 51,6)	41,3 (18,4 ÷ 64,3)	27,5 (20,5 ÷ 34,5)	46,2 (22,7 ÷ 69,8)	25,2 (19,7 ÷ 30,7)	29,7 (15,0 ÷ 44,4)	31,6 (22,3 ÷ 40,9)	41,8 (30,0 ÷ 53,6)	26,3 (16,0 ÷ 36,6)	37,7 (28,2 ÷ 47,2)	25,2 (20,2 ÷ 30,2)	37,3 (21,2 ÷ 53,5)	43,8 (30,9 ÷ 56,6)	34,4 (10,8 ÷ 58,0)	30,0 (15,8 ÷ 44,1)	54,1 (28,4 ÷ 79,9)	63,7 (48,1 ÷ 79,3)	29,4 (19,6 ÷ 39,3)	
	Кількість коректних записів	58,8 %	54,5%	53,3%	45,0%	55,4%	85,9%	45,3%	57,9%	58,8%	46,4%	53,5%	73,1%	39,4%	78,7%	39,2%	62,2%	56,1%	77,8%	70,7%	
	Занесено в базу																				
	Поява перших симптомів (число записів, % від загального)	87,9 %	100,0%	98,3%	93,9%	89,2%	76,9%	93,9%	71,0%	68,1%	62,5%	74,4%	95,5%	100,0%	68,1%	100,0%	100,0%	100,0%	96,5%	77,8%	100,0%
	Звернення до терапевта (число записів, % від загального)	97,3 %	100,0%	100,0%	99,6%	97,3%	98,7%	99,6%	86,9%	95,8%	100,0%	96,1%	95,5%	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,1%	100,0%
	Проміжок часу (не менше 4 днів)	34,8 (31,9 - 37,6)	39,9 (27,7 ÷ 52,0)	29,9 (20,5 ÷ 39,3)	26,5 (20,2 ÷ 32,9)	43,2 (23,3 ÷ 63,2)	25,1 (18,2 ÷ 32,0)	30,3 (15,6 ÷ 45,0)	33,0 (19,6 ÷ 46,4)	45,6 (31,6 ÷ 59,5)	29,2 (14,2 ÷ 44,2)	37,7 (28,2 ÷ 47,2)	22,9 (17,6 ÷ 28,1)	36,9 (21,7 ÷ 52,1)	43,8 (30,9 ÷ 56,6)	35,9 (11,3 ÷ 60,5)	31,3 (17,5 ÷ 45,1)	47,7 (25,4 ÷ 69,9)	64,6 (48,5 ÷ 80,7)	38,9 (21,8 ÷ 56,1)	
Кількість коректних записів	48,7 %	54,5%	53,3%	39,8%	47,3%	65,4%	39,8%	38,3%	47,9%	42,9%	53,5%	45,1%	42,4%	78,7%	37,3%	64,9%	52,6%	72,2%	82,9%		

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
<b>2.3. Кашель при зверненні:</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Так	74,9%	59,7%	70,0%	77,1%	73,0%	75,6%	75,5%	55,1%	55,5%	85,7%	90,7%	89,6%	56,1%	72,3%	76,5%	59,5%	75,4%	68,5%	100,0%	
	Ні	25,1%	40,3%	30,0%	22,9%	27,0%	24,4%	24,5%	44,9%	44,5%	14,3%	9,3%	10,5%	43,9%	27,7%	23,5%	40,5%	24,6%	31,5%	-	
<b>2.4. Слабкість, пітливість при зверненні:</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Так	75,9%	57,1%	95,0%	93,1%	68,9%	82,1%	60,4%	70,1%	72,3%	71,4%	85,3%	72,4%	51,5%	76,6%	56,9%	75,7%	66,7%	85,2%	95,1%	
	Ні	24,1%	42,9%	5,0%	6,9%	31,1%	18,0%	39,6%	29,9%	27,7%	28,6%	14,7%	27,6%	48,5%	23,4%	43,1%	24,3%	33,3%	14,8%	4,9%	
<b>2.5. Інші скарги (запишіть)</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Інші скарги:	60,6%	46,8%	83,3%	96,5%	81,1%	73,1%	43,4%	44,9%	100,0%	-	48,1%	23,5%	65,2%	72,3%	21,6%	83,8%	59,6%	68,5%	100,0%	
	в т.ч. Найчастіше: Задишка	16,3%	11,7%	-	-	45,9%	39,7%	30,2%	20,6%	28,6%	29,4%	27,9%	-	24,2%	17,0%	9,8%	29,7%	35,1%	-	-	
	в т.ч. Найчастіше: Втомлюваність	10,5%	-	18,3%	68,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	в т.ч. Найчастіше: Біль у грудній клітці	3,6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,3%	-	-	-	-	-	-	-	
	в т.ч. Найчастіше: Головокружіння	0,4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,1%
	в т.ч. Найчастіше: Схуднення (втрата ваги)	4,7%	-	-	-	39,2%	-	-	-	-	-	26,8%	-	-	-	19,1%	-	-	-	42,6%	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>2.6. Підвищення температури при зверненні</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Ні	33,2%	63,6 %	65,0%	10,8 %	36,5%	47,4%	20,8 %	45,8%	39,5%	46,4%	21,7 %	10,5%	60,6%	48,9 %	49,0%	62,2%	42,1%	40,7 %	22,0%
	До 38°C	52,9%	26,0 %	31,7%	59,3 %	48,7%	42,3%	66,0 %	50,5%	42,9%	50,0%	72,1 %	69,4%	37,9%	42,6 %	31,4%	27,0%	49,1%	48,2 %	78,1%
	Більше 38°C	14,0%	10,4 %	3,3%	29,9 %	14,9%	10,3%	13,2 %	3,7%	17,7%	3,6%	6,2%	20,2%	1,5%	8,5%	19,6%	10,8%	8,8%	11,1 %	-
<b>2.7. Проведене рентгенологічне дослідження</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	95,6%	100,0 %	100,0 %	78,8 %	100,0 %	100,0 %	94,3 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	99,2 %	96,6%	100,0 %	87,2 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	96,3 %	100,0 %
	Ні	4,4%	-	-	21,2 %	-	-	5,7%	-	-	-	0,8%	3,4%	-	12,8 %	-	-	-	3,7%	-
<b>2.8. Проведена мікроскопія мазка мокротиння</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	79,1%	90,9 %	96,7%	35,5 %	96,0%	97,4%	45,3 %	57,0%	98,3%	94,6%	98,5 %	100,0 %	98,5%	31,9 %	43,1%	100,0 %	96,5%	51,9 %	100,0 %
	Ні	20,9%	9,1 %	3,3%	64,5 %	4,1%	2,6%	54,7 %	43,0%	1,7%	5,4%	1,6%	-	1,5%	68,1 %	56,9%	-	3,5%	48,2 %	-
<b>2.9. Проведене дослідження за методом Хрерт МТВ/РІФ</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	68,5%	87,0 %	96,7%	19,9 %	87,8%	94,9%	13,2 %	9,4%	96,6%	94,6%	92,3 %	99,3%	100,0 %	4,3%	33,3%	94,6%	87,7%	16,7 %	100,0 %
	Ні	31,5%	13,0 %	3,3%	80,1 %	12,2%	5,1%	86,8 %	90,7%	3,4%	5,4%	7,8%	0,8%	-	95,7 %	66,7%	5,4%	12,3%	83,3 %	-
<b>2.10. Проведена терапія АБ широкого спектру дії</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	35,4%	11,7 %	8,3%	55,0 %	32,4%	33,3%	32,1 %	49,5%	34,5%	12,5%	89,9 %	26,1%	13,6%	31,9 %	5,9%	27,0%	31,6%	24,1 %	12,2%
	Ні	64,6%	88,3 %	91,7%	45,0 %	67,6%	66,7%	67,9 %	50,5%	65,6%	87,5%	10,1 %	73,9%	86,4%	68,1 %	94,1%	73,0%	68,4%	75,9 %	87,8%

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>3.1. Пацієнт був госпіталізований до неспеціалізованих лікувальних закладів вторинного рівня з проявами, з приводу яких пізніше був встановлений діагноз туберкульозу?</b>	<i>Кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	8,4%	11,7%	20,0 %	-	12,2 %	24,4%	5,7%	15,0 %	20,2%	7,1%	-	1,9%	9,1%	17,0%	2,0%	13,5%	15,8 %	7,4 %	-
	Ні	91,7 %	88,3%	80,0 %	100,0 %	87,8 %	75,6%	94,3%	85,1 %	79,8%	92,9%	100,0 %	98,1%	90,9%	83,0%	98,0%	86,5%	84,2 %	92,6 %	100,0%
<b>3.3. Тип стаціонару, до якого був госпіталізований пацієнт:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	134	9	12	-	9	19	3	16	24	4	-	5	6	8	1	5	9	4	-
	Загально-хірургічний	8,2%	0	0	-	0	0	2	0	3	1	-	1	0	2	0	2	0	0	-
	Урологічний	0,8%	0	0	-	0	0	0	1	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	-
	Гінекологічний	0,8%	0	0	-	0	0	0	1	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	-
	Неврологічний	3,0%	0	0	-	0	0	0	0	2	0	-	0	0	0	0	0	2	0	-
	Травматологічний	1,5%	0	0	-	0	1	0	0	0	1	-	0	0	0	0	0	0	0	-
	Пульмонологічний	18,7 %	0	0	-	1	8	0	7	3	0	-	0	0	4	0	0	1	1	-
	Загально-терапевтичний	44,0 %	7	4	-	7	5	1	6	14	0	-	2	3	2	1	2	3	2	-
Інший	23,1 %	2	8	-	1	5	0	1	2	2	-	2	3	0	0	1	3	1	-	

	Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<i>Загальна кількість спостережень</i>																			
<b>3.4. Перед госпіталізацією було проведено: Можливо декілька відповідей</b>																			
<i>Кількість спостережень</i>	134	9	12	-	9	19	3	16	24	4	-	5	6	8	1	5	9	4	-
Дослідження мокротиння за методом Xpert MTB/RIF	3,0%	0	2	-	0	0	0	0	0	0	-	0	0	2	0	0	0	0	-
Дослідження іншого, ніж, мокротиння матеріалу за методом Xpert MTB/RIF	0,8%	0	0	-	0	1	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	-
Дослідження мокротиння за методом мазка	11,2%	0	3	-	1	0	0	3	0	0	-	1	1	2	0	0	1	3	-
Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини	91,0%	9	9	-	8	18	1	15	24	4	-	4	6	6	1	4	9	4	-
КТ ураженої ділянки	11,2%	0	2	-	1	0	2	3	0	0	-	0	1	4	0	1	1	0	-
МРТ ураженої ділянки	0,8%	0	0	-	0	0	0	0	1	0	-	0	0	0	0	0	0	0	-
<b>3.5. В стаціонарі було проведено: Можливо декілька відповідей</b>																			
<i>Кількість спостережень</i>	134	9	12	-	9	19	3	16	24	4	-	5	6	8	1	5	9	4	-
Дослідження мокротиння за методом Xpert MTB/RIF	15,7%	2	3	-	1	1	0	6	2	0	-	0	0	3	1	1	0	1	-
Дослідження іншого, ніж, мокротиння матеріалу за методом Xpert MTB/RIF	3,0%	0	0	-	0	0	0	3	0	1	-	0	0	0	0	0	0	0	-
Дослідження мокротиння за методом мазка	41,0%	8	4	-	3	1	0	11	14	1	-	1	1	3	1	2	1	4	-
Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини	59,0%	3	9	-	8	16	1	11	7	1	-	4	5	4	1	3	6	0	-
КТ ураженої ділянки	26,1%	2	3	-	1	0	0	8	13	2	-	2	0	1	0	1	2	0	-
МРТ	3,7%	0	0	-	0	0	0	0	3	0	-	1	0	0	0	0	1	0	-
Хірургічне втручання	11,2%	1	0	-	0	0	2	4	4	1	-	0	1	0	0	1	1	0	-
Гістологічне дослідження з ураженого органу	12,7%	1	0	-	0	1	2	4	5	1	-	0	1	1	0	0	1	0	-
Ендоскопічне дослідження ураженої ділянки	4,5%	0	1	-	0	1	0	2	1	0	-	0	0	1	0	0	0	0	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>3.6. Тривалість перебування в стаціонарі</b>	<i>Кількість спостережень</i>	134	9	12	-	9	19	3	16	24	4	-	5	6	8	1	5	9	4	-
	До п'яти днів	31,3%	8	1	-	0	11	0	5	6	2	-	0	0	2	1	2	0	4	-
	5-10 днів	38,8%	1	4	-	6	4	1	6	10	2	-	3	4	5	0	2	4	0	-
	11-15 днів	29,9%	0	7	-	3	4	2	5	8	0	-	2	2	1	0	1	5	0	-
<b>4.1. Гепатит В:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	0,6%	-	1,7%	0,9%	-	-	-	0,9%	2,5%	-	0,8%	-	-	-	2,0%	-	-	-	-
	Ні	76,1%	100,0%	43,3%	98,7%	68,9%	18,0%	50,9%	99,1%	57,1%	96,4%	97,7%	92,2%	36,4%	36,2%	86,3%	-	100,0%	100,0%	2,4%
	Невідомо	23,4%	-	55,0%	0,4%	31,1%	82,1%	49,1%	-	40,3%	3,6%	1,6%	7,8%	63,6%	63,8%	11,8%	100,0%	-	-	97,6%
<b>4.2. Гепатит С:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	3,0%	1,3%	-	1,3%	5,4%	1,3%	-	5,6%	5,9%	5,4%	2,3%	4,5%	3,0%	6,4%	3,9%	-	-	-	2,4%
	Ні	75,3%	98,7%	38,3%	97,4%	63,5%	10,3%	50,9%	94,4%	53,8%	91,1%	96,1%	88,4%	43,9%	29,8%	86,3%	-	79,0%	98,2%	97,6%
	Невідомо	21,7%	-	61,7%	1,3%	31,1%	88,5%	49,1%	-	40,3%	3,6%	1,6%	7,1%	53,0%	63,8%	9,8%	100,0%	21,1%	1,9%	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
<b>4.3. ВІЛ:</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Так	11,9 %	3,9%	1,7%	3,9%	6,8%	1,3%	-	19,6 %	19,3 %	12,5 %	9,3%	31,3 %	7,6%	10,6 %	3,9%	13,5%	7,0%	7,4%	-	
	Ні	87,9 %	96,1 %	95,0 %	96,1 %	93,2 %	98,7 %	100,0 %	80,4 %	80,7 %	87,5 %	89,9 %	68,7 %	90,9 %	89,4 %	96,1%	86,5%	93,0%	92,6 %	100,0 %	
	Невідомо	0,3%	-	3,3%	-	-	-	-	-	-	-	0,8%	-	1,5%	-	-	-	-	-	-	
<b>4.4. COVID-19:</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Ні	67,4 %	42,9 %	28,3 %	97,8 %	48,7 %	12,8 %	32,1 %	100,0 %	97,5 %	100,0 %	24,0 %	85,5 %	21,2 %	48,9 %	45,1%	67,6%	87,7%	50,0 %	100,0 %	
	До виявлення ТБ	1,1%	-	3,3%	-	-	-	-	-	0,8%	-	-	3,0%	-	-	-	-	-	12,3%	-	-
	На момент виявлення ТБ	0,6%	-	1,7%	-	-	-	-	-	0,8%	-	-	1,9%	-	2,1%	-	5,4%	-	-	-	
	В процесі лікування	1,1%	-	-	0,9%	-	-	1,9%	-	-	-	-	5,6%	-	-	-	-	-	-	-	
	Не був обстежений	29,8 %	57,1 %	66,7 %	1,3%	51,4 %	87,2 %	66,0 %	-	0,8%	-	76,0 %	4,1%	78,8 %	48,9 %	54,9%	27,0%	-	50,0 %	-	
<b>4.5. Цукровий діабет:</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Ні	96,0 %	94,8 %	95,0 %	96,5 %	93,2 %	92,3 %	96,2 %	95,3 %	96,6 %	98,2 %	96,9 %	97,4 %	97,0 %	93,6 %	98,0%	94,6%	96,5%	90,7 %	97,6 %	
	Інсулінозалежний	2,4%	1,3%	1,7%	3,5%	6,8%	7,7%	1,9%	4,7%	0,8%	-	-	1,5%	-	2,1%	2,0%	2,7%	-	3,7%	2,4%	
	Інсулінонезалежний	1,7%	3,9%	3,3%	-	-	-	1,9%	-	2,5%	1,8%	3,1%	1,1%	3,0%	4,3%	-	2,7%	3,5%	5,6%	-	

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
<b>4.6. Терапія імуносупресантами:</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Так	1,2%	-	-	2,2%	-	-	5,7%	-	0,8%	-	-	2,6%	-	2,1%	-	-	3,5%	-	-	
	Ні	98,8%	100,0%	100,0%	97,8%	100,0%	100,0%	94,3%	100,0%	99,2%	100,0%	100,0%	97,4%	100,0%	97,9%	100,0%	100,0%	96,5%	100,0%	100,0%	
<b>4.7. Інша супутня патологія (запишіть):</b>	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
	Інша супутня патологія:	29,6%	45,5%	33,3%	26,0%	43,2%	46,2%	43,4%	19,6%	31,1%	32,1%	38,8%	0,4%	31,1%	46,8%	37,3%	31,1%	31,6%	44,4%	61,0%	
	в т.ч. Найчастіша: Патологія серцево-судинної системи		13,0%	8,3%	7,4%	-	-	-	-	8,4%	-	11,6%	-	10,6%	12,8%	13,7%	10,8%	-	7,4%	41,5%	
	в т.ч. Найчастіша: Патологія ШКТ		13,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	в т.ч. Найчастіша: Хронічний бронхіт		-	-	-	9,5%	0	18,9%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	в т.ч. Найчастіша: ІХС		-	-	-	-	9,0%	-	2,8%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	в т.ч. Найчастіша: Хронічний невірусний гепатит		-	-	-	-	-	-	-	-	14,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	в т.ч. Найчастіша: Відшарування сітківки		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4%	-	-	-	-	-	-	-
	в т.ч. Найчастіша: ХОЗЛ		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,3%	-	-
в т.ч. Найчастіша: Герпесвірусна інфекція		-	-	-	-	-	-	-	2,8%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	



		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
5.1. Пацієнт хворий на МЛС-ТБ	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	24,2 %	24,7 %	21,7 %	27,3 %	13,5 %	25,6 %	24,5 %	30,8 %	27,7 %	30,4 %	16,3 %	21,6 %	34,9 %	10,6 %	27,5 %	18,9 %	24,6 %	27,8 %	24,4 %
	Ні	75,8 %	75,3 %	78,3 %	72,7 %	86,5 %	74,4 %	75,5 %	69,2 %	72,3 %	69,6 %	83,7 %	78,4 %	65,2 %	89,4 %	72,6 %	81,1 %	75,4 %	72,2 %	75,6 %
5.2. Кількість прийнятих доз:	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	0-30	8,5%	1	0	1,6%	1	1	0	-	3,0%	2	5	6,9%	15	0	0	2	0	0	0
	31-150	6,4%	1	3	3,2%	0	2	0	6,1%	3,0%	2	2	6,9%	1	0	3	2	0	0	0
	151-270	15,5 %	0	9	11,1 %	2	2	1	15,2 %	21,2 %	2	14	5,2%	2	0	2	3	0	1	0
	271-300	41,2 %	17	0	41,3 %	5	15	12	78,8 %	57,6 %	1	0	25,9 %	5	5	0	0	0	14	0
	301+	28,4 %	0	1	42,9 %	2	0	0	-	15,2 %	10	0	55,2 %	0	0	9	0	14	0	10
	Важко відповісти	-	0	0	-	0	0	0	-	-	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0
5.3. Подовження інтервалу QT за курс:	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Ні	92,0 %	18	10	92,1 %	9	20	12	84,9 %	93,9 %	16	20	93,1 %	21	5	12	7	12	14	10
	Так, >500 мс	3,6%	0	0	1,6%	0	0	0	-	6,1%	0	1	5,2%	2	0	2	0	2	1	0
	Так,	4,4%	1	3	6,4%	1	0	1	15,2 %	-	1	0	1,7%	0	0	0	0	0	0	0

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>5.4. Якщо спостерігалось подовження QT:</b>	Кількість спостережень	31	1	3	5	1	-	1	5	2	1	1	4	2	0	2	-	2	1	-
	Лікування бедаквіліном припинене тимчасово	22,6%	0	0	3	0	-	0	0	1	0	0	3	0	0	0	-	0	0	-
	Лікування бедаквіліном припинене повністю	-	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-
	Лікування бедаквіліном не припинене	54,8%	1	1	1	1	-	1	4	1	0	1	0	2	0	2	-	2	0	-
	Не отримував бедаквілін	22,6%	0	2	1	0	-	0	1	0	1	0	1	0	0	0	-	0	1	-
<b>5.5. Нейтропенія хоча б 1 раз за курс:</b>	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	8,5%	2	0	17,5%	0	0	2	-	12,1%	5	1	5,2%	3	0	1	1	0	0	0
	Ні	91,5%	17	13	82,5%	10	20	11	100,0%	87,9%	12	20	94,8%	20	5	13	6	14	15	10
<b>5.6. Тромбоцитопенія хоча б 1 раз за курс:</b>	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	17,3%	1	3	20,6%	3	3	1	3,0%	6,1%	8	2	5,2%	6	1	0	2	1	11	6
	Ні	82,7%	18	10	79,4%	7	17	12	97,0%	93,9%	9	19	94,8%	17	4	14	5	13	4	4
<b>5.7. Анемія хоча б 1 раз за курс:</b>	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	48,5%	6	9	61,9%	7	11	6	9,1%	57,6%	14	7	17,2%	13	4	9	4	10	9	8
	Ні	51,6%	13	4	38,1%	3	9	7	90,9%	42,4%	3	14	82,8%	10	1	5	3	4	6	2

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>5.8. Лікування лінезолідом</b>	Кількість спостережень	212	8	10	43	7	12	7	4	20	15	8	12	16	4	9	4	10	15	8
	Лікування лінезолідом припинене тимчасово	5,7%	1	0	9,3%	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0
	Лікування лінезолідом припинене повністю	1,4%	0	1	2,3%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Лікування лінезолідом не припинене	68,9%	5	4	76,7%	6	7	5	4	17	11	5	0	12	4	6	2	8	11	6
	Не отримувал лінезолід	24,1%	2	5	11,6%	1	4	2	0	3	4	3	7	4	0	3	1	2	3	2
<b>5.9. Полінейропатія:</b>	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	14,2%	0	0	23,8%	0	1	2	12,1%	36,4%	0	1	19,0%	5	3	1	0	0	0	0
	Ні	72,2%	18	12	76,2%	9	4	10	87,9%	54,6%	17	4	65,5%	15	2	13	7	14	15	7
	Не оцінювалося	13,7%	1	1	-	1	15	1	-	9,1%	0	16	15,5%	3	0	0	0	0	0	3
<b>5.10. Зниження зору:</b>	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	2,3%	0	0	1,6%	0	1	1	-	0,0%	0	0	8,6%	0	0	0	0	0	0	1
	Ні	82,2%	18	13	85,7%	10	13	12	100,0%	97,0%	17	2	60,3%	23	5	14	0	14	15	9
	Не оцінювалося	15,5%	1	0	12,7%	0	6	0	-	3,0%	0	19	31,0%	0	0	0	7	0	0	0
<b>5.11. Зниження слуху:</b>	Кількість спостережень	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	3,1%	0	0	0,0%	0	2	0	-	3,0%	0	0	5,2%	3	1	1	0	1	0	0
	Ні	73,5%	18	13	98,4%	10	8	13	100,0%	69,7%	17	3	17,2%	20	4	13	0	13	15	10
	Не оцінювалося	23,5%	1	0	1,6%	0	10	0	-	27,3%	0	18	77,6%	0	0	0	7	0	0	0

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>5.12. Порушення електролітного балансу:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	9,0%	1	0	9,5%	1	6	3	3,0%	9,1%	0	2	12,1%	1	0	0	1	0	3	0
	Ні	70,9%	17	9	76,2%	9	12	10	97,0%	30,3%	17	12	48,3%	13	5	14	6	14	12	7
	Не оцінювалося	20,1%	1	4	14,3%	0	2	0	-	60,6%	0	7	39,7%	9	0	0	0	0	0	3
<b>5.13. Збільшення печінкових проб:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так, менш ніж в три рази	45,4%	4	5	49,2%	7	13	6	60,6%	18,2%	4	11	43,1%	11	3	9	0	7	8	6
	Так, більш ніж в три рази	8,5%	3	1	14,3%	0	0	2	-	18,2%	2	1	8,6%	1	2	0	0	1	0	0
	Ні	46,1%	12	7	36,5%	3	7	5	39,4%	63,6%	11	9	48,3%	11	0	5	7	6	7	4
<b>5.14. Почав лікування в стаціонарі:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	85,1%	18	13	92,1%	9	19	13	72,7%	84,9%	16	20	55,2%	21	5	9	7	14	15	9
	Ні	15,0%	1	0	7,9%	1	1	0	27,3%	15,2%	1	1	44,8%	2	0	5	0	0	0	1
<b>5.15. Почав лікування амбулаторно:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	388	19	13	63	10	20	13	33	33	17	21	58	23	5	14	7	14	15	10
	Так	14,7%	1	0	7,9%	1	1	0	27,3%	15,2%	1	1	44,8%	2	0	4	0	0	0	1
	Ні	85,3%	18	13	92,1%	9	19	13	72,7%	84,9%	16	20	55,2%	21	5	10	7	14	15	9

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>6.1. ВІЛ статус:</b>	Кількість спостережень	191	3	1	9	5	1	-	21	23	7	12	84	5	5	2	5	4	4	-
	Відомий до виявлення ТБ, отримувач лікування	36,7%	0	0	6	5	0	-	7	3	2	3	40,5%	4	2	0	1	2	1	-
	Відомий до виявлення ТБ, не отримувач лікування	17,8%	0	1	1	0	0	-	4	8	3	3	6,0%	0	2	1	3	1	2	-
	Не відомий до виявлення ТБ	45,6%	3	0	2	0	1	-	10	12	2	6	53,6%	1	1	1	1	1	1	-
<b>6.2. АРТ призначено:</b>	Кількість спостережень	191	3	1	9	5	1	-	21	23	7	12	84	5	5	2	5	4	4	-
	Більш ніж за півроку до початку лікування ТБ	26,2%	0	0	1	4	0	-	7	3	0	3	32,1%	2	1	0	0	1	1	-
	Менш ніж за півроку до початку лікування ТБ	8,4%	0	0	2	0	0	-	0	1	2	0	7,1%	2	1	0	1	1	0	-
	Менш ніж через 8 тижнів після початку лікування ТБ	56,0%	3	1	3	1	1	-	12	17	5	7	57,1%	1	0	1	2	2	3	-
	Більш ніж через 8 тижнів після початку лікування ТБ	5,8%	0	0	2	0	0	-	2	2	0	1	-	0	3	1	0	0	0	-
	Не призначено	3,7%	0	0	1	0	0	-	0	0	0	1	3,6%	0	0	0	2	0	0	-
<b>6.3. CD4 на момент виявлення ТБ</b>	Кількість спостережень	191	3	1	9	5	1	-	21	23	7	12	84	5	5	2	5	4	4	-
	<100 клітин на мікролітр	39,3%	0	0	3	0	0	-	4	4	1	7	51,2%	3	3	2	1	2	2	-
	від 100 до 500 клітин на мікролітр	51,3%	1	1	3	4	1	-	14	19	4	4	46,4%	2	2	0	2	1	1	-
	500+ клітин на мікролітр	7,9%	2	0	3	1	0	-	3	0	0	1	2,4%	0	0	0	1	1	1	-
	Важко відповісти	1,6%	0	0	0	0	0	-	0	0	2	0	-	0	0	0	1	0	0	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>6.4. CD4 на момент проведення операційного дослідження</b>	<i>Кількість спостережень</i>	191	3	1	9	5	1	-	21	23	7	12	84	5	5	2	5	4	4	-
	<100 клітин на мікролітр	15,7%	0	0	3	0	1	-	1	0	0	7	17,9%	0	1	2	0	0	0	-
	від 100 до 500 клітин на мікролітр	60,7%	1	1	3	4	0	-	13	18	3	4	69,1%	5	3	0	0	1	2	-
	500+ клітин на мікролітр	19,4%	2	0	3	1	0	-	7	5	0	1	13,1%	0	1	0	1	3	2	-
	Важко відповісти	4,2%	0	0	0	0	0	-	0	0	4	0	-	0	0	0	4	0	0	-
<b>6.5. Вірусне навантаження на момент виявлення ТБ</b>	<i>Кількість спостережень</i>	191	3	1	9	5	1	-	21	23	7	12	84	5	5	2	5	4	4	-
	<100 копій на мілілітр	15,7%	2	0	2	5	0	-	5	2	0	2	2,4%	3	2	2	0	0	3	-
	від 100 до 1000 копій на мілілітр	2,6%	1	0	0	0	0	-	2	1	0	0	-	0	0	0	1	0	0	-
	від 1001 до 1000000 копій на мілілітр	44,5%	0	1	5	0	1	-	13	16	1	5	39,3%	1	3	0	2	4	0	-
	>1000000 копій на мілілітр	33,0%	0	0	2	0	0	-	1	4	1	5	58,3%	1	0	0	0	0	0	-
	Важко відповісти	4,2%	0	0	0	0	0	-	0	0	5	0	-	0	0	0	2	0	1	-
<b>6.6. Вірусне навантаження на момент проведення операційного дослідження</b>	<i>Кількість спостережень</i>	191	3	1	9	5	1	-	21	23	7	12	84	5	5	2	5	4	4	-
	<100 копій на мілілітр	78,0%	2	0	3	5	1	-	20	23	2	11	79,8%	5	4	2	0	0	4	-
	від 100 до 1000 копій на мілілітр	3,7%	1	0	0	0	0	-	1	0	0	0	2,4%	0	0	0	1	2	0	-
	від 1001 до 1000000 копій на мілілітр	10,0%	0	1	5	0	0	-	0	0	0	1	10,7%	0	1	0	0	2	0	-
	>1000000 копій на мілілітр	3,7%	0	0	1	0	0	-	0	0	0	0	7,1%	0	0	0	0	0	0	-
	Важко відповісти	4,7%	0	0	0	0	0	-	0	0	5	0	-	0	0	0	4	0	0	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>7.1. Вакцинація БЦЖ:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-
	Так	79,6%	1	1	70,6%	9	10	2	-	16	-	16	89,7%	1	-	-	-	1	1	-
	Ні	20,4%	0	0	29,4%	2	6	0	-	4	-	4	10,3%	0	-	-	-	0	0	-
<b>7.2. Виявлений як контактний:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-
	Так	49,0%	0	0	61,8%	7	4	1	-	6	-	15	43,6%	0	-	-	-	0	1	-
	Ні	51,0%	1	1	38,2%	4	12	1	-	14	-	5	56,4%	1	-	-	-	1	0	-
<b>7.3. Виявлений за результатами туберкулінової проби:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-
	Так	29,9%	0	1	85,3%	7	2	1	-	3	-	0	-	0	-	-	-	0	1	-
	Ні	70,1%	1	0	14,7%	4	14	1	-	17	-	20	100,0%	1	-	-	-	1	0	-
<b>7.4. Виявлений за результатами ТВГІ:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-
	Так	2,7%	0	0	5,9%	2	0	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	0	0	-
	Ні	97,3%	1	1	94,1%	9	16	2	-	20	-	20	100,0%	1	-	-	-	1	1	-
<b>7.5. Підтверджений культуральним дослідження мокротиння:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-
	Так	24,5%	1	1	14,7%	0	4	1	-	6	-	10	18,0%	0	-	-	-	1	0	-
	Ні	75,5%	0	0	85,3%	11	12	1	-	14	-	10	82,1%	1	-	-	-	0	1	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>7.6. Підтверджений культуральним дослідженням іншого матеріалу: Можливо декілька варіантів</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-
	Ні	88,4%	1	1	70,6%	10	16	2	-	17	-	19	97,4%	0	-	-	-	1	1	-
	Так, назофарингеальний аспірат	4,8%	0	0	20,6%	0	0	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	0	0	-
	Так, шлунковий аспірат	4,1%	0	0	8,8%	0	0	0	-	1	-	0	2,6%	1	-	-	-	0	0	-
	Так, СМР	0,7%	0	0	2,9%	0	0	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	0	0	-
	Так, плевральна рідина	0,7%	0	0	-	0	0	0	-	1	-	0	-	0	-	-	-	0	0	-
	Так, матеріал лімфовузла	0,7%	0	0	-	0	0	0	-	0	-	1	-	0	-	-	-	0	0	-
	Так, випорожнення	-	0	0	-	0	0	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	0	0	-
Так, інше (вказати)	1,4%	0	0	-	1	0	0	-	1	-	0	-	0	-	-	-	0	0	-	
<b>7.7. Підтверджений дослідженням Хрерт мокротиння:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-
	Так	27,2%	1	1	17,7%	2	4	0	-	7	-	11	12,8%	1	-	-	-	1	1	-
	Ні	72,8%	0	0	82,4%	9	12	2	-	13	-	9	87,2%	0	-	-	-	0	0	-



		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41	
<b>7.8. Підтверджений дослідженням Хрест іншого матеріалу: Можливо декілька варіантів</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-	
	Ні	88,4%	1	1	79,4%	10	14	2	-	16	-	19	97,4%	1	-	-	-	1	0	-	
	Так, назофарингеальний аспірат	4,8%	0	0	14,7%	0	0	0	-	0	-	0	2,6%	0	-	-	-	0	1	-	
	Так, шлунковий аспірат	3,4%	0	0	5,9%	0	2	0	-	1	-	0	-	0	-	-	-	0	0	-	
	Так, СМР	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Так, плевральна рідина	0,7%	0	0	-	0	0	0	-	1	-	0	-	0	-	-	-	-	0	0	-
	Так, матеріал лімфовузла	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Так, випорожнення	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Так, інше (вказати)	2,7%	0	0	-	1	0	0	-	2	-	1	-	0	-	-	-	-	0	0	-
<b>7.9. Лікування в стаціонарі:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	147	1	1	34	11	16	2	-	20	-	20	39	1	-	-	-	1	1	-	
	Так, на початку інтенсивної фази	44,2%	0	0	14,7%	5	10	2	-	5	-	16	56,4%	0	-	-	-	0	0	-	
	Так, впродовж всієї інтенсивної фази	24,5%	1	0	29,4%	3	0	0	-	5	-	2	30,8%	1	-	-	-	1	1	-	
	Так, впродовж всього лікування	18,4%	0	1	47,1%	1	0	0	-	7	-	1	2,6%	0	-	-	-	0	0	-	
	Ні	12,9%	0	0	8,8%	2	6	0	-	3	-	1	10,3%	0	-	-	-	0	0	-	

	Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<i>Кількість спостережень</i>	171	9	5	28	16	10	-	10	25	3	24	2	4	6	6	7	6	9	1
<i>ТБ кісток та суглобів</i>	25,7%	7	2	10	2	0	-	1	3	1	6	0	1	0	4	2	3	2	0
<i>ТБ очей (ока)</i>	2,9%	1	0	1	0	0	-	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
<i>ТБ кишечника, очеревини, додатків обох яєчників</i>	0,6%	1	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ плеврит</i>	31,0%	0	3	5	8	7	-	4	6	0	10	0	1	4	1	3	1	0	0
<i>ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів</i>	12,3%	0	0	7	2	2	-	1	3	0	3	0	2	0	0	0	0	1	0
<i>ТБ бронхів</i>	0,6%	0	0	1	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ гортані, трахеї та бронхів</i>	0,6%	0	0	1	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ сечостатевої системи (нирки)</i>	0,6%	0	0	1	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ менінгіт</i>	1,8%	0	0	1	0	0	-	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
<i>ТБ периферичних лімфатичних вузлів</i>	8,2%	0	0	1	1	0	-	1	4	2	2	0	0	0	0	1	1	1	0
<i>ТБ сечостатевої системи</i>	0,6%	0	0	0	1	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ множинної локалізації</i>	0,6%	0	0	0	1	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ гортані</i>	1,2%	0	0	0	1	0	-	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
<i>Міліарний туберкульоз легень</i>	0,6%	0	0	0	0	1	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Міліарний ТБ</i>	5,8%	0	0	0	0	0	-	0	8	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
<i>ТБ правого верхньодольового бронху</i>	0,6%	0	0	0	0	0	-	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ черевної порожнини з ураженням лімфатичних вузлів та кишечника</i>	0,6%	0	0	0	0	0	-	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ сечостатевої системи (придатка яєчка)</i>	0,6%	0	0	0	0	0	-	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ нервової системи інших локалізацій</i>	0,6%	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Інші форми міліарного ТБ – дисемінований</i>	1,2%	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
<i>ТБ центральної нервової системи</i>	0,6%	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
<i>ТБ сечостатевої системи</i>	1,8%	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
<i>Гострий міліарний ТБ множинної локалізації</i>	0,6%	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<i>ТБ емпієма плеври</i>	0,6%	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

**8.2. Запишіть діагноз (локалізація):**

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>8.3. Діагноз підтверджено лабораторно (виявлення збудника): Можливо декілька варіантів</b>	<i>Кількість спостережень</i>	185	9	10	28	16	10	-	13	29	3	24	2	4	7	6	7	7	9	1
	Так, Xpert	29,2%	1	2	5	6	0	-	4	17	0	9	2	2	1	1	1	2	0	1
	Так, культуральний метод	18,9%	1	3	9	2	2	-	1	2	0	5	2	2	2	1	1	2	0	0
	Так, мікроскопія	13,0%	1	2	3	1	0	-	1	4	0	4	2	0	1	1	3	1	0	0
	Ні	60,0%	8	7	17	8	8	-	9	10	3	13	0	2	5	5	3	4	9	0
<b>8.5. Діагноз підтверджено цитологічним та біохімічним дослідженням (для СМР):</b>	<i>Кількість спостережень</i>	185	9	10	28	16	10	-	13	29	3	24	2	4	7	6	7	7	9	1
	Так	7,0%	0	4	4	0	0	-	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0
	Ні	93,0%	9	6	24	16	10	-	13	29	3	24	1	3	6	6	6	6	9	1
<b>8.6. Діагноз підтверджено за даними візуалізації: Можливо декілька варіантів</b>	<i>Кількість спостережень</i>	185	9	10	28	16	10	-	13	29	3	24	2	4	7	6	7	7	9	1
	КТ	43,8%	5	7	12	4	1	-	8	19	1	4	1	1	1	4	5	3	4	1
	МРТ	9,7%	1	1	3	0	0	-	2	5	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0
	Ендоскопічне дослідження	8,1%	1	0	2	0	2	-	4	2	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
	Інше	46,5%	4	4	14	3	6	-	7	7	0	22	0	4	6	1	2	1	5	0
	Ні	13,0%	2	0	2	9	1	-	0	3	2	2	0	0	0	1	0	2	0	0
<b>8.7. Діагноз підтверджений за даними гістологічного дослідження:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	185	9	10	28	16	10	-	13	29	3	24	2	4	7	6	7	7	9	1
	Так	22,2%	0	4	1	1	4	-	7	10	2	5	2	1	1	0	1	1	1	0
	Ні	77,8%	9	6	27	15	6	-	6	19	1	19	0	3	6	6	6	6	8	1
<b>8.8. Лікування ТБ:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	185	9	10	28	16	10	-	13	29	3	24	2	4	7	6	7	7	9	1
	Розпочато в ТБ стаціонарі	73,5%	9	10	22	16	6	-	3	17	1	21	2	1	7	2	7	2	9	1
	Розпочато в іншому стаціонарі	1,1%	0	0	0	0	1	-	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Розпочато амбулаторно	25,4%	0	0	6	0	3	-	9	12	2	3	0	3	0	4	0	5	0	0

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
9.1. Пацієнт отримує ЗПТ	Кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
	Так	1,4%	-	-	0,9%	1,4%	-	-	0,9%	2,5%	-	2,3%	4,5%	-	-	-	-	-	-	-
	Ні	98,6%	100,0%	100,0%	99,1%	98,7%	100,0%	100,0%	99,1%	97,5%	100,0%	97,7%	95,5%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
9.2. Препарат, який застосовується для ЗПТ	Кількість спостережень	22	-	-	2	1	-	-	1	3	-	3	12	-	-	-	-	-	-	-
	Бупренорфин	1	-	-	0	0	-	-	0	1	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-
	Метадон	21	-	-	2	1	-	-	1	2	-	3	12	-	-	-	-	-	-	-
9.3. Перерви в лікуванні ТБ більш ніж на 3 дні	Кількість спостережень	22	-	-	2	1	-	-	1	3	-	3	12	-	-	-	-	-	-	-
	Не було	12	-	-	2	0	-	-	1	2	-	3	4	-	-	-	-	-	-	-
	Була один раз	5	-	-	0	0	-	-	0	1	-	0	4	-	-	-	-	-	-	-
	Були більш ніж один раз	5	-	-	0	1	-	-	0	0	-	0	4	-	-	-	-	-	-	-
9.4. ЗПТ розпочато	Кількість спостережень	22	-	-	2	1	-	-	1	3	-	3	12	-	-	-	-	-	-	-
	Більш ніж за один рік до виявлення ТБ	6	-	-	0	1	-	-	1	3	-	1	0	-	-	-	-	-	-	-
	Менш ніж за один рік до виявлення ТБ	2	-	-	0	0	-	-	0	0	-	2	0	-	-	-	-	-	-	-
	Одночасно з початком лікування ТБ	14	-	-	2	0	-	-	0	0	-	0	12	-	-	-	-	-	-	-
9.5. Чи коректувалася доза ЗПТ	Кількість спостережень	22	-	-	2	1	-	-	1	3	-	3	12	-	-	-	-	-	-	-
	Так	10	-	-	1	0	-	-	0	0	-	3	6	-	-	-	-	-	-	-
	Ні	12	-	-	1	1	-	-	1	3	-	0	6	-	-	-	-	-	-	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>10.1. Гепатит В виявлений</b>	<i>Кількість спостережень</i>	9	-	1	2	-	-	-	1	3	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
	Більш ніж за один рік до виявлення ТБ	4	-	1	0	-	-	-	0	2	-	0	-	-	-	1	-	-	-	-
	Менш ніж за один рік до виявлення ТБ	3	-	0	2	-	-	-	1	0	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-
	Одночасно з початком лікування ТБ	2	-	0	0	-	-	-	0	1	-	1	-	-	-	0	-	-	-	-
<b>10.2. Лікування гепатиту В</b>	<i>Кількість спостережень</i>	9	-	1	2	-	-	-	1	3	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
	Не призначене до закінчення лікування ТБ	7	-	1	0	-	-	-	1	3	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
	Призначене впродовж перших 2-х місяців лікування ТБ	2	-	0	2	-	-	-	0	0	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-
	Призначене впродовж після 2-х місяців лікування ТБ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>10.3. Ефективність лікування гепатиту В на момент дослідження</b>	<i>Кількість спостережень</i>	9	-	1	2	-	-	-	1	3	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
	Оцінена, лікування ефективне	2	-	1	1	-	-	-	0	0	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-
	Оцінена, лікування неефективне	1	-	0	1	-	-	-	0	0	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-
	Не оцінена	6	-	0	0	-	-	-	1	3	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>11.1. Гепатит С виявлений</b>	<i>Кількість спостережень</i>	48	1	-	3	4	1	-	6	7	3	3	12	2	3	2	-	-	-	1
	Більш ніж за один рік до виявлення ТБ	33,3%	0	-	0	2	0	-	2	7	0	1	1	0	2	0	-	-	-	1
	Менш ніж за один рік до виявлення ТБ	27,1%	1	-	1	2	0	-	2	0	0	0	4	2	1	0	-	-	-	0
	Одночасно з початком лікування ТБ	39,6%	0	-	2	0	1	-	2	0	3	2	7	0	0	2	-	-	-	0
<b>11.2. Лікування гепатиту С</b>	<i>Кількість спостережень</i>	48	1	-	3	4	1	-	6	7	3	3	12	2	3	2	-	-	-	1
	Не призначене до закінчення лікування ТБ	64,6%	1	-	0	4	1	-	6	7	2	3	3	2	2	0	-	-	-	0
	Призначене впродовж перших 2-х місяців лікування ТБ	16,7%	0	-	3	0	0	-	0	0	0	0	2	0	0	2	-	-	-	1
	Призначене впродовж після 2-х місяців лікування ТБ	18,8%	0	-	0	0	0	-	0	0	1	0	7	0	1	0	-	-	-	0
<b>11.3. Ефективність лікування гепатиту С на момент дослідження</b>	<i>Кількість спостережень</i>	48	1	-	3	4	1	-	6	7	3	3	12	2	3	2	-	-	-	1
	Оцінена, лікування ефективне	25,0%	0	-	0	1	0	-	0	0	1	0	10	0	0	0	-	-	-	0
	Оцінена, лікування неефективне	8,3%	0	-	3	0	0	-	0	0	0	0	0	0	1	0	-	-	-	0
	Не оцінена	66,7%	1	-	0	3	1	-	6	7	2	3	2	2	2	2	-	-	-	1

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	Загальна кількість спостережень	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>12.1</b> Пацієнт перебуває на паліативному лікуванні?	Кількість спостережень	1604	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	267	66	47	51	37	57	54	41
	Так	2,6%	2,6%	1,7%	0,9%	2,7%	2,6%	1,9%	5,6%	3,4%	5,4%	3,9%	3,8%	3,0%	-	2,0%	-	-	-	-
	Ні	97,4%	97,4%	98,3%	99,1%	97,3%	97,4%	98,1%	94,4%	96,6%	94,6%	96,1%	96,3%	97,0%	100,0%	98,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>12.2</b> Причина переводу на паліативне лікування	Кількість спостережень	41	2	1	2	2	2	1	6	4	3	5	10	2	-	1	-	-	-	-
	Неможливість підібрати ефективну схему лікування через профіль резистентності	34,2%	0	0	0	1	0	0	4	1	2	2	3	1	-	0	-	-	-	-
	Неодноразове переривання лікування	17,1%	1	0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	0	-	0	-	-	-	-
	Непереносимість призначеного лікування	19,5%	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	1	-	0	-	-	-	-
	Інше (вказати)	29,3%	1	1	2	0	1	1	1	0	3	0	2	0	0	-	1	-	-	-
<b>12.3</b> Тривалість перебування на паліативному лікуванні на момент дослідження	Кількість спостережень	41	2	1	2	2	2	1	6	4	3	5	10	2	-	1	-	-	-	-
	Вкажіть кількість цілих місяців	1 ÷ 37	34 ÷ 37	1	13 ÷ 16	7 ÷ 9	2 ÷ 3	8	1 ÷ 7	26 ÷ 56	2 ÷ 24	0 ÷ 5	1 ÷ 22	23 ÷ 25	-	6	-	-	-	-

		Всього	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Житомирська	Закарпатська	Івано-Франківська	м. Київ	Київська	Кіровоградська	Львівська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька
	<i>Загальна кількість спостережень</i>	1605	77	60	231	74	78	53	107	119	56	129	268	66	47	51	37	57	54	41
<b>12.4 Паліативне лікування організоване:</b>	<i>Кількість спостережень</i>	41	2	1	2	2	2	1	6	4	3	5	10	2	-	1	-	-	-	-
	Амбулаторно	61,0%	1	0	2	2	2	1	4	4	1	2	3	2	-	1	-	-	-	-
	У стаціонарі	39,0%	1	1	0	0	0	0	2	0	2	3	7	0	-	0	-	-	-	-
	<i>Кількість спостережень</i>	41	2	1	2	2	2	1	6	4	3	5	10	2	-	1	-	-	-	-
<b>12.5 Упродовж паліативного лікування протитуберкульозні препарати... Можливо декілька варіантів</b>	Не призначалися	87,8%	2	1	1	2	2	1	6	4	3	5	6	2	-	1	-	-	-	-
	Призначалося комбіноване лікування на термін 1-2 тижні одноразово	4,9%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	-	0	-	-	-	-
	Призначалося комбіноване лікування на 1-2 тижні декілька разів	7,3%	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	-	0	-	-	-	-
	Постійно призначався ізоніазид	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-
	Постійно призначалися інші препарати	2,4%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	-	0	-	-	-	-
	Інше	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-
<b>12.6 Пацієнт отримує (отримував)... Можливо декілька варіантів</b>	<i>Кількість спостережень</i>	41	2	1	2	2	2	1	6	4	3	5	10	2	-	1	-	-	-	-
	Кисневу підтримку	7,3%	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	-	0	-	-	-	-
	Знеболювання	29,3%	2	0	2	0	1	1	1	1	0	0	5	0	-	0	-	-	-	-
	Парентеральне харчування	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-
	Інше лікування (симптоматичне/патогенетичне тощо)	80,5%	2	1	2	0	0	1	6	3	3	5	8	1	-	1	-	-	-	-
	Психологічну підтримку	61,0%	0	1	0	2	1	1	6	3	3	0	7	1	-	0	-	-	-	-
	Соціальну підтримку	53,7%	0	1	2	2	0	1	0	1	3	1	9	2	-	0	-	-	-	-



**CONFIDENTIAL**