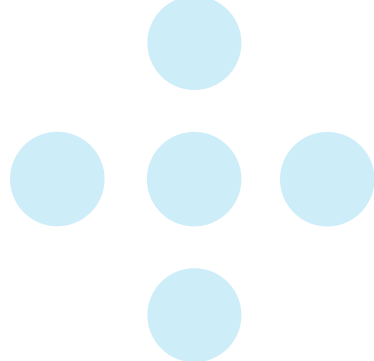




ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



Центр
медичної статистики
МОЗ України



ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

АНАЛІТИЧНО-СТАТИСТИЧНИЙ ДОВІДНИК ЗА 2020 Р.

КИЇВ 2021

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) – заклад охорони здоров'я, що відповідає за збереження та зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я. Утворений на виконання розпорядження КМУ Наказом МОЗ України від 18.09.2015 №604.

Головним завданням Центру є діяльність у сфері громадського здоров'я. Центр виконує лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції у сфері охорони здоров'я для забезпечення якості лікування хворих на соціально-небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити тощо, попередження захворювань у контексті розбудови системи громадського здоров'я. Центр бере участь у формуванні регуляторної політики та взаємодіє з іншими міністерствами, науково-дослідними установами, міжнародними, громадськими організаціями, що працюють у сфері громадського здоров'я та протидії соціально небезпечним захворюванням.

Візія

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

Місія

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

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

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

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

Черненко Л.	в.о. генерального директора
Мацьков О.	заступник генерального директора
Матюшкіна К.	начальник відділу статистики та аналізу
Прилепіна Л.	фахівець відділу статистики та аналізу
Терлеєва Я.	завідувач відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Варченко Ю.	головний фахівець відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Галстян В.	головний фахівець відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Денисенко Я.	головний фахівець відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Кампос-Родрігес Н.	лікар-бактеріолог відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Зайцева О.	лікар-фтизіатр відділу координації програм діагностики та лікування туберкульозу
Корінчук Л.	фахівець з організації епіднагляду відділу епіднагляду за інфекційними хворобами
Колесник Р.	завідувач відділу антимікробної резистентності та інфекційного контролю

Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України»:

Заболотько В.М.	в.о. директора
Недоспасова О.П.	лікар-статистик відділу статистики стану здоров'я дорослого населення

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

ЗМІСТ	
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ	6
РОЗДІЛ 1. УКРАЇНА У КОНТЕКСТІ ВИКОНАННЯ МІЖНАРОДНИХ	
ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЩОДО ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	9
Огляд Національної програми ТБ, 2019 р.	9
Оцінювання тягаря ТБ.....	9
Реєстрація випадків ТБ.....	10
Діагностика випадків ТБ.....	10
Ведення коінфекції ТБ/ВІЛ серед нових випадків та рецидивів ТБ.....	10
Оцінювання ТБ у дітей та жінок	10
ТБ у в'язницях.....	11
Лікування ТБ.....	12
Висновки.....	13
РОЗДІЛ 2. ВИКОНАННЯ ЦІЛЕЙ СТРАТЕГІЇ ЛІКВІДАЦІЇ ТБ	
(«END TB STRATEGY»).....	14
Огляд показників програми ТБ, 2020 р.	15
Оцінювання тягаря ТБ.....	15
Реєстрація випадків.....	15
Ведення коінфекції ТБ/ВІЛ серед нових випадків та рецидивів ТБ, 2020 р.	16
Лікування і ведення випадків ТБ з лікарською стійкістю, 2020 р.....	16
Показник ефективності лікування.....	17
Профілактичне лікування ТБ.....	17
Висновки.....	18
ТБ і COVID-19.....	19
РОЗДІЛ 3. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ	
СТАНОМ НА 01.01.2021 р.	21
Основні епідемічні показники	21
Захворюваність на ТБ	21
Реєстрація випадків.....	22
Поширеність ТБ	26
Динаміка за бактеріологічним підтвердженням	27
Динаміка за локалізацією захворювання	28
Динаміка за історією лікування.....	29
Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей	30
Динаміка повідомлення про ТБ за статтю.....	32
Динаміка повідомлення про ТБ за віком.....	33
Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ.....	34
Динаміка показників захворюваності на МЛС/ШЛС-ТБ	36
Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених.....	38
Детермінанти туберкульозу.....	39
Доступ до діагностики ТБ.....	39
Охоплення ТМЧ.....	39
Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ.....	40
Систематичний скринінг на ТБ серед визначених груп ризику.....	40
Відстеження та систематичний скринінг на ТБ контактних осіб	41
Тестування на ВІЛ хворих на ТБ та охоплення АРТ пацієнтів з ТБ/ВІЛ.....	47
РОЗДІЛ 4. ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТБ.....	49
Виявлення ТБ	49
Виявлення ТБ серед ВІЛ-інфікованих осіб	50
Осердкові контакти осіб з ТБ.....	50
Виявлення ТБ серед інших груп ризику	52
Діагностика ТБ.....	54
Підвищення якості лабораторних послуг	55

Розширення доступу до швидкого та точного виявлення ТБ.....	55
РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ.....	59
Структура протитуберкульозної служби в Україні.....	59
Стан реформування протитуберкульозної служби.....	59
Організація лікування хворих на ТБ.....	62
Забезпечення належного доступу до безпечного інноваційного сучасного лікування з урахуванням рекомендацій ВООЗ	62
Діяльність Координаційної групи з реалізації заходів щодо впровадження в Україні нових АМБП	64
Впровадження пацієнт-орієнтованих моделей лікування.....	65
Медико-соціальний супровід пацієнтів з ТБ.....	66
Результати лікування хворих на ТБ	69
РОЗДІЛ 6. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ	77
Організаційний компонент	77
Адміністративний компонент.....	78
Захворюваність медичних працівників на ТБ.....	78
Інженерний компонент.....	79
Засоби індивідуального захисту органів дихання	80
Висновки з питань організації інфекційного контролю	81
РОЗДІЛ 7. МОНІТОРИНГ І ОЦІНЮВАННЯ	82
Методологія оцінювання.....	82
Сильні сторони.....	82
Слабкі сторони	82
Можливості МіО.....	83
Загрози МіО.....	84
Обмеженість оцінювання.....	84
Висновки.....	84
ВИСНОВКИ.....	89
Реформування і децентралізація системи охорони здоров'я та виявлення туберкульозу	89
Лікування із застосуванням нових препаратів.....	90
ВІЛ-інфекція і туберкульоз.....	90
Психосоціальна підтримка та робота з ключовими групами	90
Моніторинг програми.....	91

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

DOT	лікування туберкульозу під безпосереднім наглядом за прийомом антимікобактеріальних препаратів (directly observed treatment)
LF-LAM	ліпоарабіноманановий тест бокового зсуву (тест сечі LM-LAM)
VOT	лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв'язку (video-observed treatment)
АМБП	антимікобактеріальні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПС	втрачені для подальшого спостереження
ГВК	група високопріоритетних країн
Глобальний фонд	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС України	заклади охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України
ЗКЯ	зовнішній контроль якості
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІК	інфекційний контроль
ЛЖВ	люди, що живуть з ВІЛ
ЛС-ТБ	лікарсько-стійкий туберкульоз (раніше використовували термін «хіміорезистентний туберкульоз»)
ЛТБІ	латентна туберкульозна інфекція
МГМ	молекулярно-генетичний метод
МіО	моніторинг і оцінювання
МЛС-ТБ	туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (раніше використовували термін «мультирезистентний туберкульоз»)
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НУО	неурядові організації
ПЛ ТБІ	профілактичне лікування туберкульозної інфекції

ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТД	протитуберкульозний диспансер
ПТЗ	протитуберкульозні заклади
Риф-ТБ	рифампіцин-резистентний туберкульоз
ТБ	туберкульоз
ТМЧ	тест на медикаментозну чутливість
Центр	Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
ШЛС-ТБ	туберкульоз із широкою лікарською стійкістю (раніше використовували термін «туберкульоз з розширеною резистентністю»)

Шановні читачі!

З великим задоволенням представляємо вашій увазі щорічний аналітичний довідник з туберкульозу за 2020 р. Цей рік був непростим для всіх нас через безпрецедентний виклик – COVID-19. Пандемія стала справжньою перевіркою на міцність та швидкість адаптації до нових реалій. Досягнутий копіткою працею прогрес було втрачено, а показники ефективності програми знизилися.

Але незважаючи на труднощі, ми продовжуємо боротьбу, і цей виклик допоміг нам стати сильнішими та зрозуміти свої сильні й слабкі сторони, щоб надалі працювати над ними.

Серед позитивних тенденцій слід відзначити запровадження нових нормативних документів, що створює умови для подальшої ефективної роботи.

Крім того, розпочато впровадження інноваційної ініціативи щодо застосування короткострокових режимів лікування в умовах операційного дослідження під егідою ЄвроВООЗ, і хоча когорта пацієнтів ще є відносно невеликою, це значний прогрес не тільки у національному, а й у глобальному масштабі.

Ми посилюємо наші позиції щодо удосконалення надання послуг хворим на туберкульоз в межах реформування системи охорони здоров'я. Це є великим кроком у досягненні мети ВООЗ щодо загального охоплення послугами охорони здоров'я та надання медико-санітарних послуг для населення. При цьому кожен пацієнт має право на кваліфіковану та доступну медичну допомогу незалежно від місця проживання у рамках національної програми медичних гарантій.

Розширено масштаб використання швидких молекулярно-генетичних тестів у країні. Лабораторна служба отримала додаткові одиниці апаратів для швидкої діагностики, що дозволяє зміцнювати національний потенціал діагностики та виявлення випадків туберкульозу.

Загалом, 2020 р. був дуже продуктивним, і хоча попереду ще багато завдань та цілей, всі ці невеликі кроки наближають нас до спільної мети у справі ліквідації туберкульозу.

Користуючись нагодою, хотілося б відзначити всіх медичних працівників та подякувати лікарям, медсестрам, медбратам та молодшому медичному персоналу за самовіддану працю і допомогу у досягненні національних цілей та амбіцій в умовах, ускладнених пандемією.

Пандемія показала, що швидка адаптація та забезпечення доступу до надання якісної комплексної медичної допомоги, орієнтованої на потреби людей, в умовах загрози, що виникла через COVID-19, має ключове значення. Для забезпечення цих умов необхідний комплексний та багатосторонній підхід.

На закінчення, хочу подякувати всім нашим національним колегам, партнерам і всім особам, причетним до справи боротьби з туберкульозом, ваш внесок і допомога неоціненні. Я впевнена, що завдяки нашій згуртованості та прихильності до нашої мети щодо ліквідації туберкульозу, перемога буде зрештою за нами. Бажаю вам міцного здоров'я та подальших успіхів!

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

Людмила Черненко

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

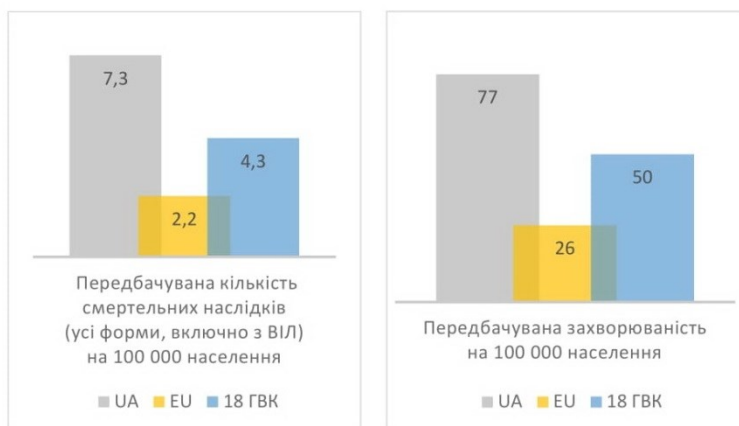
Огляд Національної програми ТБ, 2019 р.

Україна входить у топ 10 країн з найвищим тягарем туберкульозу (ТБ) із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) у світі (за абеткою): Азербайджан, Білорусь, Казахстан, Киргизстан, Республіка Молдова, Російська Федерація, Сомалі, Таджикистан, Україна та Узбекистан. За розрахунковим показником частки (%) нового випадку МЛС/ТБ із широкою лікарською стійкістю (ШЛС-ТБ) Україна посідає п'яте місце у світі: Білорусь (38), Російська Федерація (35), Республіка Молдова (33), Таджикистан і Киргизстан (29) та Україна (27) поряд із Казахстаном (27).

Крім того, Україна належить до групи з 18-ти високопріоритетних країн (18 ГВК) Європейського регіону поряд з Вірменією, Азербайджаном, Білоруссю, Болгарією, Естонією, Грузією, Казахстаном, Киргизстаном, Латвією, Литвою, Республікою Молдова, Румунією, Російською Федерацією, Таджикистаном, Туреччиною, Туркменістаном та Узбекистаном через наявність високого тягара ТБ. Близько 83% передбачуваних випадків ТБ у регіоні припадає на 18 ГВК, де оціночна захворюваність на ТБ становила 50 випадків на 100 000 населення, що майже у 5 разів вище за середні показники у ЄС. Україна посідає п'яте місце у регіоні за показником реєстрації нових та повторних випадків ТБ (57,7), поступаючись Киргизстану (95,7), Республіці Молдова (69,5), Казахстану (67,4) і Таджикистану (61,7)¹.

Оцінювання тягара ТБ

Найбільшу кількість випадків ТБ в абсолютних числах було відзначено 2019 р. у шести країнах регіону: Російська Федерація (73 000), Україна (34 000), Узбекистан (22 000), Румунія (13 000), Туреччина (13 000) та Казахстан (13 000). Показники смертності від ТБ у регіоні були найвищими у Туркменістані (10,0 смертей на 100 000), Таджикистані (7,9) та Україні (7,3). Рівень захворюваності та смертності у країні значно перевищує показник по регіону.



¹Global tuberculosis report 2020.

Рисунок 1.1. Передбачуваний тягар ТБ та МЛС-ТБ на 100 000 населення

Реєстрація випадків ТБ

У 2019 р. в Європейському регіоні було зареєстровано виникнення 88% передбачуваних нових випадків та рецидивів ТБ, що значно перевищує глобальний показник виявлення ТБ (71%). За рівнем захворюваності на 100 000 населення Україна посідає четверте місце, поступаючись Киргизстану (110 на 100 000 населення), Таджикистану (83) та Республіці Молдова (80).

Діагностика випадків ТБ

Частка нових випадків і рецидивів, виявлених за допомогою швидких методів діагностики, та показники охоплення тестуванням на медикаментозну чутливість (ТМЧ) (2015–2019 рр.) були вищими за середні показники у регіоні.

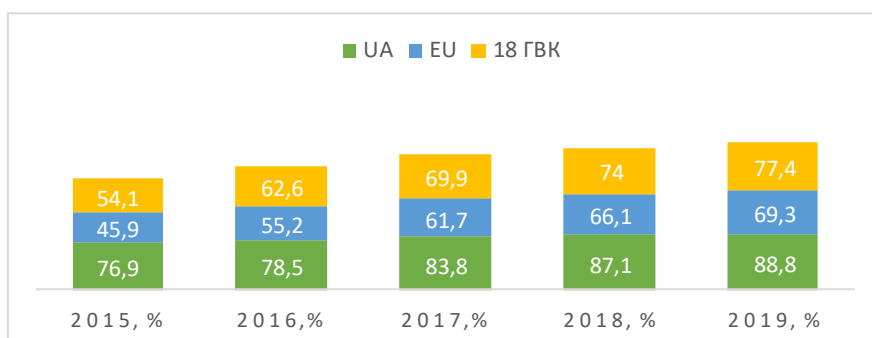


Рисунок 1.2. Відсоток нових випадків та рецидивів ТБ, виявлених за допомогою швидких методів діагностики

Ведення коінфекції ТБ/ВІЛ серед нових випадків та рецидивів ТБ

Поширеність ВІЛ-інфекції серед пацієнтів з ТБ у 2019 р. становила 12,0%, що ознаменувало третій рік зупинки зростання після безпрецедентного збільшення з 3,0 до 12,0% у період 2007–2016 рр. За підрахунками, у регіоні зареєстровано 30 000 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією і ТБ, причому найбільший тягар коінфекції припадає на Російську Федерацію (56,7%) та Україну (26,0%). Позитивним є показник обізнаності пацієнтів щодо свого ВІЛ-статусу в Україні та перевищує такий показник у регіоні².

Оцінювання ТБ у дітей та жінок

Ефективність будь-якої програми визначають за контрольними показниками у найслабших і незахищених груп, до яких найчастіше потрапляють діти та жінки. Високі показники захворюваності у країні,

²<https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2021/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2021-2019-data>.

визначені у цих групах, свідчать про необхідність координації зусиль і роботу у комплексі із соціальними програмами.

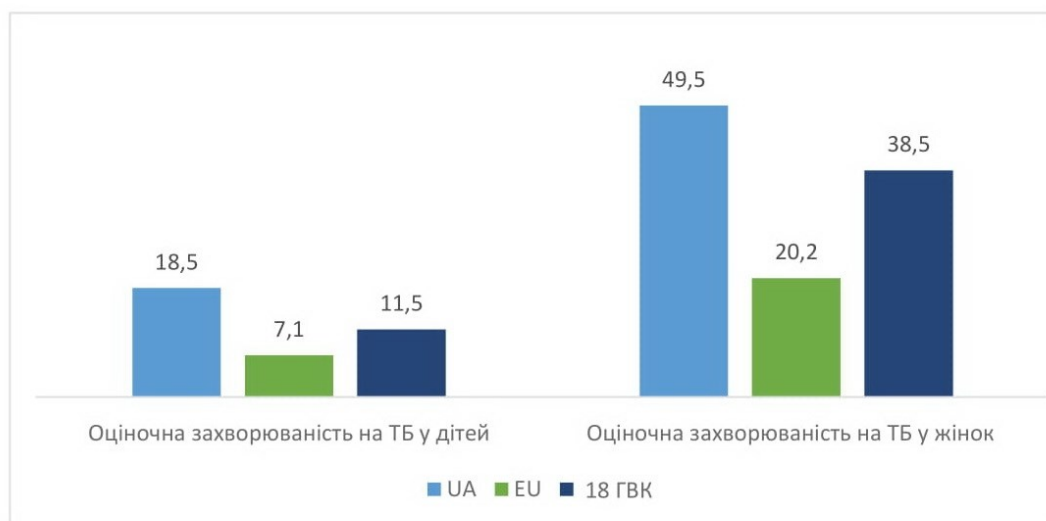


Рисунок 1.3. Оціночна захворюваність на ТБ серед дітей та жінок

Виявлення та своєчасне лікування ТБ у дітей є одним з ключових завдань для країн; крім того, цей показник є однією з цілей наради ООН, щодо виконання якої країна взяла зобов'язання. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), необхідне щорічне виявлення ТБ у дітей на рівні не менше 5% у країні.

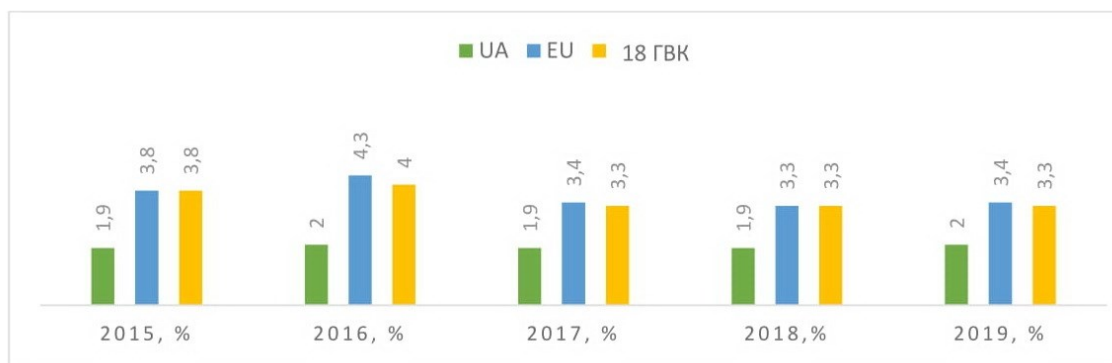


Рисунок 1.4. Випадки ТБ у дітей віком до 15 років, % від загальної кількості випадків ТБ

ТБ у в'язницях

Показники реєстрації нових випадків ТБ у в'язницях є нижчими, ніж середні показники у регіоні, проте існує високий ризик інфікування.



Рисунок 1.5. ТБ у в'язницях

Лікування ТБ

В Україні відзначено стабільний прогрес за показником ефективності лікування, виявлення нових випадків та рецидиву захворювання, а також усіх випадків ТБ, що перевищує середньоєвропейські показники, проте залишається все ще нижчим за усереднені показники у 18 ГVK. У глобальному звіті ВООЗ наголошується, що Україна входить у топ п'яти країн з найменшим розривом між оціночним числом випадків МЛС/ШЛС-ТБ та кількістю людей, які отримали лікування у 2019 р. (Казахстан, Білорусь, Російська Федерація, Україна та Азербайджан). Також у глобальному звіті відзначено, що Україна входить у топ чотирьох країн (Індія, Південна Африка, Російська Федерація та Україна) з охопленням у 68% пацієнтів, які отримували бедаквілін у 2019 р.

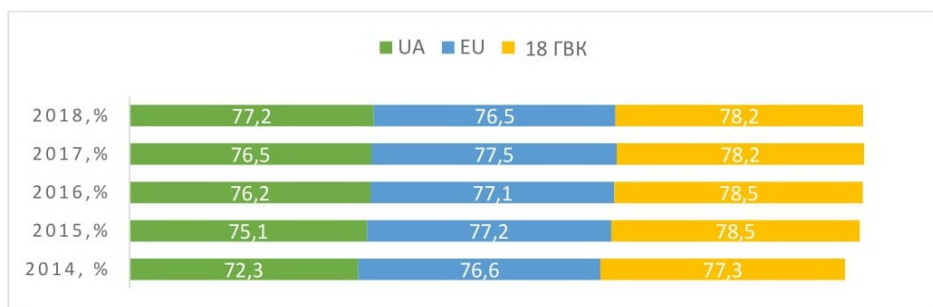


Рисунок 1.6. Ефективність лікування нових випадків ТБ та рецидиву захворювання

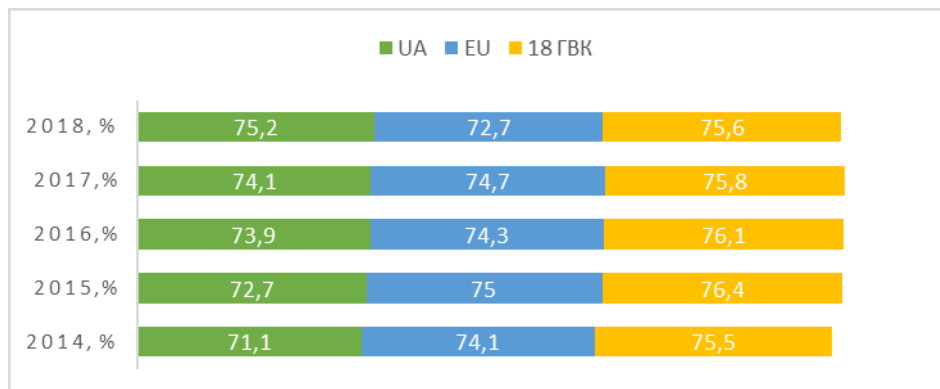


Рисунок 1.7. Ефективність лікування усіх випадків ТБ

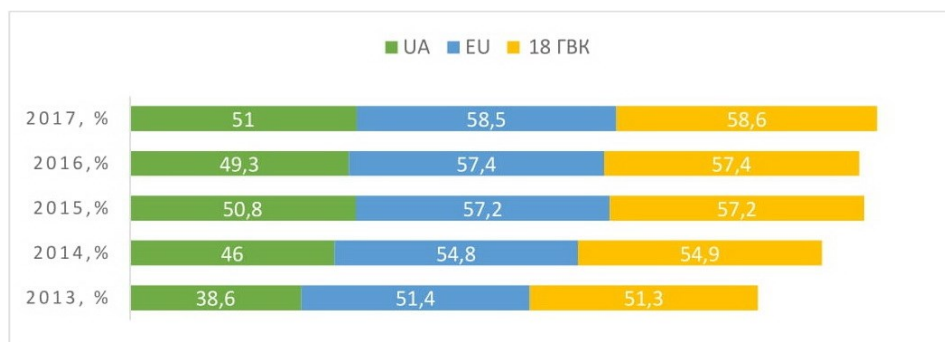


Рисунок 1.8. Е

фективність лікування випадків МЛС-ТБ/ рифампіцин-резистентного ТБ (Риф-ТБ)

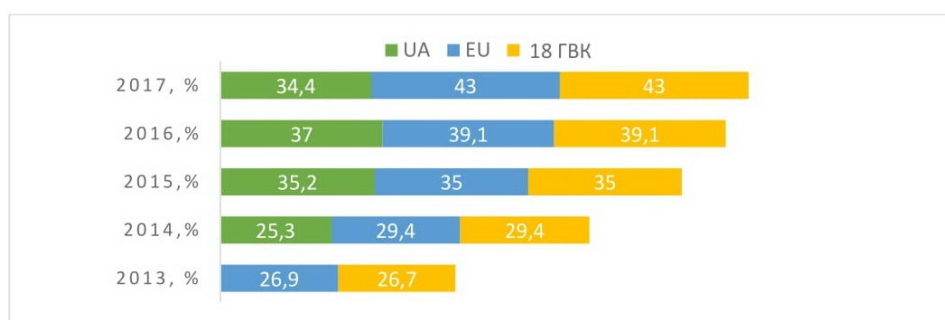


Рисунок 1.9. Е

фективність лікування випадків ШЛС-ТБ

Висновки

Серед позитивних тенденцій слід відзначити розширення використання лабораторних індикаторів із застосуванням експрес-тестів та проведенням бактеріологічного підтвердження випадків захворювання. Також високими є показники визначення ВІЛ-статусу та отримання АРТ. Показники ефективності лікування продовжують стабільно підвищуватись рік у рік. Україна увійшла у топ п'яти країн з найменшим розривом між оціночним числом випадків МЛС/ШЛС-ТБ та кількістю людей, які отримали лікування у 2019 р. (Казахстан, Білорусь, Російська Федерація, Україна та Азербайджан). Також Україна увійшла у топ чотирьох країн (Індія, Південна Африка, Російська Федерація та Україна) з охопленням у 68% пацієнтів, які отримували бедаквілін у 2019 р.

Для досягнення глобальних цілей необхідним є щорічне зниження рівня захворюваності не менше ніж на 17%, а рівня смертності – не менше ніж на 5%. На даному етапі важливо зберегти та примножити досягнутий прогрес, нарощуючи темпи зниження тяжкості перебігу захворювання, а отже зменшуючи рівень смертності та підвищуючи благополуччя країни.

РОЗДІЛ 2. ВИКОНАННЯ ЦІЛЕЙ СТРАТЕГІЇ ЛІКВІДАЦІЇ ТБ («END TB STRATEGY»)

Впроваджені останнім часом заходи та рішучі кроки у напрямку реалізації цілей Стратегії ліквідації ТБ до 2035 р. (End TB Strategy) позитивно вплинули на досягнення контрольних цілей 2020 р. і пом'якшили негативні наслідки пандемії. Результатами проведеної роботи є зниження показників смертності та захворюваності на ТБ порівняно з такими у 2015 р. У таблиці 2.1 наведено результати реалізації цілей Стратегії ліквідації ТБ.

Таблиця 2.1. Реалізація цілей Стратегії ліквідації ТБ

Показники	Контрольні значення Стратегії ліквідації ТБ	Рівень зниження
<i>Відповідно до національних розрахунків</i>		
Зниження показників захворюваності на ТБ порівняно з такими у 2015 р. (на 100 000 населення)	20%	40,1%
Зниження показників смертності від ТБ порівняно з такими у 2015 р. (в абсолютних числах)	35%	36,4%
<i>Відповідно до розрахунків ВООЗ</i>		
Зниження показників захворюваності на ТБ порівняно з такими у 2015 р. (на 100 000 населення)	20%	19,8%
Зниження показників смертності від ТБ порівняно з такими у 2015 р. (в абсолютних числах)	35%	18,0%
<i>Загалом у світі</i>		
Зниження показників захворюваності на ТБ порівняно з такими у 2015 р. (на 100 000 населення)	20%	11%
Зниження показників смертності від ТБ порівняно з такими у 2015 р. (в абсолютних числах)	35%	9,2%

Розбіжність між національними даними та розрахунками ВООЗ пояснюється різними методами визначення цільової групи, зокрема населення країни (ВООЗ було розраховано на 44 млн населення за 2020 р.).

Згідно з варіантом ВООЗ, зниження показників захворюваності практично було досягнуто. Тоді як зниження показників смертності нижче бажаного рівня, що пояснюється тенденцією до повільнішого темпу зниження, зокрема загалом у світі.

Огляд показників програми ТБ, 2020 р.

Оцінювання тягара ТБ

Для порівняння національного тягара ТБ за 2020 р. використовували показники загальної захворюваності на ТБ, захворюваності на ТБ у людей з позитивним ВІЛ-статусом, смертності від ТБ у людей з позитивним та негативним ВІЛ-статусом. При порівнянні цих даних рівні національного показника дуже високі, а іноді перевищують середні світові показники. Нижче наведено графіки порівняння.

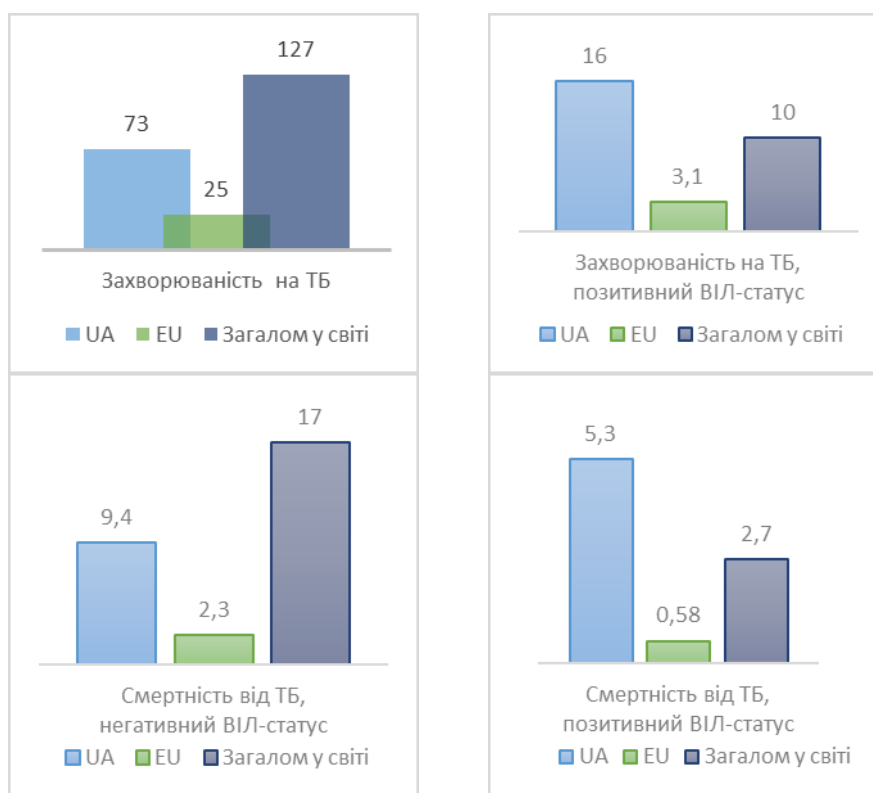


Рисунок 2.1. Порівняння показників ТБ у країні, регіоні та світі, (на 100 000 населення), 2020 р.

Реєстрація випадків

Серед позитивних тенденцій реєстрації випадків слід відзначити високі показники охоплення тестуванням за допомогою швидких лабораторних методів діагностики, високий показник бактеріологічного підтвердження випадків захворювання, а також поінформованість пацієнтів щодо особистого ВІЛ-статусу. Також відзначено низький рівень захворюваності на ТБ серед дітей та підлітків-дівчат порівняно до середніх показників у регіоні та середніх загальносвітових показників, проте показники захворюваності на ТБ серед хлопчиків та підлітків у країні є вищими. Нижче наведено графіки порівняння.

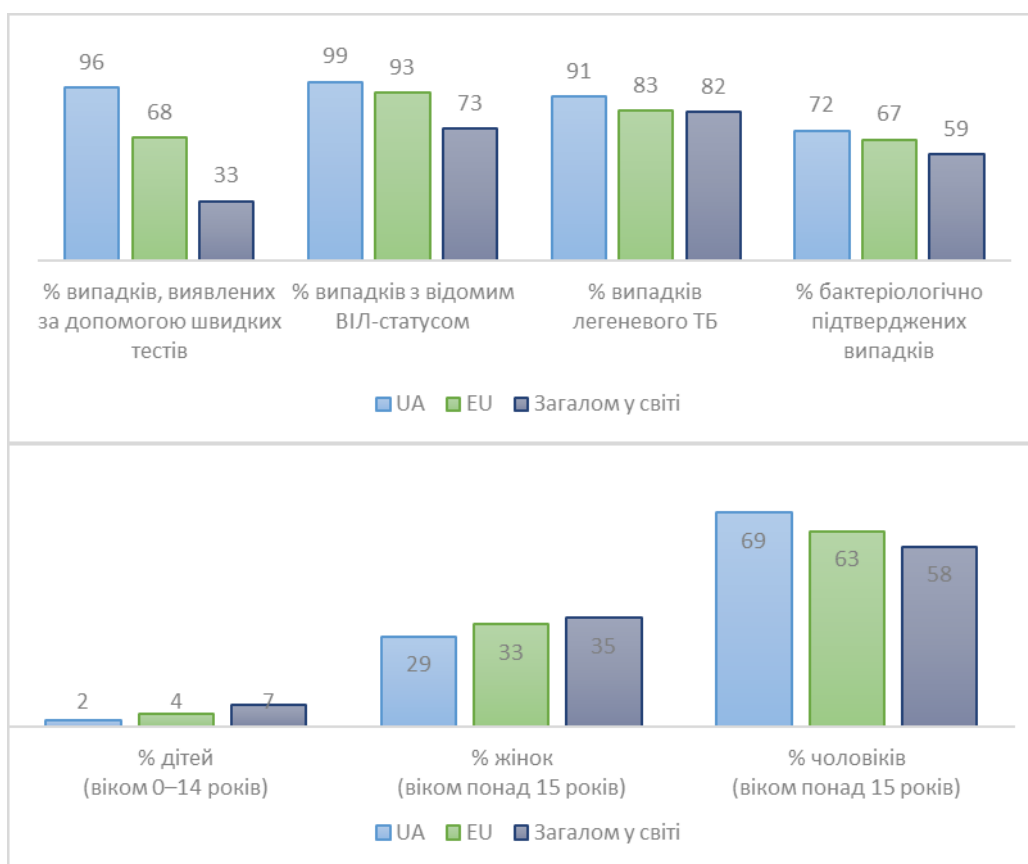


Рисунок 2.2. Порівняння показників реєстрації випадків ТБ у країні, регіоні та світі, 2020 р.

Ведення коінфекції ТБ/ВІЛ серед нових випадків та рецидивів ТБ, 2020 р.

У країні відзначено підвищення рівня поінформованості пацієнтів щодо особистого ВІЛ-статусу та призначення антиретровірусної терапії (АРТ).

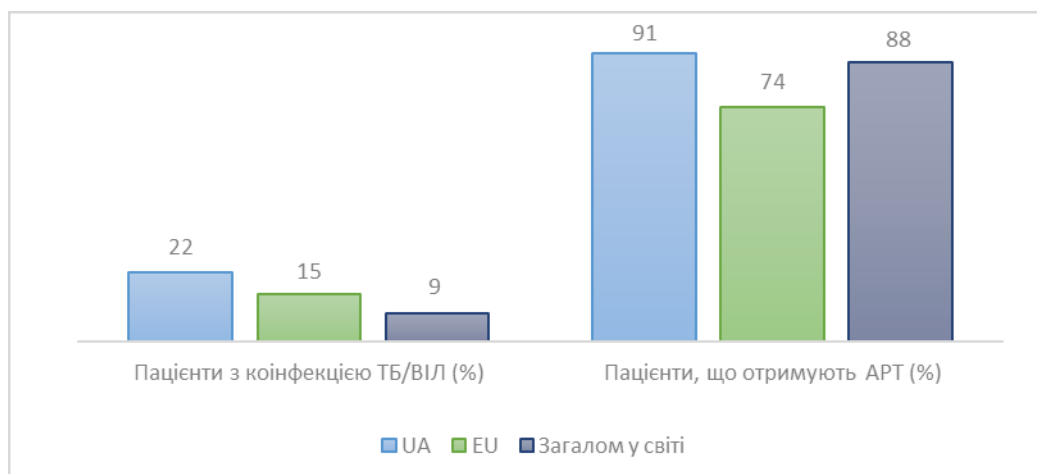


Рисунок 2.3. Порівняння показників ТБ/ВІЛ у країні, регіоні та світі, 2020 р.

Лікування і ведення випадків ТБ з лікарською стійкістю, 2020 р.

Показник охоплення бактеріологічно підтверджених випадків, перевірених на стійкість до рифампіцину, серед нових і раніше пролікованих

пацієнтів є дуже високим у країні, і перевищує середні показники у регіоні та світі. Україна увійшла до топ 18 країн світу з найвищим рівнем охоплення тестуванням на стійкість до рифампіцину; у 2020 р. цей показник становив понад 80%.

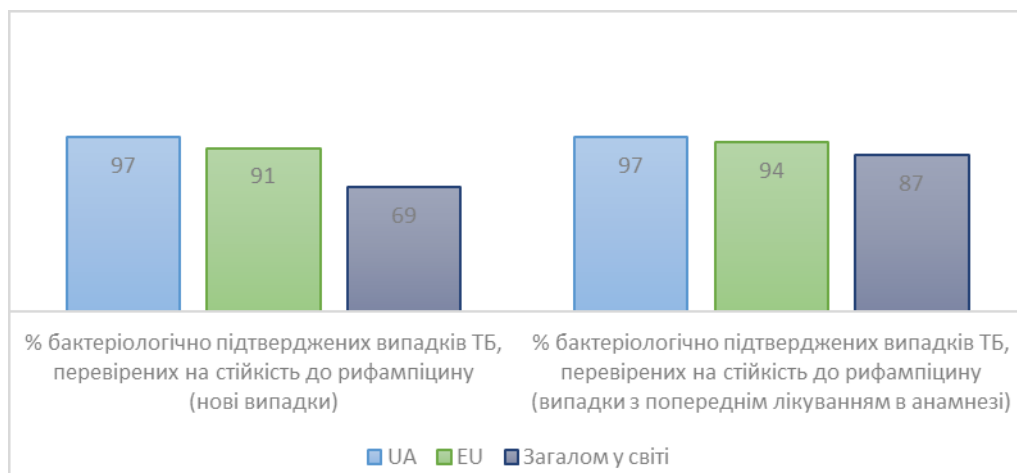


Рисунок 2.4. Порівняння показників бактеріологічно підтверджених випадків, перевірених на стійкість до рифампіцину, у країні, регіоні та світі, 2020 р.

Показник ефективності лікування

Показники ефективності лікування серед нових, раніше пролікованих та пацієнтів з позитивним ВІЛ-статусом є вищими за регіональні показники, проте нижчими за світові, що також свідчить про перспективи потенційного покращення у майбутньому.

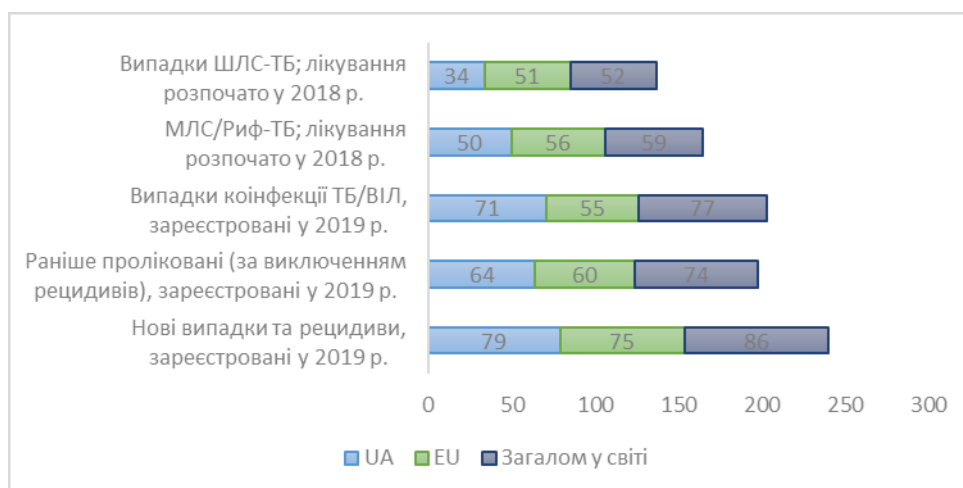


Рисунок 2.5. Порівняння показників ефективності лікування у країні, регіоні та світі, 2020 р. (%)

Профілактичне лікування ТБ

Відзначено позитивну динаміку в охопленні профілактичним лікуванням туберкульозної інфекції (ПЛ ТБІ) дітей віком до 5 років; цей показник становить 100%. Серед людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), показник охоплення ПЛ ТБІ є вищим за глобальний рівень, але нижчим за такий у регіоні.

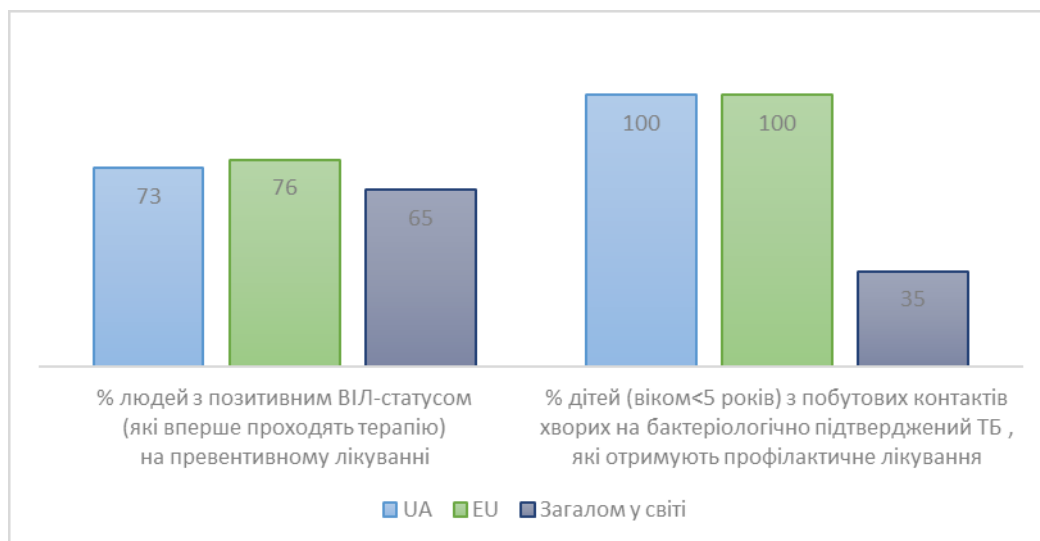


Рисунок 2.6. Порівняння показників надання ПЛ ТБІ у країні, регіоні та світі, 2020 р.

Висновки

До позитивних результатів виконання програми боротьби з ТБ за лабораторними показниками слід віднести: охоплення швидкими методами діагностики – 96%, проведення тестування на стійкість до рифампіцину – 97% та бактеріологічного підтвердження – 72%. Крім того, відзначено позитивну динаміку за індикаторами ВІЛ/ТБ. Так, наприклад, поінформованість пацієнтів щодо особистого ВІЛ-статусу становить 99%, показник надання АРТ – 91%. Також відзначено відносно непоганий результат за показником надання превентивного лікування серед осіб з позитивним ВІЛ-статусом – 73%.

Деякі прогалини відзначено у діагностики та лікуванні ТБ у дітей. Показник виявлення ТБ у дітей становив 2%. Проте відзначено прогрес у наданні ПЛ ТБІ – 79,8%, хоча і цей показник можливо покращити.

Також необхідно докласти зусиль для підвищення показників лікування: показник діагностики та лікування МЛС-ТБ становив 46,4%, а діагностики та лікування ТБ – 64,7%.

Враховуючи проміжні цілі ліквідації ТБ, було досягнуто зниження рівня захворюваності на 19,8% порівняно до показників 2015 р., але все ще недостатнім є зниження показників смертності. Так, наприклад, зниження показників смертності становило 18%, проте, за оцінками ВООЗ, повинно було становити 35%. Для досягнення глобальних цілей необхідним є щорічне зниження рівня захворюваності не менше ніж на 17%, а показників смертності – не менше ніж на 5%.

Національна програма з ТБ зіткнулася з безпрецедентним викликом – пандемією COVID-19. Було розроблено заходи щодо адаптації та пом'якшення наслідків пандемії для програми з ТБ у найкоротші терміни. Загалом, 2020 р. є умовною віхою для об'єктивного та прагматичного оцінювання результатів програми з ТБ, звіряння показників національної програми та виконання зобов'язань щодо глобальних цілей боротьби з ТБ. В Україні досягнуто значного прогресу у приборканні епідемії, а за деякими параметрами перевищено усереднені показники в регіоні та у світі. Проте

через пандемію стає зрозумілим, наскільки крихким може бути досягнутий прогрес, тому існує необхідність подальшого посилення позитивних результатів програми і роботи у напрямку потенційної ліквідації ТБ.

ТБ і COVID-19

Пандемія COVID-19, яка почалася з кінця 2019 р., змушує адаптуватися до нової реальності, стаючи умовною точкою відліку на періоди до і після початку пандемії. Пандемія COVID-19 призвела до гальмування досягнутого прогресу у боротьбі з ТБ.

За попередніми розрахунками, загалом у світі в 2020 р. зниження показників реєстрації випадків становило 21% порівняно до таких у 2019 р., враховуючи дані 84 країн, які попередньо повідомили про 4,9 млн випадків (порівняно до 6,3 млн випадків у 2019 р.).

Обмеження доступу до діагностики та лікування ТБ призвело до збільшення показників смертності від ТБ у світі. За орієнтовним підрахунком, втрати становлять 1,3 млн летальних наслідків від ТБ серед людей з негативним ВІЛ-статусом (порівняно до 1,2 млн у 2019 р.) та ще 214 000 – серед ЛЖВ.

До інших глобальних наслідків пандемії належить зменшення у період з 2019 по 2020 рр. кількості людей, які отримали лікування від лікарсько-стійкого ТБ (ЛС-ТБ) (–15%, приблизно кожна третя особа, що потребує лікування) та ПЛ ТБІ (–21%), а також зниження глобальних витрат на послуги з діагностики, лікування та профілактики ТБ.

Загалом у світі зниження показників смертності від ТБ у період з 2015 по 2020 рр. становило лише 9,2% – це близько чверті шляху до встановленої мети. Прогрес, якого було досягнуто до 2019 р. (зниження рівня смертності на 14% з 2015 по 2019 рр. та на 41% – з 2000 до 2019 рр.), було скомпрометовано зростанням показників смертності від ТБ у 2020 р. внаслідок перебоїв у діагностиці та лікуванні, що сталося внаслідок COVID-19.

В Україні, порівняно до показників 2019 р., кількість повідомлень про нові випадки ТБ скоротилася на 31%, а кількість повідомлень про випадки ЛС-ТБ – на 47%.

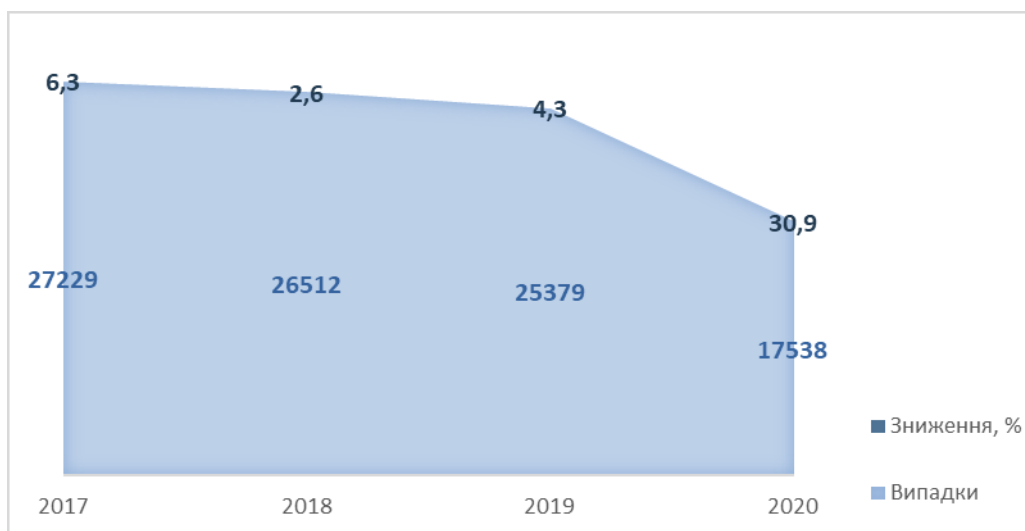


Рисунок 2.7. Динаміка реєстрації нових випадків та рецидивів ТБ в Україні у період 2017–2020 рр.

Україна входить у топ 16 країн із найбільшою питомою вагою зниження показників реєстрації нових випадків ТБ у світі в 2020 р. Це обумовлює значне зниження рівня захворюваності, але, за підрахунками, очікується ще більш суттєве зниження показників захворюваності у 2021 та 2022 рр. За даними моделювання наслідків пандемії, проведеного ВООЗ для згаданих 16 країн, найбільше підвищення показників смертності від ТБ очікується у 2021 р., а найбільше підвищення рівня захворюваності – у 2022 р. В усіх 16 країнах у 2021 р. прогнозується набагато вищий рівень смертності від ТБ, ніж у 2020 р., а до 2022 р. рівень захворюваності на ТБ у більшості з них перевищуватиме показники 2020 р.

РОЗДІЛ 3. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТБ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 01.01.2021 р.

Основні епідемічні показники

Захворюваність на ТБ

За оцінками ВООЗ, захворюваність на ТБ у 2020 р. становила 73 (діапазон: 49–102) нових випадки і рецидиви на 100 000 населення. Середньорічне зниження оціночних показників захворюваності на ТБ протягом останніх п'яти років становить близько 4,0%, що на 5,6% нижче спостережуваного середньорічного зниження цього показника у 18 пріоритетних країнах Європейського регіону ВООЗ за той самий період. За даними поточного епіднагляду, рівень захворюваності на ТБ у 2020 р. становить 42,2 на 100 000 населення. Отже, в Україні у 2020 р. було недовиявлено близько 42% випадків ТБ.



Рисунок 3.1. Розрахункові показники захворюваності на ТБ і реєстрація випадків захворювання на ТБ (нові та рецидиви) в Україні, 2015–2020 рр.



Рисунок 3.2. Динаміка захворюваності на ТБ (нові випадки та рецидиви) за період 2015–2020 рр. (абсолютна кількість та на 100 000 населення)

В усіх регіонах України спостерігається значне зниження рівня захворюваності на ТБ. Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровано в Одеській (91,8), Дніпропетровській (63,2), Херсонській (59,6) та Кіровоградській (55,5) областях; нижчі показники – у Чернівецькій (22,8), Тернопільській (21,6) областях та у м. Києві (28,0). Для реалізації Стратегії ліквідації ТБ Україна повинна досягнути до 2035 р. зниження показника захворюваності на ТБ на 90% порівняно до такого у 2015 р. (з 70,5 до 7,1 на 100 000 населення).

Реєстрація випадків

В Україні кількість зареєстрованих випадків ТБ з 2005 р. повільно знижується. Підвищення показника реєстрації випадків у 2012 р. пояснюється переходом на переглянуту систему визначень ВООЗ 2013 р. За останні п'ять років рівень реєстрації випадків ТБ знижувався на 3,9% щорічно, майже паралельно з оціночним показником захворюваності на ТБ.

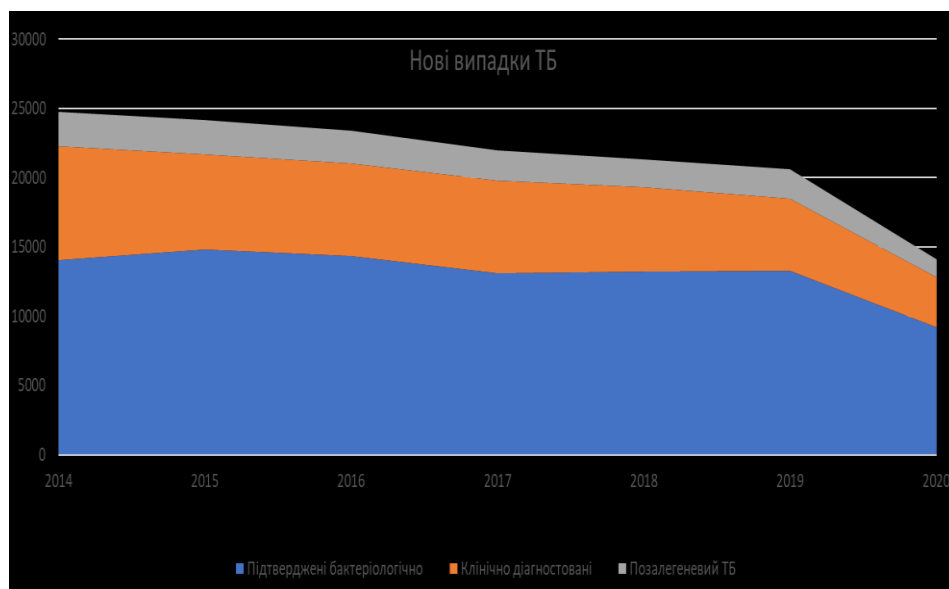


Рисунок 3.3. Рівень реєстрації нових випадків ТБ на 100 000 населення за результатами лабораторного підтвердження, 2014–2020 рр.

За даними рисунку 3.3, показники реєстрації, дезагреговані за результатами бактеріологічного підтвердження, йдуть подібною траєкторією зниження, але з різною швидкістю: найшвидше зниження відзначено серед клінічно діагнованих нових випадків легеневого ТБ, кількість яких в середньому зменшувалася на 8,6% щорічно з 2014 по 2020 рр.

На регіональному рівні показник реєстрації ТБ у 2020 р. є найвищим в Одеській області (91,8 на 100 000 населення) і найнижчим у Тернопільській області (21,6 на 100 000 населення) (рисунок 3.4).

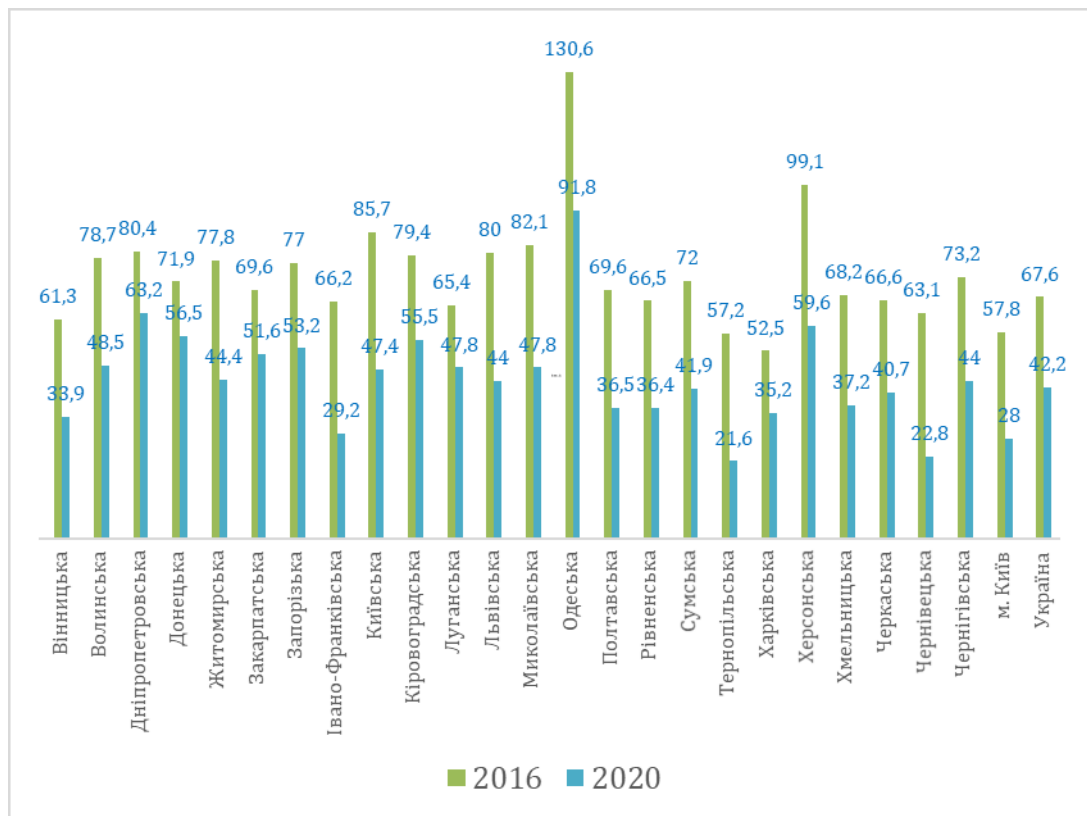
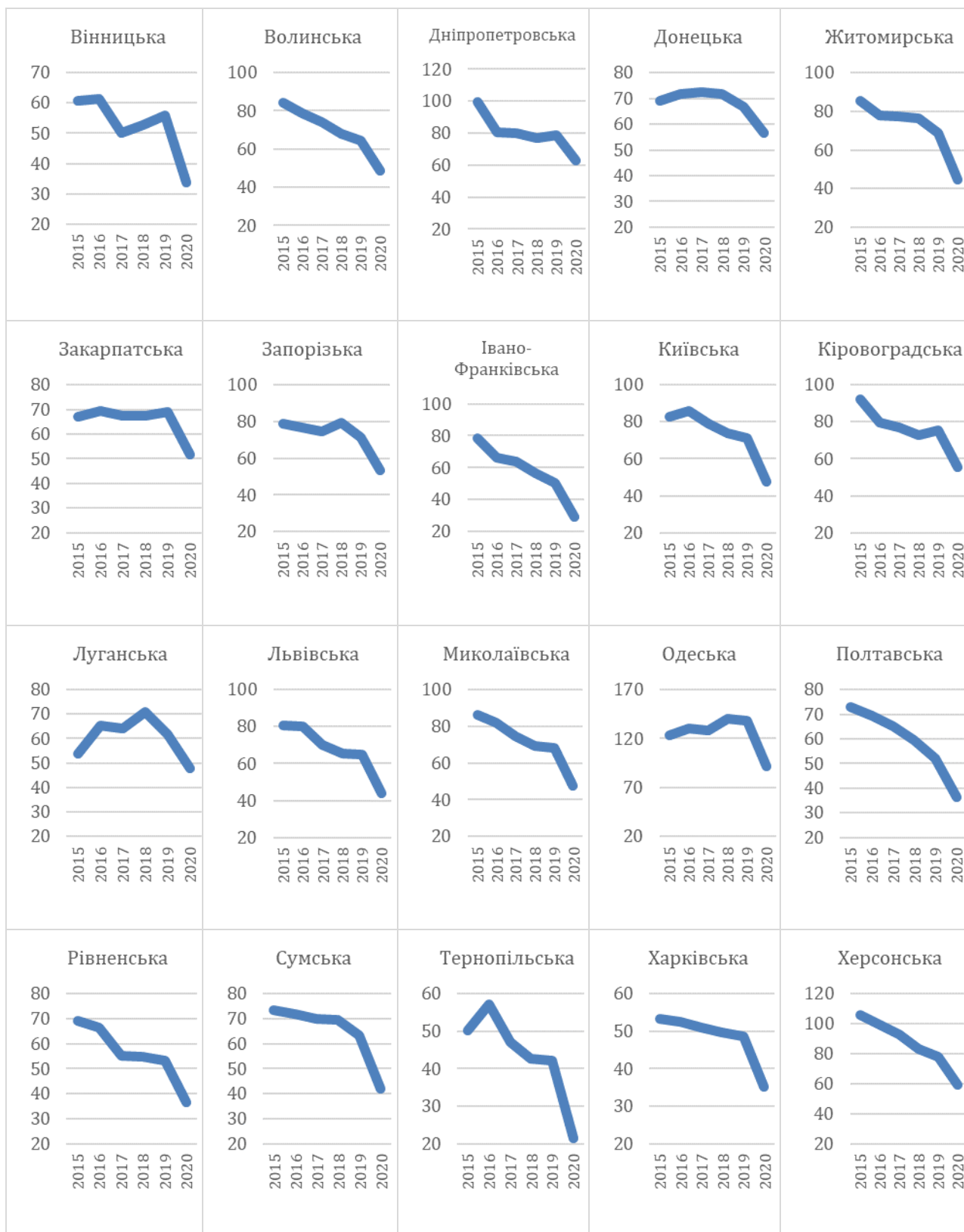


Рисунок 3.4. Кількість нових випадків і рецидивів ТБ на 100 000 населення за географічними регіонами

На рисунку 3.5 наведено криві зниження показників захворюваності на ТБ на 100 000 населення у період з 2015 по 2020 рр. Тенденція реєстрації ТБ в усіх областях є послідовною, проте з різними темпами змін. За останні п'ять років найшвидший спад відзначено у Тернопільській області – 15,6% річних змін, Івано-Франківській – 14,0%, Чернігівській – 11,8%, Полтавській – 11,9% та у м. Києві – 11,7%.



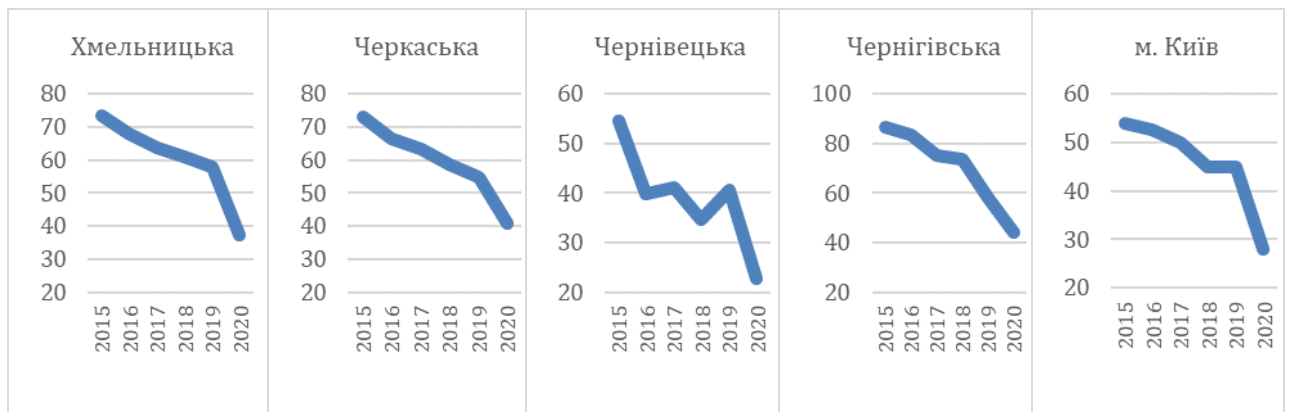


Рисунок 3.5. Захворюваність на ТБ у 2015–2020 рр.

Щодо показників захворюваності на ТБ серед міського та сільського населення України, то майже в усіх областях України захворюваність на ТБ (нові випадки і рецидиви) серед сільських жителів є вищою на 20–30%, ніж захворюваність міських жителів (рисунк 3.6).

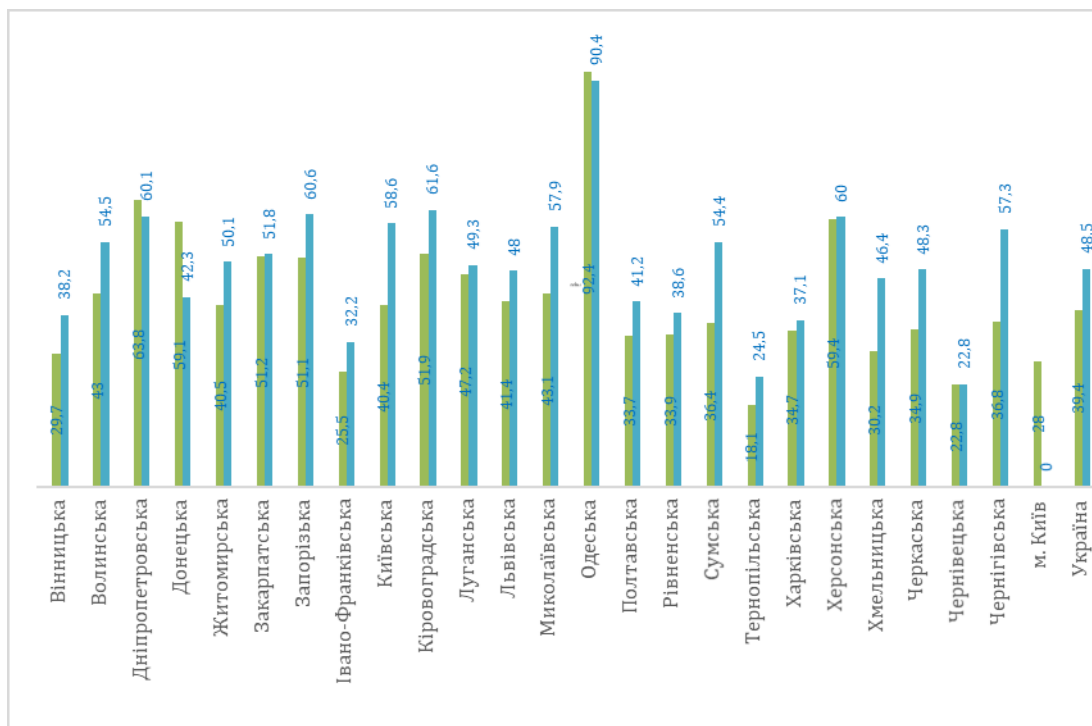


Рисунок 3.6. Розподіл рівня захворюваності на ТБ серед міських та сільських жителів за регіонами України, 2020 р. (на 100 000 відповідного населення)

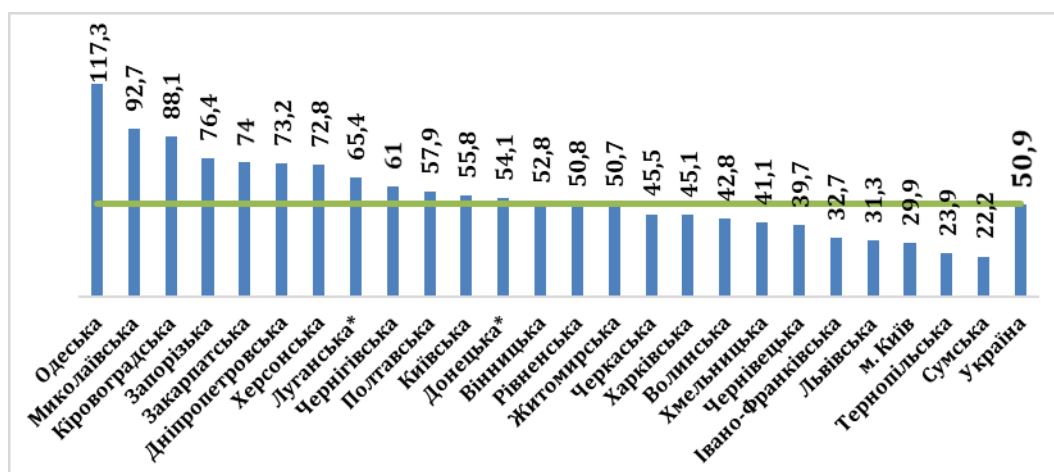
Поширеність ТБ

Показник поширеності ТБ протягом останніх шести років має тенденцію до зниження: у 2020 р. поширеність зменшилась на 26,2% порівняно до показників 2019 р. Найвищий рівень поширеності ТБ було зареєстровано в Одеській (117,3), Миколаївській (92,7), Запорізькій (76,4) та Кіровоградській (88,1) областях. Порівняно до показників 2019 р., зростання поширеності ТБ не зафіксовано у жодному регіоні (рисунк 3.8).



Рисунок 3.7. Поширеність усіх форм активного ТБ

**серед населення України за період 2014–2020 рр.
(абсолютна кількість та на 100 000 населення)**



**Рисунок 3.8. Поширеність усіх форм активного ТБ
в регіонах України, 2020 р.**

Динаміка за бактеріологічним підтвердженням

У період 2014–2020 рр. кількість як бактеріологічно підтверджених, так і клінічно діагностованих випадків ТБ зменшилася, при цьому загалом частка бактеріологічно підтверджених випадків зросла з 59,3% у 2014 р. до 72,4% у 2020 р. (рисунок 3.9).



**Рисунок 3.9. Реєстрація бактеріологічно підтверджених
та клінічно діагностованих випадків ТБ (нові випадки і рецидиви)
і частка бактеріологічно підтверджених випадків ТБ**

У 2020 р. частка лабораторно підтверджених випадків ТБ варіювалася від 60,8% в Одеській до 89,1% у Волинській областях, що свідчить про деякі відмінності у практиці діагностики ТБ. Частково ця різниця пов'язана також з неоднорідністю поширеності ВІЛ-інфекції у країні.

З 25 областей у 19 відзначено збільшення частки бактеріологічно підтверджених випадків (понад 3%), в одній – без змін, у п'яти (Одеська,

Кіровоградська, Сумська, Харківська та Черкаська) – частка бактеріологічно підтверджених випадків знизилася у 2020 р. порівняно до показників 2015 р. (рисунок 3.10).

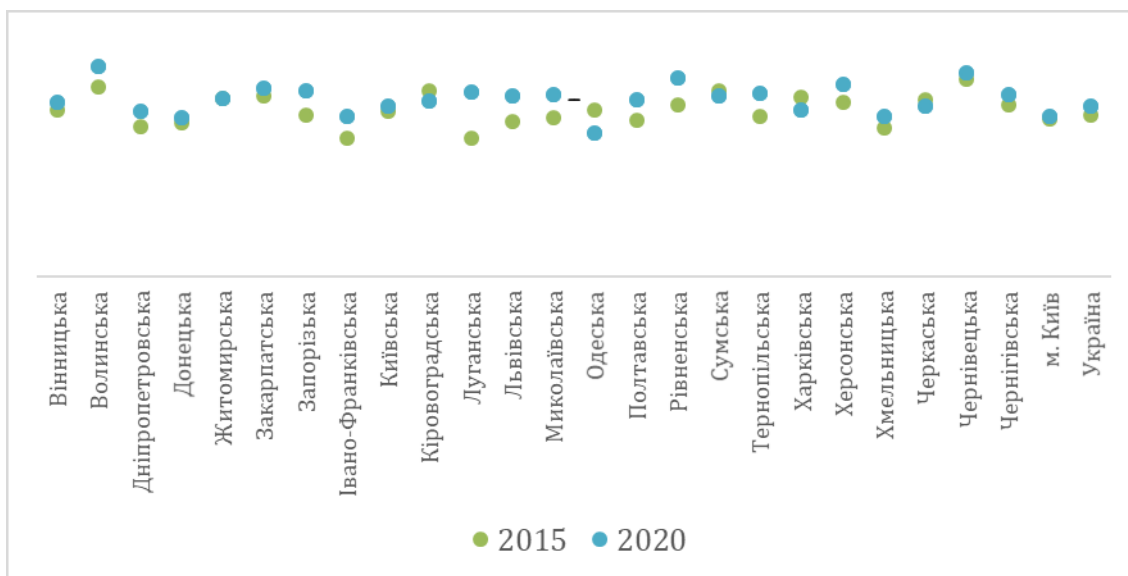


Рисунок 3.10. Частка бактеріологічно підтверджених випадків ТБ (нові випадки і рецидиви)

Динаміка за локалізацією захворювання

У період з 2014 по 2020 рр. на фоні зменшення загальної кількості випадків ТБ відзначено тенденцію до зменшення кількості випадків позалегенового ТБ у загальній структурі захворюваності з 10,2% у 2015 р. до 8,8% у 2020 р.

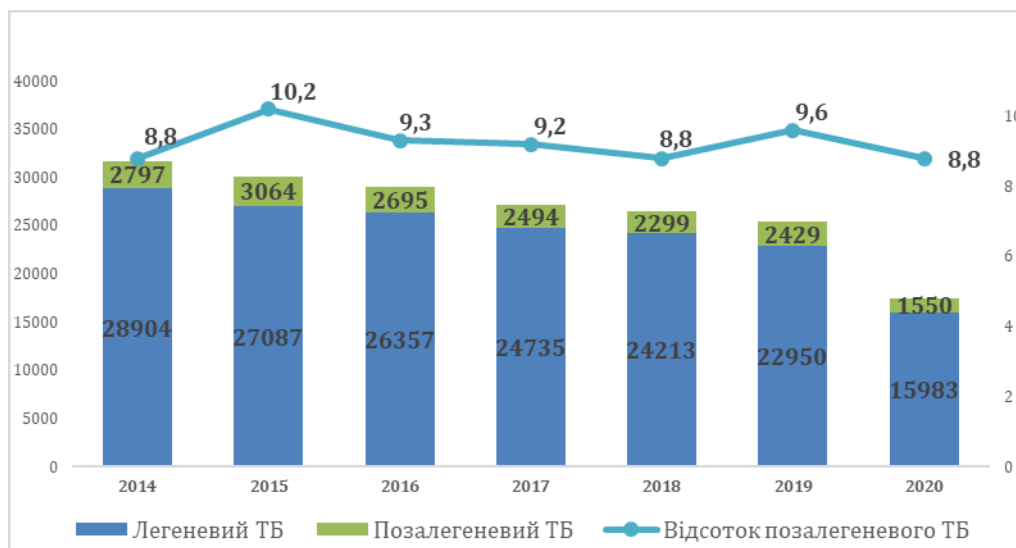


Рисунок 3.11. Динаміка реєстрації нових випадків і рецидивів легеневого і позалегенового ТБ; частка випадків позалегенового ТБ

У 2020 р. частка випадків позалегенового ТБ варіювала від 3,1% у Миколаївській до 15,3% в Черкаській областях. Загалом, суттєвої зміни частки випадків позалегенового ТБ не відзначено, що свідчить про загальну стабільність діагностики ТБ (рисунок 3.12).

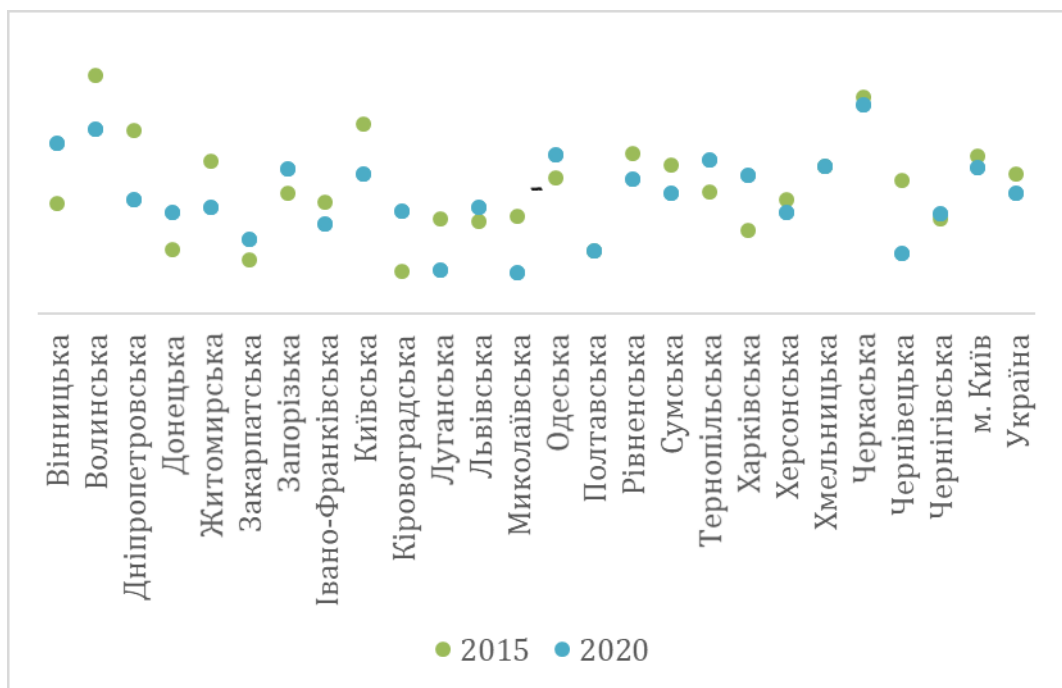


Рисунок 3.12. Частка випадків позалегенового ТБ у 2015 і 2020 рр. по регіонах

Динаміка за історією лікування

За останні шість років абсолютна кількість як нових випадків ТБ, так і рецидивів захворювання знизилася. У період з 2014 по 2020 рр. відзначено більше зменшення кількості нових випадків ТБ, ніж частки повторно пролікованих пацієнтів, що призвело до поступового відносного зниження частки рецидивів з 35,2% у 2014 р. до 27,5% у 2020 р. (рисунок 3.13).

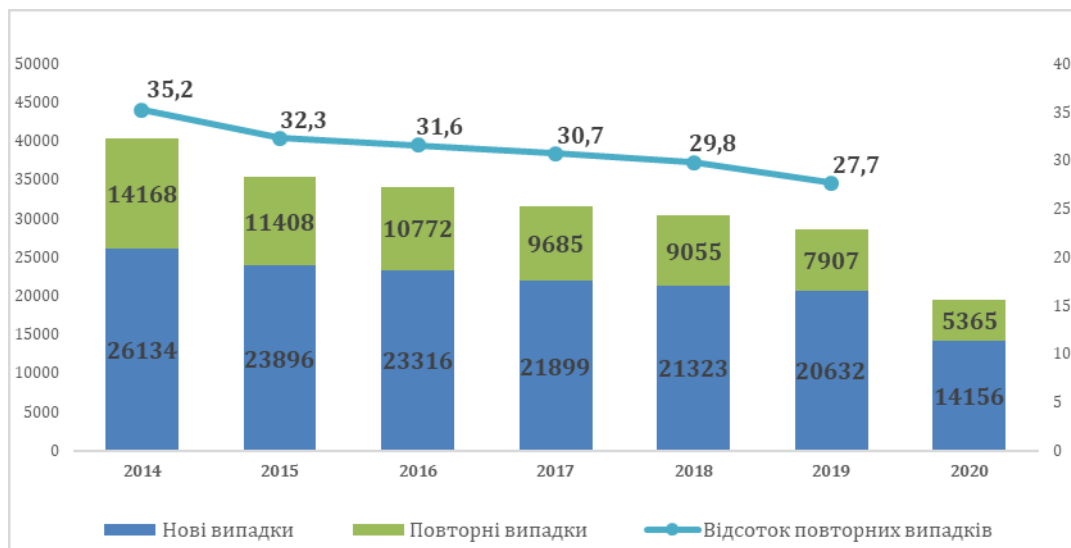


Рисунок 3.13. Динаміка реєстрації нових і повторних випадків ТБ, а також частки повторного лікування серед усіх випадків ТБ

Частка виявлення повторних випадків за областями у 2020 р. незначною мірою варіюється: від 19,7% у Київській області до 32,0% в Дніпропетровській області (рисунок 3.14). Частково ці відмінності можна

пояснити неоднорідністю коінфекції ВІЛ/ТБ. Проте різкі коливання частки перехворілих в межах області обумовлює деяка нестабільність або зміни практики діагностики чи повідомлення про перехворілих.

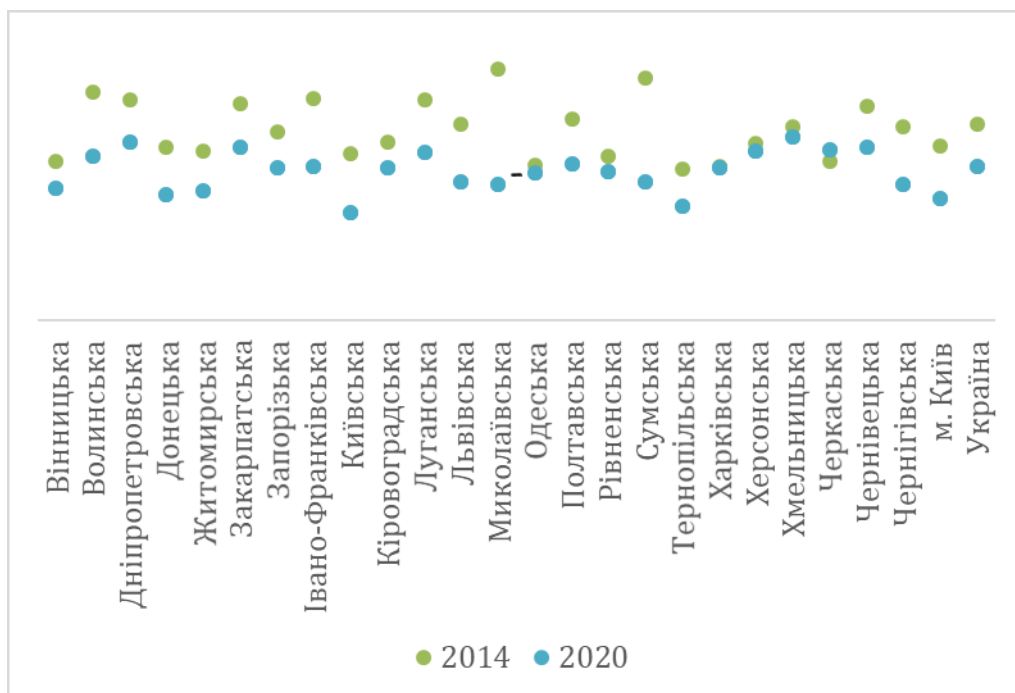


Рисунок 3.14. Частка раніше пролікованих випадків ТБ по регіонах у 2014 і 2020 рр.

Динаміка за повідомленнями про випадки ТБ у дітей

Абсолютне число випадків ТБ у дітей знизилось з 583 до 382 порівняно до показників минулого року. Поряд зі зниженням показників загальної реєстрації нових випадків ТБ та рецидивів захворювання, відзначено збільшення кількості випадків ТБ у дітей з 1,6% у 2014 р. до 2,1% у 2020 р. (рисунок 3.15).

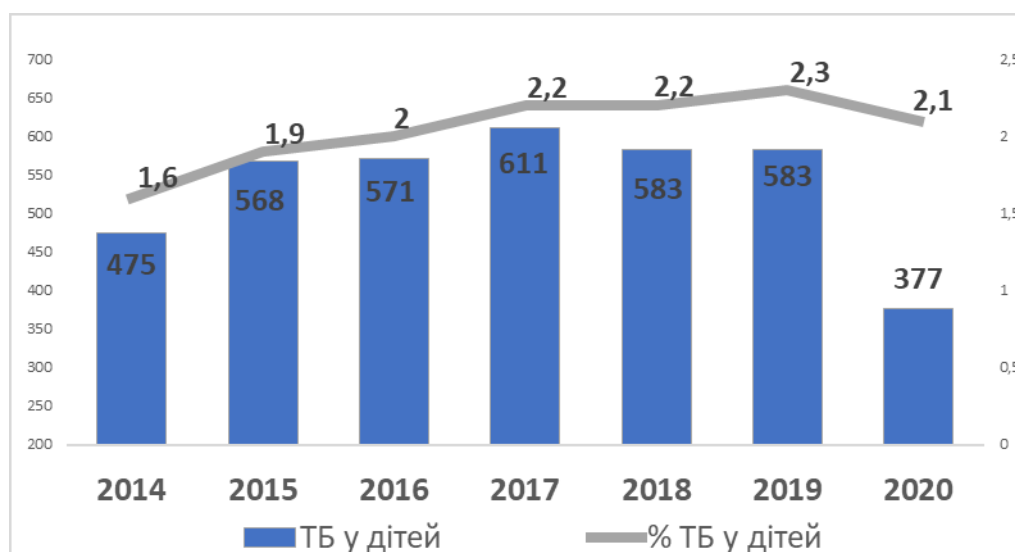


Рисунок 3.15. Кількість і відсоток випадків ТБ у дітей віком 0–14 років (нових та рецидивів) серед загальної кількості випадків ТБ

Часто ТБ не розглядають як можливий діагноз при дитячих захворюваннях, тому він залишається невиявленим. Важко встановити остаточний діагноз ТБ у дітей, оскільки він рідко підтверджується бактеріологічно. Фактичні дані свідчать про те, що у країнах з епідемією ТБ, зокрема в Україні, де відзначають найвищий рівень реєстрації випадків серед молодих вікових груп, а рівень розвитку економіки є невисоким (низький і середній рівень доходу), очікувана частка випадків ТБ у дітей має становити від 5 до 10%.

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

На регіональному рівні частка виявлення випадків ТБ у дітей у 2020 р. коливалася від 0,5% у Чернівецькій області до 5,8% у Запорізькій області. У чотирьох областях частка виявлення випадків ТБ у дітей знизилася, у семи – залишилася здебільшого стабільною, а у 14 областях – збільшилася, ймовірніше, через покращення діагностики ТБ у дітей.

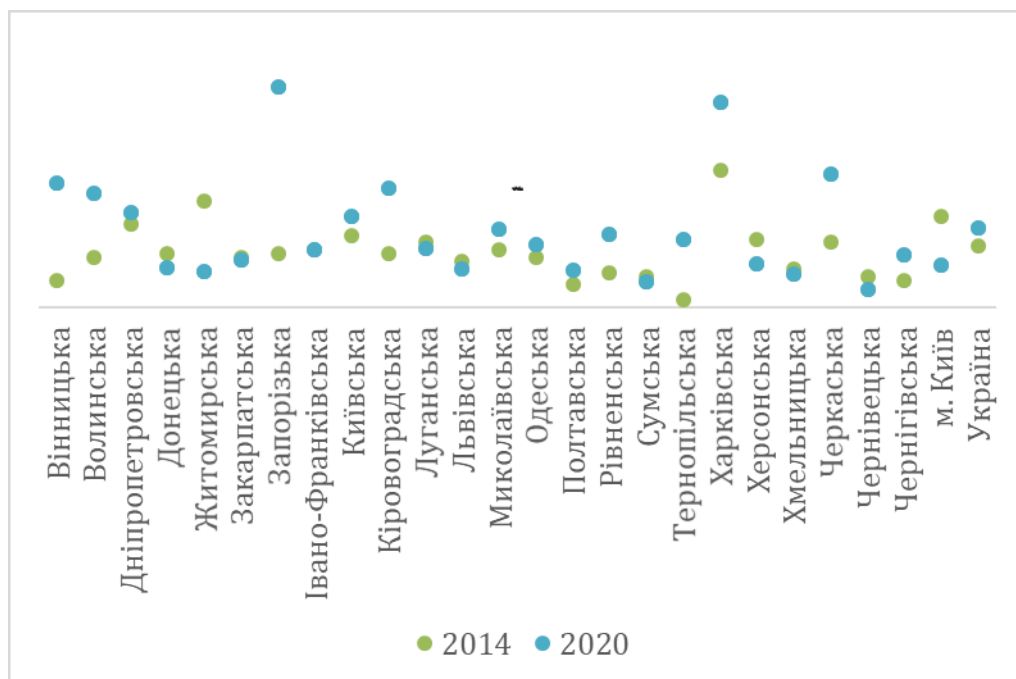


Рисунок 3.16. Частка випадків ТБ у дітей (нові випадки і рецидиви захворювання) по регіонах у 2014 і 2020 рр.

Дані епіднагляду щодо дітей, у яких виявлено ТБ, вважають надійними і точними, а про всі випадки ТБ у дітей звітують, якщо співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років перебуває у діапазоні 1,5–3,0. У 2017–2020 рр. співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років становило 0,9–0,3.

За поточними статистичними даними відзначено зменшення частки випадків ТБ у дітей (віком до 17 років) серед усіх нових випадків ТБ та рецидивів захворювання: у 2020 р. загальний показник по Україні становив 7,2 проти 10,6 на 100 000 населення у 2019 р., що є нижчим на 32%. Загалом ТБ діагностовано у 540 дітей проти 803 у минулому році.

Приріст захворюваності у дітей віком до 17 років відзначено у чотирьох областях: Волинській (49,1%), Миколаївській (62,5%), Харківській (16,8%) та Черкаській (10,8%). В інших регіонах спостерігають зниження рівня захворюваності у цій віковій категорії.

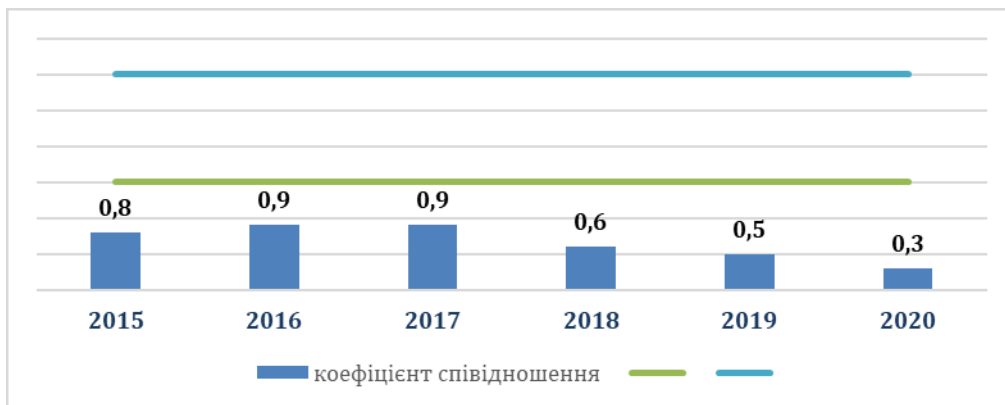


Рисунок 3.17. Співвідношення вікових груп 0–4 роки до 5–14 років серед дітей, хворих на ТБ, в Україні, 2015–2020 рр.

Динаміка повідомлення про ТБ за статтю

З 2014 по 2020 рр. в Україні зниження показників реєстрації випадків ТБ серед чоловіків та жінок було здебільшого пропорційним; частка всіх нових випадків ТБ і рецидивів захворювання серед чоловіків залишалася стабільною на рівні близько 70%. У 2020 р. – 70,4% (рисунок 3.18).

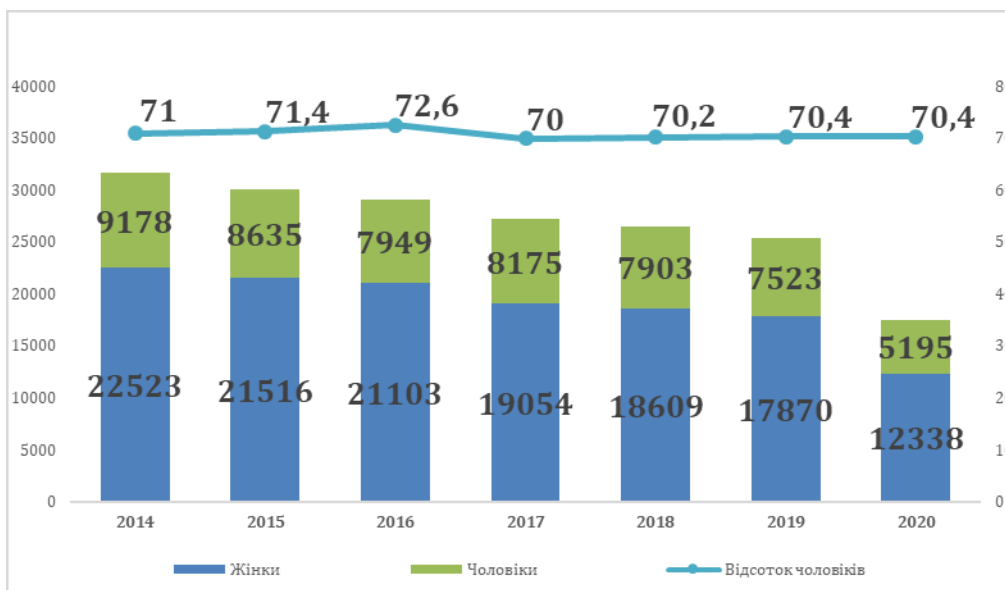


Рисунок 3.18. Кількість нових випадків ТБ і рецидивів захворювання з розподілом за статтю

Найбільша вікова група серед пацієнтів з ТБ – чоловіки віком 35–44 років, проте найбільше абсолютне число недовиявлених хворих на ТБ припадає на чоловіків віком 25–34 років (рисунок 3.19).

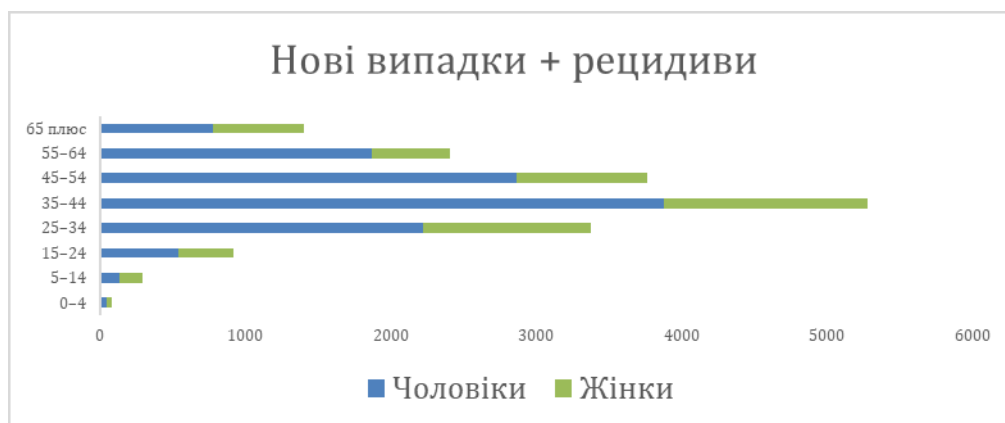


Рисунок 3.19. Повідомлення про випадки ТБ в Україні з розподілом за віком і статтю, 2020 р.

Динаміка повідомлення про ТБ за віком

На рисунку 3.20 наведено динаміку показників реєстрації нових випадків ТБ і рецидивів захворювання з розподілом за віковими групами. Найбільший тягар ТБ мають люди віком 35–44 роки. У період з 2014 по 2018 рр. показники захворюваності на ТБ знижувались в усіх вікових групах у пацієнтів старше 14 років, але різними темпами: найбільш швидке зниження було відзначено у віковій групі 25–34 роки (–8,0% щорічно) і 15–24 роки (–6,3% щорічно), тоді як у людей старшого віку воно було відносно повільним.

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

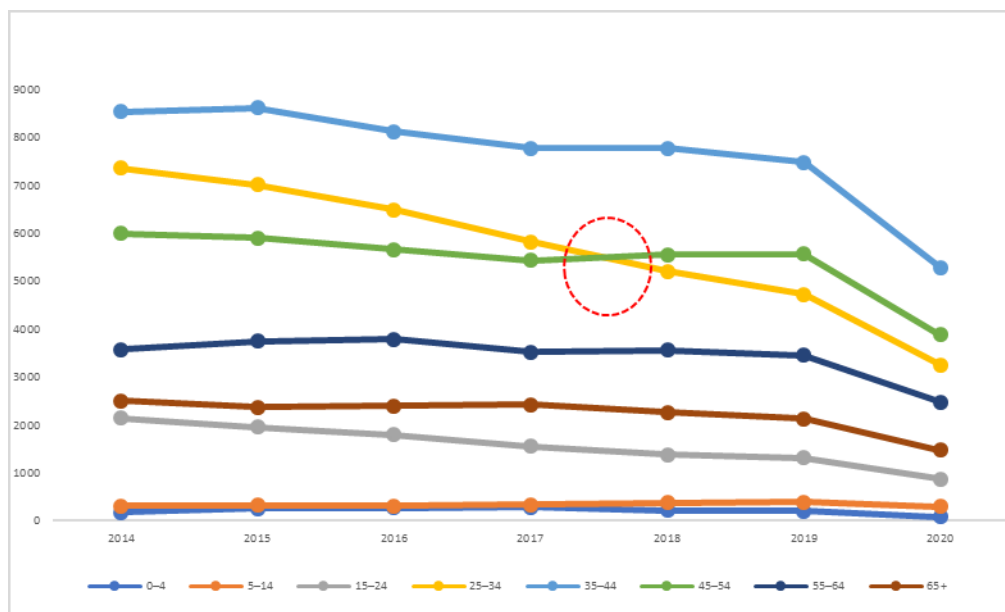


Рисунок 3.20. Тенденція реєстрації нових випадків ТБ і рецидивів захворювання за віковим показником на 100 000 населення

Динаміка за реєстрацією коінфекції ТБ/ВІЛ

За даними поточного епіднагляду, у період з 2015 по 2020 рр. показник абсолютної кількості випадків коінфекції ТБ/ВІЛ знизився з 6292 до 3794, проте під час реєстрації нових випадків ТБ і рецидивів захворювання частка пацієнтів з коінфекцією ВІЛ/ТБ здебільшого залишалася стабільною: від 20,7 до 23,0% (рисунок 3.21).

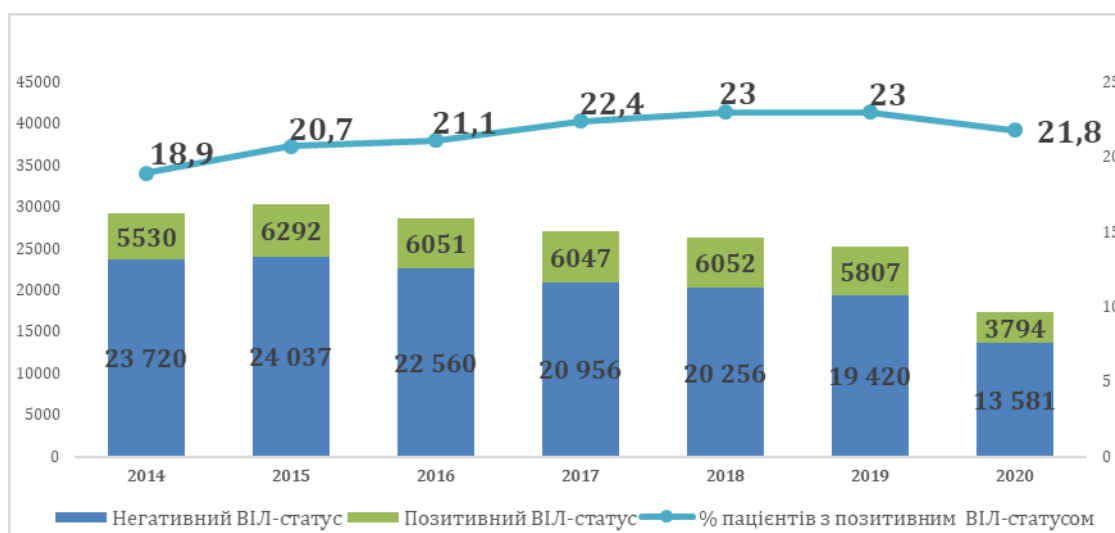


Рисунок 3.21. Динаміка кількості зареєстрованих нових випадків ТБ і рецидивів захворювання залежно від ВІЛ-статусу; частка випадків ТБ у людей з позитивним ВІЛ-статусом

Найвищий рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ відзначено в Одеській області – 37,0 на 100 000 населення, найнижчий – у Закарпатській області – 1,2 на 100 000 населення.

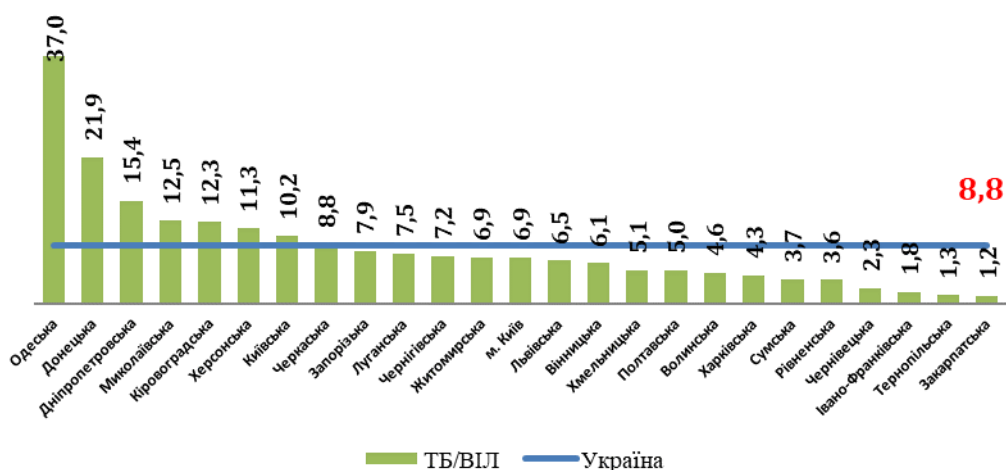


Рисунок 3.22. Рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ в регіонах України у 2020 р. (на 100 000 населення)

Найвищий показник кількості хворих з коінфекцією ТБ/ВІЛ у структурі захворюваності на активну форму ТБ у 2019 р. відзначено в Одеській області – 40,3%, найнижчий – у Закарпатській області – 2,3%, тобто спостерігається значна географічна неоднорідність частки ВІЛ-інфікованих серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання між регіонами.

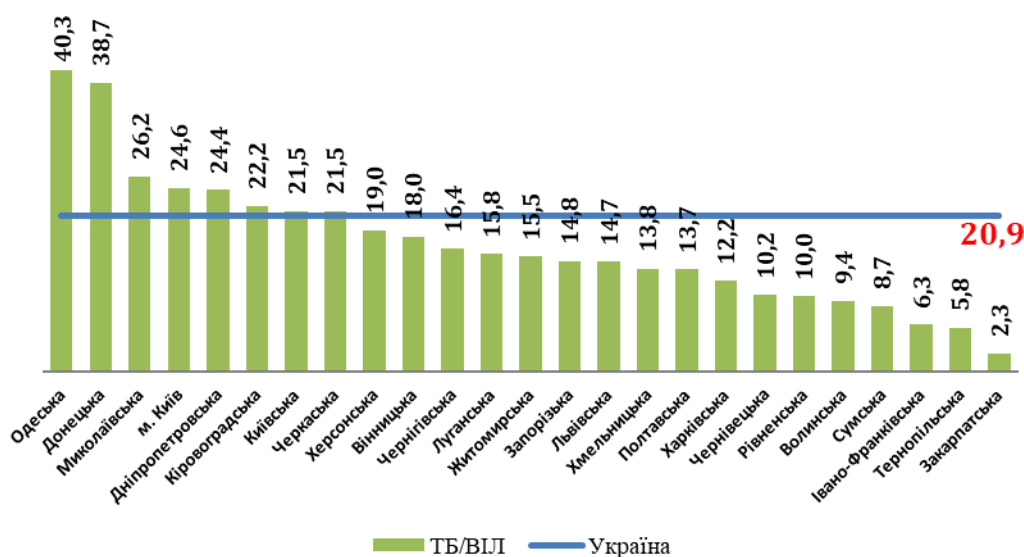


Рисунок 3.

23. Частка пацієнтів з ТБ/ВІЛ серед хворих на ТБ (нові випадки ТБ і рецидиви захворювання) в регіонах України у 2020 р. (%)

Незважаючи на таку неоднорідність, тенденція поширення ТБ/ВІЛ у період з 2014 по 2020 рр. за регіонами є досить стабільною: з 25 регіонів у 19 відзначено зростання поширеності ВІЛ-інфекції більш ніж на 1%. У Дніпропетровській, Миколаївській та Закарпатській областях відзначено спад на 11,9, 7,1 та 28,1% відповідно, тоді як у інших трьох областях поширеність залишалася майже без змін (рисунок 3.24).

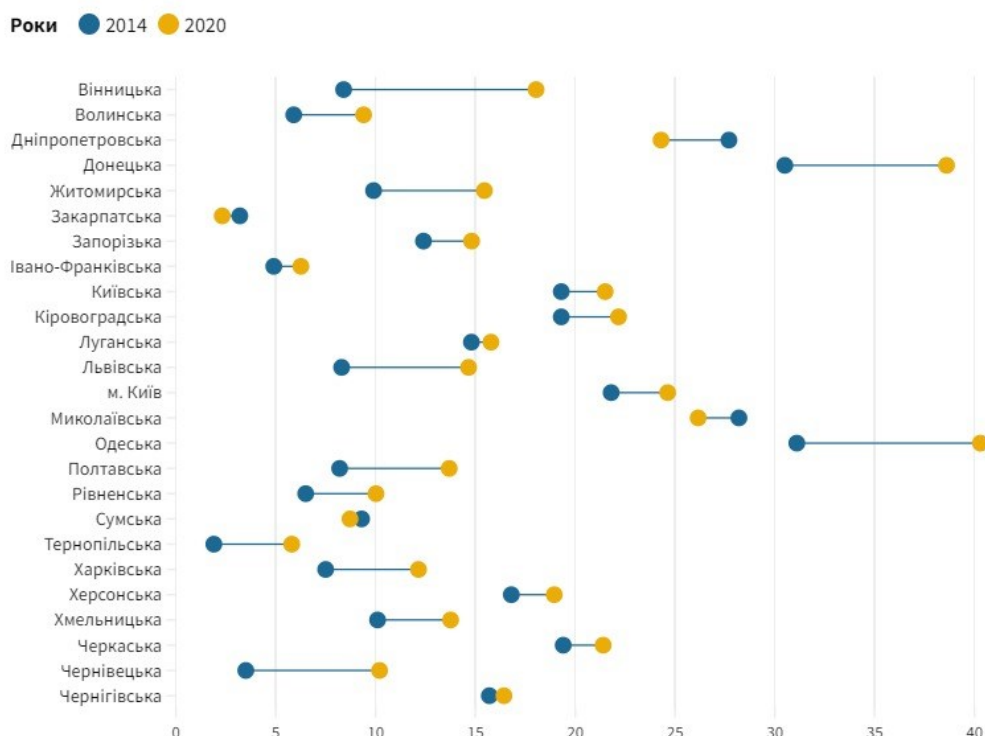


Рисунок 3.24. Динаміка захворюваності на ТБ/ВІЛ по регіонах України

Динаміка показників захворюваності на МЛС/ШЛС-ТБ

Зі зменшенням кількості випадків ТБ і частки повторно пролікованих пацієнтів серед зареєстрованих відзначено зниження показника абсолютної кількості зареєстрованих випадків МЛС/ШЛС-ТБ вперше в Україні у період з 2014 до 2020 рр. (рисунок 3.25).

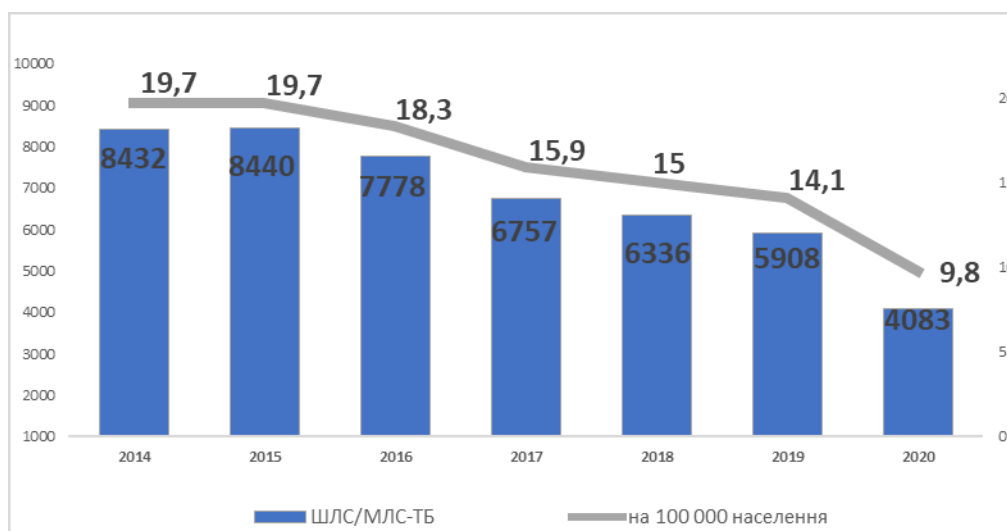


Рисунок 3.25. Динаміка захворюваності на МЛС/ШЛС-ТБ на 100 000 населення

Кількість зареєстрованих випадків ТБ із вперше встановленим діагнозом МЛС-ТБ (Риф-ТБ) та/або ШЛС-ТБ має тенденцію до зниження кожного року; у 2020 р. абсолютна кількість таких випадків зменшилась на 30,9% порівняно до 2019 р.

За оціночними даними ВООЗ, в Україні у 2020 р. мало бути виявлено принаймні 6900 таких випадків, проте за поточними статистичними даними було зареєстровано лише 4083 випадки. Отже, у 2020 р., як і в минулі роки, було недовиявлено близько 22% випадків МЛС-ТБ.

Протягом останніх шести років частка виявлення МЛС-ТБ серед нових випадків ТБ залишається стабільною, проте частка МЛС-ТБ серед повторних випадків ТБ має тенденцію до зниження.

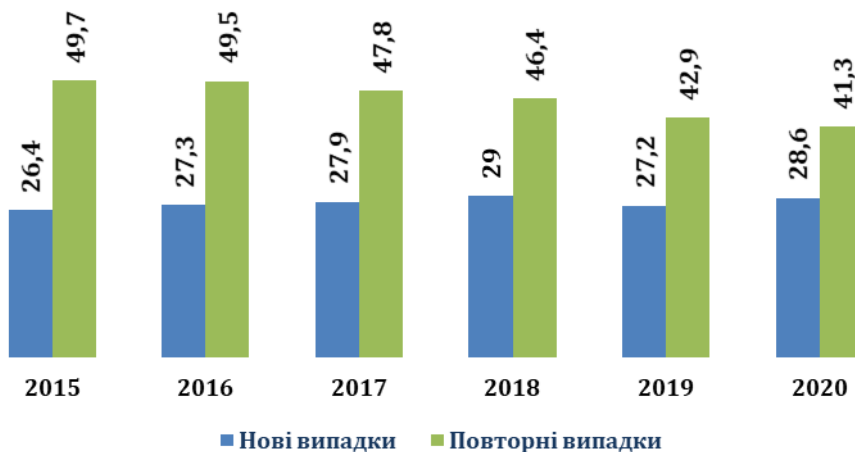


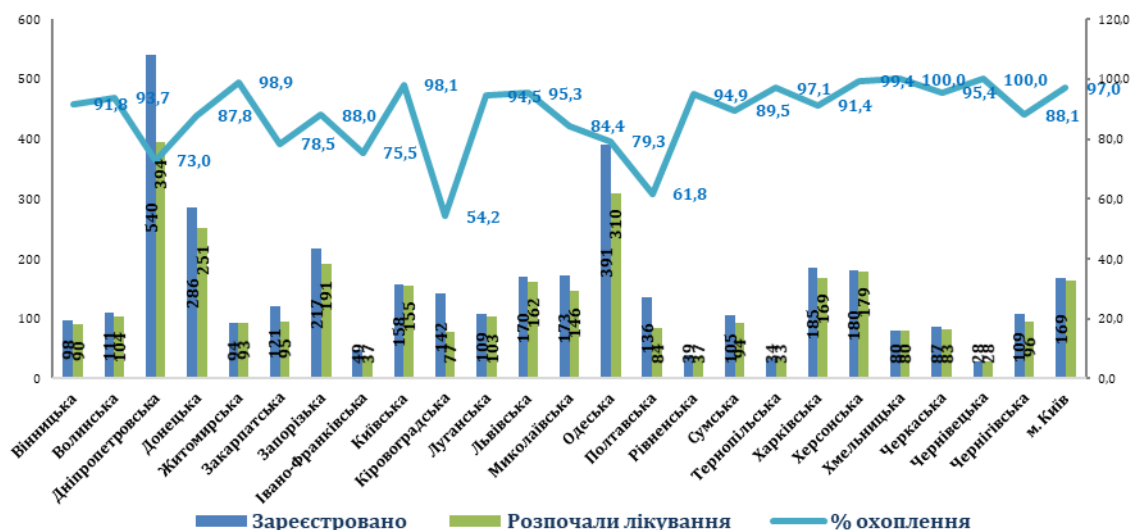
Рисунок 3.26. Виявлення частки МЛС/ШЛС-ТБ серед нових та повторних випадків ТБ у період з 2015 по 2020 рр.

У 2020 р. найбільшу кількість вперше діагностованих випадків МЛС-ТБ, Риф-ТБ та ШЛС-ТБ було зареєстровано у Дніпропетровській (540) та Одеській (391) областях, найменшу кількість – у Чернівецькій (28) та Тернопільській (34) областях. Порівняно до показників 2019 р., в усіх регіонах відзначено зменшення кількості таких випадків.



Рисунок 3.27. Кількість зареєстрованих хворих на ТБ із вперше діагностованим МЛС-ТБ, Риф-ТБ та/або ШЛС-ТБ в Україні у період з 2015 по 2020 рр.

Нижчі показники охоплення лікуванням із застосуванням препаратів другого ряду відзначено у Кіровоградській (54,2%) та Полтавській (61,8%) областях.



Рисун

ок 3.28. Кількість зареєстрованих хворих на ТБ із вперше діагностованим МЛС-ТБ (Риф-ТБ) або ШЛС-ТБ, які розпочали лікування із застосуванням препаратів другого ряду по регіонах, 2020 р.

Динаміка реєстрації ТБ серед ув'язнених

З 2014 по 2020 рр. кількість зареєстрованих нових випадків ТБ і рецидивів захворювання у в'язницях знизилася з 1456 до 555 (рисунок 3.29). У пенітенціарних установах показник реєстрації ТБ знизився з 1983 на 100 000 населення у 2014 р. до 1106 у 2020 р. Одна з причин – загальне скорочення кількості ув'язнених в країні, що сприяє зниженню переповненості в'язниць і рівня передачі ТБ серед ув'язнених.

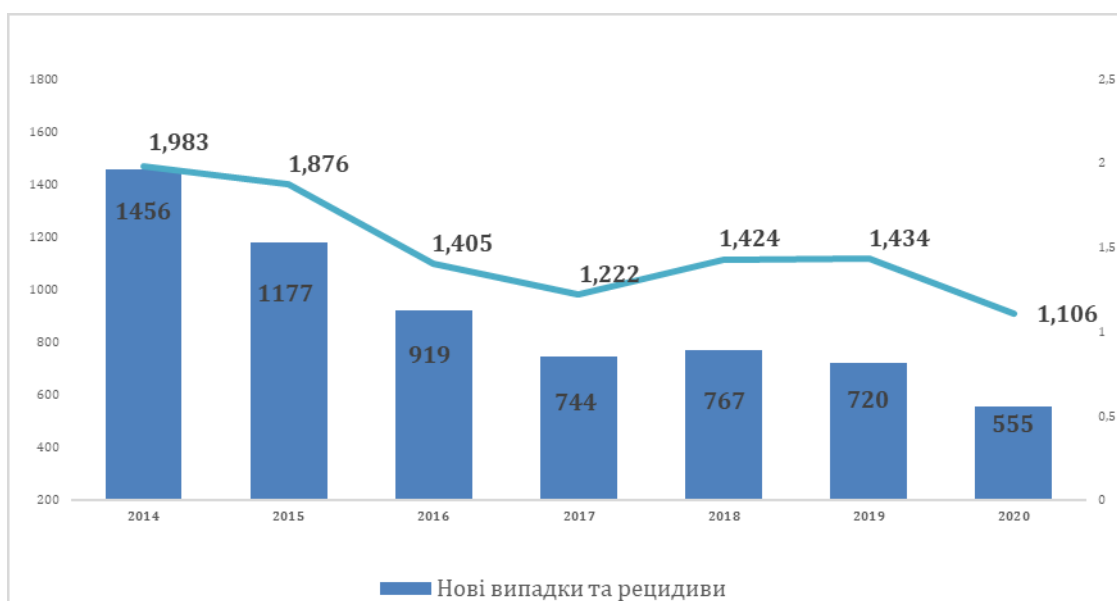


Рисунок 3.29. Динаміка кількості нових випадків ТБ

та рецидивів захворювання у в'язницях

Детермінанти туберкульозу

Доступ до діагностики ТБ

Мережа протитуберкульозних лабораторій в Україні добре розвинена і до кінця 2020 р. нараховувала загалом 699 лабораторій I рівня (мікроскопія мокротиння) на національному, обласному та периферійному рівнях, 19 лабораторій II рівня (мікроскопія мокротиння та культуральне дослідження) в основному на регіональному та обласному рівнях і 34 лабораторії III рівня на обласному рівні та у пенітенціарному секторі. Національна референсна лабораторія з ТБ забезпечує регулярне нарощування потенціалу лабораторних фахівців, проводить розробку і оновлення національної настанови з лабораторної діагностики та зовнішнього контролю якості (ЗКЯ). У 2020 р. мережа протитуберкульозних лабораторій України становила в середньому близько 1,8 лабораторії для проведення мікроскопії мокротиння на 100 000 населення і 4 лабораторії для проведення ТМЧ на 5 млн населення відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо оснащення принаймні однієї лабораторії для проведення мікроскопії мокротиння на 100 000 населення і однієї лабораторії для проведення ТМЧ на 5 млн населення. З 2012 р. в Україні було впроваджено LPA (аналіз молекулярної гібридизації з типоспецифічними зондами) і GeneXpert MTB/RIF. Загальна кількість пунктів тестування з використанням Xpert збільшилася з 15 у 2013 р. до 169 у 2020 р. З розширенням доступу Xpert став першим діагностичним тестом для передбачуваних випадків ТБ відповідно до національного діагностичного алгоритму.

Охоплення ТМЧ

Протягом останніх п'яти років показники охоплення ТМЧ, принаймні, до рифампіцину серед бактеріологічно підтверджених нових і повторних випадків ТБ легень були незмінно високими і перевищували 90% (рисунок 3.30).

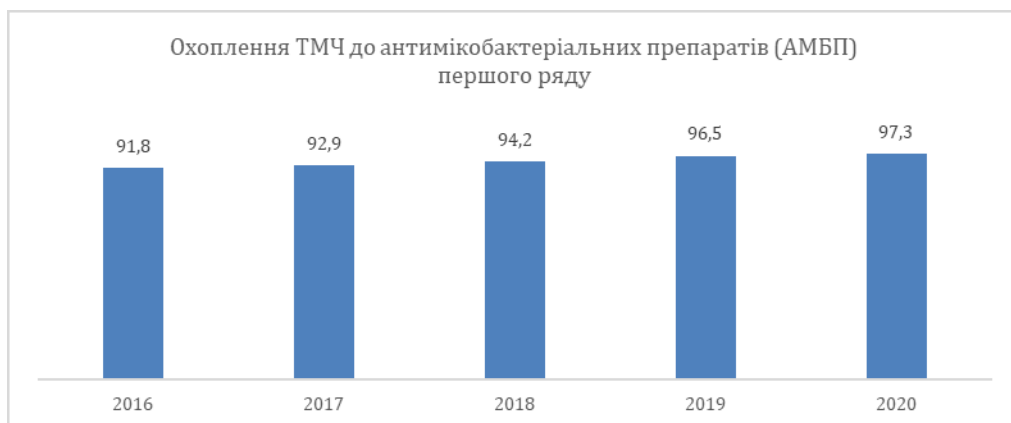


Рисунок 3.30. Тенденція охоплення ТМЧ, принаймні, до рифампіцину

Використання молекулярно-генетичних методів діагностики ТБ

За статичними даними 2020 р. показник охоплення молекулярно-генетичним методом (МГМ) зареєстрованих випадків ТБ залишається на рівні 2019 р.



Рисунок 3.31. Відсоток охоплення МГМ зареєстрованих випадків ТБ

Систематичний скринінг на ТБ серед визначених груп ризику

Для досягнення амбіційної цілі ВООЗ щодо ліквідації ТБ до 2035 р. існує гостра необхідність розгортання стратегій для інтенсифікації виявлення випадків ТБ. Однією з таких стратегій є проведення систематичного обстеження на ТБ серед людей з груп високого ризику та вразливих верств населення. Відповідно до цілей Стратегії ВООЗ з ліквідації ТБ країнам слід досягти щонайменше 90% охоплення систематичним скринінгом на ТБ осіб з визначених груп ризику.

Метою систематичного скринінгу на ТБ є раннє виявлення захворювання з мінімізацією ризиків щодо затримки діагностики та початку лікування, що, зі свого боку, зменшить ризики отримання незадовільних результатів лікування, наслідків для здоров'я, соціальних та економічних наслідків ТБ для окремих людей та їхніх сімей. Крім того, скринінг зменшує можливість передачі ТБ особам з осередкових та близьких контактів, оскільки допомагає ізолювати людей із вже діагностованим захворюванням та скоротити тривалість періоду контагіозності. Це зменшує кількість випадків захворюваності на ТБ, а отже, частоту виникнення та поширеність захворювання.

За зведеними даними паспортних анкет регіонів за 2020 р. (див. «Дані про чисельність, виявлення та захворюваність на ТБ серед груп підвищеного ризику захворювання на ТБ у регіоні», таблиця 2.1), середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед визначених груп ризику в Україні становить 73,3% (мета – 100%). Найвищі показники охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед визначених груп ризику захворювання на ТБ зафіксовано у Полтавській (96,9%), Луганській (92,9%), Харківській (91%) та Миколаївській (90,4%) областях, найнижчі – у Львівській (11,8%), Рівненській (37,2%), Тернопільській (42,2%) та Волинській (54%) областях.

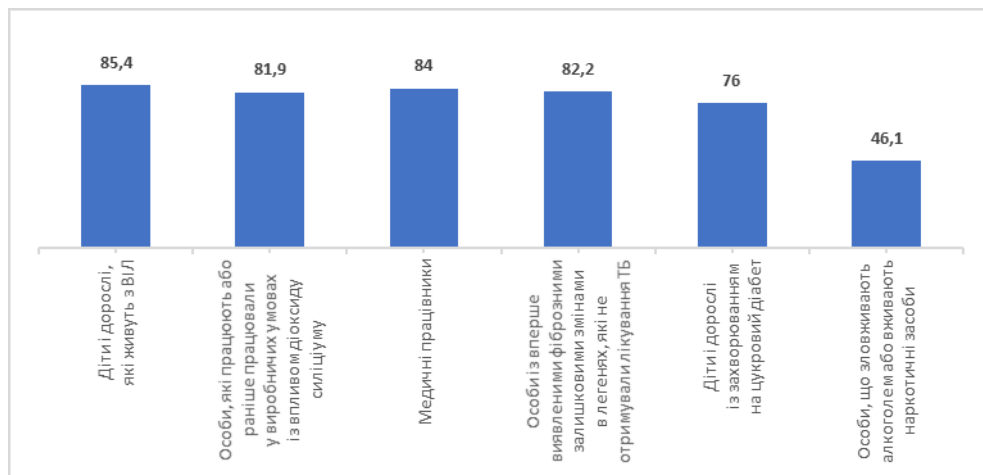


Рисунок 3.32. Питома вага охоплення обстеженням на ТБ визначених груп ризику, % (за даними паспортних анкет регіонів за 2020 р.)

Для виявлення всіх осіб із захворюванням на ТБ недостатньо виявити ТБ лише серед тих людей, які звертаються до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) (пасивне виявлення); за розрахунковими даними ВООЗ, в Україні щороку недовиявляють близько 20–24% випадків ТБ, а вплив супутньої пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 посилив кризу недовиявлення ТБ в Україні. Це свідчить про необхідність більш активного підходу до раннього виявлення ТБ та пояснює необхідність проведення систематичного скринінгу в осіб визначених груп ризику розвитку ТБ.

Відстеження та систематичний скринінг на ТБ контактних осіб

Осередкові та близькі контакти осіб із захворюванням на ТБ мають високий ризик інфікування та подальшого розвитку активної форми ТБ. Згідно національних стандартів та рекомендацій ВООЗ, всі осередкові та близькі контакти пацієнтів з бактеріологічно підтвердженим ТБ мають бути охоплені систематичним скринінгом на ТБ та пройти оцінювання щодо відповідності критеріям для призначення ПЛ ТБІ.

Для проведення епідагляду за контактними особами один раз на рік розраховують середню кількість контактних осіб на один індексний випадок ТБ, цей показник повинен бути не нижчим, ніж середній розмір домогосподарства. Середній розмір господарства щорічно розраховується Державною службою статистики по областях та Україні в цілому. За даними Державного комітету статистики України, у 2020 р. середній розмір домогосподарства становив 2,58 осіб, тоді як середній показник виявлених та обстежених контактів на один індексний випадок ТБ становив 1,86 (див. «Дані про чисельність, виявлення та захворюваність на ТБ серед груп підвищеного ризику захворювання на ТБ у регіоні», таблиця 2.3 «Контактні та робота з ними»), що може свідчити про недостатній рівень відстеження та обстеження контактних осіб.

За зведеними даними регіональних паспортних анкет за 2020 р., питома вага контактних осіб, в яких було проведено клінічне оцінювання на ТБ (огляд, анкетування, радіологічне обстеження органів грудної порожнини,

мікробіологічна діагностика за наявності легневих симптомів – бактеріоскопія та/або молекулярно-генетичне дослідження GeneXpert MTB/RIF), від загальної кількості виявлених контактів в середньому по Україні становить 88,3% (мета – 100%).

У 2020 р. в Україні виявлено 417 випадків захворювання на ТБ серед контактних осіб, що становить 20,2 на 1000 контактних осіб. По регіонах показники захворюваності на ТБ серед контактних осіб коливається від 0 на 1000 контактних осіб (Сумська та Хмельницька області) до 65,3 на 1000 контактних осіб (Запорізька область). Високі показники захворюваності на ТБ серед контактних осіб у 2020 р. зафіксовано також в Одеській (40,6), Кіровоградській (30,1) та Черкаській (29,5) областях.

Протягом останніх п'яти років показник охоплення ПЛ ТБІ серед контактних осіб знизився з 84,9% у 2019 р. до 78,3% у 2020 р. Погіршення цих показників відбулося переважно за рахунок дитячої вікової групи 0–14 та 15–17 років (рисунок 3.33).

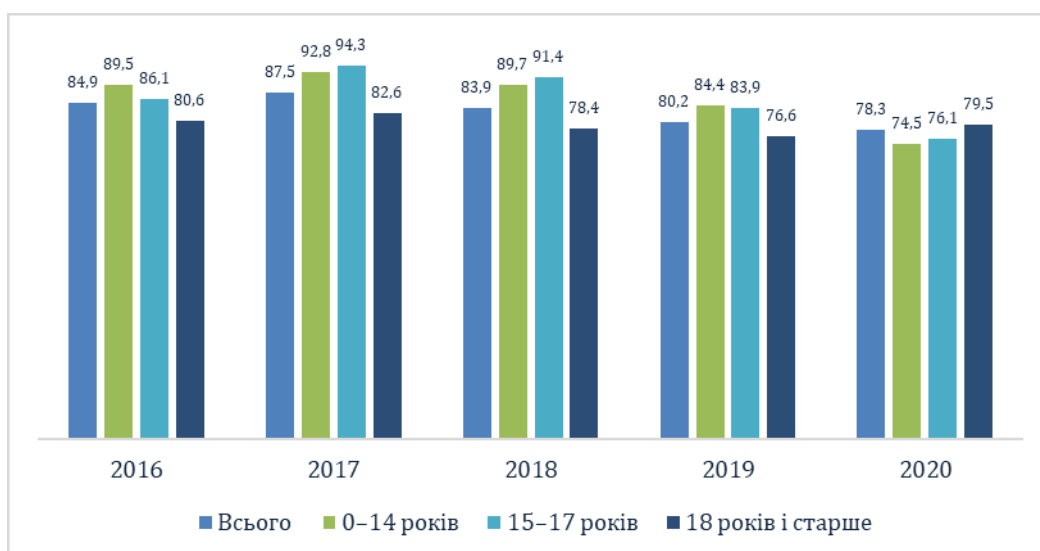


Рисунок 3.33. Охоплення ПЛ ТБІ контактних осіб, когорти 2016–2020 рр.

Діти та підлітки мають особливе значення під час проведення скринінгу контактів через високу поширеність ТБ у наймолодших вікових групах та важливість швидкої діагностики і призначення лікування через ризик швидкого прогресування захворювання у дітей віком <5 років. Також важливим є початок ПЛ ТБІ, якщо захворювання на ТБ виключено.

За даними регіональних паспортних анкет, питома вага контактних дітей віком <5 років, в яких було проведено клінічне оцінювання на ТБ, в середньому по Україні у 2020 р. становить 96,1% (мета – 100%), а охоплення ПЛ ТБІ контактних дітей віком <5 років – 92,9%.

Лікування ТБ – одне з найбільш ефективних втручань у боротьбі із захворюванням, спрямоване на скорочення поширеності випадків серед населення і передачу інфекції.

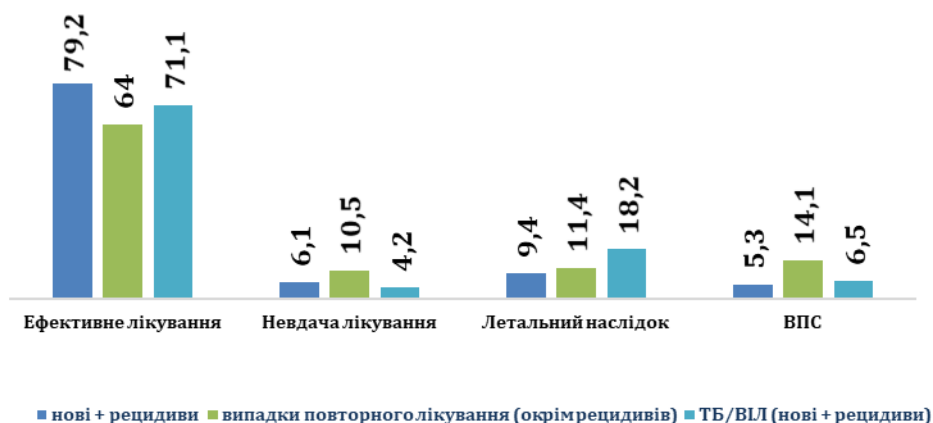


Рисунок 3.34. Результати лікування випадків ТБ, які було зареєстровано у 2019 р. (дані з Реєстру хворих на ТБ)

Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання підвищується кожного року і становить 79,2% від останньої когорти (2019 р.), що на 2% вище результатів у 2018 р. (77,2%).

Покращення результатів лікування, відзначене протягом останніх п'яти років, було обумовлено здебільшого скороченням кількості випадків, втрачених для подальшого спостереження (ВПС), а також випадків невдачі лікування або летальних наслідків (рисунок 3.35), проте загальна ефективність лікування все ще нижче цільового показника ВООЗ у 85% для Європейського регіону і нижче глобального цільового показника ефективності лікування у 90%.

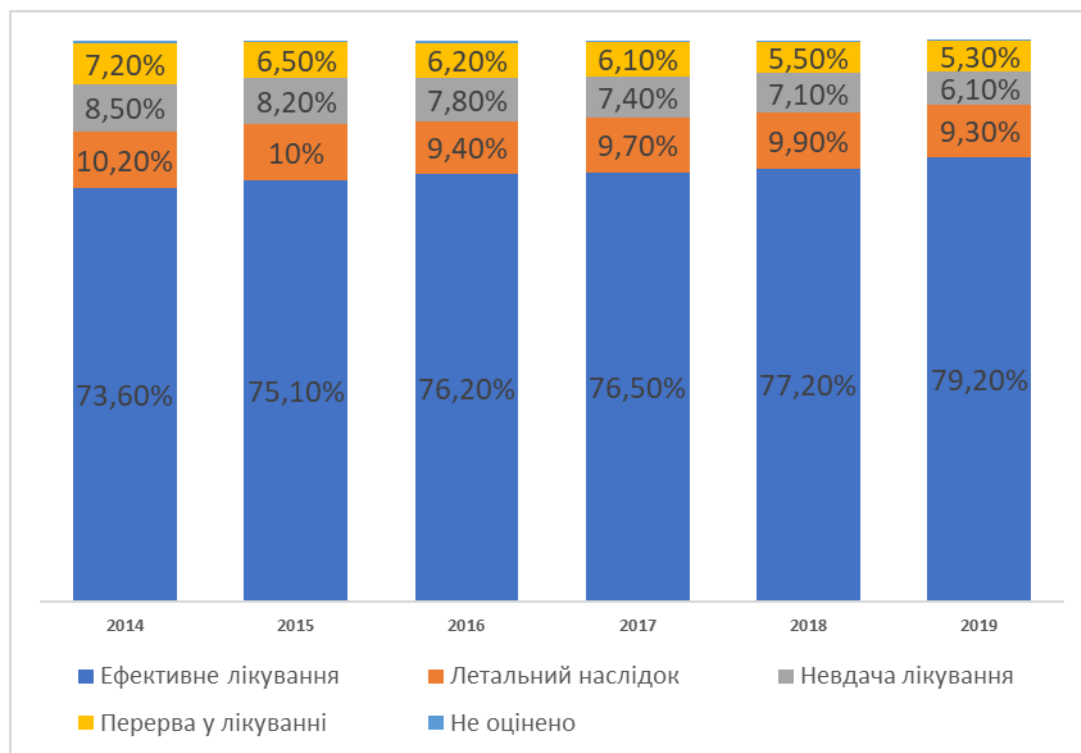


Рисунок 3.35. Результати лікування нових випадків ТБ та рецидивів захворювання, когорти 2014–2019 рр.



Рисунок 3.36. Результати випадків повторного лікування ТБ (окрім рецидивів), когорти 2014–2019 рр.

Показник ефективності лікування при повторному лікуванні ТБ (окрім рецидивів) у когорті 2019 р. становить 64%, що на 2,5% вище за показник 2018 р. (61,8%). Основною причиною зниження показників ефективності повторного лікування є ВПС (14,1%), летальні наслідки (11,4%) та невдача лікування (10,5%).

Протягом останніх десяти років показник ефективності лікування ШЛС/МЛС-ТБ був нижчим за цільовий показник ВООЗ (75%). Він був зіставним для двох останніх когорт (2017–2018 рр.) та становив 51%.

За останні п'ять років основною причиною втрат результату лікування була невдача лікування (майже кожен четвертий), що насамперед було обумовлено відсутністю доступу до нових АМБП (бедаквіліну та деламаніду). Питома вага летальних наслідків знизилась з 21,7% у когорті 2013 р. до 16,3% у когорті 2018 р, тоді як частка ВПС пацієнтів зменшилась лише на 2,4%, а протягом останніх трьох років за даним показником не відзначено позитивної динаміки (рисунок 3.37).

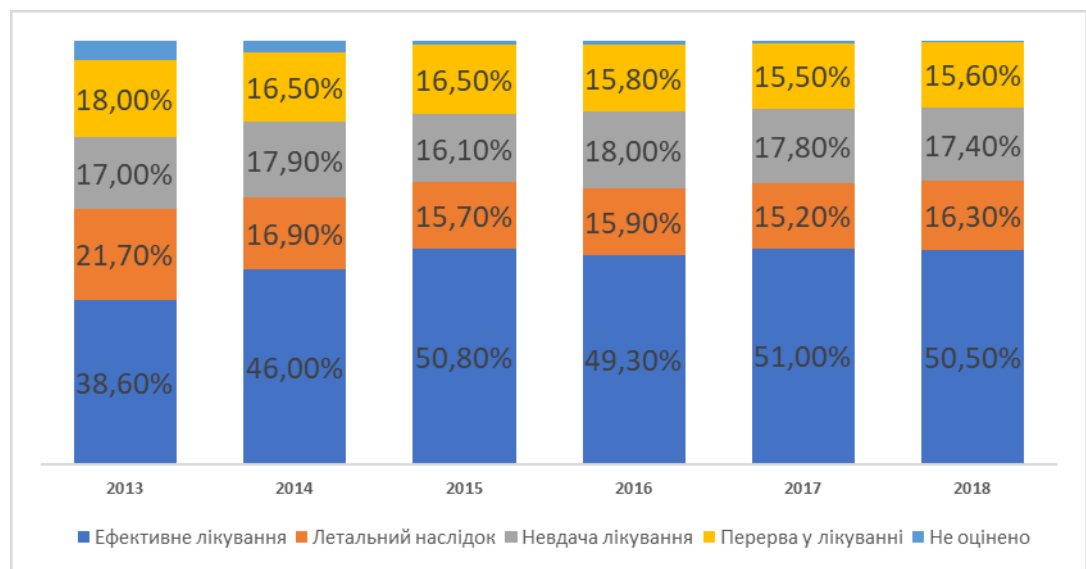


Рисунок 3.37. Результати лікування випадків МЛС-ТБ, когорти 2013–2018 рр.

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

Показник ефективності лікування серед випадків ШЛС-ТБ у когорті 2018 р. становив 34,2%, що є зіставним з результатами попередньої когорти (рисунок 3.38).

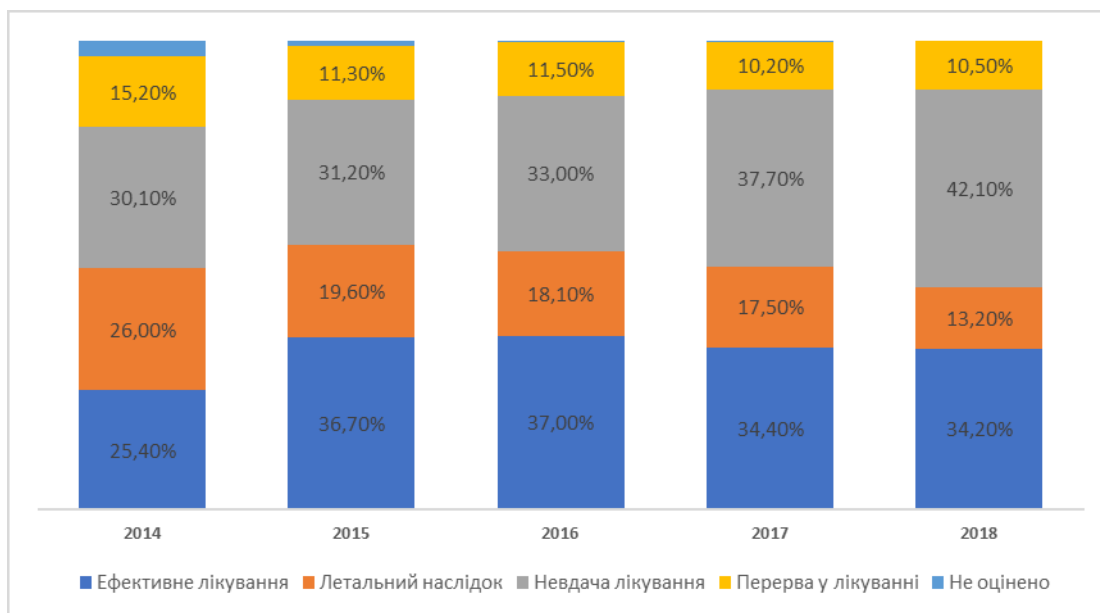


Рисунок 3.38. Результати лікування випадків ШЛС-ТБ, когорти 2014–2018 рр.

Показники ефективності лікування дітей з ТБ підвищилися і протягом останніх трьох років стабільно перевищують 92% (рисунок 3.39). У 2020 р. ефективність лікування ТБ (нові випадки та рецидиви захворювання) у дітей віком 0–14 років становить 96,7%.

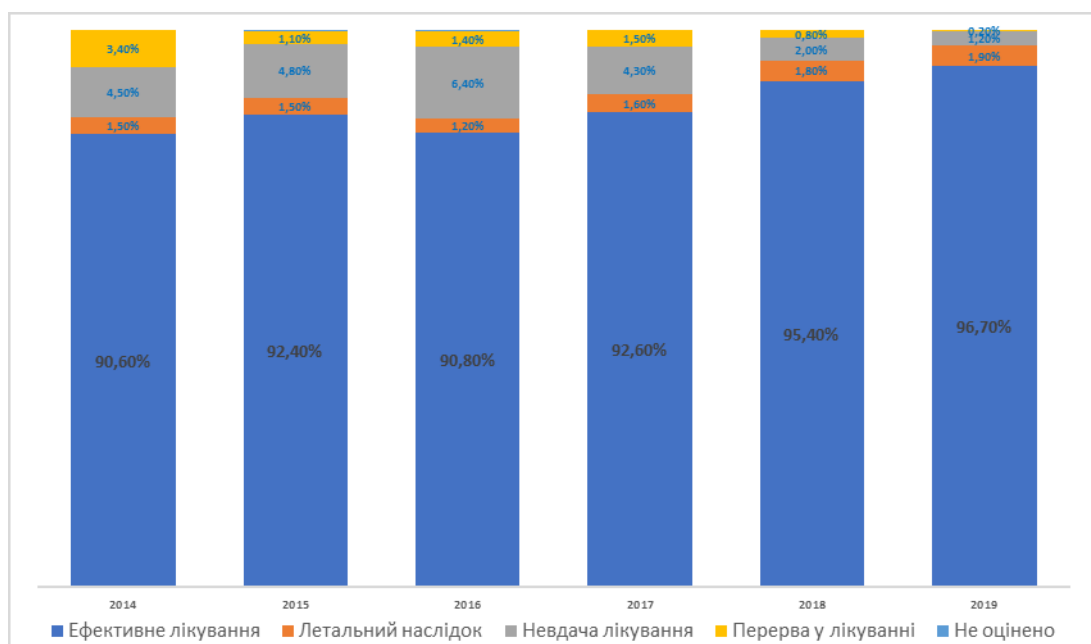


Рисунок 3.39. Результати лікування дітей (0–14 роки), когорти 2014–2019 рр.

Показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання також підвищився у пенітенціарних установах до 75,7% у 2019 р., що можна порівняти з таким у загального населення (рисунок 3.40). Важливо звернути увагу на ВПС-пацієнтів – їх частка збільшилась до 11,0 у 2019 р. Тому необхідним є покращення ефективної співпраці пенітенціарної системи та цивільного сектору.

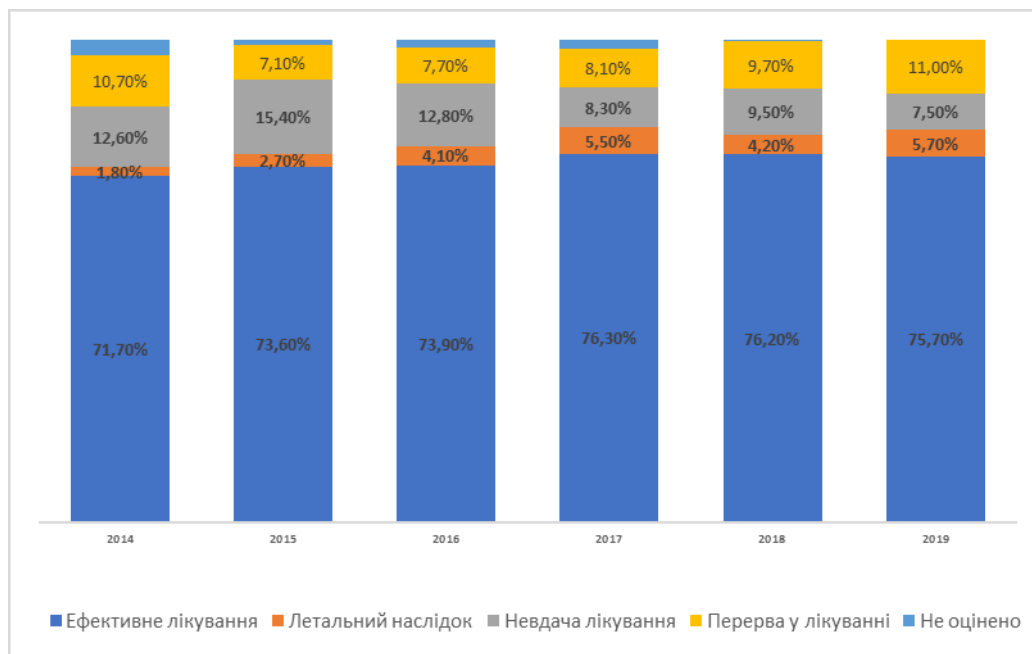


Рисунок 3.40. Результати лікування нових випадків ТБ та рецидивів захворювання у пенітенціарних установах, когорти 2014–2019 рр.

Найбільш помітне покращення відзначено у пацієнтів з коінфекцією ТБ/ВІЛ: показник ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів ТБ/ВІЛ підвищився з 58,7% у 2014 р. до 71,1% у 2019 р. (рисунок 3.41). Це покращення було обумовлено зниженням частки невдачі лікування і частково смертності.

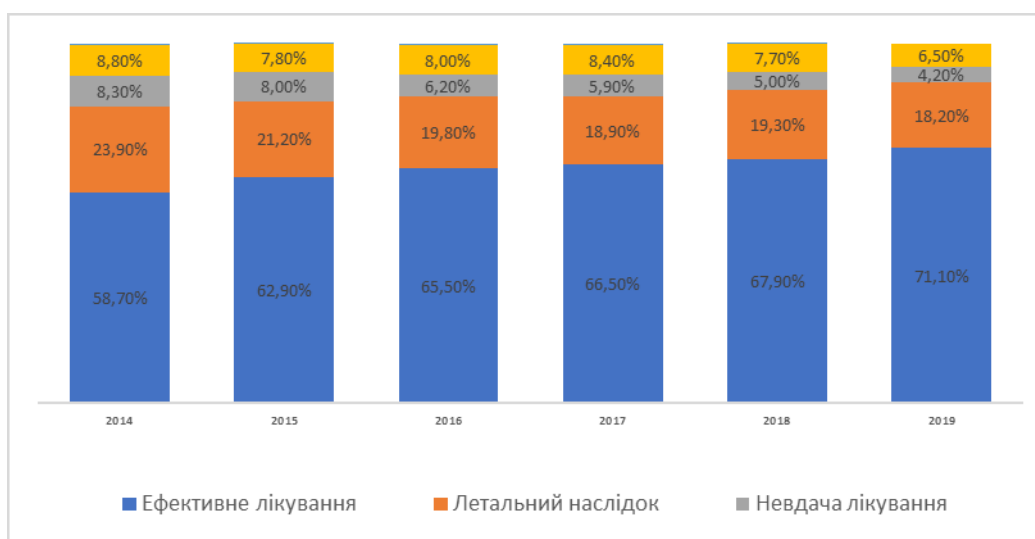


Рисунок 3.41. Результати лікування нових випадків ТБ/ВІЛ та рецидивів захворювання, когорти 2014–2019 рр.

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

- висока питома вага пацієнтів з коінфекцією ТБ/ВІЛ у структурі загальної захворюваності на ТБ – поширення ВІЛ-інфекції є однією з основних причин підвищення частоти виникнення випадків гостропрогресуючих форм ТБ, що суттєво підвищує ризик летального наслідку;
- пізнє виявлення хворих на ТБ на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – це одна з основних причин низької ефективності лікування, високих показників смертності на першому році спостереження та встановленні діагнозу ТБ посмертно;
- недоліки організації лікування мало доступних для органів охорони здоров'я верств населення (наприклад, бездомні, мігранти, ромське населення, особи, що повернулися з місць позбавлення волі), зокрема недостатнє використання можливостей проєктів медико-психосоціальної підтримки хворих під час лікування на місцях та відсутність оптимальних заходів соціального захисту з боку держави і місцевих органів самоврядування для зазначеної категорії хворих;
- обмежені можливості щодо організації моніторингу та управління побічними реакціями на АМБП, особливо на амбулаторному етапі, зокрема через нестачу ресурсів, географічні та логістичні обмеження доступу до своєчасного моніторингу;
- попередні механізми фінансування протитуберкульозних закладів (ПТЗ), які підтримували практику тривалої і часто необґрунтованої госпіталізації, що суперечить пацієнт-орієнтованому підходу та сприяє внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на ТБ резистентними до АМБП штамами *Mycobacterium tuberculosis*;
- недостатній рівень обізнаності населення щодо ТБ, як наслідок – високий рівень стигматизації та самостигматизації, недостатня мотивація для своєчасного проходження діагностики та початку лікування.

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

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

З 2011 по 2014 рр. показники тестування хворих на ТБ та ВІЛ підвищилися з 74,5 до 96,9% і залишаються на рівні понад 97%. У 2020 р. тестуванням на ВІЛ було охоплено 99,1% пацієнтів. Стабільне підвищення показників охоплення АРТ серед пацієнтів з коінфекцією ТБ/ВІЛ почалося з 2013 р., а до кінця 2020 р. становило 91,2%, досягнувши встановленого у 90% глобального цільового показника (рисунок 3.42).

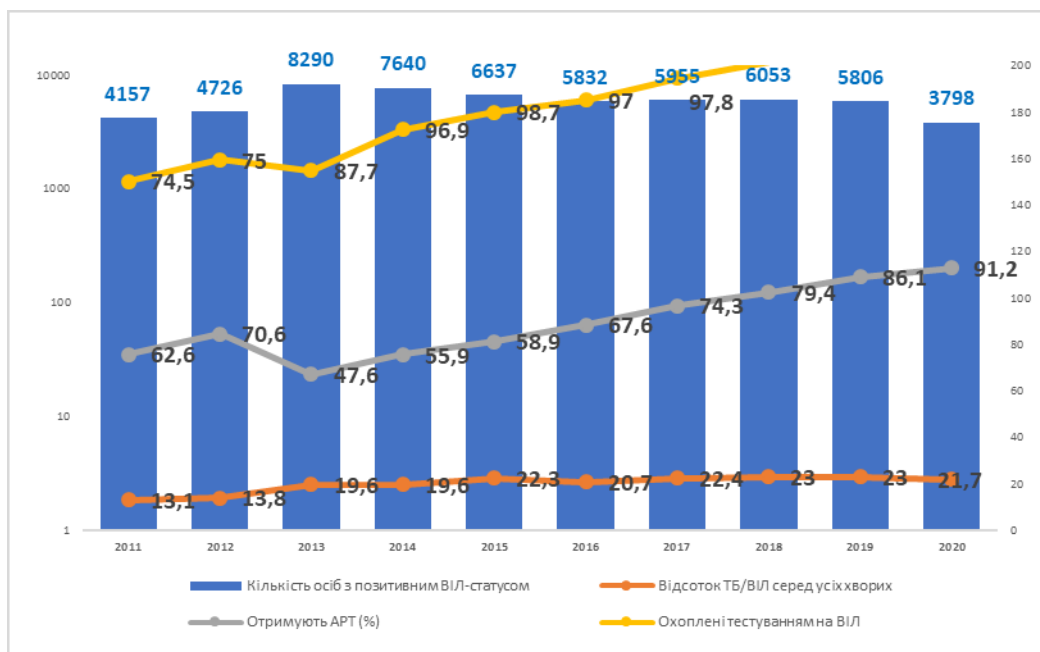


Рисунок 3.42. Спільні заходи боротьби з ТБ/ВІЛ, 2011-2020 рр.

Дані з 2011 по 2014 рр. включають усі випадки ТБ, а з 2015 по 2020 рр. – нові випадки ТБ та рецидиви захворювання.

РОЗДІЛ 4. ВИЯВЛЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКА ТБ

Виявлення ТБ

Стратегією ВООЗ з ліквідації ТБ визначено пріоритетність ранньої діагностики ТБ та проведення систематичного скринінгу на ТБ в осіб з груп високого ризику як ключового компоненту комплексного лікування і профілактики, орієнтованих на пацієнта. Для досягнення цілі з ліквідації ТБ до 2035 р. країнам слід досягти щонайменше охоплення у 90% систематичним скринінгом на ТБ осіб з визначених груп ризику.

Політичною декларацією засідання високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з боротьби із ТБ від 10 жовтня 2018 р. на період до 2022 р. визначено зобов'язання урядів країн щодо забезпечення послугами з діагностики та лікування понад 40 млн осіб із захворюванням на ТБ – цілі, що були сформульовані у межах флагманської ініціативи ВООЗ «Знайти. Вилікувати. Всіх. Покласти край туберкульозу» (<https://www.who.int/tb/joint-initiative/en/>). Так, стратегічною ціллю зокрема для України, встановленою міжнародним партнерством з ліквідації ТБ (Stop TB Partnership) на період 2020–2022 рр., є своєчасне виявлення та надання лікування 135 100 особам.

Україна посідає друге місце в Європейському регіоні щодо найвищого рівня тягаря ТБ, проте, за розрахунковими даними ВООЗ, щороку в Україні недовиявляють близько 25% випадків ТБ та 50% випадків МЛС-ТБ, тож пошук невиявлених випадків ТБ є суттєвим викликом.

Зазначені цілі потребують впровадження в Україні кращих міжнародних підходів і практик щодо організації своєчасного виявлення та медичного супроводу осіб, хворих на ТБ, та осіб з ЛТБІ. Проведення активного систематичного скринінгу на ТБ серед визначених груп ризику є одним із важливих заходів для покращення показників раннього виявлення захворювання.

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

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

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

2. Пацієнти з підвищеним ризиком захворювання на ТБ:

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

- а) дітей віком до п'яти років;
- б) дітей віком від п'яти років, підлітків та дорослих;
- ув'язнені, працівники системи охорони здоров'я, іммігранти з країн

із високим тягарем ТБ, бездомні та особи, що вживають наркотичні речовини.

З 2014 р. в Україні відмовились від проведення масового скринінгу на ТБ та впровадили стратегію прицільного скринінгу серед визначених груп ризику.

Фахівцями Центру проведено аналіз щодо впровадження активного скринінгу на ТБ серед певних цільових груп ризику у 2020 р. за даними паспортних анкет регіонів.

Виявлення ТБ серед ВІЛ-інфікованих осіб

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед ЛЖВ в Україні у 2020 р. становить 85,4% (мета $\geq 90\%$). ЛЖВ зазнають приблизно у 19–20 разів більшого ризику захворіти на ТБ, ніж люди з негативним ВІЛ-статусом. За даними глобального звіту ВООЗ щодо ТБ, у 2019 р. до 30% усіх летальних наслідків, пов'язаних з ВІЛ, були спричинені ТБ. Таким чином, забезпечення раннього виявлення та лікування ТБ серед ЛЖВ має вирішальне значення для зменшення показників захворюваності та смертності у цій групі.

За даними регіональних паспортних анкет, у 2020 р. досягнуто цільового значення показника охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед ЛЖВ ($\geq 90\%$) у Дніпропетровській, Донецькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській та Чернівецькій областях. Найнижчі показники охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед ЛЖВ зафіксовано у Запорізькій (41,1%), Тернопільській (42,7%), Черкаській (52,9%), Волинській (60%) та Харківській (60,2%) областях.

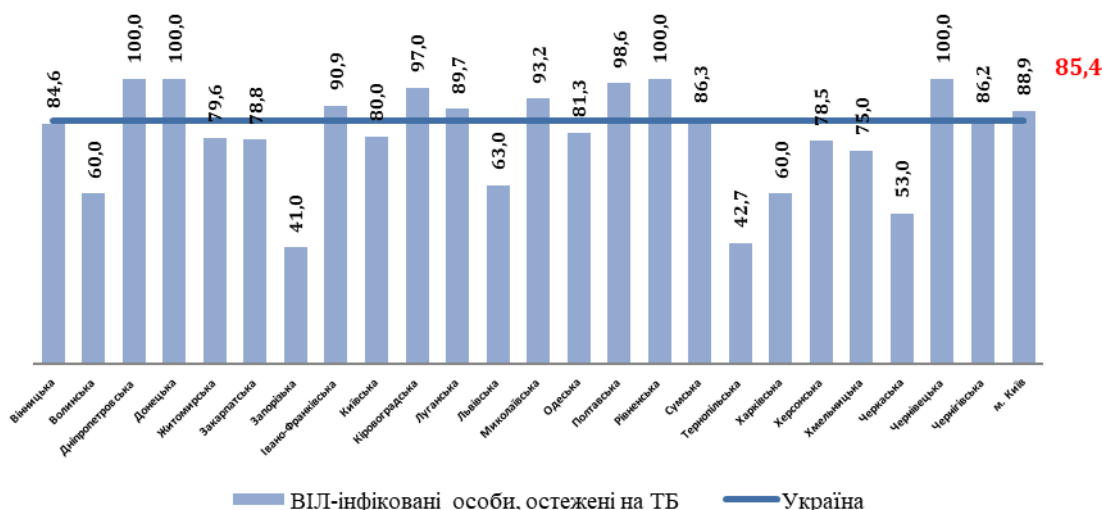


Рисунок 4.1. Показники охоплення обстеженням на ТБ ВІЛ-інфікованих осіб, % (за даними паспортних анкет регіонів за 2020 р.)

Осередкові контакти осіб з ТБ

Осередкові контакти осіб з бактеріологічно підтвердженим випадком ТБ (діти віком до п'яти років, підлітки та дорослі) мають доведено вищий ризик розвитку ТБ порівняно до загальної популяції, тому вони також належать до пріоритетних груп систематичного скринінгу на ТБ.

Рекомендований ВООЗ рівень цільового значення показника щодо обстеження осіб, які перебувають на обліку через контакти з хворими на активний ТБ, становить 5–6 контактних осіб на 1 індексний випадок при їх 100-відсотковому обстеженні. Додатковим критерієм для оцінювання якості виявлення та обстеження контактних осіб може служити середній регіональний показник розміру домогосподарства.

За даними регіональних паспортних анкет, у 2020 р. лише у трьох регіонах із 25 досягнуто значення індексу виявлених та обстежених контактів на 1 індексний випадок ТБ на рівні або вище за середній регіональний показник розміру домогосподарства: у Полтавській (6,7 проти 2,35 відповідно), Кіровоградській (2,8 проти 2,27 відповідно) та Донецькій (2,4 проти 2,32 відповідно) областях. Критично низький рівень відстеження контактів зафіксовано в Івано-Франківській (1,0 проти 3 відповідно), Тернопільській (1,0 проти 2,92 відповідно), Житомирській (0,96 проти 2,5 відповідно), Луганській (0,63 проти 2,28 відповідно) областях та м. Києві (0,5 проти 2,63 відповідно).



Рисунок 4.2. Середній індекс виявлених та обстежених контактів на один індексний випадок (регіональні паспортні анкети, 2020 р.)

За результатами аналізу регіональних паспортних анкет досягнуто цільового значення показника щодо охоплення обстеженням на ТБ серед виявлених контактних осіб у Донецькій, Житомирській, Івано-Франківській, Луганській, Рівненській, Сумській областях та м. Києві. Високих показників (понад 90%) також досягнуто у Закарпатській (99%), Чернівецькій (98%), Кіровоградській (95,9%), Вінницькій (95,7%), Чернігівській (95%), Миколаївській (94%), Одеській (93,1%), Черкаській (93%) та Хмельницькій (92,4%) областях. Найнижчі показники охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед контактних осіб зафіксовано у Запорізькій (62,3%), Волинській (56,5%) та Харківській (42,7%) областях.

Питома вага контактних дітей віком <5 років, яким було проведено клінічне оцінювання щодо ТБ, в середньому по Україні у 2020 р. становить

97,7% (мета – 100%). В переважній більшості регіонів досягнуто цільового значення показника або значення показника вище за середній по Україні за виключенням Львівської (95%), Полтавської (93,6%), Дніпропетровської (93,4%) та Хмельницької (90,2%) областей. Критично низький рівень охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед контактних дітей віком <5 років зафіксовано у Тернопільській (75%) та Волинській (58,3%) областях.

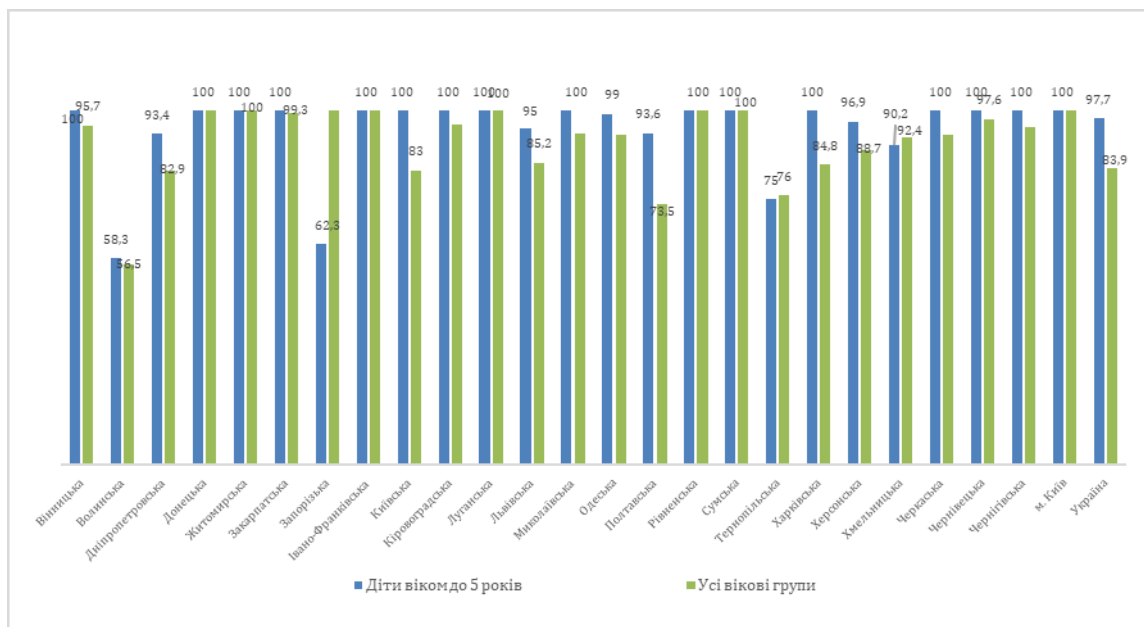


Рисунок 4.3. Показники охопленнями обстеженням на ТБ осередкових контактних, % (за даними паспортних анкет регіонів за 2020 р.)

Виявлення ТБ серед інших груп ризику

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ осіб, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду силіціюму, в Україні у 2020 р. становить 81,9% (мета – 100%). Вплив кварцового пилу та силікоз є одними з найсильніших факторів ризику розвитку ТБ: за наявності силікозу відносний ризик становить 2,8–39 залежно від тяжкості захворювання. Дуже важливим є проведення діагностики ТБ на ранніх стадіях у цій групі ризику, оскільки існує велика ймовірність випадків не виявленого ТБ, а також наявності інших легеневих захворювань, які можуть бути виявлені за допомогою скринінгу.

В ряді паспортних анкет регіонів, а саме – у Закарпатській, Житомирській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Харківській, Херсонській, Чернівецькій, Чернігівській областях та м. Києві, показник загальної чисельності зазначеної групи ризику позначено як 0 осіб.

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ медичних працівників в Україні у 2020 р. становить 84% (мета – 100%). За даними публікацій, показник захворюваності на ТБ серед працівників галузі

охорони здоров'я становить 2,94 порівняно до загальної популяції.

За даними регіональних паспортних анкет, у 2020 р. досягнуто цільового значення показника у Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Рівненській областях та м. Києві. Здебільшого по регіонах досягнуто значення показника понад 90% за виключенням Одеської (86,5%), Дніпропетровської (74,1%) та Житомирської (9,1%) областей. У паспортній анкеті Львівської області відсутні дані щодо охоплення систематичним скринінгом на ТБ медичних працівників.

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед осіб із вперше виявленими фіброзними залишковими змінами у легенях, які раніше не отримували лікування ТБ, в Україні у 2020 р. становить 82,2% (мета – 100%). Досягнуто цільового значення показника у Запорізькій, Кіровоградській, Тернопільській, Черкаській та Чернівецькій областях. Високі показники (понад 90%) виявлено також у Хмельницькій (96,8%), Волинській (96%) та Сумській (95,1%) областях. У ряді паспортних анкет регіонів, а саме – у Закарпатській, Житомирській, Івано-Франківській, Луганській, Львівській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Херсонській областях та м. Києві, показник загальної чисельності зазначеної групи ризику становить 0 осіб.

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед осіб із захворюванням на цукровий діабет в Україні у 2020 р. становить 76% (мета – 100%). За даними систематичних оглядів, ризик розвитку ТБ у пацієнтів із цукровим діабетом коливається від 1,5 до 2,0–3,1; менший ризик відзначено у пацієнтів з контрольованим цукровим діабетом. Досягнуто цільового показника у Рівненській області та м. Києві. Високі показники (понад 90%) також виявлено у Полтавській (99%), Чернівецькій (96,5%), Харківській (94%) та Луганській (93,6%) областях. Найнижчі показники охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед осіб із цукровим діабетом зафіксовано в Івано-Франківській (68,5%), Кіровоградській (67,7%), Сумській (63,6%), Тернопільській (23,7%) та Львівській (10,1%) областях.

Середній показник охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед осіб, які зловживають алкоголем чи вживають наркотичні речовини та перебувають на диспансерному обліку у лікаря-нарколога, в Україні у 2020 р. становить 46,1% (мета – 100%). За результатами аналізу залежності «вплив–відповідь», із кожним добовий прийомом 10–20 г алкоголю ризик виникнення ТБ підвищується на 12%. Люди із розладами, пов'язаним із вживанням наркотичних речовин, мають підвищений ризик невдачі лікування, розвитку медикаментозної резистентності та летального наслідку від ТБ через низький рівень дотримання лікування та збіг клінічних, соціально-економічних та структурних факторів ризику.

Найвищі показники охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед осіб, які зловживають алкоголем чи вживають наркотичні речовини, відзначено у Полтавській (97,7%), Харківській (89%), Луганській (87%) та Черкаській (80,8%) областях, найнижчі – у Волинській (15,9%), Одеській

(15,7%), Вінницькій (10,6%) та Рівненській (2,4%) областях.

Діагностика ТБ

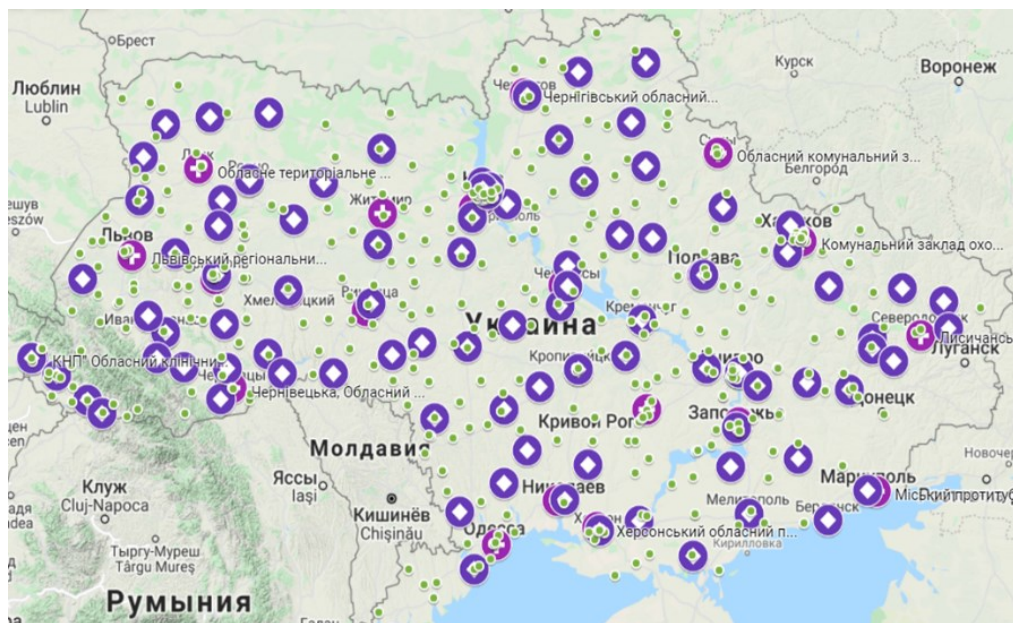
Ефективне лікування ТБ залежить від забезпечення доступу до швидкої діагностики захворювання, виявлення резистентності до лікарських засобів і швидкого започаткування ефективного режиму лікування.

Враховуючи дані щодо високої діагностичної точності та підвищення показників виявлення ТБ у пацієнтів, в яких проводили дослідження з використанням тесту Xpert MTB/RIF/Ultra для первинної діагностики ТБ легень, ВООЗ рекомендує замінити мікроскопію мокротиння на МГМ. Також, згідно Глобальної стратегії ВООЗ щодо профілактики, лікування та контролю за ТБ, необхідним є проведення ранньої діагностики ТБ і тестування для виявлення медикаментозної чутливості як мінімум до рифампіцину.

Одним з найважливіших факторів ефективності лікування є проведення тестування для виявлення медикаментозної чутливості до АМБП.

Ефективні та надійні лабораторні послуги є одним з основних компонентів системи охорони здоров'я, що мають вирішальне значення для ефективного лікування. Послуги, які надають мікробіологічні лабораторії з діагностики ТБ, повинні відповідати потребам пацієнтів та клініцистів.

Центром спільно із Супранаціональною лабораторією ВООЗ з діагностики ТБ (м. Гаутінг, Німеччина) було проведено інтерактивне картографування (візуалізацію) послуг з діагностики ТБ з повним переліком лабораторій I–III рівня (<https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1cyonzHUWmtqjSRNzBNmNHUyIYeEPk4i&ll=50.423556604832484%2C30.51326037235657&z=10>).



Для забезпечення надання ефективних лабораторних послуг країною було визначено ключові Стратегічні напрями, що сприяють удосконаленню діагностики ТБ в Україні.

Підвищення якості лабораторних послуг

Якість лабораторних послуг – це точність, надійність і своєчасне надання результатів.

Результати лабораторних досліджень повинні бути максимально точними, всі аспекти лабораторної діяльності – надійними, а результати досліджень слід видавати вчасно для ефективного використання при лікувальні пацієнта.

У 2020 р. Центральна референсна лабораторія та регіональні мікробіологічні лабораторії з діагностики ТБ успішно пройшли ЗКЯ з усіх методів діагностики ТБ, що застосовують у поточній практиці. Міжнародну контрольну панель для ЗКЯ було надіслано Супранациональною лабораторією ВООЗ із діагностики ТБ (м. Гаутінг, Німеччина); вона включала нові АМБП (лінезолід, клофазимін, бедаквілін і деламанід).

Також було розпочато підготовку Центральної референсної лабораторії МОЗ України та регіональних лабораторій з діагностики ТБ у Дніпропетровській, Харківській областях та м. Києві до міжнародної акредитації ISO 15189.

В межах підготовки лабораторій було розроблено стандартні операційні процедури з аналітики, управління лабораторією і обладнанням, впроваджено внутрішній контроль якості для ТМЧ на рідкому поживному середовищі щодо АМБП другого ряду, визначено індикатори якості роботи лабораторій для забезпечення надійності і відтворюваності результатів.

Розширення доступу до швидкого та точного виявлення ТБ

Кожен громадянин, що має ознаки ТБ, повинен мати доступ до швидкої діагностики. Це питання соціальної справедливості, тому країна активно працює у цьому напрямку.

Станом на 01.01.2021 р. в Україні у медичних закладах різних відомств інстальовано 169 систем GeneXpert.

Таблиця 4.1. Кількість одиниць систем GeneXpert, що інстальовані у медичних закладах

№з/п	Назва адміністративно-територіальної одиниці (області/міста)	Для підтвердження діагнозу	Для виявлення мікобактерії ТБ	ДКВС України	Центри СНІДу	Міноборони
1	Вінницька	1	4	1	1	
2	Волинська	1	3			
3	Дніпропетровська	3	5	3		
4	Донецька	4	5	2		2
5	Житомирська	2	3	1		
6	Закарпатська	1	4			
7	Запорізька	1	5	1	1	
8	Івано-Франківська	1	4		1	
9	Київська	1	4	1	1	
10	Кіровоградська	1	3	1		
11	Луганська	1	3			

№з/п	Назва адміністративно-територіальної одиниці (області/міста)	Для підтвердження діагнозу	Для виявлення мікобактерії ТБ	ДКВС України	Центри СНІДу	Міноборони
12	Львівська	3	3	1		
13	Миколаївська	2	4	1	1	
14	Одеська	3	6	1		
15	Полтавська	1	4	1		
16	Рівненська	1	3		1	
17	Сумська	1	4	1		
18	Тернопільська	1	3	1		
19	Харківська	2	3	2		1
20	Херсонська	1	3	2		
21	Хмельницька	1	3	1	1	
22	Черкаська	1	5			
23	Чернівецька	1	3			
24	Чернігівська	1	4	1		
25	м. Київ	1	3		1	1
26	Академія медичних наук	1	2			
27	Центр		1			
Загалом		38	97	22	8	4

Примітка. ДКВС України – заклади охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України.

Для забезпечення використання в якості первинного діагностичного тесту Xpert MTB/RIF/Ultra при виявленні ТБ у 2021 р. в межах реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією (далі – Глобального фонду) заплановано закупівлю 129 систем GeneXpert.

У 2020 р. до специфікації закупівлі у межах пакету «Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)» Програми медичних гарантій на 2021 р. включено медичні послуги, які надаватимуться за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки, – молекулярно-генетичні дослідження для виявлення ТБ.

Для забезпечення призначення ефективної схеми лікування необхідно виділити культуру мікобактерії ТБ та провести ТМЧ.

Щорічно частка бактеріологічно підтверджених випадків зростає, проте не досягає показника ВООЗ – 80%, до 2025 р. – 90%.

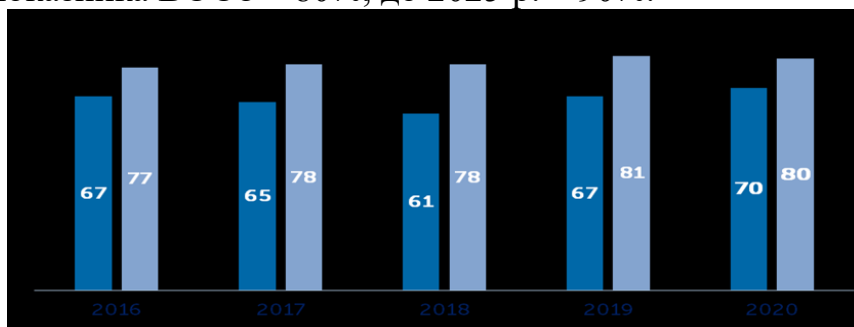


Рисунок 4.4. Питома вага бактеріологічно підтверджених випадків ТБ (нові і рецидиви захворювання), 2016–2020 рр. (%)

За даними обліково-звітних форм, частка бактеріологічного підтвердження ТБ в Україні сягає 70% серед нових випадків, 80% – серед повторних.

Порівняно до двох попередніх років, показник бактеріологічного підтвердження випадків ТБ підвищився і становить:

- нові випадки: у 2020 р. – 70,1%; у 2019 р. – 69,1%; у 2018 р. – 64,5%;
- рецидиви захворювання: у 2020 р. – 79,4%; у 2019 р. – 76,4%; у 2018 р. – 72,1%;
- інші: у 2020 р. – 81,8%; у 2019 р. – 81,6%; у 2018 р. – 74,0%.

Цільового показника ВООЗ у 2020 р. було досягнуто у Волинській, Чернівецькій та Рівненській областях. Підвищення показників було відзначено у Запорізькій, Закарпатській, Львівській, Луганській, Чернігівській та Херсонській областях. Низький рівень бактеріологічного підтвердження випадків легеневого ТБ зазначено у закладах Одеської, Хмельницької та Донецької областях (рисунок 4.5).

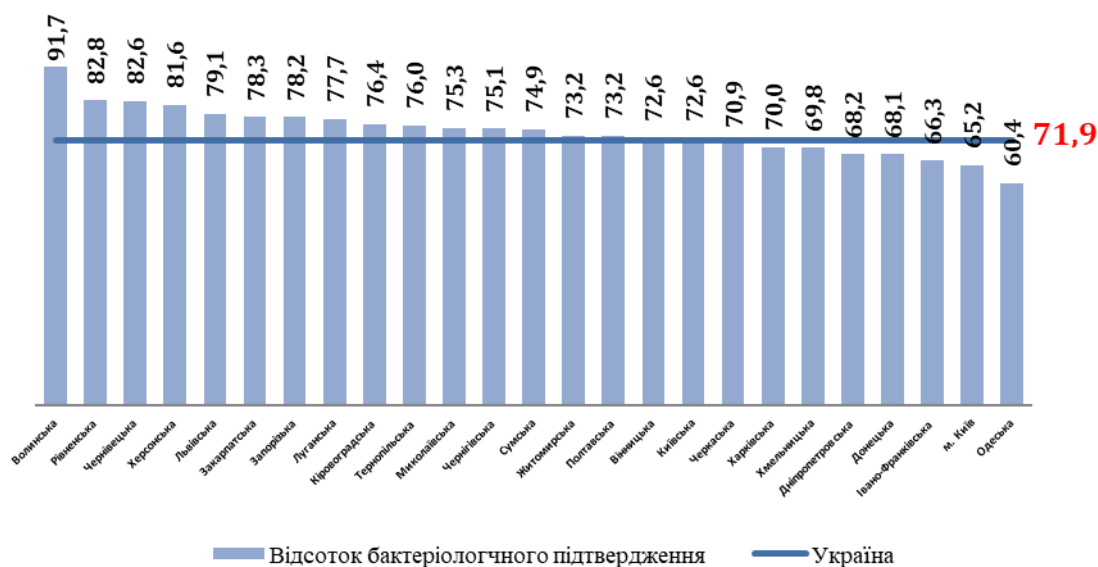


Рисунок 4.5. Відсоток бактеріологічно підтверджених випадків ТБ легень (нові та рецидиви захворювання), 2020 р.

З 2020 р. Україна одна з перших країн впровадила до поточної практики ТМЧ до нових АМБП.

Перелік препаратів, до яких проводять тестування: деламанід, бедаквілін, ізоніазид, рифампіцин, етамбутол, піразинамід, канаміцин, левофлоксацин, капреоміцин, моксифлоксацин (0,25 та 1,0), лінезолід, клофазимін, протіонамід, амікацин?).

Для забезпечення швидкої та якісної діагностики ТБ з можливістю призначення схеми лікування, що відповідає профілю резистентності, необхідним є проведення генетичного ТМЧ. Центром розпочато впровадження нового МГМ – тестів XDR – у Центральній референсній лабораторії МОЗ України та у Запорізькій, Одеській і Донецькій областях. У 2021 р. заплановано повномасштабне впровадження зазначеного методу. Таким чином, використання тестів XDR дозволить скоротити терміни з моменту звернення пацієнта до медичного закладу до призначення схеми лікування.

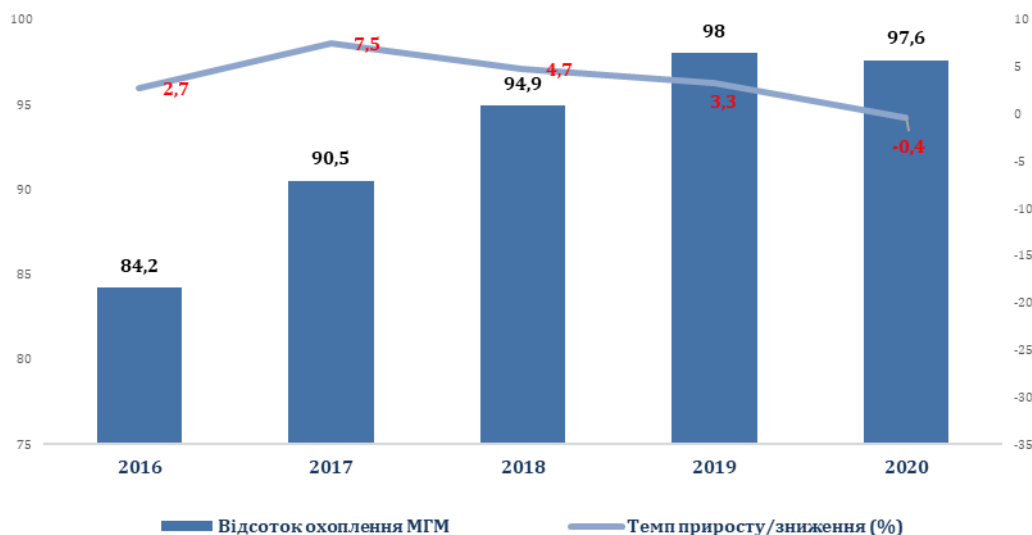


Рисунок 4.6. Відсоток охоплення МГМ зареєстрованих випадків ТБ легень, 2016–2020 рр.

Показник охоплення тестуванням усіх випадків легеневого ТБ до АМБП першого ряду кожного року покращується; у 2020 р. він становить 99,2% (цільовий показник ВООЗ – 100%). Найнижчий показник відзначено Харківській та Полтавській областях.

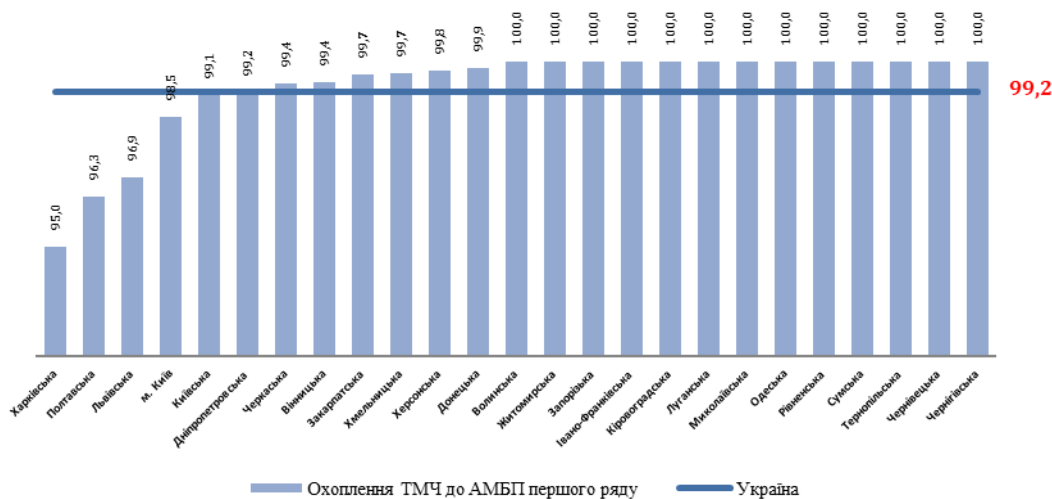


Рисунок 4

.7. Охоплення ТМЧ до АМБП першого ряду для бактеріологічного підтвердження зареєстрованих випадків ТБ у 2020 р.

РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ

Структура протитуберкульозної служби в Україні

Реалізацію заходів протидії ТБ здійснює мережа ПТЗ, що складається з протитуберкульозних диспансерів (ПТД), туберкульозних лікарень для дорослих та дітей, фтизіатричних кабінетів у закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, та санаторіїв для хворих на ТБ.

За даними звіту про мережу медичних закладів, що подається медичними установами щорічно до Центру медичної статистики МОЗ України відповідно до форми №47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (далі – форма), затвердженої наказом МОЗ України від 27.07.2006 №524, кількість ПТД відповідно до форми у 2020 р. становила 55 закладів, тоді як у 2019 р. – 62, а 35 з них мали стаціонарні відділення (у 2019 р. – 46). У 2020 р. кількість туберкульозних лікарень для дорослих становила 10 (у 2019 р. – 19), для дітей – 2. Кількість ЗОЗ, що мали у своєму складі протитуберкульозні кабінети, у 2020 р. становила 478, а у 2019 р. – 530. Кількість санаторіїв для хворих на ТБ становила 35 (у 2019 р. – 56).

Таким чином, порівняно до показників 2019 р., у 2020 р. кількість ПТЗ скоротилася на 7 закладів (–11,3%), туберкульозних лікарень для дорослих – на 9 (–47,4%), протитуберкульозних кабінетів – на 52 (–9,8%), санаторіїв для хворих на ТБ – на 21 (–37,5%), проте кількість туберкульозних лікарень для дітей залишилася на попередньому рівні.

Стан реформування протитуберкульозної служби

Відповідно до пункту 3 Плану заходів щодо Державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню, схваленого розпорядженням Кабінету Міністрів України за №1463-р від 18.11.2020 р., до кінця 2020 р. передбачалося завершити реорганізацію регіональних ПТЗ шляхом злиття всіх ПТЗ відповідного регіону, утвореного як комунальне некомерційне підприємство, що надає і координує протитуберкульозну медичну допомогу населенню у регіоні. На кінець 2020 р. створення регіональних фтизіопульмонологічних центрів завершено в переважній більшості областей за виключенням Дніпропетровської, Донецької, Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Харківської та м. Києва. У зазначених регіонах завершення процесу об'єднання ПТЗ було заплановано на 2021 р.

Таким чином, на кінець 2020 р. план із реорганізації ПТЗ було виконано на 72% (у 18 з 25 областей).



Рисунок 5.1. Стан реорганізації ПТЗ на кінець 2020 р.

Середній термін госпіталізації пацієнтів з ТБ у 2020 р. становив 75,5 днів, що є на 11,8% менше, ніж у 2019 р. Факторами, які сприяли скороченню терміну госпіталізації у 2020 р., було визначення чітких критеріїв госпіталізації відповідно до Стандарту надання медичної допомоги при ТБ, затвердженого наказом МОЗ України від 25.12.2020 №530, та зміни механізмів фінансування медичних послуг для ПТЗ з 1 квітня 2020 р. за програмою медичних гарантій, що не пов'язано з кількістю місць для госпіталізації у закладі та його оборотом.



Рисунок 5.2. Середній термін госпіталізації пацієнтів з ТБ у 2015–2020 рр. (дані форми №47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів»)

Зазначені зміни механізмів фінансування сприяли значному скороченню кількості місць для госпіталізації у ПТЗ в 2020 р., чого не спостерігали за минулі періоди. Так, у 35 ПТД, що мали стаціонарні відділення, у 2020 р. залишилося 5834 ліжка, що на 47,4% менше за показники 2019 р. (11 103). У санаторіях протитуберкульозного профілю в 2020 р. було скорочено 2158 місць (30,5%) порівняно до показників 2019 р. (7 073). Загалом у системі ПТЗ МОЗ України в 2020 р. залишилося 6494 місця у стаціонарах, що на 41,5% менше, ніж у 2019 р. (11 111).

Процес реорганізації мережі ПТЗ позначився і на кількості персоналу. Зокрема, кількість лікарів-фтизіатрів у 2020 р. скоротилася до 1541 особи або на 24,1% порівняно до 2019 р. (2031). Показник забезпеченості лікарями-

фтизіатрами у системі закладів МОЗ України у 2020 р. становив 0,37 на 10 000 населення, тоді як у 2019 р. – 0,49 (тобто знизився на 24,5% порівняно до показників 2019 р.). При цьому лише у восьми областях України цей показник був нижчим за середній у країні (у Черкаській – 0,26 на 10 000 населення, у Київській – 0,30, у Волинській – 0,33, у Херсонській – 0,33, у м. Києві – 0,33, у Тернопільській – 0,34, у Чернігівській – 0,35, у Дніпропетровській – 0,36).



Рисунок 5.3. Динаміка ліжкового фонду та кадрового ресурсу (лікарі-фтизіатри) системи ПТЗ МОЗ України за 2015–2020 рр.

За даними паспортних анкет регіонів, у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Київській, Львівській, Сумській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській областях та м. Києві продовжують функціонувати санаторно-курортні заклади туберкульозного профілю. Загалом на кінець 2020 р. у зазначених областях функціонували або були на простой 22 санаторно-курортні заклади. При цьому в інших областях 6 санаторіїв було перепрофільовано, а 22 – ліквідовано.



Рисунок 5.4. Стан реорганізації санаторно-курортних закладів протитуберкульозного профілю на кінець 2020 р. (дані паспортних анкет регіонів)

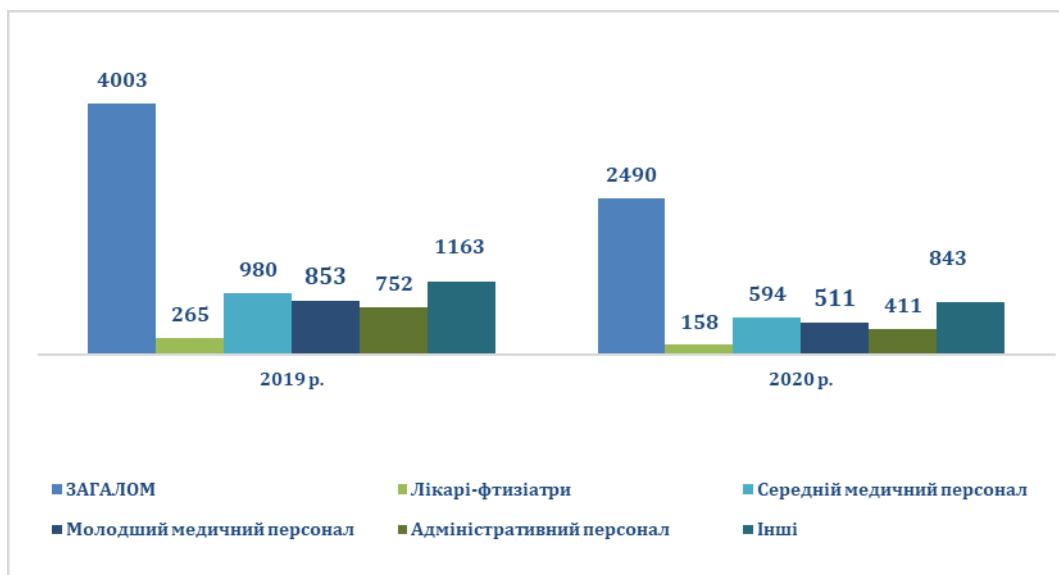


Рисунок 5.5. Динаміка кадрового забезпечення протитуберкульозних санаторіїв у 2019–2020 рр. (дані паспортних анкет регіонів, 2020 р.)

Організація лікування хворих на ТБ

Покращення епідемічної ситуації з ТБ неможливе без підвищення якості надання медичної допомоги. Забезпечення ефективного лікування призводить до припинення подальшого поширення випадків ТБ і попередження інфікування мікобактерією ТБ серед здорового населення, що є одним з ключових заходів для контролю за ТБ.

За даними щорічного звіту з епіднагляду щодо ТБ Європейського регіону ВООЗ (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2021.pdf>), для Європейського регіону ВООЗ загалом характерними є повільні темпи зростання показників ефективності лікування всіх випадків ТБ.

Попри загальне охоплення послугами лікування хворих на ТБ та МЛС/Риф-ТБ, показник ефективності лікування в Європейському регіоні залишається нижче відповідних світових та регіональних цільових орієнтирів (85 та 75%): ефективність лікування випадків чутливого до лікарських засобів ТБ становить 76,5%, випадків МЛС/Риф-ТБ – 58,6%.

Враховуючи зазначене та незважаючи на наявність доказових даних щодо повільного покращення ситуації, в усіх країнах Європейського регіону ВООЗ існує нагальна необхідність впровадження більш новаторських та ефективних підходів до лікування ТБ, зокрема ЛС-ТБ.

Забезпечення належного доступу до безпечного інноваційного сучасного лікування з урахуванням рекомендацій ВООЗ

Для забезпечення належного доступу до безпечного інноваційного сучасного лікування з урахуванням останніх рекомендацій ВООЗ в Україні:

- Надання медичної допомоги при ТБ регламентовано сучасним стандартом охорони здоров'я.
- Зареєстровано всі найменування сучасних лікарських засобів (бедаквілін, деламанід); претоманід – на етапі перемовин з виробником.

- МОЗ України забезпечено щорічний перегляд номенклатурного переліку для закупівлі АМБП та витратних матеріалів, що уможливило впровадження сучасних стандартів лікування хворих на ТБ. У 2016 р. до номенклатурного переліку входило 30 найменувань АМБП, у 2017 р. – 35 найменувань, у 2018 р. – 42 найменування (зокрема бедаквілін, деламанід, розчинні дитячі форми АМБП). Бедаквілін зареєстровано в Україні у червні 2018 р., деламанід – у січні 2019 р. Дитячу форму бедаквіліну включено до номенклатурного переліку АМБП на 2021 р., що закуповуватимуться за кошти державного бюджету на 2021 р. На сьогодні номенклатурний перелік включає всі доступні лікарські форми для лікування ЛС-ТБ у дітей (етіонамід 125 мг, левофлоксацин 100 мг, моксифлоксацин 100 мг, циклосерин 125 мг, амоксицилін-клавуланова кислота 125/13,25), за винятком дитячої форми лінезоліду та деламаніду. Проблему відсутності доступу до дитячих форм деламаніду частково вирішують шляхом існуючої процедури безкоштовного отримання курсів дитячої розчинної форми деламаніду (25 мг) від компанії-виробника.

- У цивільному секторі повністю забезпечено потребу щодо АМБП другого ряду за кошти державного бюджету, в пенітенціарному – за кошти державного бюджету та гранту Глобального фонду.

- Розрахунок необхідної кількості АМБП проводять відповідно до Методики розрахунку потреби у АМБП (далі – Методика), затвердженої відповідним наказом МОЗ України та зареєстрованим у Міністерстві юстиції України. Методика передбачає використання сучасної системи моніторингу та управління АМБП Quan-TB, що є одним із кращих міжнародних інструментів для розрахунку необхідної кількості АМБП, впровадження нових рекомендацій та проведення аналізу динаміки використання АМБП.

- Для забезпечення належного доступу до лікування завдяки цілеспрямованій роботі МОЗ України разом із партнерами лікарські засоби та витратні матеріали для діагностики ТБ є безкоштовними для пацієнтів. Обсяг фінансування закупівель АМБП за кошти державного бюджету підвищився з 33% у 2016 р. до 95% у 2020 р. Обсяг видатків з державного бюджету для закупівлі АМБП, тестів та витратних матеріалів для діагностики ТБ (далі – витратних матеріалів) у 2020 р. становив 552,5 млн грн (496,2 млн – для закупівлі АМБП, 56,3 млн – для закупівлі витратних матеріалів). Безперервність лікування хворих на ТБ та діагностики ТБ у 2020 р. була забезпечена за рахунок коштів державного бюджету та гранту Глобального фонду.

- У цивільному секторі повномасштабне програмне впровадження бедаквіліну розпочато з травня 2019 р., деламаніду – з лютого 2020 р. У пенітенціарному секторі програмне впровадження бедаквіліну та деламаніду розпочато з червня 2020 р.

- Забезпечено постійний розвиток кадрового потенціалу для ведення випадків ЛС-ТБ: впроваджено каскадний підхід до навчання, різні форми навчання (очні тренінги, онлайн-курси), супервізія та менторинг на робочих місцях.

- Надано підтримку діяльності національного консиліуму з ЛС-ТБ у цивільному та пенітенціарному секторах (у 2020 р. – розглянуто 1698 випадків в цивільному секторі та 415 – у пенітенціарному).

- Впроваджено систему супервізії і моніторингових візитів у регіональних ПТЗ та лікувальних закладах Центру охорони здоров'я ДКВС України, в яких здійснюють лікування хворих на ЛС-ТБ.

- Фахівцями Центру забезпечено проведення регулярного аналізу якості надання медичної допомоги хворим на ЛС-ТБ, зокрема з питань оцінювання ефективності та безпеки призначених схем лікування, дотримання рекомендацій ВООЗ та національних керівних принципів ведення ЛС-ТБ за оперативними даними Реєстру хворих на ТБ.

Діяльність Координаційної групи з реалізації заходів щодо впровадження в Україні нових АМБП

На виконання рішення засідання Комітету з програмних питань Національної ради від 01.06.2018 р. створено Координаційну групу з реалізації заходів щодо впровадження в Україні нових АМБП (далі – Координаційна група), діяльність якої координує Центр.

Метою створення такої Координаційної групи було забезпечення ефективного та безпечного лікування хворих на МЛС-ТБ та координації заходів щодо впровадження в Україні нових АМБП (бедаквіліну, деламаніду).

Центр організовує роботу Координаційної групи. До складу групи входять представники Центру, Інституту фтизіатрії та пульмонології імені Ф.Г. Яновського, кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, ДКВС України, Державного експертного центру, Альянсу громадського здоров'я, БО «100% життя», USAID, PATH, MSF.

Основними результатами роботи координаційної групи у 2020 р. є:

- регулярне оцінювання поточного прогресу застосування нових АМБП за основними напрямками впровадження;

- успішно розпочато реалізацію операційного дослідження «Оцінка ефективності та безпеки модифікованих короткострокових схем лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу виключно пероральними препаратами в Україні» у 7 регіонах України (Дніпропетровська, Донецька, Закарпатська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Одеська області) та науково-дослідній базі Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського;

- забезпечено належний рівень технічної та організаційно-методичної допомоги у підготовці до впровадження модифікованого короткострокового режиму лікування ЛС-ТБ у Вінницькій, Волинській, Запорізькій, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській та Чернігівській областях;

- забезпечено належну координацію діяльності партнерів у впровадженні операційного дослідження «Оцінка ефективності та безпеки модифікованих короткострокових схем лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу виключно пероральними препаратами в Україні»;

- підготовлено проєкт оновлених Стандартів медичної допомоги при ТБ, що базується на останніх рекомендаціях Зведеної настанови ВООЗ 2020 р.;
- забезпечено координацію діяльності партнерів у впровадженні сучасних режимів лікування ЛС-ТБ у країні.

Впровадження пацієнт-орієнтованих моделей лікування

Відповідно до затвердженої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 №1414-р Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню передбачено запровадження нових підходів до організації надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню з акцентом на впровадженні пацієнт-орієнтованих моделей лікування хворих на ТБ та ефективних моделей амбулаторного лікування. Принципи пацієнт-орієнтованого підходу передбачають, що пацієнти мають право самостійно обирати задовільну модель лікування та робити свідомий вибір, розуміючи ризики та переваги кожної з моделей.

Стандартами охорони здоров'я при ТБ, затвердженими наказом МОЗ України від 25.12.2020 №530, регламентовано вимоги щодо орієнтованих на пацієнта підходів до лікування, які базуються на його потребах та взаємоповазі між пацієнтом і лікарем, та передбачено децентралізовані моделі лікування пацієнтів з МЛС-ТБ: пацієнти з МЛС-ТБ мають проходити лікування переважно амбулаторно, а не за моделями, що здебільшого передбачають госпіталізацію.

Ситуація з пандемією COVID-19 з одного боку погіршила ситуацію щодо організації протитуберкульозних заходів, з іншого – зрушила з місця процеси, які сприяли розширенню амбулаторної допомоги пацієнтам з ТБ. Так, за даними паспортних анкет регіонів, у 2020 р. в середньому по Україні частка пацієнтів з МЛС-ТБ, які розпочали лікування амбулаторно з першого дня, становить 16,7% (для порівняння – у 2019 р. цей показник становив 4,1%). Інформацію щодо організації амбулаторного лікування випадків ТБ та МЛС-ТБ у 2020 р. в розрізі регіонів наведено на рисунку 5.6.

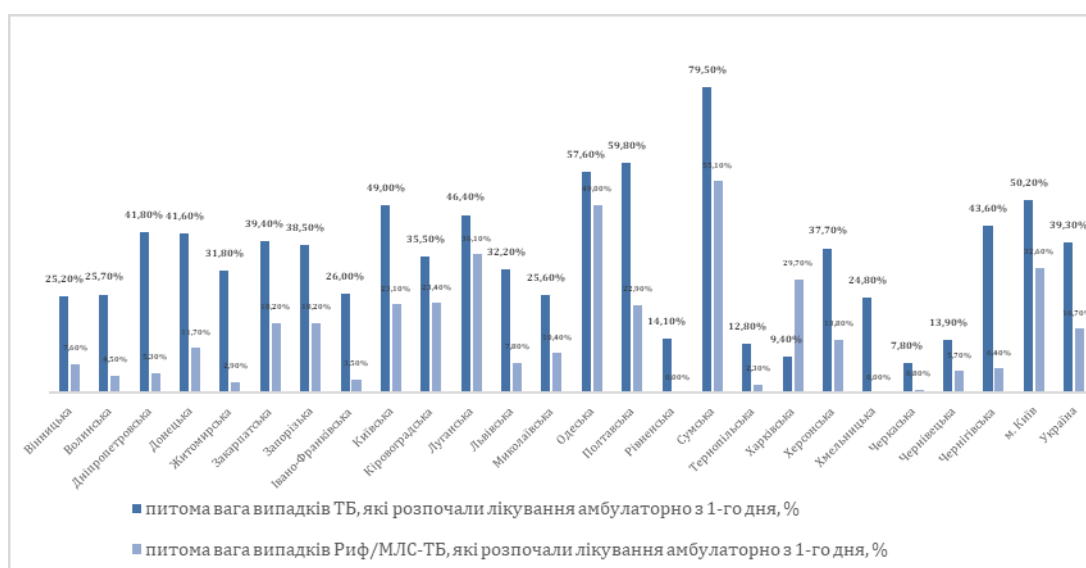
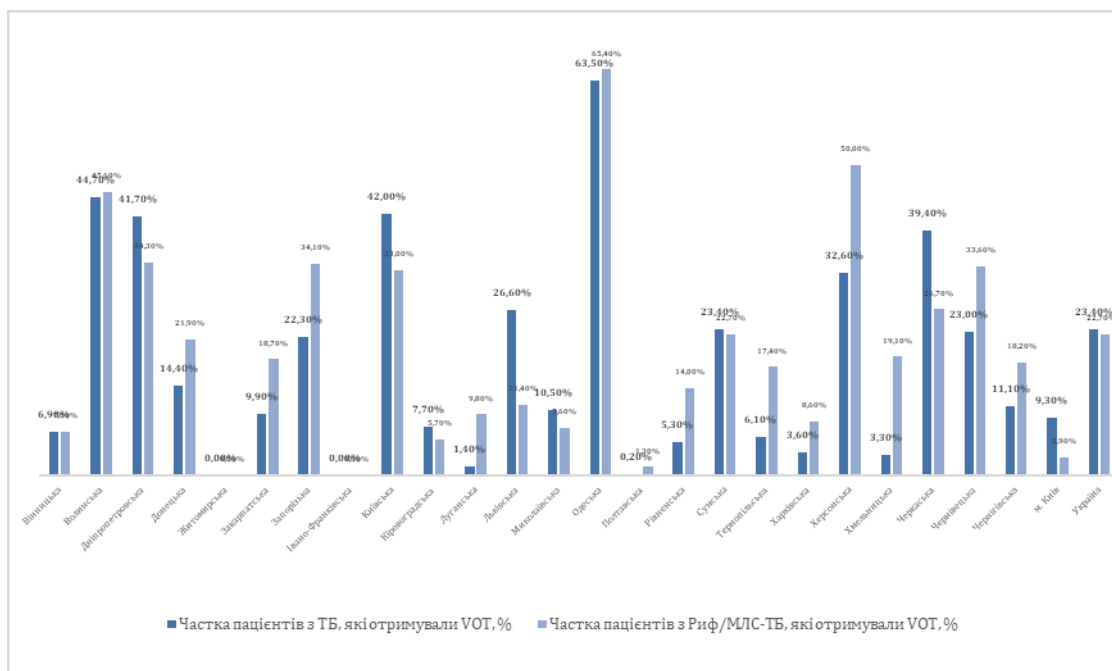


Рисунок 5.6. Впровадження пацієнт-орієнтованих моделей лікування в Україні (дані паспортних анкет регіонів за 2020 р.)

Найвищі показники охоплення амбулаторним лікуванням з першого дня як серед випадків чутливого до лікарських засобів ТБ, так і серед випадків Риф/МЛС-ТБ зафіксовано у Сумській (79,5 та 55,1% відповідно), Одеській (57,6 та 49,0% відповідно) областях та м. Києві (50,2 та 32,6% відповідно), найнижчі – у Тернопільській (12,8 та 2,3% відповідно) та Черкаській (7,8 та 0,8% відповідно) областях. Не було забезпечено доступ до амбулаторного лікування випадків Риф/МЛС-ТБ з першого дня у 2020 р. в Хмельницькій та Рівненській (0%) областях.

Частка пацієнтів, які отримували лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв'язку (VOT), збільшилась практично вдвічі та у середньому становить 23,2% у 2020 р. проти 10,2% у 2019 р.



**Рисунок 5.7. Впровадження VOT в Україні
(дані паспортних анкет регіонів за 2020 р.)**

Найвищі показники охоплення послугами VOT як серед випадків чутливого до лікарських засобів ТБ, так і серед випадків Риф/МЛС-ТБ зафіксовано в Одеській (63,5 та 65,4% відповідно), Херсонській (44,7 та 45,6% відповідно), Житомирській (32,6 та 50,0% відповідно), Харківській (41,7 та 34,3% відповідно) та Донецькій (42,0 та 33,0% відповідно) областях. За даними паспортних анкет, послуги VOT не впроваджували у Хмельницькій та Черкаській (0%) областях.

Медико-соціальний супровід пацієнтів з ТБ

Протягом 2020 р. на всій підконтрольній території України впроваджували програмні заходи з медико-психосоціального супроводу пацієнтів з ТБ для формування та збереження їх прихильності до лікування, забезпечення потреби у контрольованому лікуванні та зменшення кількості випадків ВПС. Всього за рік на супроводі у цивільному секторі перебували 6447 пацієнтів з чутливим до лікарських засобів ТБ та 8263 пацієнта з ЛС-ТБ, що становить 27 та 80% відповідно від загальної кількості хворих, і 890 пацієнтів з ТБ в установах ДКВС України.

Впровадження програмних заходів відбувалося у межах реалізації проєкту Глобального фонду «Зменшення тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції через створення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики й лікування туберкульозу і його резистентних форм, розширення доказової профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції для створення стійкої та життєздатної системи охорони здоров'я» на 2018–2020 рр.

У 2020 р. було змінено підхід до надання соціальних послуг пацієнтам з ТБ. Зокрема, відбувся перехід від стовідсоткового охоплення пацієнтів послугами лікування ТБ під безпосереднім наглядом за прийомом АМБП (DOT) за місцем перебування до використання у ПТЗ послуг VOT, враховуючи реальну потребу пацієнтів у такому підході, більше уваги було приділено своєчасному оцінюванню ризику переривання пацієнтами лікування та можливості залучення до проєкту медико-психосоціального супроводу з моменту встановлення діагнозу чи у будь-який інший момент стаціонарного або амбулаторного етапу лікування, а також визначенню потреб хворого на ТБ та складанню індивідуального плану супроводу для врахування особливостей в кожному конкретному випадку з підбором оптимального набору та обсягу соціальних послуг для кожного пацієнта з ТБ та можливістю передачі на супровід ВПС пацієнтів.

Основні послуги, які надавали пацієнтам під час супроводу у 2020 р.: оцінювання потреб пацієнта та складання плану індивідуального супроводу; надання послуг DOT (доставка та контроль АМБП) для 25% клієнтів з числа осіб, що перебувають на медико-психосоціальному супроводі; контроль проходження клієнтом проміжної та фінальної діагностики; надання продуктивних наборів або сертифікатів мереж супермаркетів, компенсація транспортних витрат, відшкодування дороговартісних обстежень, виробів медичного призначення; консультації психолога на всіх етапах лікування; консультації юриста на всіх етапах лікування; надання індивідуальних соціальних послуг за потребою клієнта (пошук житла, відновлення документів, надання одягу, оформлення інвалідності тощо); розшук ВПС пацієнтів.

Введення у березні 2020 р. карантинних обмежень на всій підконтрольній території України через пандемію Covid-19 стало викликом і для впровадження послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з ТБ. Виникла потреба запровадження у найкоротші терміни комплексу заходів, які б сприяли забезпеченню безперервного доступу до протитуберкульозного лікування, продовженню супроводу вразливих груп пацієнтів для мінімізації ризиків переривання лікування, а також зниженню ризику розповсюдження Covid-19.

В цей час було здійснено переформатування вищезазначеної діяльності та змінено підходи в організації надання послуг з медико-психосоціального супроводу зі збереженням ефективності супроводу пацієнтів з ТБ. Зокрема, було впроваджено дистанційне управління проєктом через онлайн-платформи, розроблено механізми дистанційного моніторингу, проведено

дистанційне навчання надавачів послуг, організовано доставку соціальними працівниками АМБП та налагоджено дистанційний контроль за прийомом АМБП за допомогою гаджетів або родичів пацієнтів, здійснено забезпечення засобами індивідуального захисту соціальних працівників, які продовжували надавати послуги DOT пацієнтам з високим ризиком переривання лікування, організовано транспортування біоматеріалів та пацієнтів для діагностики, проведено мотиваційне та психологічне консультування пацієнтів за допомогою онлайн-платформ.

Ефективність медико-психосоціального супроводу хворих на ТБ як технології впливу на рівень переривання лікування доводять результати лікування пацієнтів з ТБ.

Так, з 9185 пацієнтів із чутливим до лікарських засобів ТБ когорти 2019 р. (43,7% від загальної кількості випадків) ефективність лікування зареєстровано у 8538 (93,0%) пацієнтів, зокрема: за критерієм «виліковано» – у 2974 (32,4%) пацієнтів, «лікування завершено» – у 5564 (60,6%) пацієнтів, «невдача лікування» – у 263 (2,9%) пацієнтів, «летальний наслідок» – у 215 (2,3%) пацієнтів, «ВПС» – 167 (1,8%) пацієнтів, «результат не оцінено» – у 2 пацієнтів.

З 4027 пацієнтів із ЛС-ТБ когорти 2018 р. (52,2% від загальної кількості випадків) ефективність лікування зареєстровано у 2871 (71,3%) пацієнта, зокрема: за критерієм «виліковано» – у 2037 (50,6%) пацієнтів, «лікування завершено» – у 834 (20,7%) пацієнтів, «невдача лікування» – у 598 (14,8%) пацієнтів, «летальний наслідок» – у 277 (6,9%) пацієнтів, «ВПС» – у 272 (6,8%) пацієнтів, «результат не оцінено» – у 9 пацієнтів.

Отже, загалом ефективність лікування хворих на чутливий до лікарських засобів ТБ когорти 2019 р. становила 77,5% (16 293 випадків), з них 52,4% (8538 пацієнтів) перебували на медико-соціальному супроводі. Випадків ВПС зафіксовано у 6,7 разу менше серед осіб, що отримували супровід (13,1%; 167 пацієнтів), проти пацієнтів, що не отримували медико-психосоціальних послуг (87,0%; 1111 пацієнтів). З результатом «невдача лікування» зареєстровано у 4,3 разу менше випадків серед осіб, що отримували послуги супроводу (19%; 263 пацієнти), порівняно до осіб, що таких послуг не отримували (81%; 1118 пацієнтів). Серед померлих у 8,5 разу було більше осіб, що не мали доступу до послуг медико-психосоціального супроводу (89,5%; 1840 пацієнтів), проти пацієнтів, що отримували ці послуги (10,5%; 215 пацієнтів).

Ефективність лікування хворих на ЛС-ТБ когорти 2018 р. загалом становила 49,4% (3813 випадків), з них 75,3% (2871 пацієнт) перебували на медико-соціальному супроводі. Випадків ВПС зафіксовано у 3,0 рази менше серед осіб, що перебували на супроводі (25,3%; 272 пацієнта), порівняно до осіб, що послуги не отримували (74,7%; 805 пацієнтів). З результатом «невдача лікування» зареєстровано у 1,6 разу більше хворих, які не мали доступу до медико-соціального супроводу (61,7%; 964 пацієнти), проти пацієнтів, що отримували ці послуги (38,3%; 598 пацієнтів). Серед померлих було у 3,4 разу більше осіб, що не отримували послуг із супроводу (77,5%; 953 пацієнти), проти осіб, що їх отримували (22,5%; 277 пацієнтів).

Медико-психосоціальний супровід хворих на ТБ є важливою складовою ведення пацієнтів з ТБ та потребує більш високої уваги і подальшого вдосконалення задля підвищення показників ефективності лікування хворих як на чутливий до лікарських засобів ТБ, так і ЛС-ТБ.

У 2021 р. заплановано проведення уточнення критеріїв передачі пацієнтів з ТБ на супровід, зміну підходу до видачі мотиваційних сертифікатів або продуктових наборів, який передбачатиме таку видачу на щомісячній основі за безперервний прийом АМБП протягом одного місяця, розширення спектру надання послуг у межах проєкту, зокрема відшкодування вартості мобільного та інтернет-зв'язку, що дозволить організувати VOT для пацієнтів, в яких саме відсутність коштів на оплату зв'язку є бар'єром до отримання даного виду лікування, оцінювання психоемоційного стану пацієнта, що дозволить вчасно реагувати на негативні зміни психологічного стану пацієнтів, а також інформування пацієнтів щодо профілактики, діагностики та лікування ТБ надавачами медико-психосоціальних послуг.

Результати лікування хворих на ТБ

У 2020 р. кількість випадків лікування ТБ препаратами другого ряду зменшилась на 32,6% порівняно до показників 2019 р.

У 2020 р. збільшилась кількість випадків лікування МЛС-ТБ препаратами другого ряду з числа підтверджених раніше на 24% порівняно до показників 2019 р., що, ймовірно, обумовлено повномасштабним впровадженням у 2020 р. нових АМБП з відповідним переглядом когорти паліативних пацієнтів щодо можливості призначення повторного курсу лікування.

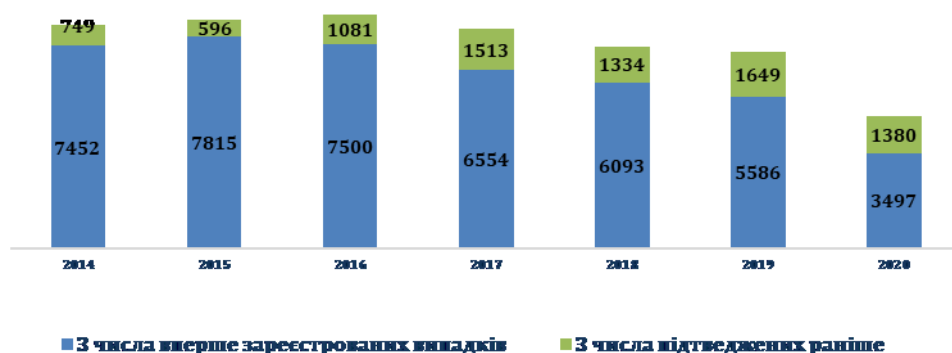
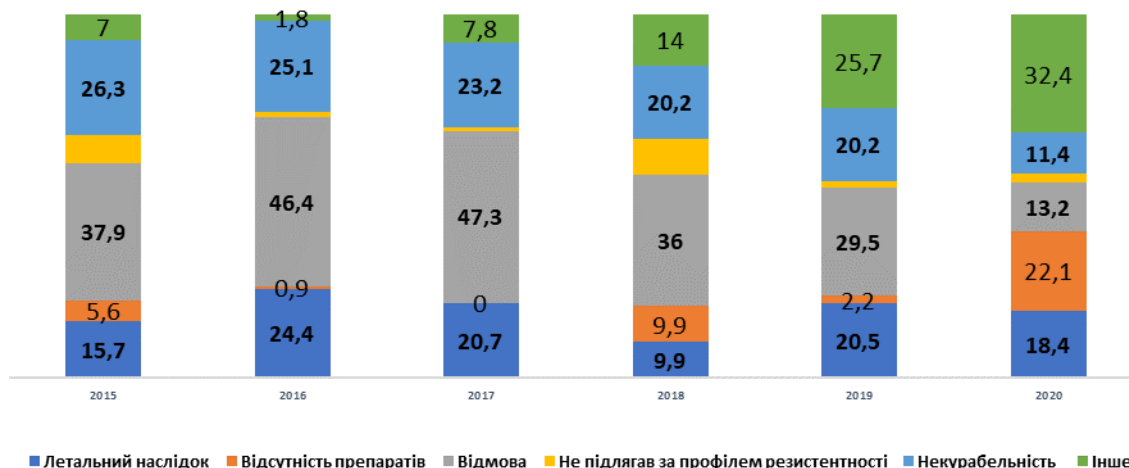


Рисунок 5.8. Кількість випадків лікування Риф/МЛС/ШЛС-ТБ препаратами другого ряду у період з 2014 по 2020 рр.

Було проаналізовано причини нерозпочатого лікування випадків ТБ препаратами другого ряду за останні п'ять років та відзначено, що поширеною причиною є відмова хворого від лікування (34%) та некурабельність захворювання (20%).



Рисун

ок 5.9. Причини, з яких не було розпочато лікування препаратами другого ряду у період з 2015 по 2020 рр.

Найвищі показники ефективності лікування серед всіх випадків ТБ, в яких розпочали лікування у 2019 р., зафіксовано у Львівській (84%), Вінницькій (83,7%) та Сумській (82,5%) областях.

Погіршення показників ефективності лікування серед всіх випадків ТБ порівняно до результатів когорти 2018 р. зафіксовано у Полтавській (74,2 проти 74,8%), Хмельницькій (68,8 проти 69,5%), Тернопільській (79,6 проти 80,4%), Волинській (78,5 проти 79,7%), Рівненській (79,4 проти 81,6%) та Закарпатській (73,7 проти 77,6%) областях.

Серед всіх випадків ТБ, в яких розпочали лікування у 2019 р., найнижчих показників невдачі лікування на рівні рекомендованих ВООЗ у 3–5% досягнуто у Вінницькій, Одеській (по 3,2%), Миколаївській (3,7%), Сумській (4,5%) областях та м. Києві (4,3%), а також у Житомирській та Київській (по 4,9%) областях, тоді як у Хмельницькій, Полтавській та Луганській областях показник невдачі лікування фактично вдвічі перевищує рекомендований ВООЗ та становить 12,2, 10,6 та 10,1% відповідно.

Значення показника смертності серед всіх випадків ТБ на рівні менше 5% досягнуто тільки у Закарпатській області (3,4%), тоді як найвищі показники зафіксовано у Хмельницькій (13,3%), Кіровоградській (11,9%), Одеській (11,8%), Дніпропетровській (11,1%) областях та м. Києві (11%).

Додатковим критерієм якості ведення випадків ТБ є показник ВПС. Основною метою є досягнення показника перерваного лікування на рівні 3%. У когорті 2019 р. серед всіх випадків ТБ досягнуто цільового значення зазначеного показника у Львівській (2,6%) та Рівненській (2,2%) областях. Зберігаються критично високими показники ВПС у Луганській (7,2%), Запорізькій (7,9%), Чернівецькій (8,1%), Чернігівській (8,5%) та Закарпатській (15,1%) областях.

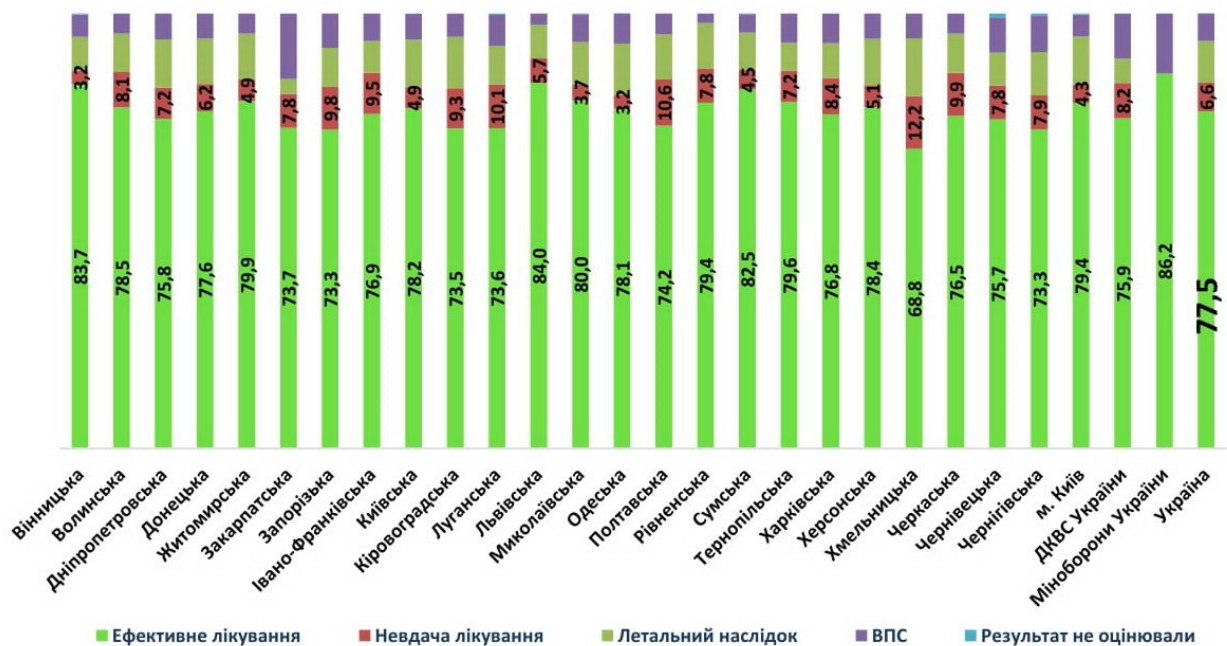


Рисунок 5.10. Результати лікування випадків ТБ, які були зареєстровані у 2019 р. за регіонами (дані взяті з Реєстру хворих на ТБ)

Найвищі показники ефективності лікування серед випадків ТБ (нові та рецидиви) когорти 2019 р., що фактично наближаються до цільового показника ВООЗ у 85% для Європейського регіону, зафіксовано у Львівській (84,9%), Миколаївській (83,8%), Вінницькій (83,7%) та Сумській (83,4%) областях.

Зниження рівня ефективності лікування серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання порівняно до показників аналогічного періоду 2018 р. виявлено у Хмельницькій (71,2 проти 72,3%), Волинській (78,2 проти 80,2%), Рівненській (79,5 проти 82,1%) та Закарпатській (78,1 проти 80,8%) областях.

Найнижчого показника невдачі лікування серед нових випадків ТБ і рецидивів захворювання (мета – 3–5%) досягнуто в Одеській (3,0%), Миколаївській (3,1%), Вінницькій (3,2%), Сумській (4,1%), Житомирській (4,4%) областях та м. Києві (4,0%). Найвищого показника невдачі лікування серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання у когорті 2019 р. зафіксовано у Полтавській (10,7%), Хмельницькій (10,5%), Луганській (9,9%), Івано-Франківській (9,5%), Черкаській (9,2%) та Кіровоградській (9,0%) областях.

Показника смертності серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання на рівні менше 5% досягнуто тільки у Закарпатській області (3,1%); найвищі показники смертності зафіксовано у Хмельницькій (13,3%), Кіровоградській (12,9%), Одеській (11,6%) та Рівненській (11,2%) областях.

За індикатором показника ВПС серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання досягнуто цільового значення у Львівській (2,2%) та Рівненській (2,1%) областях, а наближення до цільових значень –

у Житомирській (3,8%) та Сумській (3,7%) областях. Найвищі показники ВПС серед нових випадків ТБ та рецидивів захворювання зафіксовано у Чернівецькій (7,3%), Чернігівській (8,0%) та Закарпатській (11,8%) областях.

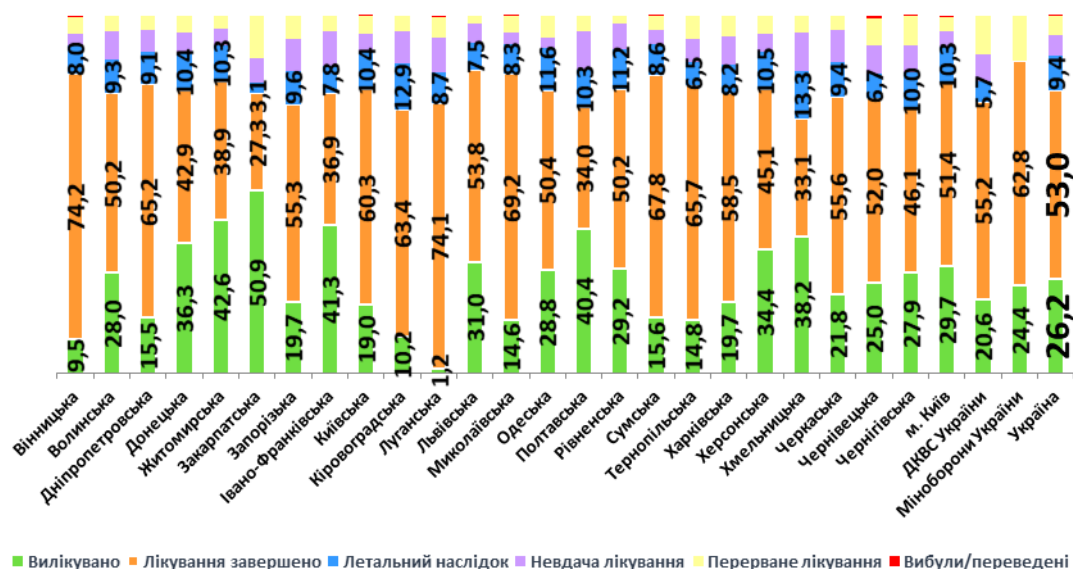


Рисунок 5.11. Результати лікування випадків ТБ (нові та рецидиви) за регіонами, когорта 2019 р.

Серед випадків повторного лікування ТБ (за виключенням рецидивів) у когорті 2019 р. найвищого показника ефективності лікування досягнуто у Вінницькій (84,2%), Волинській (81,1%) та Рівненській (79,1%) областях, найнижчого показника – у Житомирській (57,1%), Миколаївській (56%) та Хмельницькій (54,1%) областях.

Цільового показника невдачі лікування серед випадків повторного лікування ТБ на рівні рекомендованих 3–5% досягнуто в Одеській (5%), Вінницькій (2,6%) та Київській (1,4%) областях, тоді як у переважній більшості регіонів цей показник є значно гіршим та має найвищі значення – у Тернопільській (15,6%), Черкаській (16,4%), Запорізькій (18,3%) та Хмельницькій (22,4%) областях.

Найнижчих показників смертності серед випадків повторного лікування ТБ, що відповідає цільовим значенням до 5%, в когорті 2019 р. досягнуто у Закарпатській (4,4%), Івано-Франківській (4,1%), Волинській (3,8%), Запорізькій (3,7%), Вінницькій (2,6%) та Рівненській (2,3%) областях.

У жодному регіоні не досягнуто цільового значення показника ВПС серед випадків повторного лікування ТБ у когорті 2019 р. (мета – 3%). Найнижчі показники за даним індикатором виявлено у Волинській (7,5%), Полтавській (6,5%) та Рівненській (4,7%) областях, найвищі – у Миколаївській (17,9%), Запорізькій (19,5%) та Закарпатській (26,3%) областях.

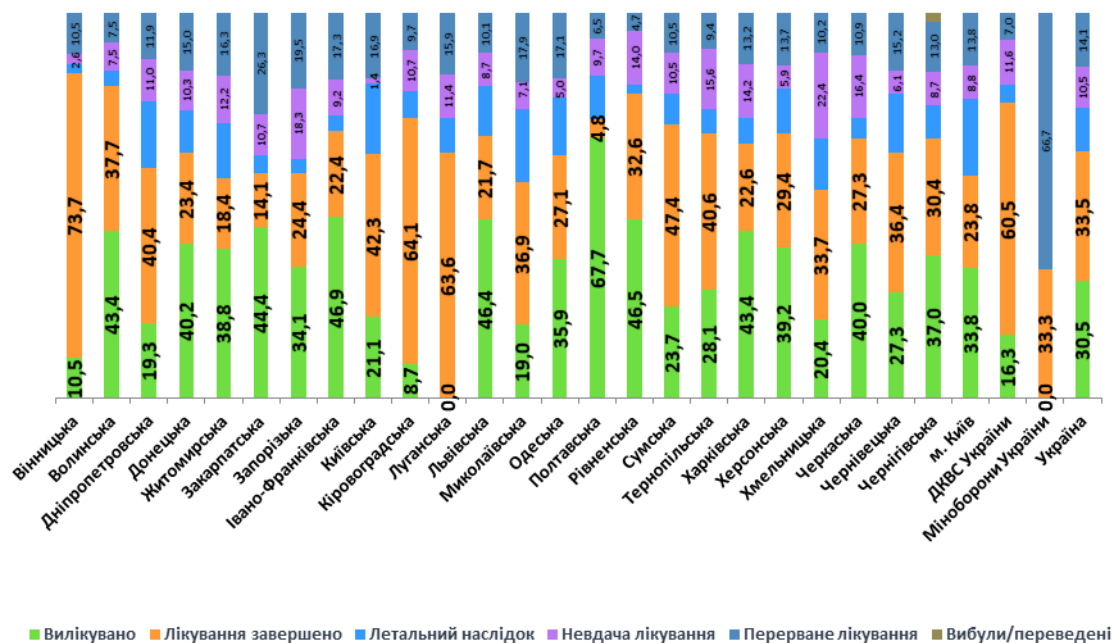


Рисунок 5.12. Результати лікування повторних випадків ТБ (крім рецидивів) за регіонами, когорти 2019 р.

Серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) когорти 2019 р. досягнуто цільового показника ефективності лікування у Чернівецькій області – 93,3%. У решті регіонів ефективність лікування серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ коливалась від 76% (Рівненська, Сумська, Львівська області) до 59,5% (Полтавська область).

В переважній більшості регіонів досягнуто цільових показників невдачі лікування на рівні рекомендованих 3–5% за виключенням Дніпропетровської (6,6%), Полтавської (8,1%), Чернігівської (8,3%), Закарпатської (8,7%), Хмельницької (9,0%), Київської (9,2%) та Івано-Франківської (13,6%) областей.

Не зареєстровано летальних наслідків серед випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) в когорті 2019 р. у Закарпатській (0%) області; до цільових значень (5%) цей показник наближається у Чернівецькій (6,7%) області; в решті регіонів значення цього показника коливалось від 13,6% (Івано-Франківська та Луганська області) до 28,3% (Житомирська область).

Не зареєстровано випадків ВПС серед осіб з коінфекцією ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) в Івано-Франківській та Чернівецькій (0%) областях, в решті регіонів значення цього показника коливалось від 4,4–4,5% (Донецька та Львівська області відповідно) до 17,4% (Закарпатська область).

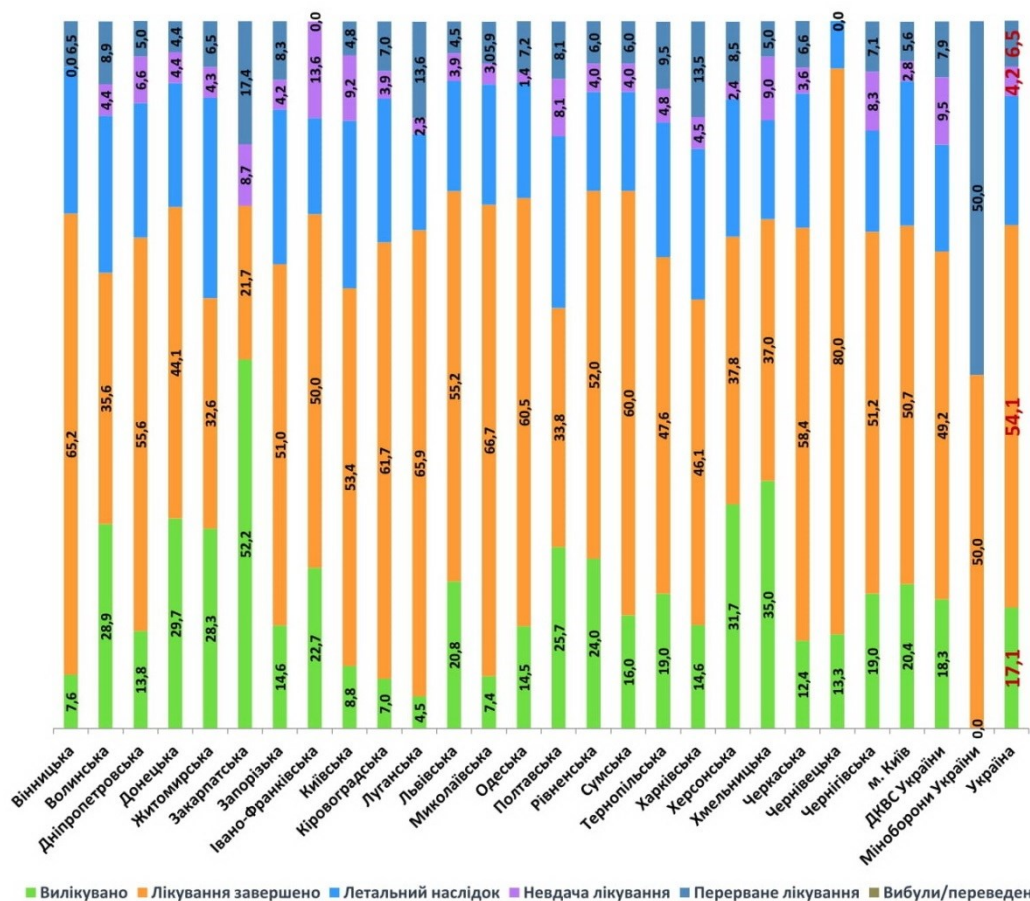


Рисунок 5.13. Результати лікування випадків коінфекції ТБ/ВІЛ (нові та рецидиви) за регіонами, когорта 2019 р.

З кожним роком показники ефективності лікування дітей покращуються. У 2020 р. загальний показник по Україні становить 96,7%. За цей період було виявлено 8 летальних наслідків серед дітей у п'яти регіонах України – Закарпатському, Запорізькому, Одеському, Харківському та Чернігівському.

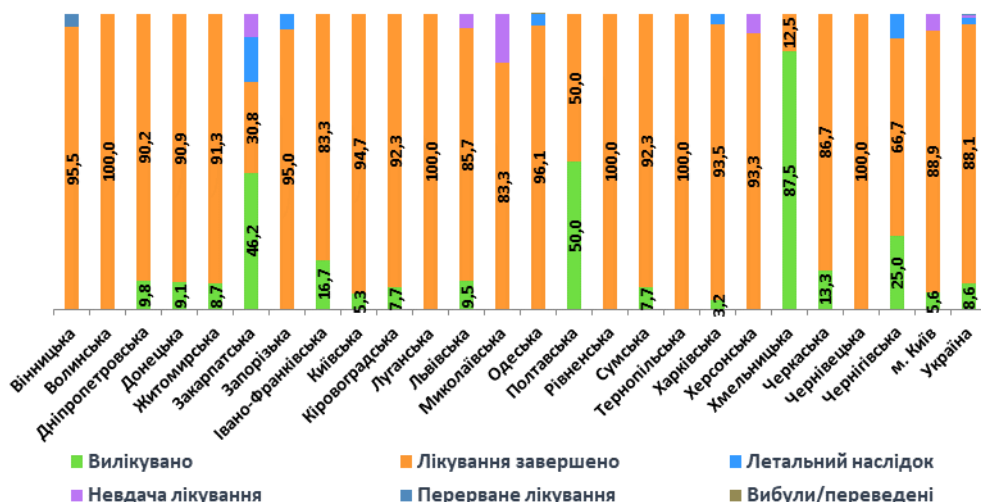


Рисунок 5.14. Результати лікування ТБ (нові та рецидиви) у дітей віком 0–14 років за регіонами, когорта 2019 р.

Наступним важливим показником ефективності протитуберкульозних

заходів на рівні країни є ефективність лікування хворих на МЛС-ТБ.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ефективність лікування таких хворих має становити не менше 75%. У загальносвітовій когорті лікування хворих на МЛС-ТБ Україна посідає одне з останніх місць протягом останніх років.

У когорті 2018 р. ефективність лікування всіх випадків МЛС-ТБ становить 50,5%, що майже на рівні 2017 р. (51,0%). Найвищі показники зафіксовано у Кіровоградській (61,9%), Миколаївській (62,2%) та Житомирській (61,0%) областях; найнижчі показники – в установах ДКВС України (32,9%), у Луганській (39,8%) та Волинській (39,9%) областях.

У жодному з регіонів не досягнуто цільового значення у 3–5% показника ВПС (перерване лікування), а найвищий рівень ВПС виявлено в установах ДКВС України (24,0%), у Чернігівській (24,1%) та Чернівецькій (20,8%) областях.

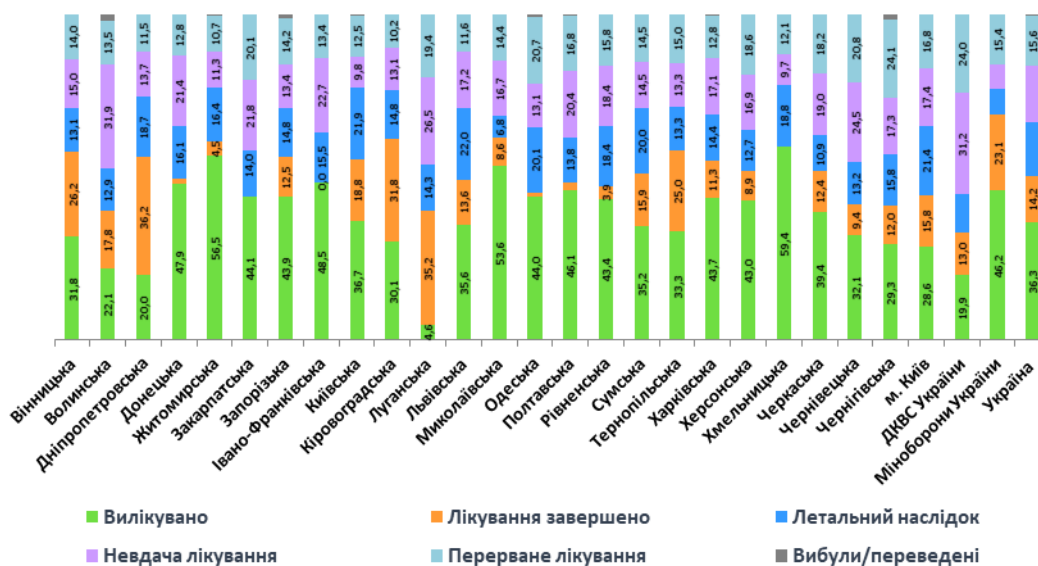


Рисунок 5.15. Результати лікування всіх випадків МЛС-ТБ, когорта 2018 р.

Показник ефективності лікування всіх випадків ШЛС-ТБ в когорті 2018 р. становить 34,2%. Найвищі показники ефективності лікування серед усіх випадків ШЛС-ТБ зафіксовано у Миколаївській (54,2%), Київській (51,9%), Херсонській (50,6) та Луганській (50,0) областях; найнижчі – у Закарпатській (14,5%), Волинській (15,6%) та Хмельницькій (21,2%) областях.

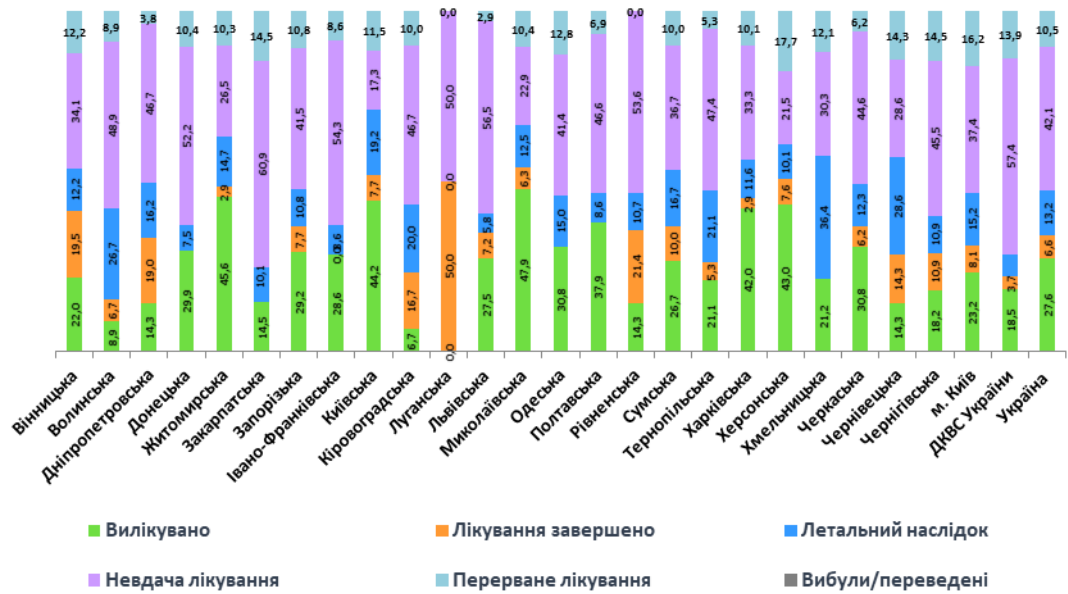


Рисунок 5.16. Результати лікування всіх випадків ШЛС-ТБ, когорта 2018 р.

РОЗДІЛ 6. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ

Інфекційний контроль (ІК) – це комплекс заходів, спрямованих на попередження виникнення та поширення інфекційних захворювань шляхом впливу на механізми його передавання.

Оскільки на епідемічні показники впливає аерогенний шлях інфікування, заходи ІК за ТБ мають включати протидію розповсюдженню інфекційного аерозолі і зменшенню його концентрації у повітрі закритих приміщень, а також захист органів дихання. Наявність захворюваності серед медичних працівників свідчить про порушення вимог ІК за ТБ.

Організаційний компонент

Необхідні заходи щодо ІК за ТБ в Україні регламентовані «Стандартом інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз», затвердженим наказом МОЗ України від 01.02.2019 №287, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України за №408/33379 від 17.04.2019 р. (набрав чинності з 01.07.2020 р.).

Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам на період до 2030 р. затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 №1415-р.

Профілактику інфекцій, яким характерний аерогенний шлях передавання, регламентовано «Заходами та засобами щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами», затвердженими наказом МОЗ України від 03.08.2020 №287, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України за №1110/35393 від 10.11.2020 р.

Механізм знезараження повітря та дезінфекції поверхонь у приміщеннях ЗОЗ регламентовано «Санітарно-протиепідемічними правилами і нормами використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів надання соціальних послуг/соціального захисту населення», затвердженими наказом МОЗ України від 06.05.2021 №882, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України за №978/36600 від 28.07.2021 р.

Розроблено проєкт наказу «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я» та проєкт змін до «Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз», затверджені наказом МОЗ України від 01.02.2019 №287, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України за №408/33379 від 17.04.2019 р. Документи пройшли стадію громадського обговорення та знаходяться на етапі реєстрації. Підготовлено проєкт Державних санітарних норм та правил України «Заклади охорони здоров'я», що включають заходи ІК за ТБ.

За даними паспортних анкет, 9 областей мали плани з ІК за ТБ, затверджені на рівні структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (крім Волинської, Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Запорізької, Луганської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Рівненської, Сумської, Тернопільської, Харківської, Хмельницької, Черкаської областей та м. Києва). Це свідчить про відсутність чіткого плану впровадження та фінансування заходів з ІК ТБ.

За 2020 р. проведено 15 візитів до ЗОЗ, які надають допомогу хворим на ТБ, для надання організаційно-методичної та технічної підтримки, оцінювання ситуації, моніторингу виконання заходів з питань забезпечення належного рівня ІК при наданні медичної допомоги хворим на ТБ.

Адміністративний компонент

У ПТЗ не вистачає епідеміологів (всього наявно 20 фізичних осіб на 25 регіонів на 16,25 ставки). У регіонах розроблено та затверджено 677 стандартів операційних процедур з ІК за ТБ, з них 28,2% переглянуто у 2020 р. Робота над розробленням та впровадженням стандартів операційних процедур/алгоритмів дій для персоналу ПТЗ несе формальний характер та потребує удосконалення, зокрема щодо навчання, підготовки і перевірки кваліфікації працівників.

Кожний заклад (ПТД і протитуберкульозні лікарні) має план впровадження заходів з ІК, але виявлено, що даний план зазвичай носить формальний характер, а розрахунок фінансування проводиться не у повному обсязі в багатьох областях та не відповідає дійсності.

На планах приміщень закладів проведено розподіл всіх приміщень відповідно до ступеня ризику інфікування, але рідко такий поділ відповідає реальності. Розподіл потоків хворих також потребує вдосконалення.

Рівень обізнаності працівників щодо ІК низький. В багатьох ПТЗ наявні графіки навчання персоналу, але проведення занять здебільшого не відбувається або носить формальний характер. Всього до роботи в комісії з ІК по Україні задіяно 433 спеціаліста, але 58,7% (254 особи) з них лише пройшли навчання з ІК. У комісії з ІК 191 спеціаліст потребує проходження навчання з ІК щодо ТБ.

Захворюваність медичних працівників на ТБ

У 2020 р. зареєстровано 237 випадків захворювання серед медичних працівників загальної мережі ЗОЗ (включно з ПТД), що становить 4,2 на 10 000 працівників ЗОЗ, та 21 випадок захворювання на ТБ серед медичних працівників ЗОЗ, в яких надають допомогу хворим на ТБ, що становить 25 на 10 000 працівників ПТЗ (середня захворюваність по Україні – 34,3 на 100 000 населення).

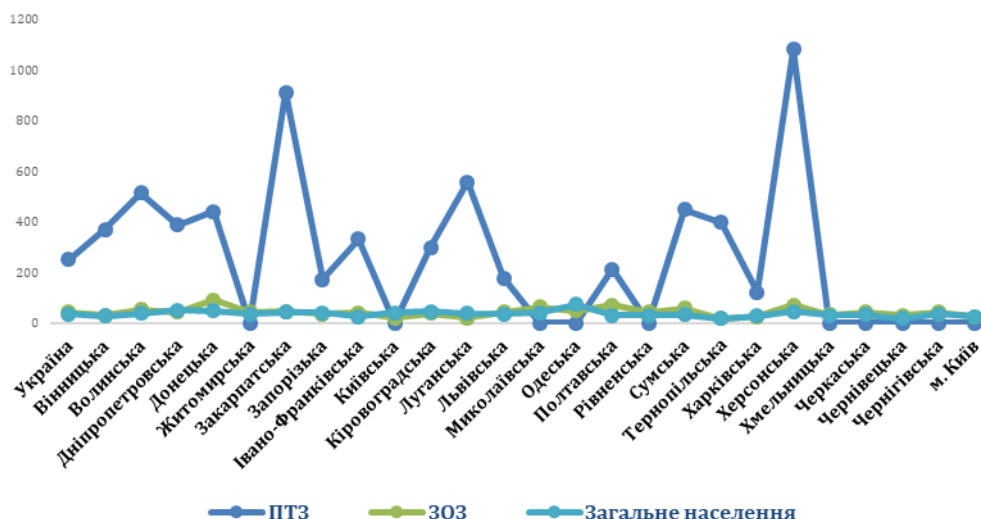


Рисунок 6.1. Показники захворюваності на 100 000 населення серед працівників ПТЗ, ЗОЗ та населення України

Інженерний компонент

Загальна площа зон високого ризику передавання ТБ у 24 регіонах (за винятком Харківської області) становить 213 495,17 м², з них найбільша площа припадає на Сумську (27 150 м²), Дніпропетровську (20 599,78 м²) та Миколаївську (17 714,28 м²) області; найменша – на Луганську (2050 м²), Волинську (2363 м²) та Тернопільську (2680 м²) області.

Природню вентиляцію використовують в усіх закладах. Ефективність її застосування знижується у холодну пору року та при використанні старих вікон і дверей, через конструктивні особливості та неефективне використання вентиляції змішаного типу. В планах ІК за ТБ відсутні заходи з підвищення показників використання вертикальної природньої вентиляції.

Припливно-витяжну вентиляцію загального типу встановлено у багатьох ПТЗ, але вона знаходиться у неробочому стані або працює неефективно, вмикають її лише періодично, не обслуговують належним чином або не вистачає коштів на електроенергію для забезпечення цілодобового режиму роботи. Вентиляційні системи обслуговують незначну частину зон високого ризику передачі ТБ. Оцінювання роботи вентиляційних систем (кратність повітрообміну, напрямок руху повітря) не проводять через відсутність обладнання або проводять лише формально.

За 2020 р. рівень оснащення зон високого ризику передачі ТБ екранованими бактерицидними опромінювачами по Україні складає 92,62%, у 2019 р. – 88,8% а у 2018 р. – 91,1%, що пов'язано з реорганізацією та оптимізацією функціонування ПТЗ. Частину опромінювачів не встановлено, вони перебувають на складах. Моніторинг роботи УФ-опромінювачів проводять за допомогою УФ-метра: у 2020 р. 22 регіони (з 25) мали актуальну повірку УФ-радіометрів. УФ-радіометри використовують для оцінювання ефективності роботи бактерицидних ламп: в середньому по Україні за 2020 р. було перевірено ефективність роботи 83,49% УФ-опромінювачів. Визначення рівнів УФ-випромінювання у нижній частині

приміщень при роботі екранованих опромінювачів та розрахунок часу роботи відкритих опромінювачів у більшості регіонів не проводили. При використанні екранованих бактерицидних опромінювачів у зонах високого ризику передачі ТБ не використовуються засоби для перемішування повітря у приміщенні.

У більшості регіонів заклади II рівня не включено до графіків проведення фіт-тестування та перевірки бактерицидних ламп УФ-радіометром, що свідчить про недостатній рівень організаційно-методичної роботи.

Засоби індивідуального захисту органів дихання

За звітними даними, забезпеченість протиаерозольними респіраторами на 01.01.2021 р. (запас на кількість місяців по областях) в середньому становила 6,62 (у 2019 р. – 3,12; у 2018 р. – 4,53). Враховуючи отримані дані щодо кількості медичних співробітників ПТЗ та середньомісячну потребу у респіраторах, в середньому по Україні на одного співробітника в місяць розраховано 5,8 респіраторів (у 2019 р. – 6,5). Але даний показник дуже різниться за регіонами: від 0,83 до 19,24. Так, у 28% регіонів середньомісячна потреба у респіраторах на одного співробітника становить менше 3 одиниць. Загальна середньомісячна потреба у протиаерозольних респіраторах для співробітників ПТЗ становить 44 735 одиниць (у 2019 р. – 79 614 одиниць). З 22 регіонів 41% при закупівлях надає перевагу респіраторам класу захисту FFP3.

В шести регіонах з 24 (за винятком Миколаївської області), що надали інформацію, в наявності є лише одна модель протиаерозольного респіратуру.

З 7582 медичних працівників ПТЗ тільки 80,7% пройшли професійну підготовку з респіраторного захисту у 2020 р.

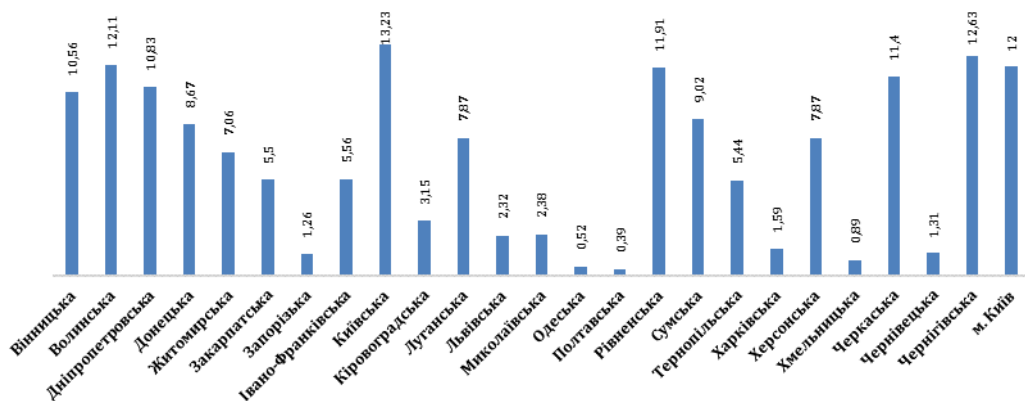


Рисунок 6.2. Забезпеченість респіраторами (кількість на місяць)

Об'єм витрачених розчинів для проведення фіт-тестування у регіонах свідчить про неправильну організацію проведення фіт-тестування співробітників. Результати фіт-тестування співробітників не враховуються при організації закупівель протиаерозольних респіраторів. Значну частину закладів II рівня у регіонах взагалі не включено до графіків проведення фіт-тестування.

Висновки з питань організації інфекційного контролю

Станом на 01.01.2021 р. ПТЗ не відповідають необхідним критеріям ІК ТБ. Протягом звітного періоду відзначено низьку якість організаційних та управлінських заходів щодо ІК у регіонах, а саме – планування заходів з ІК, розрахунки фінансового забезпечення та своєчасна їх подача розпоряднику коштів, розподіл потоків хворих, проведення оптимізації ліжок, професійна підготовка персоналу.

Не досягнуто рівня, встановленого Стандартом з ІК, щодо заходів індивідуального захисту органів дихання та роботи з бактерицидними лампами. Відсутність якісного оцінювання ефективності роботи бактерицидних ламп та вентиляційних систем, а також коштів для енергозабезпечення механічної вентиляції та наявність проблем із застосуванням природньої вентиляції, є основною причиною зниження ефективності заходів контролю за станом повітря у закритих приміщеннях.

Розпорядники коштів (структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій) не забезпечують запланованого рівня виділення коштів відповідно до потреби для реалізації заходів ІК. Розроблення стандартів операційних процедур не завершено у більшості закладів, що також відноситься до недоліків реалізації адміністративних заходів.

Наявність захворюваності медичних працівників свідчить про порушення вимог ІК за ТБ, особливо щодо професійної підготовки персоналу.

РОЗДІЛ 7. МОНІТОРИНГ І ОЦІНЮВАННЯ

Для ефективного функціонування програми необхідно є наявність адекватної системи моніторингу і оцінювання (МіО). Точність та достовірність наданих даних дозволяє керівникам приймати важливі та своєчасні рішення, пом'якшувати негативні наслідки та передбачати перешкоди у досягненні цілей програми.

Методологія оцінювання

Для оцінювання програми та виявлення сильних і слабких сторін, визначення потенційної загрози та можливостей було розроблено запитання. Оцінювання проводили за п'ятьма компонентами: 1) організація МіО; 2) координація МіО; 3) отримання даних МіО; 4) використання та аналіз даних МіО; 5) нарощування потенціалу МіО. Даний опитувальник було заповнено усіма регіональними ТБ-відділами.

Сильні сторони

Посадові обов'язки працівників. До сильних сторін слід віднести наявність посадових інструкцій з чітко визначеними функціональними обов'язками співробітників МіО (76% – підтвердили; 4% – частково). Але при цьому не завжди визначено чіткий розподіл обов'язків кожного окремого спеціаліста (64% – підтвердили; 12% – частково) (рисунки 7.1).

Координація роботи та надання зворотного зв'язку. Співробітники системи виявляють помилки та прогалини у роботі районних ПТЗ, надаючи зворотній зв'язок, що є дуже важливим при проведенні МіО (80% – підтвердили; 8% – частково). За даними опитувальника, 84% респондентів (8% – частково) підтвердили наявність координації та обміну даними між службами ТБ і ВІЛ (рисунки 7.2).

Планування діяльності. У регіонах 68% респондентів (8% – частково) повідомили про наявність плану заходів з МіО на поточний рік, який може бути адаптований та переглянутий за потреби (див. рисунки 7.2).

Спостереження за основними індикаторами. Система МіО дозволяє відстежувати основні три індикатори моніторингу: показники захворюваності, смертності, реєстрації випадків (76% – підтвердили; 12% – частково) (див. рисунки 7.2). Практично в усіх регіонах є письмові інструкції щодо заповнення форм звітності (80% – підтвердили; 12% – частково) (рисунки 7.3).

Підтримувальне кураторство. Більшість респондентів (64%) підтвердили наявність системи надання допомоги з питань МіО від вищого рівня (12% – частково) (рисунки 7.5).

Слабкі сторони

Повнота даних. Наявність проведення збору даних, які дозволяють оцінити кількість і якість послуг, відзначили 56% респондентів (28% – частково); щодо прихильності до лікування та місця надання послуг – 52%

(24% – частково); щодо охоплення послугами профілактики та лікування ключових груп населення – 44% (32% – частково). Стосовно збору та аналізу даних з діагностики та ПЛ ТБІ (із визначенням кількості осіб, в яких почали та завершили лікування), про наявність даних з проведення ПЛ ТБІ у контактних осіб віком <5 років повідомили лише 52% респондентів (20% – частково), з діагностики та лікування ТБ у дітей віком до 14 років – 68% (12% – частково), ПЛ ТБІ у ЛЖВ – 44% (20% – частково) (див. рисунок 7.3).

Координація поза системою МОЗ України. Наявність налагодженої координації зі структурами за межами системи МОЗ (ДКВС України, Міноборони) відзначено лише у половини випадків (52% – підтвердили; 36% – частково) (див. рисунок 7.2).

Визначення випадків. Наявність переліку оперативних визначень, що враховуються за кожним показником (наприклад, «особа, яка проходить лікування», «особа, яка отримала консультацію», «особа, яка пройшла тестування»), відзначили лише 56% респондентів (12% – частково). Проте наявність стандартних визначень випадків, результатів тестування і лікування, що враховуються за кожним показником (наприклад, «новий випадок», «повторний випадок», «ВПС» тощо), зазначили 76% респондентів (4% – частково). Вірогідно, у цьому питанні фахівці належним чином орієнтуються лише у термінах, що часто використовують. Стандартного визначення показників в усіх пунктах надання послуг з ТБ систематично дотримуються 64% респондентів (16% – частково). Наявність стандартного набору індикаторів з чітко сформульованою назвою, визначенням, метою та обґрунтуванням, зокрема використанням методу визначення показника з описом чисельника, знаменника і джерел даних, відзначили 68% респондентів (8% – частково). Використання категорії «інше» у системі звітності дозволяє чітко ідентифікувати «інші» випадки або «невдачу лікування», тому співробітники намагаються мінімізувати кількість хворих у цій категорії (68% – підтвердили; 4% – частково) (рисунок 7.4).

Подвійний облік випадку. Наявність системи звітності, що дозволяє уникнути дублювання даних (наприклад, коли особа отримує ту саму послугу в різних пунктах надання допомоги, реєстрацію даних пацієнта проводять одноразово), підтвердили 76% респондентів.

Можливості МіО

Нарощування потенціалу. Практично в усіх регіонах відзначено нестачу додаткових співробітників – епідеміологів, ІТ-спеціалістів (60% – підтвердили; 28% – частково), хоча з розвитком цифрових технологій та поточним удосконаленням системи ці спеціальності стають все більш затребуваними (див. рисунок 7.1). Оцінювання навичок та наявності належної компетенції персоналу з МіО щодо ТБ за період протягом останніх трьох років проводили 48% респондентів (16% – частково) (див. рисунок 7.5).

Мотивування та підтримка системи МіО міжнародними партнерами. Більшість респондентів (72%) відзначили потенційну можливість міжнародного партнерства у системі МіО. Також 100% респондентів

вказали, що не передбачено жодної окремої статті бюджету на потреби МіО, хоча для ефективного функціонування системи МіО необхідним є виділення не менше 7% вартості всієї програми. Проте у системі МіО крім державного фінансування (96%) відсутні додаткові джерела підтримки (див. рисунок 7.1).

Надання грошової винагороди та інших додаткових пільг для мотивації працівників залишається відкритим питанням у багатьох регіонах (72% – підтвердили; 16% – частково) (див. рисунок 7.1).

Загрози МіО

Інфраструктура. Зазвичай відділи МіО є у більшості регіонів (68% – підтвердили; 4% – частково) (див. рисунок 7.1), проте необхідним є повне охоплення, оскільки тільки так можна гарантувати повноцінний і якісний моніторинг.

Спеціалісти з МіО. Не в усіх регіонах є фахівці з МіО. Наявність достатньої кількості спеціалістів з МіО (повна або частка зайнятості) підтвердили 36% респондентів, тоді як 24% – вказали часткову наявність (див. рисунок 7.1).

Можливості підвищення кваліфікації спеціалістів. Наявність достатнього фінансування та письмового плану проведення професійної підготовки фахівців (епідеміологів, ІТ-спеціалістів та менеджерів баз даних) підтвердили лише 20% респондентів (8% – частково) (див. рисунок 7.5).

Професійна підготовка та матеріали з МіО. Наявність схвалених на національному рівні навчальних програм з МіО, настанов і стандартної операційної процедури підтвердили лише 28%. Також показник вирішення усіх питань, пов'язаних із професійною підготовкою з МіО, здебільшого не перевищував 50% (див. рисунок 7.5).

Обмеженість оцінювання

Не всі компоненти було повністю охоплено, наприклад, більш технічні питання було порушено лише частково. Також не було отримано всі відповіді респондентів. Проте проведення більш детального оцінювання заплановано у майбутньому.

Висновки

Працівники системи МіО на центральному рівні своєчасно отримують дані регіональних відділень та відстежують індикатори моніторингу, забезпечуючи зворотний зв'язок та підтримувальне кураторство регіонів. Посадові обов'язки та план роботи визначено у більшості регіонів.

Проте отримані дані не завжди є повними та якісними, іноді можливим є дублювання випадків. Також існують певні складнощі у координації роботи зі структурами, що виходять за межі МОЗ України (ДКВС України, Міноборони).

До недоліків системи належать наявність неповної інфраструктури МіО у деяких регіонах та нестача співробітників. Відсутність інфраструктури на

місцях ставить під загрозу ефективність програми як в окремих регіонах, так і загалом у країні. Тому важливим є підтримання МІО на належному рівні. Також не завжди є можливість проведення професійної підготовки фахівців, а практичних матеріалів з МІО дуже мало.

Слід розглянути можливості мотивації співробітників та нарощування потенціалу, а також залучення міжнародних партнерів для підтримки у регіонах.

Зараз система МІО зазнає періоду трансформації та адаптації у межах реформування системи охорони здоров'я. Фахівці з МІО здебільшого мають належну кваліфікацію, проте потребують певної професійної підготовки та надання нових сучасних матеріалів, а також підтримки та мотивації їх діяльності. Спеціалісти з МІО на центральному рівні надають допомогу регіонам.

На сьогодні пріоритетними є питання організації МІО на місцях із повним (100%) забезпеченням охоплення інфраструктурою МІО, а також інвестування в національні кадри. На місцях МІО фінансується здебільшого з державного бюджету, проте додаткова допомога та сприяння розвитку МІО були б також доречними.

Таблиця 7.1. Аналіз роботи МІО

Сильні сторони	Слабкі сторони
- Визначення посадових обов'язків працівників. - Координація роботи та надання зворотного зв'язку. - Планування діяльності. - Відстеження показників основних індикаторів. - Підтримувальне кураторство для регіонів.	- Повнота та якість даних. - Координація із структурами поза межами МОЗ. - Використання визначення випадків. - Дублювання випадків.
Можливості	Загрози
- Необхідність нарощування потенціалу. - Створення системи мотивації працівників. - Підтримка міжнародними партнерами.	- Інфраструктура. - Кадри з МІО. - Можливості для підвищення кваліфікації фахівців. - Професійна підготовка та матеріали з МІО.



Рисунок 7.1. Організація МіО



Рисунок 7.2. Координація МіО



Рисунок 7.3. Отримання даних МІО

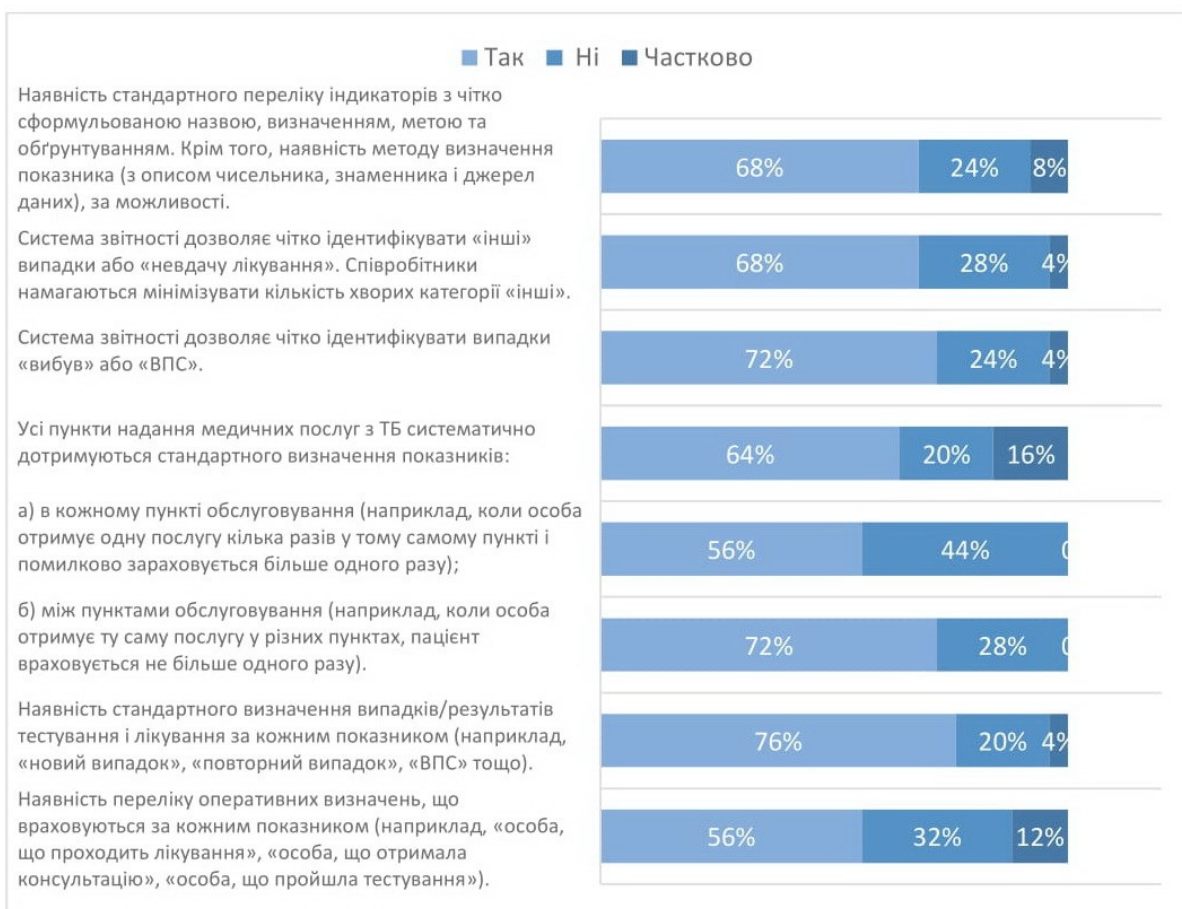


Рисунок 7.4. Використання та аналіз даних МІО

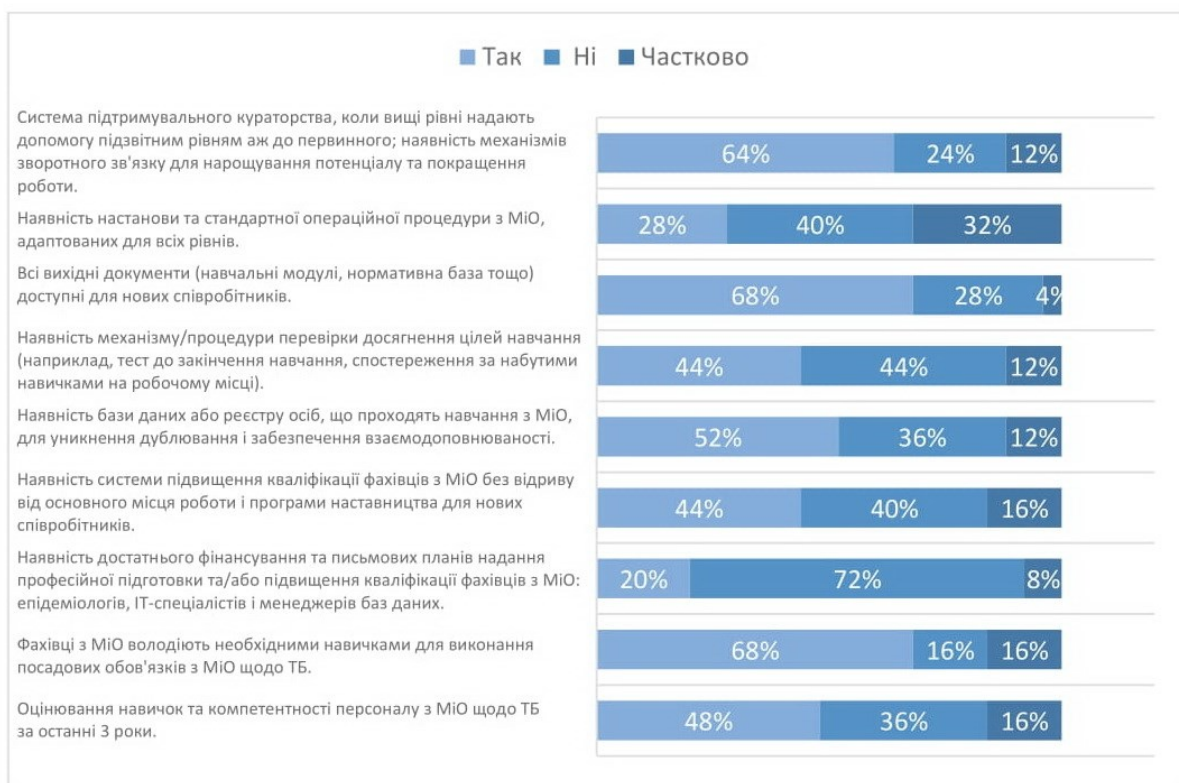


Рисунок 7.5. Нарощування потенціалу МіО

ВИСНОВКИ

Реформування і децентралізація системи охорони здоров'я та виявлення туберкульозу

Реформування і децентралізація національних систем охорони здоров'я сприятиме розвитку моделей лікування, орієнтованих на потреби пацієнта і зниження витрат лікування. Це дозволить вивільнити ресурси і направити їх на забезпечення ранньої діагностики і покращення загальної якості лікування. Для досягнення цілей у виявленні та лікуванні хворих на ТБ необхідно відмовитися від неефективних програм минулого, що діють за принципом «зверху вниз». Необхідним є впровадження радикально нового підходу із залученням до партнерства цивільного населення, громадських організацій та приватного сектору на всіх етапах планування і впровадження заходів з боротьби із ТБ.

Для подолання захворювання необхідним є впровадження нових стратегій з акцентом на подальшій міжвідомчій співпраці, із залученням високопосадовців та просуванням інтересів програми. Для отримання максимальних результатів у боротьбі з епідемією ТБ повинні співпрацювати не лише міністерство охорони здоров'я і сектор охорони здоров'я, а всі міністерства та урядові відомства.

Відповідно до Цілей Стійкого Розвитку (ЦСР), необхідно забезпечити загальне охоплення медичними послугами із наданням якісної і доступної медичної допомоги та належної соціально-економічної підтримки хворих. Це потребує підтримки з боку Кабінету Міністрів України, Адміністрації Президента України та місцевих муніципальних управлінь.

Необхідним є розширення обсягу інвестицій для зміцнення системи охорони здоров'я, закупівлі препаратів і витратних матеріалів, для надання якісної і доступної медичної допомоги хворим на ТБ, впровадження нових заходів з боротьби із ТБ, а також для надання соціально-економічної допомоги хворим та їхнім родинам із забезпеченням психосоціального супроводу.

Розширення використання молекулярної експрес-діагностики для виявлення ТБ на ранніх стадіях, а також ЛС-ТБ, допоможе виявити захворювання вчасно. Особливо це стосується осіб з підвищеним ризиком інфікування, а саме – ув'язнених, мігрантів та людей, що вживають наркотичні засоби. Крім того, необхідно покращити показники виявлення, доступ до лікування та моніторинг серед контактних осіб.

Складність діагностики ТБ посилюється через стигму у громадських місцях та медичних закладах, включаючи гендерні аспекти, пов'язані з самостигматизацією. Відсутність адекватної інформації щодо діагностики і лікування ТБ, необхідність відвідувати медичні заклади декілька разів до підтвердження діагнозу ТБ, а також наявність інших важливих пріоритетів, крім пов'язаних зі здоров'ям, стають на перешкоді до отримання допомоги. Для отримання послуг з діагностики ТБ необхідною є наявність декларації із сімейним лікарем. Проте більшість представників ключових груп (а саме – бездомні, колишні в'язні) таких декларацій не мають, зокрема через

відсутність цивільних документів, необхідних для їх підписання. За даними операційного дослідження 2019 р., було підтверджено ефективність виявлення ТБ серед представників ключових груп в Україні, а децентралізовану модель діагностики ТБ визначили як найбільш доцільну і ефективну стратегію для ключових груп.

Лікування із застосуванням нових препаратів

Впровадження нових схем лікування підвищить ефективність терапії чутливого до лікарських засобів ТБ та ЛС-ТБ, зокрема ТБ у дітей. Ці схеми допоможуть покращити показники прихильності до лікування, зупинити поширення ЛС-ТБ, заощадити значну частину витрат (прямих і непрямих) для систем охорони здоров'я, а також розширити масштаби лікування МЛС-ТБ і ТБ у дітей.

ВІЛ-інфекція і туберкульоз

Співпраця між службами з боротьби із ТБ та ВІЛ покращилась на національному та регіональному рівнях. Показник виявлення випадків коінфекції ТБ/ВІЛ підвищився за рахунок розширення використання МГМ в обох службах, включаючи пенітенціарний сектор. Рання початок АРТ в усіх осіб, що цього потребують, та застосування підходів, орієнтованих на пацієнта, сприятиме забезпеченню ефективного ведення випадків на регіональному рівні. У 2019 р. в Україні почали використовувати ліпоарабіноманановий тест бокового зсуву (LF-LAM) для виявлення ТБ серед ЛЖВ. Розширення використання цього методу дозволить скоротити затримки у діагностиці ТБ у ЛЖВ, виявити додаткові випадки і знизити показники смертності від ТБ серед осіб з ослабленим імунітетом.

Психосоціальна підтримка та робота з ключовими групами

Місцеві неурядові організації (НУО) мають відповідні можливості, кваліфікацію і мотивацію для підвищення рівня ефективності лікування: до 90–95% у пацієнтів з чутливим до лікарських засобів ТБ та до 87–90% у пацієнтів з ЛС-ТБ. Надавачі ПМСД ще недостатньо залучені до лікування хворих на ТБ і ведення пацієнтів, зокрема з використанням DOT/VOT, через відсутність мотивації і відповідних повноважень. Потрібні зміни в існуючому законодавстві та підзаконних актах, щоб дозволити аутріч-працівникам/соціальним працівникам НУО або державним соціальним службам надавати послуги DOT. Необхідні додаткові зусилля як на центральному, так і на регіональному рівнях для поширення передового досвіду із розширення психосоціального супроводу хворих співробітниками НУО в інших регіонах країни.

Незважаючи на досягнутий прогрес у лікуванні та діагностиці ТБ, все ще залишаються верстви населення з високою концентрацією ТБ. Зокрема ув'язнені та люди, що вийшли з місць позбавлення волі, особи, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, та люди без певного місця проживання. Необхідно посилити заходи з виявлення та лікування ТБ саме у цих групах, а також покращити надання психосоціальної підтримки даним верствам населення.

Моніторинг програми

У зв'язку з діючими процесами реформування системи охорони здоров'я протікає поділ практичної роботи з лікування хворих та проведення звітності і моніторингу з боку регіональних філій Центру. Дуже важливо зміцнити взаємодію, обмін даними, моніторинг та відстеження випадків з боку обох служб. Виявлення, лікування та підтримка кожного хворого потребує координації спільних зусиль.

Крім того, при переході від системи E-TV Manager до системи МІС ВІЛ важливо забезпечити плавність переходу і посилити координацію як розробки самого модуля з ТБ за допомогою фахівців для удосконалення та доступності даних і звітів, взаємозв'язку з розділами поставки препаратів, отримання лабораторних результатів, так і інтеграції з модулем ВІЛ та іншими важливими параметрами, необхідними для ефективного лікування.

