

Виявлення туберкульозу серед сільських жителів

Київ – 2019

Виявлення туберкульозу серед сільських жителів.
Звіт за результатами дослідження. – Київ, 2019.
Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка
На замовлення ДУ «Центр громадського здоров'я»
МОЗ України

Авторський колектив:
Юлія Середа
Олеся Трофименко

Зміст

Абревіатури	5
Вступ	6
Методологія дослідження	9
Соціально-демографічні, поведінкові та клінічні характеристики пацієнтів з підозрою на ТБ, які зверта- лися до районних фтизіатрів після направлення з ФАП. . .	18
Клінічні маршрути пацієнтів з підозрою на ТБ та шляхи їх оптимізації.	24
Витрати часу на шляху до діагностики та лікування ТБ та пов'язані чинники	24
Затверджені клінічні маршрути на рівні ЗОЗ.	42
Логістика маршруту пацієнта: думки медичних працівників та досвід пацієнтів.	52
Чинники, що сприяють поширенню ТБ у селах	58
Обмеження з боку медичної системи та індивідуальні чинники	58
Стигматизація та дискримінація пацієнтів з підозрою на ТБ	68
Невідповідність послуг лікування ТБ потребам пацієнтів у селах	71
Підходи до ранньої діагностики ТБ на рівні сіл	76
Види послуг з ранньої діагностики ТБ для сіл	76
Проведені заходи діагностики ТБ серед учасників дослідження.	81

Доступність ранньої діагностики для жителів сіл (порівняння відповідей медичних працівників та хворих на ТБ).	82
Рівень поінформованості щодо ТБ	84
Методи профілактики ТБ у селах	88
Доступність заходів з профілактики ТБ за місцем проживання	88
Можливість оптимізації заходів профілактики ТБ для мешканців сіл	95
ВИСНОВКИ	97
Рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації методів профілактики ТБ та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості	103

АБРЕВІАТУРИ

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВГС	вірус гепатиту С
ДІ	довірчий інтервал
ЗЛМ	загальна лікувальна мережа
МКВ	міжквартильна відстань
МРТБ	мультирезистентний туберкульоз
МТБ	мікобактерія туберкульозу
ПМСД	первина медико-санітарна допомога
СР	співвідношення ризиків
ТБ	туберкульоз
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ЦГЗ МОЗ України	ДУ «Центр громадського здоров'я» Міністерства охорони здоров'я України
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ	центральна районна лікарня
IRB	Institutional Review Board

ВСТУП

Україна входить до топ-30 країн з великим тягарем епідемії туберкульозу (ТБ) та топ-10 країн за поширеністю мультирезистентного ТБ (МРТБ).¹ За розрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2017 році оціночна захворюваність на ТБ в Україні знаходиться на рівні 84 на 100 тис. населення, а за даними рутинного епіднагляду захворюваність на нові випадки разом з рецидивами складає 63,9 на 100 тис. населення.² Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 24% випадків ТБ, що сприяє подальшому поширенню хвороби серед населення.

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України³, у 2018 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення України становила 62,3 на 100 тис. населення і мала тренд до зниження. Загалом рівень захворюваності знизився на 12% впродовж 2015-2018 рр. Виключенням є 5 областей (Закарпатська, Вінницька, Запорізька, Одеська області та підконтрольні території Луганської області), де захворюваність на ТБ зростала впродовж цього періоду. Поширеність усіх форм активного ТБ серед населення України знижується, проте все ще залишається високою, якщо порівнювати з цільовим показником Партнерства «Стоп ТБ» (74 на 100 000 населення у 2018 р. проти 36 на 100 000). Впродовж 2017-2018 рр. поширеність ТБ зростає у трьох областях: Одеська, Миколаївська та Дніпропетровська областях.

Оптимізація системи протитуберкульозної допомоги передбачалася у межах виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на

¹ World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017.

² Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019 р.

³ Там само.

2012-2016 рр. (Закон України від 16.10.2012 №5451-VI)⁴, проте це не було реалізовано. У районах областей рівень доступу до нових методів лабораторної діагностики ТБ є низьким. Використання систем GeneXpert як первинного діагностичного тесту для виявлення туберкульозу ще на етапі впровадження (планується до 2 кварталу 2020 р.). Поширеним залишається надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню в умовах стаціонару на період інтенсивної фази лікування, що також пов'язано з лінійним постатейним фінансуванням спеціалізованої допомоги на основі кількості лікарняних ліжок. Спостерігається низька якість інфекційного контролю в регіонах, зокрема щодо розподілу потоків хворих, проведення оптимізації ліжок та навчання і підготовки персоналу. Нова Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 роки (розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1011-р)⁵ має на меті реформування підходів до надання протитуберкульозної допомоги шляхом розвитку системи амбулаторної допомоги, забезпечення соціального супроводу пацієнтів та розширення інноваційних методів діагностики і лікування туберкульозу. З 2020 р. починається впровадження нової моделі фінансування спеціалізованої медичної допомоги за принципом «оплата за послугу», зокрема протитуберкульозної служби; а впродовж 2018-2019 було реформовано систему фінансування первинної ланки (оплата на основі капітаційної ставки). Таким чином, період реалізації Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз фактично співпадає з періодом кардинальних змін у загальній системі охорони здоров'я.

Зазвичай у сільській місцевості захворюваність на ТБ вище, ніж у міській, що може бути пов'язано з обмеженим до-

⁴ Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 49, ст.685; режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1011-2017-p>

⁵ Розпорядження КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1011-р; режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1011-2017-p>

ступом до медичної допомоги, стигмою та відмінностями у рівні поінформованості. Україна не є виключенням. Майже в усіх областях України захворюваність на ТБ (нові випадки та рецидиви) сільських жителів на 2–30% вища, ніж захворюваність міських жителів⁶.

У цьому звіті представлено результати кількісного і якісного дослідження процедур та стратегій виявлення ТБ серед сільських мешканців і доступу до профілактики ТБ, включаючи досвід пацієнтів, думки медичних працівників та національних експертів. За результатами дослідження були підготовлені рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації виявлення ТБ у сільській місцевості.

⁶ Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019 р.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основна *мета дослідження* полягає в оцінці процесу виявлення ТБ у сільській місцевості, зокрема аналізі маршрутів пацієнтів і витрат часу на шляху до діагностики і лікування, встановлення індивідуальних чинників та чинників системи охорони здоров'я, які впливають на виявлення випадків ТБ у селах, а також огляді методів профілактики, які застосовуються у селах з точки зору пацієнтів та медичних працівників.

Завдання дослідження:

√ Дослідити чинники, що сприяють поширенню ТБ серед людей, що проживають у селах, та визначити заходи для зменшення впливу цих чинників.

√ Оцінити, наскільки клінічні маршрути пацієнтів з підозрою на ТБ у людей, що застосовуються у селах, відповідають чинній нормативній документації та які існують шляхи для їх оптимізації.

√ Визначити підходи, що використовуються для ранньої діагностики ТБ у сільського населення, їх доступність та запропонувати можливості для оптимізації.

√ Описати методи профілактики ТБ, що застосовуються у сільській місцевості, та проранжувати їх за рівнем ефективності.

√ Надати рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації методів профілактики ТБ та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості.

Дизайн дослідження є комбінованим, базується на використанні якісних та кількісних методів дослідження і роботи як із первинною, так і вторинною інформацією.

Географія якісного та кількісного дослідження включає чотири області України, які обиралися за показниками тягаря епідемії ТБ, а також з урахуванням географічного розташування для представлення різних регіонів країн (**Таблиця 1**).

Таблиця 1. Епідеміологічний профіль областей дослідження, 2018 р⁷.

	Україна у цілому	Південь Одеська область	Північ Чернігівська область	Схід Харківська область	Захід Закарпатська область
Оціночна чисельність наявного населення на 01.01.2019 р.	42 153 201	2 380 308	1 005 745	2 675 598	1 256 802
Оціночна чисельність наявного сільського населення на 01.01.2019 р.	12 896 505	784 815	350 139	507 245	790 664
Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви на 100 000	62.3	140.6	73.7	49.7	67.6
Захворюваність на ТБ серед міських жителів	57.0	142.8	61.2	46.3	71.9
Захворюваність на ТБ серед сільських жителів	74.3	136.2	96.3	63.8	65.2
Захворюваність усіх контактних осіб у вогнищах ТБ (на 1000 контактних)	11.2	16.1	5.0	11.8	7.7
Частка хворих з ТБ/ВІЛ серед хворих на ТБ (нові випадки і рецидиви), %	22.0	45.6	20.3	9.5	3.1

⁷ Джерело даних щодо чисельності населення: Статистичний збірник «Чисельність наявного населення України на 1 січня 2019 року» / Державна служба статистики України, режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/06/zb_chnn2019.pdf.

Джерело даних щодо епідеміологічних показників: Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019 р.

	Україна у цілому	Південь	Північ	Схід	Захід
		Одеська область	Чернігівська область	Харківська область	Закарпатська область
Смертність від ТБ (на 100 тис. населення)	8.2	8.8	7.8	8.3	12.8
Смертність від ТБ і ко-інфекції ТБ/ВІЛ (на 100 тис. населення)	3.9	12.9	4.3	1.5	0.3
Кількість одиниць систем GeneXpert, що інсталювані у медичних закладах	102	9	1	4	4
Частка задовільного результату лікування усіх випадків ТБ легень, когорти 2017 року (вилікувано та лікування завершено), %	73.1	68.8	71.8	76.4	75.3
Частка задовільного результату лікування всіх випадків МРТБ, когорти 2016 року (вилікувано та лікування завершено), %	49.4	38,1	40.0	53.9	50,9

Серед південних областей було обрано Одеську область, північних – Чернігівську, східних – Харківську, а західних – Закарпатську. З 4х областей, Одеська область має вдвічі вищий показник захворюваності на ТБ та найвищу частку хворих з ТБ/ВІЛ серед хворих на ТБ (майже половина випадків, 46%). Це область з одночасно високим тягарем епідемії ТБ та ВІЛ. Разом з тим, Одеса – єдина область у дослідженні, де захворюваність на ТБ серед міського населення є вищою, ніж сільського. Чернігівська та Закарпатська області мають поді-

бні показники захворюваності на ТБ, що дещо вищі за загальнонаціональний рівень. Харківська область – єдина область з чотирьох, де захворюваність на ТБ нижча за середню оцінку по країні. Високий показник захворюваності усіх контактних осіб у вогнищах ТБ частково свідчить про ефективність роботи з контактами; цей показник є більш високим у Одеській та Харківській області, ніж у Чернігівській та Закарпатській. Показники смертності від ТБ є подібними в Одеській, Чернігівській та Харківській області і є близькими до середньоукраїнського показника. Натомість у Закарпатській області смертність від ТБ перевищує показник по Україні у цілому, що може свідчити про пізнє виявлення випадків ТБ. Забезпеченість GeneXpert є одним з індикаторів рівня інфраструктури протитуберкульозної служби у регіоні. У цьому контексті, Одеська область має найбільшу кількість одиниць систем GeneXpert, вдвічі менше систем у Харківській та Закарпатській областях і тільки одна одиниця у Чернігівській області. Одеська область має найнижчий рівень успішного лікування усіх випадків ТБ, проте вищий рівень задовільного результату лікування всіх випадків МРТБ на фоні інших трьох областей.

Складові якісного дослідження:

- аналіз клінічних маршрутів у ФАП та амбулаторіях з метою оцінки їх відповідності до чинної нормативної документації та міжнародних клінічних протоколів;
- проведення глибинних інтерв'ю з експертами національного рівня, що працюють у сфері протидії туберкульозу;
- проведення глибинних інтерв'ю з фтизіатрами районних лікарень та медичними працівниками первинної ланки у селах;
- проведення глибинних інтерв'ю із пацієнтами – мешканцями сільської місцевості, у яких було діагностовано ТБ і які пройшли маршрут пацієнта від звернення до загальної лікарняної мережі до протитуберкульозної служби.

Складові кількісного дослідження:

- вторинний аналіз даних пацієнтів з Національного Реєстру хворих на туберкульоз, включаючи форму первинної облікової документації №081-2/о «Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1» та дані первинної облікової документації 081/о «Амбулаторна карта хворого на туберкульоз» та форми первинної облікової документації № 081–1/о (форма ТБ01).

Вибірка

У кожному регіоні дослідження було відібрано 3 сайти для проведення дослідження, а саме 1 район, та 2 села у межах району. Райони областей обиралися за найвищими показниками захворюваності на туберкульоз, таким чином, в Одеській області обрано Біляївський район, у Чернігівській – Чернігівський, у Харківській – Харківський, а у Закарпатській – Мукачівський. До вибірки сіл потрапили наступні: Одеська область, Біляївський район, с. Йосипівка, Дальник; Закарпатська область, Мукачівський район, с. Верхня Визниця, Ракошино; Харківська область, Харківський район, с. Хроли, Надточії; Чернігівська область, Чернігівський район, с. Киїнка, Іванівка.

Для кількісного дослідження із ТБ Реєстру спеціалістами ЦГЗ МОЗ України були вивантажені дані пацієнтів із вказаних районів, яким було встановлено діагноз у 01/2017 – 06/2019 роках (випадки чутливого і резистентного туберкульозу). Загалом вибірка кількісного дослідження склала 946 пацієнтів, з яких 307 проживали в містах обраних районів, а 639 – у селах.

Якісний етап дослідження на національному рівні включав проведення 5 глибинних інтерв'ю з експертами національного рівня, що працюють у сфері протидії туберкульозу; 4 глибинних інтерв'ю з районними фтизіатрами (по одному у кожному районі); 8 глибинних інтерв'ю з медичними працівниками первинної ланки (по одному у кожному селі) та 16 інтерв'ю з пацієнтами (по 2 у кожному селі).

Основні критерії відбору респондентів для якісного дослідження:

- Експерти національного рівня:
 - а. рекомендація експертів Робочої групи дослідження, наявність досвіду роботи у сфері протидії ТБ не менше 2-х років;
- Районні фтизіатри та первинна ланка (фельдшери ФАП, сімейні лікарі):
 - а. досвід лікування хворих на ТБ сільських жителів впродовж останніх 2-х років;
 - б. наявність серед пацієнтів тих, хто має підтверджений діагноз ТБ;
- Пацієнти:
 - а. вік 18 років і старше;
 - б. підозра на ТБ під час звернення до сільського фельдшера;
 - с. скеровані із ФАП до районної лікарні;
 - д. отримали консультацію районного фтизіатру.

Також було проаналізовано клінічні маршрути, наявні у ЗОЗ, які увійшли до вибірки дослідження. Всього було зібрано 12 таких маршрутів.

Процедури дослідження

Польовий етап дослідження здійснювався регіональними координаторами Центру соціальних експертиз ім. Ю. Саснка. Усі інтерв'юери та члени дослідницької команди пройшли навчання, з метою засвоєння специфіки та особливостей цього дослідження.

Глибинні інтерв'ю з експертами національного рівня та медичними працівниками проводилися «віч-на-віч» за розробленим гайдом. З пацієнтами проводилося телефонне напівструктуроване інтерв'ю. До процедури рекрутингу пацієнтів залучалися медичні працівники, які безпосередньо

контактували із пацієнтами. Медичні працівники телефонували пацієнтам, які підходили за критеріями включення, повідомляли про дослідження, зачитували інформовану згоду та уточнювали можливість надання мобільного номеру телефону інтерв'юєру для подальшого контакту. У випадку згоди на участь, інтерв'юєр телефонував пацієнту і домовлявся про зустріч. Інтерв'юєри здійснювали аудіозапис усіх глибинних інтерв'ю. Назви аудіофайлів не містили жодної інформації, за якою можна ідентифікувати учасника інтерв'ю.

Процедури кількісного дослідження передбачали перевірку вивантажених даних ТБ Реєстру на повноту заповнення інформації про пацієнтів. У разі виявлення прогалин у інформації чи невідповідних даних про пацієнтів у вивантажених формах, районні фтизіатри уточнювали її на основі паперових медичних карток пацієнтів, наявних у районних ЗОЗ. При цьому, навіть після уточнення даних за допомогою координаторів медичного компоненту, залишилося багато пропущеної інформації та спостерігалася невідповідність у датах звернення пацієнтів до лікувальних закладів та датах підтвердження діагнозу. Такі прогалини у Реєстрі можуть свідчити про низьку якість заповнення паперової документації пацієнтів та механічне перенесення її до Реєстру без уточнення відсутніх даних.

Перед аналізом, вивантажена база даних була деперсоналізована, тобто були видалені ім'я, прізвище, по-батькові пацієнтів, їх адреса проживання, контактні дані, а також контактні дані їх сімей чи оточення. Доступ до документів первинної медичної облікової документації мали лише медичні працівники.

Усі учасники дослідження, як експерти національного рівня, так і медичні працівники та пацієнти, отримали компенсацію за час, витрачений на участь у дослідженні. У випадках невідповідності критеріям включення в дослідження, або неповного проходження інтерв'ю, компенсація не виплачувалася, про що попереджалося до початку участі в дослідженні.

Аналіз даних

Основою для аналізу даних якісного дослідження слугували транскрипти глибинних інтерв'ю. Було вивчено всі матеріали глибинних інтерв'ю та сформовано загальну картину явищ та процесів, що були виявлені у ході дослідження, а також проведено їхню оцінку.

Аналіз кількісних даних здійснювався у R, версія 3.5.2 (2018 The R Foundation for Statistical Computing). Складові кількісного аналізу: порівняння соціально-демографічного, поведінкового та клінічного профілю пацієнтів з ТБ у містах та селах; оцінка витрат часу та затримки на шляху до діагностики і лікування, а також пов'язаних чинників. Витрати часу у днях представлені медіанами та 25м і 75м процентилями розподілу (міжквартильна відстань – МКВ). Інтерпретація процентилів наступна: 50% найчастіших оцінок були у проміжку між 25м та 75м процентилями. Іншими словами, якщо 75й перцентиль кількості днів до лікування дорівнює 20, це означає, що 25% вибірки мали більші витрати часу ніж 20 днів. При оцінці витрат часу екстремальні викиди ($\pm 3 \cdot \text{МКВ}$) не включалися у розрахунок.

Порівняння відмінностей між групами здійснювалося за допомогою описових статистик та статистичних тестів, зокрема тесту Хі-квадрат для категоріальних результатів, Т-тесту для кількісних результатів з нормальним розподілом та тесту Краскела-Уолліса для кількісних результатів з асиметричним розподілом. За результатами статистичних тестів розраховане значення p ; якщо це значення менше за 0.05, ми можемо стверджувати, що вкрай малоймовірно, що отримані відмінності між групами за результатами вибіркового дослідження є випадковістю. Якщо значення p більше за 0.05, проте менше за 0.1, можна припустити граничну статистичну значущість. Іншими словами, розмір вибірки чи окремих підгруп був недостатнім, щоби довести статистичну значущість отриманих відмінностей; проте такі відмінності потенційно можуть мати місце.

Аналіз чинників, пов'язаних з різними видами затримки на шляху до діагностики і лікування здійснено як аналіз часу до події за допомогою бінарних регресій Кокса, що надає співвідношення ризиків / загроз (СР – англ. «hazard ratio») та їх 95% довірчі інтервали (ДІ). У цьому аналізі подія визначена як позитивна категорія, наприклад, звернення до лікаря, встановлення діагнозу тощо. Отже СР більше одиниці демонструє більшу ймовірність мати менші витрати часу до події, а СР менше одиниці – навпаки. Якщо 95% ДІ для СР включає одиницю, можна стверджувати, що отримані відмінності між групами не є статистично значущими на рівні 5%. Скориговане СР, що враховує одночасно декілька чинників, не розраховувалося через обмеження розміру вибірки.

Етичні засади

Протокол та інструменти дослідження отримали позитивний висновок Комісії з біоетики ЦГЗ МОЗ України (IRB комітет). Усі учасники дослідження надали інформовану згоду.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ, ПОВЕДІНКОВІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З ПІДОЗРОЮ НА ТБ, ЯКІ ЗВЕРТАЛИСЯ ДО РАЙОННИХ ФТИЗИАТРІВ ПІСЛЯ НАПРАВЛЕННЯ З ФАП

За результатами аналізу даних ТБ Реєстру серед сільських мешканців було більше осіб старшого віку: середній вік – 44 роки у селах та 41 рік і містах ($p=0.001$) (**Таблиця 2**). Розподіл за статтю суттєво не відрізнявся у містах та селах районів. Більшість (69%) пацієнтів – це чоловіки. Щодо соціального статусу, дві третини пацієнтів були безробітними (64% від загалу вибірки). Враховуючи вікові відмінності, у селах вища частка пенсіонерів (13% проти 7% у містах) та менше працюючого населення (10% проти 16%) ($p=0.011$). З 16 медичних працівників, у яких було діагностовано ТБ впродовж періоду дослідження, 10 проживали у селах.

**Таблиця 2. Соціально-демографічні характеристики
пацієнтів з ТБ за типом поселення**

(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

	Загалом	Місто	Село	p
	N=946	N=307	N=639	
Середній вік (стандартне відхилення)	43.4 (14.0)	41.3 (13.2)	44.4 (14.2)	0.001
Стать				0.096
Жіноча	294 (31.1%)	107 (34.9%)	187 (29.3%)	
Чоловіча	652 (68.9%)	200 (65.1%)	452 (70.7%)	
Соціальний статус				0.011
Робітники, службовці, підприємці	111 (11.8%)	49 (16.1%)	62 (9.7%)	
Медичні працівники	16 (1.7%)	6 (2.0%)	10 (1.6%)	
Непрацюючі працездатного віку	600 (63.7%)	192 (63.0%)	408 (64.1%)	
Люди з інвалідністю	45 (4.5%)	16 (5.3%)	29 (4.6%)	

	Загалом	Місто	Село	p
	N=946	N=307	N=639	
Пенсіонери	102 (10.8%)	20 (6.6%)	82 (12.9%)	
Студенти, учні, діти	30 (3.2%)	12 (3.9%)	18 (2.8%)	
Інше	38 (4.0%)	10 (3.3%)	28 (4.4%)	
Не зазначено	4	2	2	
Середня вага на момент діагнозу (стандартне відхилення)				
жінки	58.6 (14.2)	58.3 (12.8)	58.8 (15.0)	0.744
чоловіки	64.3 (12.2)	65.7 (13.2)	63.6 (11.6)	0.048

В Україні до груп ризику щодо ТБ⁸ традиційно відносять:

- осіб, які перебували в місцях позбавлення волі;
- мігрантів та біженців;
- осіб з ризиковою поведінкою (куріння, зловживання алкоголем, бродяжництво, вживання психоактивних речовин);
- осіб з захворюваннями, які призводять до послаблення імунітету (ВІЛ-інфіковані, люди з хронічними захворюваннями легень, шлунково-кишкового тракту, цукровим діабетом, онкологічними або іншими захворюваннями);
- осіб з психічними захворюваннями чи глибоким стресом;
- осіб, які контактують з хворими на туберкульоз людьми чи тваринами

Частка груп ризику серед пацієнтів з ТБ у обраних регіонах дослідження була невеликою (**Таблиця 3**). Тільки 3% мали досвід перебування у місцях позбавлення волі. Не було осіб, які належали до внутрішньо-переміщених осіб чи мігрантів. Двадцять вісім (3%) пацієнтів належали до ромської спільноти, майже всі з них проживали у селах. Пацієнти-роми були тільки в Закарпатській області. Шість осіб (0.6%) були безпритульними, п'ятеро з них походили з села. Пацієнти, які курили на момент звернення за медичною допомогою, частіше зустрічалися у містах (20% проти 14%, $p=0.021$). Водночас частка пацієнтів, які зловживають алкоголем, була вищою у

⁸ Наказ МОЗ України від 15.05.2014 р. No 327, зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 02.06.2014 за No 577/25354.

селах (15.5% проти 7%, $p < 0.001$). Двадцять два пацієнти (2%) вживали наркотики ін'єкційним шляхом, з них 18 проживали в селах. Слід зазначити, що за результатами глибинних інтерв'ю абсолютно всі медичні працівники стверджувати, що більшість пацієнтів з ТБ – це групи ризику за соціальними критеріями, зокрема говорили про високу поширеність зловживання алкоголем (*«у нас [в районі] контингент хворих на туберкульоз – це асоціальні люди; кожен другий – зловживає алкоголем. Приходять на прийом то п'яний, то з перегаром.»*, районний фтизіатр). Це не підтверджується кількісними даними Реєстру. Можна припустити, що низька частка груп ризику за соціальними та поведінковими критеріями може бути наслідком недостатнього рівня фіксації соціальних детермінант при зборі анамнезу пацієнтів.

Частка пацієнтів з ТБ/ВІЛ у сільській місцевості була вдвічі нижчою ніж у містах (12% проти 21.5%, $p < 0.001$). Більшість з них проживали в Одеській області (66% від загалу пацієнтів з ко-інфекцією). Біля 5% пацієнтів мали цукровий діабет. Гепатит С мали приблизно 2% пацієнтів. Інші супутні захворювання були менш поширені.

Більшість пацієнтів дізналися про наявність підозри щодо ТБ при самостійному зверненні до лікаря (58%) або професійному медичному огляді (31%) (**Таблиця 4**). Кожний десятий (10%) вже перебував у стаціонарі з інших причин на момент проходження обстеження на ТБ. Менше 1% пацієнтів було виявлено після обстеження контактів. Частка нових випадків ТБ була вищою у містах (76% проти 70% у селах, $p = 0.041$). Дві третини випадків ТБ було підтверджено лабораторно (67%), а біля третини – за результатами рентгенологічного обстеження (30%), решта були підтверджені гістологічно або клінічно. Випадки позалегенового ТБ були в основному у міських жителів (7% проти 4% серед мешканців села, < 0.001). 13% пацієнтів з міст та 7% пацієнтів з селищ мали і легеневу, і позалегенову локалізацію ТБ. Понад третини пацієнтів (37%) мали резистентність до протитуберкульозних препаратів.

Тільки 11 осіб (1%) у всіх чотирьох районах дослідження були діагностовані після обстеження ТБ контактів. Десятеро з них – з Одеської області (4 міських та 6 сільських мешканців), а один – з Чернігівської області (сільський мешканець).

Таблиця 3. Соціальні та медичні групи ризику пацієнтів з ТБ за типом поселення

(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження:
Біляївський район Одеської області, Чернігівський район
Чернігівської області, Харківський район Харківської області і
Мукачівський район Закарпатської області)

	Загалом N=946	Місто N=307	Село N=639	p
Ромське населення				0.142
Так	28 (3.0%)	5 (1.6%)	23 (3.6%)	
Ні	918 (97.0%)	302 (98.4%)	616 (96.4%)	
Досвід перебування у місцях позбавлення волі				0.027
Так	18 (1.90%)	1 (0.33%)	17 (2.66%)	
Ні	928 (98.1%)	306 (99.7%)	622 (97.3%)	
Куріння				0.021
Так	152 (16.1%)	62 (20.2%)	90 (14.1%)	
Ні	794 (83.9%)	245 (79.8%)	549 (85.9%)	
Зловживання алкоголем				<0.001
Так	121 (12.8%)	22 (7.17%)	99 (15.5%)	
Ні	825 (87.2%)	285 (92.8%)	540 (84.5%)	
Вживання ін'єкційних наркотиків				0.118
Так	21 (2.22%)	3 (0.98%)	18 (2.82%)	
Ні	925 (97.8%)	304 (99.0%)	621 (97.2%)	
Безпритульні				0.670
Так	6 (0.63%)	1 (0.33%)	5 (0.78%)	
Ні	940 (99.4%)	306 (99.7%)	634 (99.2%)	

	Загалом	Місто	Село	p
	N=946	N=307	N=639	
ВІЛ-позитивний статус				<0.001
Так	143 (15.1%)	66 (21.5%)	77 (12.1%)	
Ні	803 (84.9%)	241 (78.5%)	562 (87.9%)	
ВГС				0.269
Так	15 (1.59%)	7 (2.28%)	8 (1.25%)	
Ні	931 (98.4%)	300 (97.7%)	631 (98.7%)	
Діабет				0.690
Так	47 (4.97%)	17 (5.54%)	30 (4.69%)	
Ні	899 (95.0%)	290 (94.5%)	609 (95.3%)	
Інші супутні захворювання				0.518
Так	11 (1.2%)	2 (0.7%)	9 (1.4%)	
Ні	935 (98.8%)	305 (99.3%)	630 (98.6%)	

Таблиця 4. Характеристики випадків ТБ за типом поселення
(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження:
Біляївський район Одеської області, Чернігівський район
Чернігівської області, Харківський район Харківської області і
Мукачівський район Закарпатської області)

	Загалом	Місто	Село	p
	N=946	N=307	N=639	
Тип ТБ-випадку				0.041
Новий випадок	683 (72.2%)	233 (75.9%)	450 (70.4%)	
Рецидив	139 (14.7%)	46 (15.0%)	93 (14.6%)	
Інше	124 (13.1%)	28 (9.12%)	96 (15.0%)	
Підозру на ТБ установлено...				0.599
При профогляді	294 (31.1%)	97 (31.6%)	197 (30.8%)	
При зверненні до лікаря	550 (58.1%)	182 (59.3%)	368 (57.6%)	

	Загалом	Місто	Село	p
	N=946	N=307	N=639	
При обстеженні в стаціонарі	92 (9.73%)	24 (7.82%)	68 (10.6%)	
При обстеженні контактів	8 (0.85%)	3 (0.98%)	5 (0.78%)	
Інше	2 (0.21%)	1 (0.33%)	1 (0.16%)	
Діагноз ТБ підтвержено...				0.903
Гістологічно/ клінічно	23 (2.43%)	7 (2.28%)	16 (2.50%)	
Лабораторно	638 (67.4%)	210 (68.4%)	428 (67.0%)	
Рентгенологічно	285 (30.1%)	90 (29.3%)	195 (30.5%)	
Наявність резистентного ТБ				0.401
Чутливий	565 (62.6%)	180 (60.8%)	385 (63.4%)	
Моно-резистентність / резистентність до рифампіцину	57 (6.31%)	16 (5.41%)	41 (6.75%)	
МРТБ / ризик МРТБ / полірезистентність	232 (25.7%)	84 (28.4%)	148 (24.4%)	
Розширена медикаментозна резистентність	49 (5.43%)	16 (5.41%)	33 (5.44%)	
Локалізація ТБ				<0.001
Легенева	811 (85.7%)	243 (79.2%)	568 (88.9%)	
Обидві	85 (8.99%)	41 (13.4%)	44 (6.89%)	
Позалегенева	50 (5.29%)	23 (7.49%)	27 (4.23%)	

КЛІНІЧНІ МАРШРУТИ ПАЦІЄНТІВ З ПІДОЗРОЮ НА ТБ ТА ШЛЯХИ ЇХ ОПТИМІЗАЦІЇ

Витрати часу на шляху до діагностики та лікування ТБ та пов'язані чинники

Основа програм боротьби з туберкульозом – це забезпечення ранньої діагностики та швидке призначення протитуберкульозного лікування. Затримка діагностики чи відсутність лікування після встановлення діагнозу призводить до збільшення захворюваності. За даними досліджень, пацієнт із бактеріовиділенням, що не отримає лікування, може інфікувати у середньому 10 контактів щороку та понад 20 контактів до смерті.⁹ На додаток до цього, пацієнти, які виявляються на пізніх стадіях, мають меншу ймовірність успішного лікування та відповідно високий рівень смертності.¹⁰

Відповідно до визначення ВООЗ¹¹, виділяють наступні види затримки у маршруті пацієнта:

- *Діагностична затримка* – часовий інтервал між датами появи симптомів та постановкою діагнозу ТБ.
- *Затримка лікування* – часовий інтервал між датами постановки діагнозу ТБ та початком протитуберкульозного лікування.
- *Затримка пацієнта* – часовий інтервал між появою симптомів та зверненням до медичного працівника.

⁹ Storla DG, Yimer S, Bjune GA (2008) A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. BMC Public Health 8: 15 10.1186/1471-2458-8-15

¹⁰ Там само.

¹¹ World Health Organization (2006) Diagnostic and treatment delay in tuberculosis an in-depth analysis of the health-seeking behaviour of patients and health system response in seven countries of the Eastern Mediterranean Region. Geneva, Switzerland.

- *Затримка системи охорони здоров'я* – часовий інтервал між датою звернення до медичного працівника та початком протитуберкульозного лікування.

- *Повна затримка* – інтервал часу від початку хвороби до початку лікування. Це сума двох інтервалів часу: діагностичної затримки та затримки лікування.

На додаток до визначених видів затримок, у цьому дослідженні також аналізувалася *затримка між рівнями медичної допомоги* – часовий інтервал між датою звернення до загальної лікувальної мережі та датою звернення до протитуберкульозної служби; *затримка збору мокротиння* як одного з ключових методів у діагностичному алгоритмі – часовий інтервал між зверненням до загальної лікувальної мережі та датою збору мокротиння; *затримка отримання результату мокротиння* – часовий інтервал між забором мокротиння та отриманням результату; *затримка діагнозу у межах протитуберкульозної служби* – часовий інтервал між зверненням до протитуберкульозної служби та постановкою діагнозу. Також, *затримка пацієнта* розглядається окремо для загальної лікувальної мережі (ЗЛМ) та протитуберкульозної служби, оскільки в Україні поширені випадки самостійного звернення до спеціалізованої медичної допомоги, без переадресації з первинної ланки. ЗЛМ включає заклади первинної ланки медичної допомоги: фельдшерів, сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. Усі види затримок зображено на **Рисунку 1**. Слід зазначити, що хронологія подій може відрізнятися від рисунку. Наприклад, в окремих регіонах збір мокротиння здійснюється у ЗЛМ, у інших – тільки у протитуберкульозних диспансерах. Результати оцінки різних затримок представлено на **Рисунках 2-3**.



Рисунок 1. Види затримки у маршруті пацієнта з ТБ

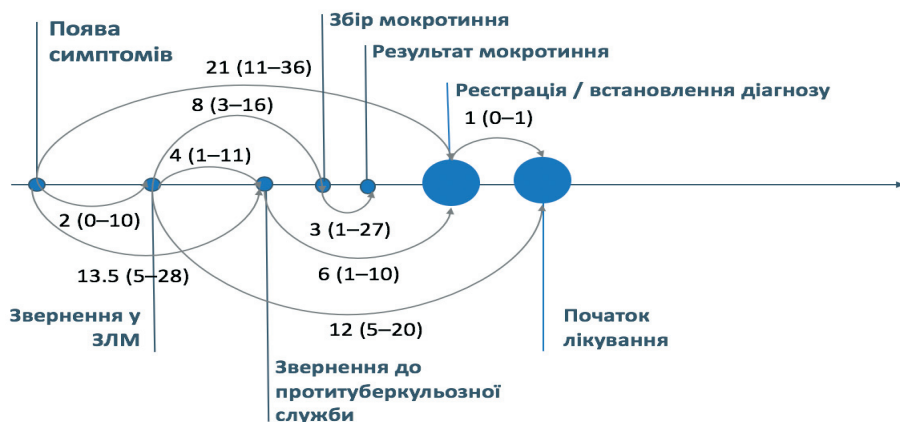


Рисунок 2. Тривалість маршруту пацієнта з ТБ у містах, медіана днів (25й – 75й процентилі)

(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

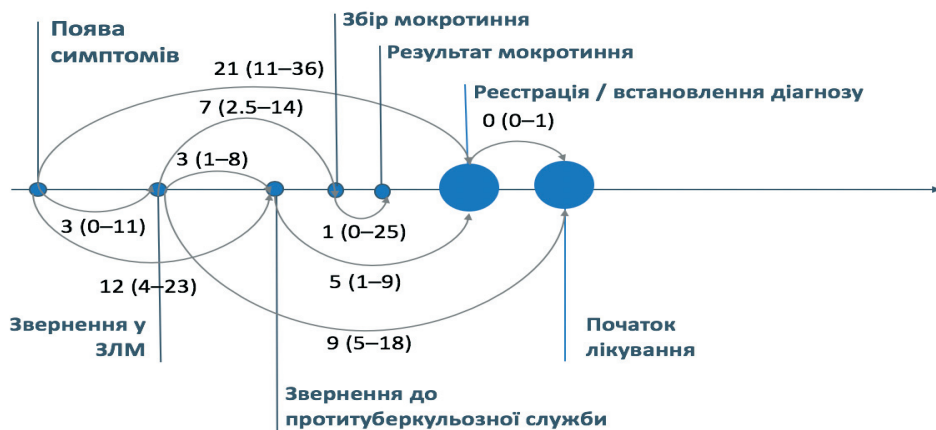


Рисунок 3. Тривалість маршруту пацієнта з ТБ у селах, медіана днів (25й – 75й процентилі)

(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

Затримка пацієнта

За даними Реєстру, медіанна кількість днів від появи симптомів до звернення у ЗЛМ становить 2 дні (МКВ: 0-10) у містах та 3 дні (МКВ: 0-11) у селах. Це доволі низький показник, враховуючи, що велика кількість осіб виявляється на пізніх стадіях туберкульозу¹². Загалом, біля 12% пацієнтів з ТБ, що проживають у сільській місцевості, не зверталися до первинної ланки у процесі діагностики, а одразу звернулися до протитуберкульозної служби. Для половини з них, підозру на ТБ було встановлено під час профогляду чи лікування в стаціонарі, отже, вони одразу були переадресовані до фтизіатра.

¹² Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019 р.

Медіанна кількість днів від появи симптомів до звернення до протитуберкульозної служби становить 13.5 днів (МКВ: 5-28) у містах та 12 днів (МКВ: 4-23) у селах. Це означає, що чверть пацієнтів отримали консультацію фтизіатра через понад 3 тижні від появи симптомів.

Серед сільських мешканців, більшу затримку у зверненні за медичною допомогою мають пенсіонери (медіана: 6 днів, МКВ: 0-14; СР=0.65, 95% ДІ: 0.46-0.93 у порівнянні з працюючим населенням) (**Таблиця 5**). Серед усіх пацієнтів з пенітенціарної системи дата появи симптомів та дата звернення до медичного працівника була однаковою (медіана затримки: 0 днів, МКВ: 0-0); іншими словами, у цій групі затримка пацієнта була відсутня за даними Реєстру. Потенційні чинники ризику щодо більшої затримки пацієнта: ромська спільнота (медіана: 7 днів, МКВ: 3-14) та наявність легеневої та поза-легеневої локалізації ТБ (медіана: 7 днів, МКВ: 1-13), проте вибірка цих груп була малою і статистично значущі відмінності відсутні.

**Таблиця 5. Чинники затримки, пов'язаної з пацієнтом:
час від появи симптомів до звернення у загальну
лікувальну мережу, дні**

(серед мешканців села, які мали симптоми та зверталися у загальну лікувальну мережу (N=563); дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
Вік	≤44 роки	299	2	0	10		реф.	
	≥45 років	265	3	0	13	0.84	0.70	0.99
Стать	Жіноча	169	2	0	8	1.16	0.96	1.40
	Чоловіча	395	3	0	13		реф.	
Соціальний статус	Робітники, службовці, підприємці	57	1	0	11		реф.	
	Медичні працівники	8	0.5	0	6	1.59	0.75	3.34
	Непрацюючі працездатного віку	356	3	0	11	0.86	0.64	1.14
	Люди з інвалідністю	27	1	0	10	0.95	0.59	1.53
	Пенсіонери	77	6	0	14	0.65	0.46	0.93
	Студенти, учні, діти	17	0	0	4	1.37	0.79	2.36
	Інше	21	0	0	1	2.26	1.36	3.76
Ромське населення	Ні	545	2	0	11		реф.	
	Так	19	7	3	14	0.77	0.49	1.22
Перебування у місцях позбавлення волі	Ні	551	3	0	11		реф.	
	Так	13	0	0	0	3.40	1.94	5.95

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
Куріння	Ні	479	3	0	11		реф.	
	Так	85	2	0	15	0.92	0.72	1.17
Зловживан- ня алкого- лем	Ні	472	2	0	10		реф.	
	Так	92	4	0	17.5	0.79	0.62	1.00
Вживання ін'єкційних наркотиків	Ні	546	3	0	11		реф.	
	Так	18	3	0	19	0.96	0.58	1.61
Безпри- тульні	Ні	560	3	0	11		реф.	
	Так	4	0.5	0	2	2.37	0.88	6.36
ВІЛ- позитивний статус	Ні	495	2	0	11		реф.	
	Так	69	4	0	11	1.02	0.79	1.32
ВГС	Ні	556	3	0	11		реф.	
	Так	8	7	0	19	0.91	0.43	1.93
Діабет	Ні	537	3	0	11		реф.	
	Так	27	1.5	0	14	0.84	0.57	1.26
Інші супут- ні захворю- вання	Ні	556	3	0	11		реф.	
	Так	8	5	0	10	0.93	0.46	1.87
Тип ТБ- випадку	Новий випадок	422	2	0	11	1.03	0.81	1.32
	Рецидив	79	4	0	12		реф.	
	Інше	63	2	0	13	0.90	0.64	1.26
Наявність резистент- ного ТБ	Чутливий	357	2	0	11		реф.	
	Резистентний	207	4	0	13	0.95	0.80	1.13
Локалізація ТБ	Легенева	497	3	0	11		реф.	
	Обидві	40	7	1	13	0.95	0.68	1.33
	Позалегенева	27	0	0	4	1.41	0.95	2.10

Абревіатури: ВІЛ – вірус імунодефіциту людини; ВГС – вірус гепа-
титу С; ДІ – довірчий інтервал; реф. – референтна категорія або група по-
рівняння; СР – співвідношення ризиків; ТБ – туберкульоз.

Затримка мокротиння

У середньому проходить тиждень від першого звернення пацієнта до медичного працівника до збору мокротиння: медіана 8 днів (МКВ: 3-16) у містах та 7 днів (МКВ: 2.5-14) у селах. Крім чинників, пов'язаних з пацієнтом, такий час затримки пояснюється системою організації збору мокротиння. На первинній ланці не завжди наявні пункти збору мокротиння і пацієнти одразу направляються на районний рівень. Також, за результатами якісного дослідження, є практика, коли сімейні лікарі та терапевти спочатку направляють на флюорографію та рентген і вже за результатами цих обстежень призначають збір мокротиння. Оскільки флюорографія та рентген також здебільшого відсутні у селах, це ускладнює загальну логістику.

Цікаво, що пацієнти з ТБ з сільської місцевості, які зловживали алкоголем чи курили, мали меншу затримку мокротиння у порівнянні з особами без ризикової поведінки (курці: медіана: 4 дні, МКВ: 1-9; СР=1.61, 95% ДІ: 1.27-2.05; особи, які зловживали алкоголем: медіана: 4 дні, МКВ: 1-9.5; СР=1.57, 95% ДІ: 1.25-1.98) (**Таблиця 6**). Ймовірно медичні працівники приділяли більше уваги цим групам, щоби пришвидшити маршрут пацієнта, оскільки вони мають меншу прихильність до отримання медичної допомоги.

За даними Реєстру доволі широкий розкид оцінок часу повернення результату мокротиння. Медіанна кількість днів від збору мокротиння до отримання результату становить 3 дні (МКВ: 1-27) у містах та 1 день (МКВ: 0-25) у селах. Тобто чверть пацієнтів отримали результат мокротиння майже через місяць після збору, хоча сама процедура аналізу займає декілька годин. Ймовірно це випадки, коли зразок мокротиння з першого забору був непридатний для діагностики і треба було здавати інші зразки.

Таблиця 6. Час від звернення до загальної лікувальної мережі до збору мокротиння, дні
(серед мешканців села, які здавали мокроту (N=559); дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% Ді нижня межа	95% Ді верхня межа
Вік	≤44 роки	296	6.5	3	13		реф.	
	>45 років	263	7	2	15	0.92	0.78	1.10
Стать	Жіноча	163	8	3	15	0.85	0.70	1.03
	Чоловіча	396	6	2	13		реф.	
Соціальний статус	Робітники, службовці, підприємці	56	8	3	13		реф.	
	Медичні працівники	9	8	3	42	0.51	0.25	1.05
	Непрацюючі працездатного віку	356	7	3	14	0.96	0.72	1.29
	Люди з інвалідністю	25	3	0	8	1.16	0.70	1.90
	Пенсіонери	77	7	2	14	1.02	0.72	1.46
	Студенти, учні, діти	15	7	5	12	1.09	0.62	1.94
	Інше	21	3	1	11	1.28	0.74	2.22
Ромське населення	Ні	539	7	2	14		реф.	
	Так	20	8	3	14	0.90	0.57	1.42
Перебування у місцях позбавлення волі	Ні	548	7	3	14		реф.	
	Так	11	1	0	17	1.48	0.81	2.70
Куріння	Ні	477	7	3	15		реф.	
	Так	82	4	1	9	1.61	1.27	2.05
Зловживання алкоголем	Ні	468	7	3	15		реф.	
	Так	91	4	1	9.5	1.57	1.25	1.98
Вживання ін'єкційних наркотиків	Ні	544	7	3	14		реф.	
	Так	15	2	0	12	1.69	0.99	2.88
Безпритульні	Ні	554	7	3	14		реф.	
	Так	5	6	2	11	1.33	0.55	3.20
ВІЛ-позитивний статус	Ні	497	7	3	14		реф.	
	Так	62	7	1	14	1.08	0.82	1.43

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
ВГС	Ні	551	7	3	14		реф.	
	Так	8	4	0	13	1.21	0.60	2.44
Діабет	Ні	531	7	2.5	13		реф.	
	Так	28	9	3	18	0.85	0.57	1.27
Інші супутні захворювання	Ні	552	7	3	14		реф.	
	Так	7	5	1	18	1.02	0.48	2.15
Тип ТБ-випадку	Новий випадок	408	7	3	14	1.03	0.81	1.32
	Рецидив	81	5	2	10		реф.	
	Інше	70	4	1	11	0.83	0.65	1.06
Наявність ре-зистентного ТБ	Чутливий	342	7	3	15		реф.	
	Резистентний	217	6	2	11	1.18	0.99	1.41
	Легенева	506	7	2	13		реф.	
Локалізація ТБ	Обидві	38	8	3	13	1.17	0.84	1.64
	Позалегенева§	15	-	-	-	-	-	-

Абревіатури: ВІЛ – вірус імунодефіциту людини; ВГС – вірус гепатиту С; ДІ – довірчий інтервал; реф. – референтна категорія або група порівняння; СР – співвідношення ризиків; ТБ – туберкульоз.

§ Збір мокротиння не здійснювався серед пацієнтів з виключно поза-легеневою локалізацією ТБ.

Затримка між рівнями медичної допомоги

Серед пацієнтів, які спочатку звернулися до первинної ланки і надалі були переадресовані до протитуберкульозної служби, медіанний часовий інтервал між рівнями медичної допомоги становить 4 дні (МКВ: 1-11) у містах та 3 дні (МКВ: 1-8) у селах.

У селах чинники ризику щодо більшої затримки на шляху від первинної ланки до протитуберкульозної служби включають жіночу стать (медіана: 5 днів, МКВ: 1-12.5; СР= 0.80, 95% ДІ: 0.67-0.95), новий випадок туберкульозу (медіана: 4 дні, МКВ: 1-10; СР= 0.78, 95% ДІ: 0.61-0.98) та позалегенову локалізацію туберкульозу (медіана: 7 днів, МКВ: 3-20; СР= 0.61, 95% ДІ: 0.41-0.90) (**Таблиця 7**). Майже всі групи пацієнтів, які не працюють, мали коротший часовий інтервал між первинною

та спеціалізованою допомогою у порівнянні з робітниками, службовцями та підприємцями. Виключенням є медичні працівники, які мають найкоротший час переадресації.

Таблиця 7. Чинники затримки між рівнями медичної допомоги: час від звернення у загальну лікувальну мережу до звернення до протитуберкульозної служби, дні

(серед мешканців села, які спочатку зверталися у загальну лікувальну мережу (N=604); дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
Вік	≤44 роки	324	4	1	8		реф.	
	≥45 років	280	3	1	10	1.00	0.85	1.18
Стать	Жіноча	178	5	1	12.5	0.80	0.67	0.95
	Чоловіча	426	3	1	7		реф.	
Соціальний статус	Робітники, службовці, підприємці	58	6	2	17		реф.	
	Медичні працівники	9	0	0	5	3.65	1.66	8.03
	Непрацюючі працездатного віку	384	3	1	8	1.39	1.06	1.84
	Люди з інвалідністю	29	1.5	0	5.5	1.88	1.19	2.95
	Пенсіонери	79	3	1	10	1.41	1.001	1.98
	Студенти, учні, діти	17	6	1	9	1.44	0.83	2.47
	Інше	27	0	0	5	2.25	1.38	3.69
Ромське населення	Ні	584	3	1	9		реф.	
	Так	20	3	1	10	1.07	0.67	1.69
Перебування у місцях позбавлення волі	Ні	588	4	1	9		реф.	
	Так	16	0	0	4	1.93	1.15	3.23

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
Куріння	Ні	516	4	1	10		реф.	
	Так	88	1	0	5	1.58	1.25	1.99
Зловживання алкоголем	Ні	509	4	1	10		реф.	
	Так	95	1	0	5	1.62	1.29	2.03
Вживання ін'єкційних наркотиків	Ні	586	4	1	9		реф.	
	Так	18	1	0	5	1.57	0.97	2.54
Безпритульні	Ні	600	3	1	9		реф.	
	Так	4	3.5	0.5	10	1.17	0.44	3.14
ВІЛ- позитивний статус	Ні	532	3	1	9		реф.	
	Так	72	4	1	8	0.94	0.73	1.21
ВГС	Ні	596	3	1	8		реф.	
	Так	8	5	3	11.5	0.87	0.43	1.76
Діабет	Ні	576	3	1	8		реф.	
	Так	28	7	2	14	0.77	0.52	1.15
Інші супутні захворюван- ня	Ні	596	4	1	9		реф.	
	Так	8	1	0	3.5	2.13	1.06	4.29
Тип ТБ- випадку	Новий випадок	442	4	1	10	0.78	0.61	0.98
	Рецидив	87	2	0	7		реф.	
	Інше	75	1	0	4	1.19	0.87	1.65
Наявність резистентно- го ТБ	Чутливий	383	4	1	11		реф.	
	Резистентний	221	2	0	6	1.42	1.20	1.68
Локалізація ТБ	Легенева	536	3	1	8		реф.	
	Обидві	41	5	1	8	0.98	0.71	1.36
	Позалегенева	27	7	3	20	0.61	0.41	0.90

Абревіатури: ВІЛ – вірус імунодефіциту людини; ВГС – вірус гепатиту С; ДІ – довірчий інтервал; реф. – референтна категорія або група порівняння; СР – співвідношення ризиків; ТБ – туберкульоз.

Діагностична затримка

Медіанний часовий інтервал між датами появи симптомів та постановкою діагнозу ТБ становить 21 день (МКВ: 11-36) у містах та селах. Серед чверті пацієнтів з ТБ процес діагностики продовжувався понад місяць.

Аналіз чинників ризику щодо діагностичної затримки не виявив статистично значущих зв'язків з соціально-демографічними, поведінковими чи клінічними характеристиками (**Таблиця 8**). Виключенням є група безпритульних, де медіана діагностичної затримки була однією з найнижчих: 9 днів (МКВ: 7-15); проте у вибірці пацієнтів з датами діагнозу та симптомів було тільки 4 особи з цієї групи. Потенційним чинником може бути ромська народність, де медіана діагностичної затримки була найвищою (медіана: 33.5 днів, МКВ: 17-46), а також позалегенева локалізація ТБ (медіана: 28 днів, МКВ: 9-48).

**Таблиця 8. Чинники загальної діагностичної затримки:
час від появи симптомів до встановлення діагнозу
та постановки на облік, дні**

(серед мешканців села, які мали симптоми та яким встановлено діагноз
(N=561); дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження:
Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської
області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район
Закарпатської області)

		n	Медіана	25й перцентиль	75й перцентиль	СР	95% Ді нижня межа	95% Ді верхня межа
Вік	≤44 роки	308	20.5	10	35.5		реф.	
	≥45 років	273	22	13	36	0.99	0.84	1.17
Стать	Жіноча	173	21	11	39	0.91	0.76	1.10
	Чоловіча	408	21	12	35.5		реф.	
Соціальний статус	Робітники, службовці, підприємці	57	22	12.5	30.5		реф.	
	Медичні працівники	8	22	11	46	1.07	0.51	2.25
	Непрацюючі працездатного віку	371	22	12	35.5	1.03	0.78	1.37
	Люди з інвалідністю	27	18	2	31	1.39	0.87	2.23
	Пенсіонери	79	21.5	13.5	42	0.93	0.66	1.32
	Студенти, учні, діти	17	17	11	23	1.38	0.80	2.38
	Інше	21	11	3.5	56.5	0.85	0.50	1.43
Ромське населення	Ні	561	21	11	36		реф.	
	Так	20	33.5	17	46	0.83	0.53	1.30
Перебування у місцях позбавлення волі	Ні	568	21.5	12	36		реф.	
	Так	13	5	1	12	1.53	0.88	2.65
Куріння	Ні	496	22	12	36		реф.	
	Так	85	16.5	7	35	1.12	0.89	1.42
Зловживання алкоголем	Ні	488	21	11	36		реф.	
	Так	93	20	12	36	1.00	0.80	1.25
Вживання ін'єкційних наркотиків	Ні	563	21	11	36		реф.	
	Так	18	20	6	28	0.95	0.59	1.55

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
Безпритульні	Ні	577	21	11	36		реф.	
	Так	4	9	7	15	3.46	1.29	9.29
ВІЛ- позитивний статус	Ні	510	21	12	36		реф.	
	Так	71	22	10	30.5	1.03	0.80	1.33
ВГС	Ні	573	21	11	36		реф.	
	Так	8	24	16	26.5	0.85	0.42	1.72
Діабет	Ні	553	21	11	36		реф.	
	Так	28	22	13	42	0.88	0.59	1.32
Інші супутні захворювання	Ні	573	21	11	36		реф.	
	Так	8	18	12	36.5	1.25	0.62	2.52
Тип ТБ- випадку	Новий випадок	429	22	12	36	0.98	0.77	1.24
	Рецидив	80	20	10	36		реф.	
	Інше	72	17	4	37	1.18	0.85	1.64
Наявність резистентно- го ТБ	Чутливий	365	21	12	36		реф.	
	Резистентний	216	21.5	10	36	0.96	0.81	1.14
Локалізація ТБ	Легенева	513	21	11.5	36		реф.	
	Обидві	41	17.5	11.5	28	1.17	0.85	1.62
	Позалегенева	27	28	9	48	0.88	0.59	1.29

Абревіатури: ВІЛ – вірус імунодефіциту людини; ВГС – вірус гепатиту С; ДІ – довірчий інтервал; реф. – референтна категорія або група порівняння; СР – співвідношення ризиків; ТБ – туберкульоз.

Затримка лікування

Після встановлення діагнозу, затримка до призначення лікування майже відсутня. Медіанна кількість днів від дати діагнозу до дати початку лікування становить 1 день (МКВ: 0-1) у містах та 0 днів (МКВ: 0-1) у селах.

Затримка системи охорони здоров'я

Медіанний часовий інтервал між датою звернення у ЗЛМ та початком протитуберкульозного лікування становить 12 днів (МКВ: 5-20) у містах та 9 днів (МКВ: 5-18) у селах. Сіль-

ські пацієнти з ТБ з ризиковою поведінкою мали меншу затримку системи охорони здоров'я (курці: медіана: 6 днів, МКВ: 3-13; СР=1.41, 95% ДІ: 1.12-1.77; особи, які зловживали алкоголем: медіана: 7 днів, МКВ: 2-14; СР=1.31, 95% ДІ: 1.05-1.65) (Таблиця 9).

Таблиця 9. Чинники загальної затримки, пов'язаної з системою охорони здоров'я: час від звернення у загальну лікувальну мережу до початку лікування, дні

(серед мешканців села, які зверталися у загальну лікувальну мережу та почали протитуберкульозне лікування (N=605); дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
Вік	≤44 роки	324	8.5	5	19.5		реф.	
	≥45 років	281	10	4	18	1.09	0.93	1.29
Стать	Жіноча	179	11	5	21	0.94	0.78	1.13
	Чоловіча	426	8	5	18		реф.	
Соціальний статус	Робітники, службовці, підприємці	59	12	6	18		реф.	
	Медичні працівники	9	15	7	42	0.74	0.36	1.49
	Непрацюючі працездатного віку	384	8	4	18	1.08	0.82	1.44
	Люди з інвалідністю	28	8	3	23	1.06	0.67	1.70
	Пенсіонери	80	8	3.5	15	1.25	0.88	1.77
	Студенти, учні, діти	18	14.5	8	23	0.79	0.46	1.34
	Інше	26	11	4	27	0.75	0.46	1.23
Ромське населення	Ні	585	9	5	18		реф.	
	Так	20	8	6	17.5	1.05	0.67	1.63
Перебування у місцях позбавлення волі	Ні	590	9	5	18		реф.	
	Так	15	11	4	27	0.73	0.43	1.22

		n	Медіана	25й процентиль	75й процентиль	СР	95% ДІ нижня межа	95% ДІ верхня межа
Куріння	Ні	517	10	5	19.5		реф.	
	Так	88	6	3	13	1.41	1.12	1.77
Зловживан- ня алкоголем	Ні	510	10	5	19.5		реф.	
	Так	95	7	2	14	1.31	1.05	1.65
Вживання ін'єкційних наркотиків	Ні	587	9	5	18		реф.	
	Так	18	7	4	14	1.40	0.86	2.27
Безпритуль- ні	Ні	600	9	5	18		реф.	
	Так	5	9	6	11	1.51	0.62	3.64
ВІЛ- позитивний статус	Ні	533	9	4	18		реф.	
	Так	72	9	5	18	1.03	0.79	1.33
ВГС	Ні	597	9	5	18		реф.	
	Так	8	9	5	17.5	1.17	0.58	2.35
Діабет	Ні	576	9	5	18		реф.	
	Так	29	11	4	19	1.01	0.68	1.50
Інші супутні захворюван- ня	Ні	597	9	5	18		реф.	
	Так	8	5	3	16	1.26	0.63	2.54
Тип ТБ- випадку	Новий випадок	444	10	5	19	1.11	0.88	1.41
	Рецидив	85	8	5	22.5		реф.	
	Інше	76	7.5	2	14.5	1.31	0.94	1.84
Наявність резистентно- го ТБ	Чутливий	385	10	5	18		реф.	
	Резистентний	220	8	4	18	0.91	0.76	1.08
Локалізація ТБ	Легенева	537	9	5	18		реф.	
	Обидві	41	9	4	13.5	1.30	0.94	1.80
	Позалегенева	27	15	8	32	0.72	0.48	1.08

Абревіатури: ВІЛ – вірус імунodefіциту людини; ВГС – вірус гепатиту С; ДІ – довірчий інтервал; реф. – референтна категорія або група порівняння; СР – співвідношення ризиків; ТБ – туберкульоз.

Відмінності у затримках за областями

Затримка пацієнта, а саме час від появи симптомів до звернення за медичною допомогою була найкоротшою у Хар-

ківській та Чернігівській областях (**Рисунок 4**). У половині медичних карток пацієнтів дата появи симптомів та першого звернення була однаковою. У Чернігівській області спостерігався найменший часовий інтервал між зверненням до ЗЛМ та збором мокротиння (медіана: 3 дні, МКВ: 1-9), а також часовий інтервал від ЗЛМ до протитуберкульозної служби (медіана: 1 день, МКВ: 0-4). Серед чотирьох регіонів дослідження, медіанний часовий інтервал між датою звернення у ЗЛМ та початком протитуберкульозного лікування був найбільшим у Харківській області (медіана: 16 днів, МКВ: 8-30).

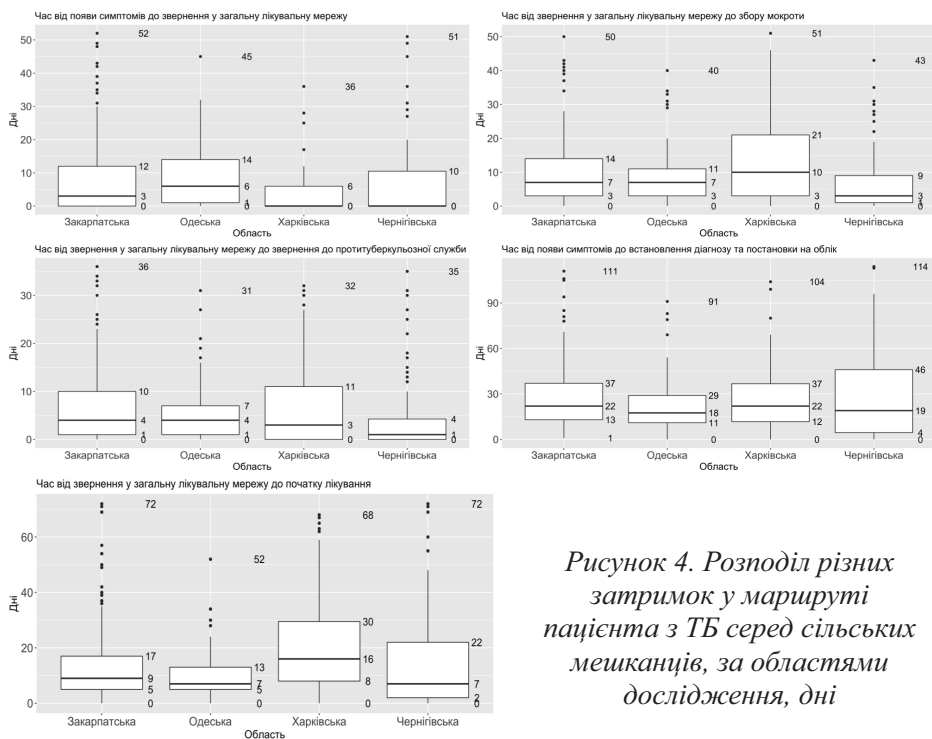


Рисунок 4. Розподіл різних затримок у маршруті пацієнта з ТБ серед сільських мешканців, за областями дослідження, дні

(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області; без екстремальних викидів: $>3 \cdot \text{МКВ}$)

ЗАТВЕРДЖЕНІ КЛІНІЧНІ МАРШРУТИ НА РІВНІ ЗОЗ

Основний нормативний документ національного рівня, який визначав на момент проведення дослідження етапи діагностики та лікування ТБ на різних рівнях: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 р. №620, яким було затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим щодо туберкульозу.¹³ У Протоколі представлено загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики закладами первинної та спеціалізованої первинної допомоги. На первинному рівні визначені окремі алгоритми діагностики для пасивного (самостійне звернення пацієнта) та активного (щорічне флюорографічне обстеження груп ризику) виявлення.

У закладах ПМСД у випадку пасивного виявлення пацієнту з підозрою на туберкульоз за результатами збору анамнезу чи скринінгового анкетування пропонується три види обстеження: аналіз мокротиння, радіографічне обстеження (флюорографія і рентгенографія) та тестування на ВІЛ. Послідовність цих обстежень чітко визначена у наказі №620 МОЗ України. У випадку виявлення патологічних змін органів грудної порожнини на знімках та виявлення КСБ за результатами обстеження мокротиння, пацієнт переадресовується до протитуберкульозного закладу. Якщо виявлені патологічні зміни органів грудної порожнини на знімках, проте КСБ не виявлені, пропонується тестове лікування негоспітальної пневмонії та контрольне обстеження через 2 тижні; за відсутності позитивної динаміки пацієнт переадресовується на консультацію до фтизіатра для подальших обстежень. Щодо активного виявлення (щорічна флюорографія), пацієнт переадресовується до фтизіатра у двох випадках: 1) виявлення порожнин, вогнищ

¹³ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 р. № 620; режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/file/text/27/f434621n28.pdf>

дисемінації у легенях або збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (пряма переадресація без додаткових обстежень); 2) інфільтрація у легенях (збір мокротиння та подальший алгоритм як для пасивного виявлення).

У протитуберкульозних закладах вторинної медичної допомоги пацієнти з підозрою на ТБ обстежуються на ВІЛ, роблять рентгенограму та аналіз мокротиння, якщо ці обстеження не були зроблені до цього. У випадку відсутності КСБ та дисемінованих змін у легенях, порожнини розпаду та плевриту здійснюється посів на рідке та щільне середовище та молекулярно-генетична діагностика. У випадку відсутності КСБ та інфільтративних, вогнищевих змін у легенях здійснюється диференційна діагностика з негоспітальною пневмонією або переадресація на третинний рівень медичної допомоги. За умови виявлення КСБ, призначаються культуральна та молекулярно-генетична лабораторна діагностика для підтвердження ТБ.

Майже на всіх сайтах дослідження локальні маршрути пацієнтів з підозрою на ТБ були копією діагностичного алгоритму у Наказі №620. Загальний алгоритм діагностики залишався незмінним; маршрути пацієнта у закладах ПМСД та ЦРЛ відрізнялися додаванням інформації про локальні ЗОЗ, де наявні різні методи обстеження, а також контактами фтизіатрів. Декілька районних фтизіатрів зазначили, що єдина прогалина діагностичного алгоритму у Наказі №620 те, що він розрахований на дорослих і не може застосовуватися для дітей (*«практично відсутні методи, способи моніторингу дитячого населення»*, районний фтизіатр). Решта медичних працівників з районів та селищ, які брали участь в інтерв'ю, висловлювали думку, що Протокол є зрозумілим, прийнятним і не потребує змін.

На думку національних експертів алгоритм діагностики у Наказі №620 є застарілим та не відповідає міжнародним стандартам ВООЗ зокрема через невикористання молекулярно-генетичних методів як первинного діагностичного тесту (Xpert MTB/RIF) та застосування емпіричного лікування антибіо-

тиками для диференційної діагностики між негоспітальною пневмонією та ТБ серед пацієнтів з патологічними змінами в органах грудної порожнини, проте негативним результатом мікроскопії. Так, відповідно до рекомендацій ВООЗ, УПМД, а також окремого протоколу по ко-інфекції ТБ/ВІЛ, відповідь на емпіричне лікування не виключає ТБ, особливо серед ВІЛ-позитивних пацієнтів; крім цього порушення алгоритму на місцях (невиконання всіх обстежень) та безвідповідальне призначення та використання антибіотиків широкого спектру, може призводити до формування резистентності, затримки лікування та втрати пацієнтів.¹⁴ Один з пацієнтів з ТБ, який брав участь у дослідженні повідомив, що йому спочатку поставили діагноз «запалення легень» після рентгенологічного обстеження, мокротиння не збиралося і він лікувався 2 тижні у стаціонарі. Тільки після цього пацієнт з повторним знімком рентгену повернувся до сільського лікаря і був направлений на обстеження щодо ТБ.

«У Протоколі чітко написано, що не можна лікувати пневмонію препаратами, які ми використовуємо під час лікування туберкульозу, це аміноглікозиди і левофлоксацин; те, що любить робити загальна мережа – лікувати цими препаратами, і потім стирати нам всю картину.»

(районний фтизіатр)

«Лікар поглянув на рентген, виявив запалення легень, направив до лікарні, лікувати запалення легень. Він мене запитував про кашель. Кашлю не було. Була температура. Два тижні там лікувався. Я повернувся до сільського лікаря з повторним знімком після лікування. Сільському лікарю не сподобалась відсутність динаміки по знімкам, він запідозрив туберкульоз, і виписав направлення [до протитуберкульозного диспансеру].»

(пацієнт з ТБ)

¹⁴ WHO (2006). Recommendations of an expert group to revise and develop algorithm for diagnosis of smear negative pulmonary and extrapulmonary TB.

Ще одна проблема полягає у тому, що при самостійному зверненні пацієнта зі скаргами аналіз мокротиння може призначатися тільки після виявлення патологічних змін у органах грудної порожнини у межах флюорографічного й рентгенографічного обстеження незалежно від результатів скринінгового анкетування та збору анамнезу (*«В першу чергу рентген-обстеження, а тоді вже, якщо бачать зміни в легенях, робиться двократна мокрота»*, медична сестра ФАП). Такий алгоритм виключає значну частку потенційних випадків ТБ. ВООЗ завжди рекомендували рентгенографію як компліментарний метод для діагностики бактеріологічно негативних випадків ТБ¹⁵, проте ніколи не було керівництва використовувати цей метод як перший «фільтр» ні у міжнародних рекомендаціях, ні у національних.

«Був випадок, коли жінку лікували місяць, мокротиння не досліджували у загальній мережі, а у неї були палички. Картина рентгенівська була не зовсім характерна для туберкульозу і тому не подумали, що потрібно обстежувати.»

(районний фтизіатр)

Відповідно до міжнародних рекомендацій щодо універсального доступу, тест Xpert MTB/RIF має застосовуватися як початковий діагностичний тест для всіх дорослих та дітей (незалежно від ВІЛ-статусу) з ознаками або симптомами легеневого туберкульозу на всіх сайтах, де є система GeneXpert або можлива переадресація з відносно раціональним часом затримки.¹⁶ GeneXpert має кращу ефективність ніж мікроскопія, яка скоріше ідентифікує найбільш інфекційних пацієнтів і пропускає пацієнтів з меншою концентрацією МТБ у зраз-

¹⁵ WHO (2016). Chest radiography in tuberculosis detection – summary of current WHO recommendations and guidance on programmatic approaches.

¹⁶ GLI model TB diagnostic algorithms. Revised June 2018. Policy framework for implementing new tuberculosis diagnostics. Geneva, World Health Organization. 2015. (WHO/HTM/TB/2015.11).

ках мокротиння. Застосування Хpert МТВ/РІF як першого діагностичного тесту дозволяє виявити на чверть більше випадків ТБ.¹⁷ Слід зазначити, що мікроскопія є більш доступною і дешевою у порівнянні з GeneХpert. В умовах, де доступ до молекулярно-генетичних методів є обмеженим, ВООЗ рекомендує пріоритезувати групи пацієнтів, для яких Хpert МТВ/РІF є першим діагностичним тестом, зокрема це рекомендується для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, ризиком МРТБ та дітей. Для інших рекомендується мікроскопія двох зразків мокротиння і подальше застосування Хpert МТВ/РІF серед тих, у кого КСБ виявлені у хоча б одному зразку.

«Багато пацієнтів говорять, що їм не ставили діагноз ТБ, лікували від пневмонії. Неправильно робили, правильно GeneХpert. Він підвищує ймовірність виявлення мікобактерії у десятки разів. Якби зробили GeneХpert, виявили б мікобактерію, не втратили б два тижні на лікування пневмонії. Вона за власний рахунок лікується, дорогі антибіотики, потім ще й гірше стало. В результаті, все одно направляють у область на GeneХpert через 2 тижні.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

З 16 маршрутів пацієнта, які були отримані з сайтів дослідження, тільки у Мукачевському районі була здійснена спроба оптимізації діагностичного алгоритму відповідно до міжнародних настанов. Алгоритм виявлення туберкульозу легень у закладах первинного та вторинного рівня медичної допомоги району передбачає збір двох зразків мокротиння у всіх пацієнтів з підозрою на ТБ за результатами скринінгового анкетування чи фізикального обстеження під час звернення. Один зразок транспортується у прикріплену лабораторію для обстеження Хpert МТВ/РІF, а другий транспортується в територіальну лабораторію І рівня для мікроскопії мазка. Алгоритм також визначає дії лабораторного фахівця та лікаря-клініциста

¹⁷ Там само.

у результаті різних результатів обстежень. Наприклад, якщо виявляється МТВ+RIF+ чи МТВ+RIF, лабораторний спеціаліст має негайно повідомити про результат лікаря телефоном, а лікар після отримання результату скерувати пацієнта до найближчого протитуберкульозного закладу (*«Відправляється вайбером фотографія аналізів одразу. Так само культура до нас відправляється. Лаборанти дзвонять одразу і сімейному лікарю, і лікарю фтизіатру.»* – районний фтизіатр). Також маршрут пацієнтів з підозрою на ТБ у Мукачевському районі містив детальну інформацію про те, які заклади у районах та області містять ті чи інші методи діагностики та їх контактні дані, що має бути повідомлено пацієнту.

«Діючий наказ №620 мали переглянути у 2016 році, але це не було зроблено. Уніфікований протокол застарів, а нового Протоколу нема і не буде, оскільки є міжнародні рекомендації. Не зважаючи на це, лікарі звикли керуватися протоколом, де написано: роби один, роби два... і більшість, не вміючи використовувати нові рекомендації, використовують старий протокол.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«[про оцінку діагностичного алгоритму у Наказі №620] Я не скажу плюси/мінуси, я вважаю, що це нормальний маршрут, відпрацьований. Навіщо втручатися?»

(медичний працівник ФАП)

[про оцінку діагностичного алгоритму у Наказі №620] «Це за межами моєї компетенції, мені наказано, я виконую.»

(районний фтизіатр)

[про міжнародні настанови ВООЗ] «Тут багато води, і такого, що воно мені, клініцисту, не потрібно. Тут дослідження... Мені потрібен чітко протокол: таке-то, такому-то... витягувати тут те, що мені потрібно, це сидіти півдня.»

(районний фтизіатр)

Виявленою проблемою на всіх сайтах дослідження є те, що розроблені маршрути пацієнтів з підозрою на ТБ, часто не є результатом обговорення всіх зацікавлених сторін регіону та не завжди враховують наявні ресурси і економічну ефективність обраних стратегій. Поширена практика, коли ЗОЗ вищого рівня медичної допомоги затверджує маршрут пацієнта і просто інформує про нього ЗОЗ нижчого рівня. Інший випадок, коли ЗОЗ первинного та вторинного рівня копіюють діагностичний алгоритм з уніфікованого протоколу без деталізації маршруту пацієнта, зокрема, які саме заклади та спеціалісти беруть участь у діагностичному процесі та логістиці переадресацій.

«Ми-то клінічні маршрути написали, що ЦРЛ повинна транспортувати зразки мокротиння, або крові, на дослідження в лабораторію третього рівня. А головний лікар ЦРЛ каже: «Стоп, чому я повинен транспортувати, якщо скринінг взагалі відноситься до первинної ланки?». А у первинній ланці, начебто, є гроші на бензин, але у немає машини. А у вторинного рівня є машина, але немає бензину.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

Серед медичних працівників різного рівня медичної допомоги відсутній консенсус, хто має брати участь в оптимізації клінічного маршруту пацієнта. Медичні працівники ФАП та сімейні лікарі схильні вважати, що це має бути завданням національного рівня чи високоспеціалізованих ЗОЗ. Натомість фтизіатри повідомляли, що маршрути мають розроблятися первинною ланкою, оскільки саме вони відповідають за скринінг пацієнтів та визначення пацієнтів з підозрою на ТБ. Жоден з медичних працівників первинної чи вторинної ланки, які брали участь в інтерв'ю, не виразив думку, що розробка такого маршруту має бути результатом колективного обговорення із залученням всіх зацікавлених сторін у регіоні та різних рівнів медичної допомоги.

*«Як оптимізувати клінічний маршрут? Навіть, не знаю.
Це все на рівні держави має бути»*

(медичний працівник ФАП)

*«Клінічний маршрут – це справа сімейних лікарів.
Вони повинні займатися.»*

(районний фтизіатр)

Районні фтизіатри висловлювали занепокоєння, щодо того, що клінічні маршрути мають обмеження після впровадження реформи первинної ланки медичної допомоги. Медичні працівники ФАП та ЦПМСД керуються Наказом №504 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»¹⁸, у якому визначено, що скринінг на ТБ є частиною базового пакету, проте не уточнюється, чи зобов'язані сімейні лікарі здійснювати супровід пацієнтів з підозрою на ТБ та вже діагностованих пацієнтів, які не уклали декларацію з лікарем. Ця проблема, в першу чергу, стосується пацієнтів з груп ризику за соціальними та поведінковими критеріями.

Ми знаємо, що хворіють дезадаптовані в основному, соціально неспроможні громадяни. Такі громадяни не поспішають укладати угоди [з сімейними лікарями] і вони не дуже дисципліновані. Ми хвилюємось за те, що саме ці люди можуть бути джерелом захворюваності на туберкульоз.

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Припустимо, мені потрібно Сидорова викликати. Кому дзвонити? Сімейний лікар каже: «Це не мій пацієнт, тому що декларацію зі мною не підписував. Чому я за ним повинна бігати?»».

(районний фтизіатр)

¹⁸ Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>

Окрема проблема – клінічні маршрути пацієнтів, жителів села з підозрою на позалегеневий туберкульоз. Як правило, таких пацієнтів спрямовують у обласні протитуберкульозні диспансери, оскільки на районному рівні відсутня можливість пройти необхідні обстеження, зокрема молекулярно-генетичну діагностику позалегеневих зразків. Наприкінці 2018 р. ЦГЗ МОЗ України в рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією було вперше закуплено набори картриджів другого покоління для системи GeneXpert — Xpert MTB/RIF Ultra, які мають кращу ефективність щодо виявлення МТБ, зокрема на позалегеневих зразках.¹⁹ Після тестування нових картриджів до Центральної референс-лабораторії МОЗ України, нові картриджі були передані протитуберкульозним диспансерам, де були встановлені системи GeneXpert. Це може потребувати оновлення маршрутів пацієнта з негативними результатами мокротиння чи підозрою на позалегеневий туберкульоз.

«Діагностика позалегеневих форм туберкульозу? Я відправляю тільки на третій рівень, тому що у нас немає.»

(районний фтизіатр)

Жоден з клінічних маршрутів пацієнта з підозрою на ТБ у ЗОЗ не містив інформацію про соціально-психологічні послуги у процесі діагностики та лікування: консультації психолога, соціальний супровід, матеріальну допомогу тощо. За словами медичних працівників у ряді регіонів здійснювалася співпраця з громадськими організаціями або соціальними службами, проте логістика таких переадресацій була відсутня у клінічних маршрутах пацієнтів. Відповідно до даних Реєстру тільки 4 пацієнта з села (0.5%) отримали підтримку громадських організацій впродовж періоду від звернення до лікаря до вста-

¹⁹ Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2019 р.

новлення діагнозу та постановки на облік. Після постановки на облік вже 38% мали соціальний супровід громадських організацій. У глибинних інтерв'ю, пацієнти з ТБ зазначали, що більше потребували соціально-психологічної підтримки саме на етапі діагностики та у перші дні після встановлення діагнозу, ніж впродовж лікування.

«Як уже аналізи прийшли [мокротиння], вже дуже швидко погано ставало, я дуже засмучувалася, я не хотіла їхати. Навіть не хотіла йти аналізи здавати.»

(пацієнт з ТБ)

«Потреба у психологічній допомозі була, звичайно. Кожен день плакала. »

(пацієнт з ТБ)

ЛОГІСТИКА МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА: ДУМКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ДОСВІД ПАЦІЄНТІВ

У цілому маршрут пацієнта з села включав: 1) консультацію фельдшера у ФАП; 2) переадресацію у ЦПМСД для проходження загальних обстежень крові і сечі, флюорографічного або рентгенологічного обстеження (за наявності), здачі мокротиння для мікроскопії (за наявності) та тесту на ВІЛ (за наявності); 3) переадресацію у ЦРЛ до фтизіатра для консультації та проходження обстежень, які не були доступні на рівні ЦПМСД (як правило, рентгенографія та мікроскопія мазків мокротиння); 5) переадресацію до обласного протитуберкульозного диспансеру для проходження обстежень, які не були доступні на рівні ЦРЛ (як правило, це молекулярно-генетичні дослідження). У регіонах, де ЦПМСД мали обмежені можливості щодо проведення клінічних досліджень, фельдшери переадресовували одразу до ЦРЛ, або навіть до обласного протитуберкульозного диспансеру, минаючи вторинний рівень медичної допомоги.

«У нас дуже добре, в нас є рентген. Хворий прийшов і за один день може все зробити. Кров, рентген того ж дня робить, мокротиння просто приносить наступного ранку, тому що треба дві порції – вечором і ранком. І вже на другий день може йти до фтизіатра, вже готові аналізи.»

(медичний працівник ФАП)

«Спочатку в ФАП заїхав, мене послухав лікар. А лабораторія або у відпустці була, або щось зламалося. Я поїхав в амбулаторію в Новоградівці [ЦПМСД], там зробили флюорографію і кров здав. Потім, поїхав в Овідіополь [ЦРЛ], там вже зробили рентген і відправили до фтизіатра. Там ще раз кров здавав, і поплював [збір мокротиння] там в баночки, але одну залишив, а другу – заніс в поліклініку. Потім вже поїхав лягати на Белінського [обласний протитуберкульозний диспансер].»

(пацієнт з ТБ)

На первинній ланці була поширена практика скеровування на вторинний рівень без проведення жодних клінічних досліджень на цьому рівні у випадку виявлення хворого з підозрою на ТБ. Фельдшери та сімейні лікарі пояснювали такі дії декількома причинами. По-перше, Наказ №620 дозволяв термінове скерування пацієнта на другий рівень медичної допомоги та/або до фтизіатра «при неможливості проведення лікарем ЗП-СЛ/дільничним терапевтом, фельдшером ФАПу будь-яких методів діагностики». По-друге, на думку фельдшерів, пацієнтам було простіше пройти одразу всі обстеження у ЦРЛ, ніж їздити у різні населені пункти для проходження частини досліджень у ЦПМСД, а решти – у ЦРЛ. Саме тому, у випадку виявлення пацієнтів з підозрою на ТБ, які належали до груп ризику за соціальними критеріями, їх намагалися скерувати одразу на районний рівень, щоб скоротити маршрут пацієнта (*«є асоціальні пацієнти, якщо їх направити до ЦПМСД, вони туди можуть просто не доїхати, або доїхати туди, але не доїхати до нас (ЦРЛ), тому ми, інколи, пропускаємо оцю сходінку сімейного лікаря, і відразу вони їдуть до нас.»*), районний фтизіатр). По-третє, деякі пацієнти виявлялися у дуже критичному стані і потребували негайної госпіталізації. Отже їх направляли або транспортували до ЦРЛ автомобілем амбулаторії і вже там проводили всі обстеження. Скерування одразу в обласний протитуберкульозний диспансер, минаючи вторинну ланку, здійснювалося у випадках, коли з села було простіше дістатися до обласного центру, ніж до районного.

«Десь із травня до серпня, я все лікувала застуду, з дитинства постійно респіраторними хворобами хворіла. Коли вже важкувато було, я прийшла сюди [ФАП], мене просто посадили в машину амбулаторії і відвезли. У нас зручно, що є машина при амбулаторії, і водій. Поїхали в районну лікарню спочатку, вона [фельдшер] організувала, щоб я в черзі не очікувала, зробила рентген. Аналіз мокротиння ми не чекали, тому що, коли зробили рентген, там вже відразу все було видно. На цій же машині поїхали в тубдиспансер».

(пацієнт з ТБ)

Сільські пацієнти з рецидивами ТБ, або ті, які мали близьких родичів, що раніше хворіли на ТБ, і вони, відповідно знали логіку маршруту пацієнта і симптоми ТБ, могли одразу звертатися до протитуберкульозного диспансеру, міняючи фельдшера чи сімейного лікаря (*«Ми відразу ж поїхали в тубдиспансер, тому що у мене чоловік там раніше лежав, знайомі лікарі. Поклали мене, зробили бронхоскопію, рідину відкачали і вже у водах виявили паличку»*, пацієнт).

Логістика збору та доставки мокротиння суттєво відрізнялася на сайтах дослідження. Були виявлені наступні практики:

1) Передача пацієнту пробірок Фалькон та інструкції для збору зразків мокротиння пацієнту з метою збору вечірнього та ранкового мокротиння вдома без нагляду медичного працівника. Надалі, пацієнт самостійно доставляв зразки мокротиння до лабораторії у визначені дні прийому, або передавав зразок фельдшеру / сімейному лікарю для транспортування.

2) Збір мокротиння на базі амбулаторії під наглядом медичної сестри. Як правило, це були відкриті майданчики біля приміщення ФАП, оскільки в будівлі відсутня кімната для цієї процедури, яка б відповідала критеріям нормативної бази²⁰ (*«мокротиння збирається на повітрі, на вулиці»*, медичний працівник ФАП). Після цього доставка мокротиння до лабораторії здійснювалася медичним працівником або пацієнтом.

3) Переадресація пацієнта і збір мокротиння безпосередньо на базі закладу з лабораторією.

²⁰ Приміщення повинно мати площу не менше 15 м², його необхідно розділити скляною перегородкою (або облаштувати вікно в перегородці) на дві частини: для збирання мокротиння та для медичного персоналу, який контролює цей процес. Поверхня стін приміщення, де безпосередньо відбувається збір мокротиння, повинна мати покриття, яке легко мийється та дезінфікується. Наказ МОЗ України від 18 серпня 2010 року №684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз». Оновлений Стандарт («Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз») було прийнято 01.02.2019 р., набуття чинності – з 01.07.2020 р.

Транспортування мокротиння медичними працівниками скоріше було виключенням, ніж поширеною практикою. Серед ФАП, які були включені до якісного дослідження, переважав підхід до переадресації пацієнта з підозрою на ТБ одразу на районний рівень. Медичні працівники віддалених ФАП, які не мали власного транспорту, або у регіоні була відсутня організація транспортування мокротиння до найближчої лабораторії, висловлювали думку, що вони не мають часу та ресурсів для того, щоби самостійно доставляти зразки, і не вважають це своїм функціональним обов'язком. Окремі ФАПи не мали холодильників для зберігання мокротиння, і не вважали доцільним доставляти поодинокі зразки (*«із-за одного мокротиння треба відправляти машину та якийсь персонал... незручно одну мокроту транспортувати»*), медичний працівник ФАП). Випадки організованого транспортування зразків мокротиння з ФАП були зафіксовані у Чернігівській та Одеській області (*«визначені дні, коли їде машина до ФАПів з різною метою, і в тому числі, забирають мокротиння та привозять в лабораторію»*, районний фтизіатр), у інших сайтах дослідження – пацієнти самостійно доставляли зразки або медичні працівники використовували громадський транспорт для доставки мокротиння (Закарпатська область).

«Є місце для забору мокротиння, медсестра з ним сидить. Здав першу, підписали, другу здав, підписали – і він [пацієнт] повіз туди [до ЦРЛ]. Тут відстань, і це все-таки фінанси. Не такі великі зарплати у медсестер, щоб возити.»

(медичний працівник ФАП)

«Транспортування мокротиння в Пузняковець, яке знаходиться в тридцяти кілометрах... навіть маючи сумку-холодильник, маючи термічні елементи, півдня пройде, поки те мокротиння привеземо на автобусі в лабораторію.»

(медичний працівник ФАП)

«Часто до нас направляють, пацієнтів, у яких не обстежено мокротиння, йдуть виправдання: “У пацієнта немає кашлю, немає мокротиння”, а пацієнт приїжджає до нас, і все у нього є: і кашель, і мокротиння.»

(районий фтизіатр)

Відсутність організованого транспортування мокротиння та недотримання правил щодо її збору може впливати на результативність мікроскопії та відповідно зменшувати кількість виявлених випадків. Систематичні огляди ²¹ демонструють, що агрегований збір мокротиння, коли в один і той самий контейнер збирається мокрота від кожного спонтанного відхаркування протягом декількох годин впродовж дня, допомагає значно покращити результати мікроскопії у порівнянні з одноразовим ранковим збором після пробудження, чи одноразовим точковим збором у ЗОЗ, незалежно від часу. Серед обраних сайтів дослідження така практика ніде не застосовувалася. За думкою національних експертів, направлення пацієнтів замість транспортування зразків протирічить принципам пацієнт-орієнтованого підходу та порушує принципи інфекційного контролю.

«Він [сімейний лікар] мені написав адресу і послав до Харківського обласного тубдиспансеру. Він тільки сказав: «Візьміть з собою мокроту. Візьміть пробірочку, і якщо Вам треба, то здасте мокроту. Я так і зробила.»

(Пацієнт з ТБ)

«У деяких райцентрах до обласного центру потрібно 4 години їхати, це вже високий ризик інфікувати людей ТБ. Ми повинні зробити так, щоб мокротиння їздило, а не пацієнти самі. Ми поширюємо ТБ, подовжується час для діагностики мокротиння, створюємо складнощі для пацієнта».

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

²¹ Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Ronellenfitsch U, Scott SD, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. BMC Med [Internet]. 2016;14(1):35. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>

Усі пацієнти, які проходили маршрут від ФАП до ЦПМСД, ЦРЛ і обласного протитуберкульозного диспансеру, говорили, що ключова проблема була саме у тому, щоби дістатися до кожного ЗОЗ (*«Якщо аналізи треба здати та до сімейного лікаря, то треба їхати у інше село, звідки маршрутку чекати п'ять годин»*, пацієнт з ТБ). У самих ЗОЗ вони зазвичай швидко отримували послугу. Пацієнти, які отримували від фельдшера повну інформацію щодо повного клінічного маршруту для діагностики, а саме: де і коли послуги можуть бути отримані, висловлювали вищий рівень задоволеності, ніж ті, що дізнавалися у кожному ЗОЗ подальші кроки.

Загалом, пацієнти, які брали участь в інтерв'ю, стверджували, що більшість діагностичних процедур щодо ТБ були безкоштовними. Про оплату послуг частіше повідомляли в Одеській та Харківській областях. Також були наявні випадки, коли пацієнти могли отримати безкоштовне обстеження (наприклад, флюорографію чи рентген), проте обирали приватні діагностичні центри чи ЗОЗ інших районів, оскільки це було зручніше і швидше. Жоден з пацієнтів не повідомив про оплату мікроскопії чи купівлі пробірок для мокротиння. Найпоширенішим типом витрат була купівля плівки для рентгену (до 50 грн.) (*«Рентген зробила, на плівку дай»*, пацієнт з ТБ). Найдорожчим обстеженням у процесі діагностики були МРТ і КТ (600-800 грн.), яке проходили 2 з 16 пацієнтів – учасників якісного дослідження.

ЧИННИКИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ПОШИРЕННЮ ТБ У СЕЛАХ

Обмеження з боку медичної системи та індивідуальні чинники

Із загалу чинників, які найбільше сприяють поширенню ТБ у сільській місцевості, відсутність можливості пройти всі необхідні процедури за місцем проживання та віддалене розташування медичного закладу були найважливішими для пацієнтів (перший ранг) (**Таблиця 10**). Саме ці чинники також обрали експерти національного рівня як найважливіші, а також вони обрали незадовільне транспортне сполучення між населеними пунктами та особливості способу життя: відсутність постійного заробітку, важкі сільськогосподарські роботи. Водночас медичні працівники ФАП та районні фтизіатри вважали, що основний чинник не проблеми інфраструктури, а соціальні чинники: нестача коштів, бідність, проблеми з працевлаштування, нерегулярне та неповноцінне харчування і погані житлові умови.

Другий ранг чинників за важливістю серед пацієнтів включав страх упередженого негативного ставлення, страх втрати роботи та страх розголошення діагнозу, порушення конфіденційності, дискримінацію, нестачу необхідних знань про ТБ, незадовільне транспортне сполучення в селах та між селом та районним центром, відсутність чи нестачу коштів для оплати проїзду до медичного закладу та необхідність оплати певних діагностичних процедур під час обстеження. Національні експерти у сфері протидії ТБ також віднесли до другого рангу страх упередженого ставлення, втрати роботи та розголосу діагнозу і відсутність коштів для оплати проїзду до ЗОЗ. На додаток до цього, вони вважали другими за важливістю чинники, пов'язані з бідністю та міграцією. Медичні працівники ФАП та районні фтизіатри до другого рангу віднесли низький рівень освіти та санітарної грамотності населення (відсутність знань, як і куди звертатися за медичною допомогою), вживання алкоголю чи інші шкідливі звички, та трудову міграцію.

Загалом, оцінки вагомих чинників у збільшенні тягаря епідемії ТБ пацієнтів, були схожими на оцінки національних експертів: 7 однакових чинників було віднесено до першого чи другого рангу в обох групах. Водночас, жоден чинник, обраний пацієнтами як ключовий (1-2 ранг), не вважався таким медичними працівниками ФАП та районними фтизіатрами. Жоден з медичних працівників сільського та районного рівня не вважав, що дискримінація має вплив на захворюваність ТБ; мала кількість з них обрали чинники, пов'язані зі стигмою як ключові. Думки національних експертів та медичних працівників ФАП і районних фтизіатрів збігалися тільки щодо вагомості ролі бідності та трудової міграції у поширенні ТБ в сільській місцевості.

Таблиця 10. Чинники, що найбільшою мірою впливають на поширення ТБ на думку учасників якісного дослідження, ранги*

	Національні експерти (N=5)	Районні фтизіатри, фельдшери, сімейні лікарі (N=12)	Пацієнти (N=16)
Відсутність можливості обстежитись (пройти всі необхідні процедури) за місцем проживання	0.36	0.12	0.75
Віддалене розташування медичного закладу (потрібно далеко їхати, щоб пройти обстеження)	0.36	0.05	0.63
Відсутність чи нестача коштів для оплати проїзду до медичного закладу	0.16	0.17	0.31
Незадовільне транспортне сполучення в селах та між селом та районним центром	0.44	0.05	0.25
Низька якість кваліфікованої медичної допомоги за місцем проживання (в селі)	0.00	0.00	0.06
Необхідність оплати певних діагностичних процедур під час обстеження	0.04	0.12	0.31
Упереджене негативне ставлення до пацієнтів або осіб з підозрою на ТБ з боку медичних працівників	0.00	0.03	0.06

	Національні експерти (N=5)	Районні фтизіатри, фельдшери, сімейні лікарі (N=12)	Пацієнти (N=16)
Упереджене негативне ставлення до пацієнтів або осіб з підозрою на ТБ з боку оточення (немедичних працівників)	0.12	0.00	0.06
Дискримінація (обмеження прав, наприклад на працевлаштування, доступ до окремих послуг) пацієнтів або осіб з підозрою на ТБ	0.00	0.00	0.25
Відсутність конфіденційності – розголошення даних пацієнтів з боку медичного персоналу	0.04	0.00	0.06
Страх упередженого негативного ставлення	0.20	0.07	0.44
Страх втрати роботи	0.20	0.05	0.25
Страх розголошення діагнозу, порушення конфіденційності	0.24	0.13	0.25
Низький рівень освіти та санітарної грамотності населення, (відсутність знань, як, і куди звертатися за медичною допомогою)	0.12	0.27	0.06
Нестача загальних знань про туберкульоз (як проходить обстеження, лікування)	0.08	0.03	0.25
Нестача коштів, бідність (проблеми з працевлаштування, нерегулярне та неповноцінне харчування, погані житлові умови)	0.32	0.78	0.00
Вживання алкоголю та інші шкідливі звички	0.12	0.48	0.13
Особливості способу життя: відсутність постійного заробітку, важкі сільськогосподарські роботи, що обмежують можливість звернення за медичною допомогою	0.48	0.23	0.00

	Національні експерти (N=5)	Районні фтизіатри, фельдшери, сімейні лікарі (N=12)	Пацієнти (N=16)
Необхідність виїжджати в інші населені пункти на роботу – трудова міграція	0.16	0.37	0.13
Недоступність заходів профілактики туберкульозу за місцем проживання	0.00	0.00	0.00
Недоступність послуг ранньої діагностики туберкульозу	0.12	0.00	0.00
Незручність процедури лікування туберкульозу	0.04	0.05	0.00
Інші причини	0.00	0.02	0.00

* Медичні працівники та національні експерти обирали 5 основних чинників та ранжували їх від 1 до 5 за значущістю, де 5 – це головний чинник. Пацієнти обирали 5 ключових чинників, і не здійснювали ранжування. Цифри означають частку від максимально можливого балу; "1" – якщо всі учасники обрали цей чинник та поставили максимально можливий бал; "0" - якщо жоден з учасників не обрав цей чинник. Колір означає ранги чинників: "зелений" - 33.3% найвищих коефіцієнтів або найбільш важливі чинники, "жовтий" - 33,3% коефіцієнтів, других за поширеністю, або посередні чинники; "червоний" - 33,3% найнижчих коефіцієнтів або найменш важливі чинники.

Таблиця 11. Регіональні відмінності у чинниках, що найбільшою мірою впливають на поширення ТБ на думку учасників якісного дослідження, ранги *

	Чернівці-ська		Харківська		Закарпат-ська		Одеська	
	Районні фтїзїатри, лікарї (N=3)	Пацієнти (N=4)	Районні фтїзїатри, лікарї (N=3)	Пацієнти (N=4)	Районні фтїзїатри, лікарї (N=3)	Пацієнти (N=4)	Районні фтїзїатри, лікарї (N=3)	Пацієнти (N=4)
* Медичні працівники та національні експерти обирали 5 основних чинників та ранжували їх від 1 до 5 за значущістю, де 5 – це головний чинник. Пацієнти обирали 5 ключових чинників і не здійснювали ранжування. Цифри означають частку від максимально можливого балу; "1" якщо всі учасники обрали цей чинник та поставили максимально можливий бал; 0 - якщо жоден з учасників не обрав цей чинник. Колір означає ранги чинників: "зелений" - 33,3% найвищих коефіцієнтів або найбільш важливі чинники, "жовтий" - 33,3% коефіцієнтів, других за поширеністю, або посередні чинники; "червоний" - 33,3% найнижчих коефіцієнтів або найменш важливі чинники.	0.2	0.5	0.1	1.0	0.2	0.3	0.0	0.5
Відсутність можливості обстежитись (пройти всі необхідні процедури) за місцем проживання	0.0	0.0	0.1	1.0	0.1	0.5	0.0	0.5
Віддалене розташування медичного закладу (потрібно далеко їхати, щоб пройти обстеження)	0.3	0.3	0.1	0.3	0.2	0.5	0.1	0.5
Відсутність чи нестача коштів для оплати проїзду до медичного закладу	0.0	0.0	0.0	0.5	0.2	0.5	0.0	0.0
Незадовільне транспортне сполучення в селах та між селом та районним центром	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
Низька якість кваліфікованої медичної допомоги за місцем проживання (в селі)	0.5	0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.5
Необхідність оплати певних діагностичних процедур під час обстеження	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3
Упереджене негативне ставлення до пацієнтів або осіб з підозрою на ТБ з боку медичних працівників	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Упереджене негативне ставлення до пацієнтів або осіб з підозрою на ТБ з боку оточення (немедичних працівників)	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3
Дискримінація (обмеження прав, наприклад на працевлаштування, доступ до окремих послуг) пацієнтів або осіб з підозрою на ТБ	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Відсутність конфіденційності – розголошення даних пацієнтів з боку медичного персоналу	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

	Чернігівська		Харківська		Закарпатська		Одеська	
	Районні фтизіатри, фелдшери, сімейні лікарі (N=3)	Пацієнти (N=4)	Районні фтизіатри, фелдшери, сімейні лікарі (N=3)	Пацієнти (N=4)	Районні фтизіатри, фелдшери, сімейні лікарі (N=3)	Пацієнти (N=4)	Районні фтизіатри, фелдшери, сімейні лікарі (N=3)	Пацієнти (N=4)
* Медичні працівники та національні експерти обирали 5 основних чинників та ранжували їх від 1 до 5 за значущістю, де 5 – це головний чинник. Пацієнти обирали 5 ключових чинників і не здійснювали ранжування. Цифри означають частку від максимального можливого балу; "1" якщо всі учасники обрали цей чинник та поставили максимально можливий бал; 0 - якщо жоден з учасників не обрав цей чинник. Колір означає ранги чинників: "зелений" - 33,3% найвищих коефіцієнтів або найбільш важливі чинники, "жовтий" - 33,3% коефіцієнтів, других за поширеністю, або посередні чинники; "червоний" - 33,3% найнижчих коефіцієнтів або найменш важливі чинники.	0.1	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.1	0.3
Страх упередженого негативного ставлення	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.0	0.0	0.3
Страх втрати роботи	0.0	0.8	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3
Страх розголошення діагнозу, порушення конфіденційності	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.5	0.3
Низький рівень освіти та санітарної грамотності населення, (відсутність знань, як і куди звертатися за медичною допомогою)	0.0	0.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Нестача загальних знань про туберкульоз (як проходить обстеження, лікування)	0.9	0.0	0.5	0.0	1.0	0.5	0.7	0.0
Нестача коштів, бідність (проблеми з працевлаштування, нерегулярне та неповноцінне харчування, погані житлові умови)	0.5	0.3	0.7	0.0	0.6	0.0	0.2	0.3
Вживання алкоголю та інші шкідливі звички	0.1	0.0	0.6	0.0	0.1	0.3	0.1	0.0
Особливості способу життя: відсутність постійного заробітку, важкі сільськогосподарські роботи, що обмежують можливість звернення за медичною допомогою	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.6	0.5
Необхідність виїжджати в інші населені пункти на роботу – трудова міграція	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Недоступність заходів профілактики туберкульозу за місцем проживання	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Недоступність послуг ранньої діагностики туберкульозу	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Незручність процедури лікування туберкульозу	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
Інші причини	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Загалом, проблема нестачі коштів, працевлаштування, нерегулярного та неповноцінного харчування і поганих житлових умов була обрана як ключова для поширення туберкульозу, медичними працівниками сільського та районного рівня у всіх областях (**Таблиця 11**).

«Я хворій кажу: «Тобі треба йти до лікаря». Хвора каже: «В мене немає коштів. Буде через тиждень зарплата». Кажу, що їй треба вже завтра йти. Я їй даю на дорогу, аби вона тільки пішла.»

(медична сестра ФАП)

Проблема транспортного сполучення пригадувалася пацієнтами тільки в Харківській та Закарпатській області. В окремих селах пацієнтам було важко дістатися навіть до ФАП і вони могли його відвідувати тільки, коли по селу проходив шкільний автобус восени та взимку (зазвичай, коли 1 ФАП обслуговував декілька селищ). Пацієнти скаржилися, що через те, що автобусне сполучення є слабким, а багато селян працюють у місті, ранкові рейси перенавантажені. Тим не менш, щоб пройти обстеження у районній лабораторії, треба їхати зранку. Через погане самопочуття, пацієнти можуть чекати, коли їх зможуть відвести родичі чи друзі, що затримує діагностичний процес.

«Віддаленість самого останнього населеного пункту по Мукачівському району складає до 45 кілометрів. Автобуси туди ходять один раз ранком, і один раз ввечері. І якщо цей автобус поламався, то в той день автобус може і не йти туди.»

(районний фтизіатр)

Зловживання алкоголем та інші шкідливі звички входили до найважливіших чинників за думкою медичних працівників у Харківській області, та до другого рангу – у Чернігівській та Закарпатській областях. У Закарпатській області також повідомляли про проблеми роботи з ромською спільнотою, оскільки

ки їх важко розшукати, якщо було втрачено спостереження. В Одеській області вживання алкоголю не вважалося вагомим чинником.

Тільки в Одеській та Закарпатській області медичні працівники відмітили вагому роль трудової міграції у поширенні ТБ.

«Я їй кажу, що треба поїхати, зробити знімок, а вона каже, я їду на поле. Їх ці орендарі збирають маршрутками і відвозять.»

(медичний працівник ФАП)

Страх розголошення даних пацієнтів з боку медичного персоналу вважали важливим чинником тільки пацієнти з Чернігівської області. Взагалі, у Чернігівській та Одеській областях пацієнти відносили до важливих більше чинників, які були пов'язані зі стигмою та дискримінацією. Наприклад, у Закарпатській області пацієнти обрали тільки страх щодо втрати роботи як важливий, проте не вважали проблемою інші аспекти стигматизації чи конфіденційності.

У жодному регіоні, ані медичні працівники, ані пацієнти, не вважали проблемою недоступність заходів профілактики туберкульозу за місцем проживання, недоступність послуг ранньої діагностики туберкульозу чи незручність процедури лікування туберкульозу.

Крім визначених чинників, ряд медичних працівників вважали, що високий рівень захворюваності ТБ серед сільського населення може бути результатом інших чинників:

- 1) Тісні соціальні зв'язки**, які полегшують виявлення. Іншими словами, якщо у селі є ФАП, фельдшеру простіше помітити, хто може бути у ризику ТБ, ніж медичному працівнику міста (*«У селі простіше виявити з тієї причини, що якщо хтось десь хворіє у нас, або худне сильно, або кашляє, сусіди йдуть і нам повідомляють.»*, фельдшер ФАП).

- 2) **Відсутність часу для діагностики та лікування.** Медичні працівники висловлювали думку, що сільське населення незалежно від віку схильне звертатися до ФАП тільки у крайніх випадках, оскільки зазвичай доглядають за худобою і бояться відірватися від господарства, не завжди мають підтримку родичів чи сусідів у домашніх справах: *«Сільським жителям ніколи хворіти. Їм ніколи взагалі на себе звертати увагу. Ось у нас був один хворий, він не хотів лікуватися, оскільки у нього кролики.»* – районний фтизіатр.
- 3) **Прогалини у роботі з контактами.** Цей чинник називали медичні працівники у всіх регіонах та експерти національного рівня: *«дідусь жив в одному селі, до нього приїжджали онуки з іншого села, захворів онук важкою формою туберкульозу, і ніхто не знав про того дідуса. Коли вже тато дитини захворів, тоді вже згадали, що він же до дідуса їздить. Це село обслуговує один фельдшер, а друге – інший. Немає якоїсь такої зацікавленості докопати.»* - районний фтизіатр.
- 4) **Відсутність дієвих стратегій роботи з групами ризику за поведінковими критеріями,** головним чином, споживачами наркотиків та тими, хто зловживає алкоголем. Загалом медичні працівники ФАП та районних лікарень вкладали у термін «групи ризику» дещо інший зміст. Не завжди це були групи підвищеного ризику інфікування, тобто особи, які мають значно вищу захворюваність ТБ, ніж загальне населення у селі. Для медичних працівників, «група ризику» була групою, з якою важко працювати. Іншими словами, це ті, хто не має прихильності до діагностики та лікування (*«Алкоголь і куріння – це не основна група ризику щодо туберкульозу. Основні групи ризику – це ВІЛ-інфекція, це люди на гемодіалізі, це люди з цукровим діабетом, і це люди, які мають інші імуносупресивні захворювання. Просто людей, що вживають алкоголь і*

наркотики, важче залучити до обстеження, і важче їх долікувати.» експерт у сфері протидії ТБ національного рівня). Абсолютно всі медичні працівники сільського та районного рівня вважали, що ключова проблема у роботі з такими групами – відсутність можливості примусового лікування.

«Зараз вийшов закон про примусову госпіталізацію через суд. Я зараз Вам покажу папку, де ми робили госпіталізацію через суд наших хворих. Це означає, що ти сидиш цілий день свого часу, пишеш, заповнюєш документацію для суду. Потім подаєш це все в суд. Потім ти повинен поза прийомом, знайти два лікаря-фтизіатра, та йти в суд. Ще один день роботи. Далі, через певний час, у тебе на руках рішення суду щодо примусової госпіталізації. І що? Нічого! Жодна виконавча служба, нічого, ніхто не робить».

(районний фтизіатр)

«Якщо вони не хочуть приходити до нас, і якщо ми точно впевнені, що там щось може бути, ми можемо підключити соціальну службу, щоб вона поговорила з пацієнтом. Ми також можемо привезти їх своїм транспортом, у нас є пункт невідкладної допомоги, є наші машини. Тобто є шляхи, але пацієнти інколи і так не хочуть.»

(сімейний лікар)

«У мене є така людина, якій треба лікуватись, дообстежуватись. Вона не хоче їхати. Я прийду, вона не в адекваті. Ось мені знову потрібно її відправити на лікування, я не знаю, як це буде.»

(медичний працівник ФАП)

СТИГМАТИЗАЦІЯ ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ПІДОЗРОЮ НА ТБ

Основні причини стигматизації туберкульозу – страх інфікування та асоціації між хворобою та соціальними проблемами: бідністю, поганими житловими умовами та зловживанням психоактивних речовин. Майже всі пацієнти, які брали участь у дослідженні, говорили, що до діагнозу самі вважали ТБ хворобою безпритульних та людей, які зловживають алкоголем. У регіонах з великим тягарем епідемії ВІЛ-інфекції, наприклад, Одеській області, діагноз ТБ пов'язують з ВІЛ-інфекцією.

У сільській місцевості стигматизація посилюється через тісні соціальні зв'язки та низький рівень знань про ТБ у спільноті, зокрема щодо шляхів передачі та ефективності лікування. Майже всі пацієнти, які брали участь у дослідженні, зазначали, що стикалися зі стигмою, коли поверталися у село після госпіталізації. Водночас, жоден з них не вважав, що розголос інформації відбувся через медичних працівників (*«Це ж село. Всі знають»* – пацієнт з ТБ). Навпаки, вони відзначали, що не відчували упередженого ставлення у процесі діагностики та госпіталізації у селі та районних ЗОЗ, а також стверджували, що медичні працівники ФАП намагалися впродовж всього періоду амбулаторної фази лікування не проводити консультації у присутності інших. Пацієнти повідомляли про випадки, коли фельдшери та сімейні лікарі заступалися за них у випадку конфліктів в громаді. Жоден з пацієнтів не казав, що страх розголосу діагнозу чи інші побоювання заважали їм звертатися до медичних працівників, приймати терапію та проходити необхідні обстеження.

«Людині під шістдесят, учасник війни в Афганістані, жив в квартирі з підселенням. З стаціонару виписали, бо не заразний, а в квартиру його не пустили. Ми його не могли ніде знайти. Він на лавочці під будинком сидів. Ми юриста залучали, і кого ми тільки не залучали, щоб якось йому допомогти.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Директор був проти, що діти в школу пішли ... медсестра, заступилася, коли на дітей почали нападати.»

(Пацієнт з ТБ)

Єдиний випадок стигматизації з боку медичного працівника, про який було повідомлено у інтерв'ю, зафіксовано в Харківській області. В одному із селищ, фельдшер відмовлявся від супроводу амбулаторного лікування пацієнта після госпіталізації через побоювання інфікуватися та поширити ТБ у селі. Проте такі випадки скоріше є виключенням.

«Медичний фельдшер написала скаргу, що не буде лікувати пацієнтку, бо вона заразна. Я кажу, що вона вже не заразна, вона хоче бути вдома. У неї ж син інвалід першої групи. Медичний працівник ні в яку. Причому жінка, не те щоб асоціальна, нормальна людина, і таке неприйняття було.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

Відповідно до досвіду пацієнтів, вони не відчували упредженого ставлення з боку найближчих контактів: чоловіка чи дружини, та дітей, близьких друзів. Складніше було з іншими родичами та сусідами. Пацієнти відчували зменшення рівня спілкування, повідомляли про уникання фізичних контактів, страх використання спільного посуду. Один пацієнт повідомив про випадок фізичного насильства через хворобу. Ряд учасників інтерв'ю мали саможигматизацію, звинувачували себе у тому, що захворіли на ТБ. Незважаючи на те, що пацієнтам говорили, що вони не були заразними після завершення інтенсивної фази, вони проявляли ознаки саможигматизації впродовж амбулаторного лікування, і мали страх інфікувати близьких. Проблема стигми була особливо критичною для учасників, які мали ТБ і ВІЛ. Об'єктом стигми також ставала родина хворого на ТБ, особливо діти.

«У мене тільки від чоловіка і дітей була підтримка. Родичі від мене і не відмовлялись, але, все рівно, вони зі страхом таким до мене приїжджали. Мама не вірила, що явилікуюсь,

чоловіку казала, що не витрачай грошей на лікування, тому що нічого їй не допоможе.»

(Пацієнт з ТБ)

*«Я з цією людиною дружив добре, а потім їдемо в мари-
рутці, він: «Привіт», а за руку не хоче, «Привіт», і все.»*

(Пацієнт з ТБ)

*«Мені сусід руку поламав. Він приїхав до своєї мами, до
сусідки моєї, зі своїми маленькими дітьми. А я йшла просто
по двору. Він до мене підійшов, був напідпитку добре, і за руку
вхопив, і сказав, щоб я не ходила.»*

(Пацієнт з ТБ)

*«Мені було незручно, я соромилася, що ось такий у мене
діагноз, я себе сама карала за це. А всі ставилися добре.»*

(Пацієнт з ТБ)

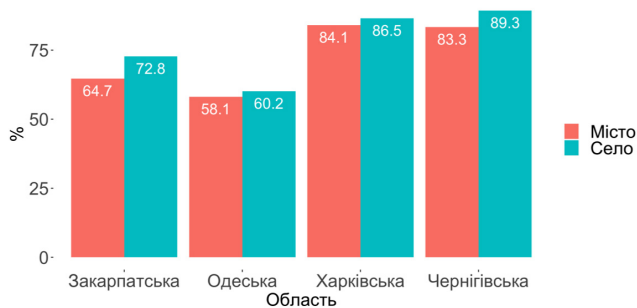
Основні побоювання пацієнтів були пов'язані зі страхом втрати роботи після завершення лікування. В Україні тривалий час не дозволяли працювати людям, які проходили лікування від ТБ, а в окремих професіях не можна було повернутися на роботу, навіть, після виліковування (наприклад, у сфері харчування, освіти тощо). Ці стереотипи залишаються. Такі побоювання в основному висловлювалися пацієнтами старшого віку, а не молоддю. Тільки один з пацієнтів на етапі амбулаторної фази лікування, що брав участь в інтерв'ю, повідомив про наміри шукати роботу впродовж цього періоду. Пацієнти, які працювали на етапі діагностики, говорили, що їм було простіше звільнитися, ніж оформлювати лікарняний після отримання діагнозу, щоб на роботі не дізналися про діагноз, та щоб не було потреби пояснювати тривалу госпіталізацію.

*«От я в продуктовому магазині працювала, медична комі-
сія тепер мене туди не допустить. Потрібно десь так вла-
штуватися, кажу, чи прибиральницею, чи десь, я навіть не
знаю, куди мені. Картопля лише залишилась, що переборка,
але це сезонна робота – це весна і осінь.»*

(Пацієнт з ТБ)

НЕВІДПОВІДНІСТЬ ПОСЛУГ ЛІКУВАННЯ ТБ ПОТРЕБАМ ПАЦІЄНТІВ У СЕЛАХ

Відповідно до рекомендацій ВООЗ у світі поширюються моделі амбулаторного лікування ТБ з першого дня діагнозу за виключенням ускладнених випадків та ТБ з розширеною медикаментозною резистентністю відповідно до принципів пацієнт-орієнтованого підходу.²² В обраних сайтах дослідження, як і у цілому в Україні, домінували моделі стаціонарного лікування сільських та міських мешканців. В Овідіопольському районі Одеської області частка сільських пацієнтів з амбулаторним лікуванням під час інтенсивної фази була найвищою – майже 40%, у Чернігівському районі – 27%, у Харківській – 13%, у Закарпатській – 11% (**Рисунок 5**). Навіть серед пацієнтів з виключно позалегеновою локалізацією ТБ, які не є бактеріовиділювачими, – три чверті госпіталізувалися на час інтенсивної фази (**Рисунок 6**). Успішність лікування чутливого ТБ суттєво не відрізнялася між сільськими та міськими мешканцями районів ($p>0.05$) і була високою. Натомість, показники успішного лікування усіх випадків резистентного ТБ були низькими, особливо у Харківській області (**Рисунок 7**).



*Рисунок 5. Частка осіб, які проходили інтенсивну фазу лікування у стаціонарі за типом поселення в областях, %
(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)*

²² WHO (2017). A people-centred model of tuberculosis care. A blueprint for eastern European and central Asian countries, first edition.

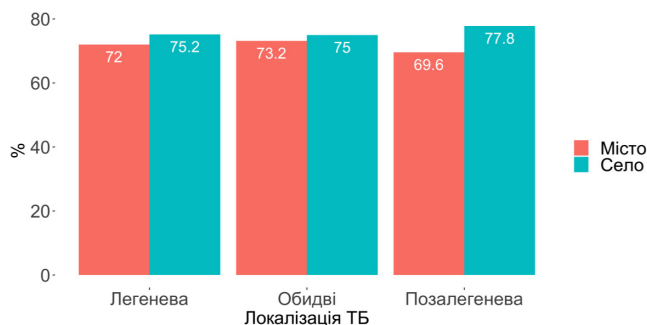


Рисунок 6. Частка осіб, які проходили інтенсивну фазу лікування у стаціонарі за типом поселення серед пацієнтів з різною локалізацією ТБ, %

(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

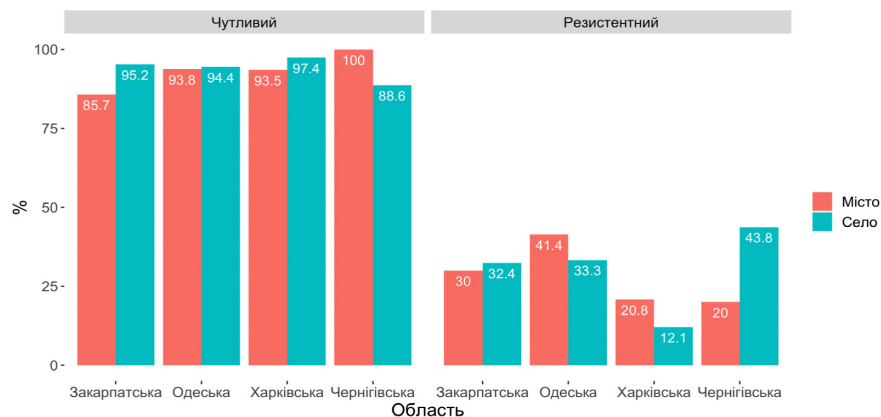


Рисунок 7. Частка осіб, які мали задовільний результат лікування серед пацієнтів, що завершили лікування за період дослідження, за типом поселення та областями, %

(дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

За результатами якісного дослідження, тривала госпіталізація – один із основних чинників, що лякає сільських мешканців, як за словами самих пацієнтів, так і медичних працівників. Враховуючи, що сільські мешканці зазвичай мають власні присадибні ділянки, і доглядають за худобою, відрив від домогосподарства є більшою проблемою, ніж серед міських мешканців. Також, тривала відсутність внаслідок госпіталізації є джерелом пересудів і стигматизації. Необхідність розширення амбулаторних моделей лікування серед сільських мешканців, що відповідає міжнародним настановам, висловлюється тільки експертами національного рівня. Серед сільських та районних медичних працівників домінує думка про необхідність обов'язкової госпіталізації.

«Я б хотіла, щоб у нас ізолювали від початку до завершення. Тоді було б краще.»

(районний фтизіатр)

«Форма надання ДОТ-послуг повинна бути орієнтована на пацієнта. Ми широко впроваджуємо лікування туберкульозу за допомогою скайп-зв'язку в поліклінічному відділенні. Ми свій наказ написали. Людям зручно за допомогою смартфона, не потрібно ходити.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

Окрема проблема, що впливає на соціально-психологічний стан пацієнтів з ТБ під час лікування, також у подальшому впливає на поширення стигми у громаді, – ізоляція здорових дітей при амбулаторному лікуванні матері або батька. Така практика регламентується Наказом №620, де визначено, що лікування хворих на ТБ з бактеріовиділенням, вдома можливе лише за умов наявності окремої кімнати для хворого на ТБ, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років та із дотриманням правил інфекційного контролю вдома.

«Якщо хворий з туберкульозом залишається вдома, то ми обов'язково дитину ізолюємо від нього: чи то в санаторій, чи то до відділення – куди-небудь.»

(районний фтизіатр)

Думка про те, що пацієнта треба обов'язково госпіталізувати, транслюється і пацієнтам. Крім респондентів з Одеської області, всі пацієнти, які брали участь в якісному дослідженні, вважали, що госпіталізація на інтенсивну фазу є обов'язковою умовою і запорукою успішного лікування. Майже ніхто з пацієнтів не знав про можливість домашнього стаціонару за умови забезпечення інфекційного контролю, а також про те, коли зникає ризик інфікувати інших у хворого на ТБ з бактеріовиділенням після початку лікування.

«Лікарі казали, що берегтись потрібно. Не спілкуватись, якщо хтось хворий. Це потрібно, щоб хворих тримали в тубдиспансері, не випускали. Більш закритий режим потрібно, тому що я дивилась, вони додому дозволяють йти, по місту люди ходять. Вони ж контактують з нормальними, здоровими людьми.»

(пацієнт з ТБ)

Одеська область – єдиний регіон, де були затверджені різні моделі амбулаторного лікування пацієнтів та керівництва щодо спільного обговорення з пацієнтами наявних моделей і вибору тих, що є зручними для пацієнта. В інших регіонах, експерти навпаки вбачали в амбулаторних моделях ризики щодо стигматизації та розголосу діагнозу через те, що пацієнт кожного дня приходить до ФАП, чи навпаки, фельдшер кожного дня приходить до нього. Самі пацієнти, які брали участь в інтерв'ю, не вважали, що щоденне відвідування ФАП чи візити фельдшера, є проблемою (*«Медсестра приходила кожного дня. Я задоволена, що мені не доводилось ходити до*

ФАП» пацієнт з ТБ). Навпаки, висловлювали думку, що це є зручним. Крім Одеської області, в інших регіонах проблемним моментом було забезпечення амбулаторного лікування в селах, де відсутній ФАП.

«Якщо лікуватись амбулаторно, теж в селі не всі хочуть лікуватись. І стаціонарно не можуть, і не хочуть, і амбулаторно не дуже хочуть, тому що кожен день буде приходити соціальний чи медичний працівник, давати ліки, то запідозрять оточуючі. Якщо той буде ходити на ФАП, отримувати ліки, теж всі бачать і всі все розуміють.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«У нас підписаний обласний наказ щодо амбулаторних моделей лікування. Їх у нас 10. Перше, що ми намагалися всіх навчити, і зараз про це знають всі – амбулаторне лікування має бути, в першу чергу, зручним для наших пацієнтів. Пацієнт разом з лікарем сідає і каже: «Мені зручна модель відео-ДОТ. Мені зручно, коли мені приносять таблетки додому. Я не хочу, щоб Ви ходили до мене додому. Я буду до Вас ходити кожен день». Якщо наш пацієнт живе, наприклад, в невеликому населеному пункті, де ФАПу немає, у нас розроблені інші моделі лікування. У нас є, так звані, розумні коробочки, які ми накладаємо пацієнтові, приходять СМСка лікарю, випив пацієнт таблетки або не випив.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«За минулий рік закрилося десять ФАПів. Є населені пункти, де мені потрібно організувати амбулаторне лікування, а я цього не можу зробити, тому що там немає медпрацівника.»

(районний фтизіатр)

ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТБ НА РІВНІ СІЛ

Види послуг з ранньої діагностики ТБ для сіл

Відповідно до підходів ВООЗ, методи раннього виявлення випадків ТБ поділяються на ті, що використовуються у «маршруті, ініційованому пацієнтом» (пасивне виявлення) та «маршруті скринінгу» (активне виявлення).²³ У «маршруті, ініційованому пацієнтом» успішність ранньої діагностики залежить від здатності ідентифікувати людей, яким слід пройти діагностичні дослідження на туберкульоз. «Маршрут скринінгу» передбачає виявлення туберкульозу серед людей, які не шукають медичної допомоги і не опікуються симптомами або ознаками, сумісними з туберкульозом. Скринінг має допомогти виявити туберкульоз у людей, які не розпочали або не завершили «шлях, ініційований пацієнтом».

Скринінгове анкетування

Основна послуга у «маршруті, ініційованому пацієнтом» для раннього виявлення ТБ – анкетування щодо симптомів ТБ, яке рекомендується проводити відповідно до Наказу №620. Результати якісного дослідження свідчать, що таке анкетування зрідка використовується в амбулаторіях, і медичні працівники часто не бачать у ньому сенсу. При зверненні пацієнта, фельдшери та сімейні лікарі, здебільшого збирають анамнез у довільному форматі. Там, де скринінгове анкетування застосовується, формат послуги відрізняється. Це може бути анкетування, коли пацієнту давали паперову анкету з переліком питань та просили заповнити, або лікарі чи медичні сестри проводили інтерв'ю віч-на-віч. В інших випадках, медичні працівники просто питали про частину симптомів з анкети. Деякі медичні працівники зазначали, що використовують його тільки в певних групах.

²³ WHO (2011). Early detection of Tuberculosis. An overview of approaches, guidelines and tools.

«Анкети... Моя думка, що вони не мають жодного результату.»

(медичний працівник ФАП)

«Анкетування – це частіше в більш зрілому віці, в літньому. А молодь – вся через флюорографію.»

(медичний працівник ФАП)

«Чесно кажучи, воно [скринінгове анкетування] нам допомогло в колонії виявити підозру на туберкульоз, а потім дообстежувати ці групи ризику. Користуємося з хворими на цукровий діабет, з виразковою хворобою шлунка.»

(районний фтизіатр)

Серед медичних працівників первинної ланки домінував підхід щодо використання радіографічного обстеження як основної послуги для встановлення підозри на ТБ і вже на основі цього обстеження продовжувати клінічний маршрут пацієнта (мікроскопія, молекулярно-генетичні і культуральні методи) або застосовувати емпіричну терапію антибіотиками.

Масове флюорографічне обстеження

Активне виявлення у першу чергу асоціювалося з послугою флюорографії, зокрема, щорічними візитами пересувних флюорографів у село. Не дивлячись на те, що ані міжнародні настанови, ані національний уніфікований протокол не рекомендують проведення масових флюорографічних обстеження для скринінгу на ТБ через їх низьку ефективність та економічну недоцільність, медичні працівники у селі вважають її критично важливою. У національному протоколі щорічна флюорографія рекомендується тільки для груп ризику. При цьому, сільське населення не вважається такою групою. Тим не менш, фельдшери часто вважають флюорографію кращим методом скринінгу, ніж скринінгове анкетування, і тому на-

голошували на важливості щорічного обстеження. В одному з інтерв'ю фельдшер навіть повідомила про випадки, коли надавала пацієнтам неправдиву інформацію, щоби стимулювати їх до поїздки у ЦПМСД для щорічного флюорографічного обстеження: *«Приходить мамочка, ти їй випишуєш безкоштовний рецепт і кажеш: «Я не можу Вам його видати, поки Ви мені не принесете флюорографію». Я можу, але кажу, що не можу, їх же потрібно якимось стимулюють, і мені приносили.»* медичний працівник ФАП.

Фельдшери скаржилися, що впродовж останніх років пересувні флюорографи не завжди можна організувати щорічно через обмеження бюджету чи поломку апаратів. Для медичних працівників ФАП приїзд флюорографа має значення не тільки з точки зору отримання знімків, а у тому числі, можливості зібрати сільське населення та провести огляд і надати консультацію тим, хто зазвичай самостійно не звертається до лікаря. З іншого боку, в умовах масової флюорографії і черги, пацієнти можуть мати обмежений час на таку консультацію. Ряд медичних працівників також зазначили проблему втрати для спостереження після таких обстежень (*«Після пересувного флюорографа ціла проблема знайти цих людей»* медичний працівник ФАП).

«Флюорографію роблять раз на рік у всіх областях за гроші місцевих бюджетів. Це метод не схвалений ВООЗ, але, оскільки, іншого виходу зараз немає, то він повинен існувати. Хоча виявлення ТБ у нього дуже низьке.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Більше 50% змін в легенях – це серцево-судинна патологія. Тому пересувний флюорограф як такий – він не є панацеєю. Панацея, я б сказала, це скринінг.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Спілкуємося зі священниками. Священник на недільній, суботній службі має казати: «Сьогодні, завтра буде тут ФГ-машина. Будь ласка, прийдіть». Це спрацює.»

(районний фтизіатр)

Час приїзду пересуваного флюорографу зазвичай планується на весну чи літо, у теплий період року, щоби було простіше роздягатися, проте така практика не враховує сільський спосіб життя. Період весни й літа – найактивніші сезони у догляді за власними присадибними ділянками, а також «гарячий» період тимчасового працевлаштування у фермерські домогосподарства.

«Вибирається такий час, весняно-літній, коли ось ці дідусі-бабусі, грубо кажучи, не укушкані тридцятьма шубами, їх можна легко роздягнути, швиденько клацнути і відправити додому.»

(районний фтизіатр)

«Треба робити [флюорографію] в осіннє-зимовий період, і під час новорічних, різдвяних, великодніх свят, коли всі повертаються із заробітків.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

Скринінг груп ризику

Розуміння груп ризику щодо ТБ та застосування відповідних стратегій виявлення ТБ є важливим аспектом ранньої діагностики у «маршруті скринінгу». За результатами інтерв'ю процес визначення таких груп є доволі формальним. Найчастіше на рівні ЗОЗ затверджується локальним наказом простий перелік таких груп на основі національного протоколу. Міжнародні настанови²⁴ рекомендують не тільки визначати групи ризику, а здійснювати їх пріоритизацію за наступними критеріями: 1) чи можна успішно визначити членів певної групи ризику; 2) ймовірність того, що вони сприймуть скринінг та

²⁴ WHO (2011). Early detection of Tuberculosis. An overview of approaches, guidelines and tools.

наступний підтверджуючий діагноз та лікування; та 3) спроможність системи охорони здоров'я здійснювати скринінг. Така практика на районному та сільському рівнях не застосовується. Відсутні оцінки чисельності груп ризику та рівня поширеності ТБ серед них. Слід зазначити, що такі оцінки відсутні і на національному рівні, а не тільки у районах. Також не розробляються окремі клінічні маршрути для груп ризику.

За виключенням пацієнтів з ТБ/ВІЛ та заходів з щорічною обов'язковою флюорографією, послуги з активного виявлення ТБ у групах ризику скоріше є рідкістю у районах. Зазвичай це відбувається там, де працюють громадські організації у сфері протидії ТБ, або є ініціатива медичного працівника. На сільському та районному рівні поширена думка, що з групами ризику за поведінковим критерієм можна працювати тільки примусово, за участі поліції; водночас, медичні працівники говорили, що це не працює.

«Мене цікавлять асоціальні. А їх я навіть з міліцією не можу знайти в ті дні, коли приїжджає флюорограф.»

(медичний працівник ФАП)

«Ми зараз працюємо з організацією «Парус», вони обстежують наркоманів. Вони найняли соціального працівника, він по селищу збирає мокротиння, ось вони зібрали і везуть.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Є у нас подвірні обходи, ходимо по хатах і опитуємо людей. Ось ми ходимо по селу, анкети ці заповнюємо [скринінгове анкетування] і дивимось: чи є у нас такі люди, які потребують флюорографії, чи немає, і в залежності від цього приїжджає машина.»

(медичний працівник ФАП)

«У нас десь до 30% хворих на туберкульоз – це ВІЛ-інфіковані. Коли виявляємо ВІЛ-інфікованого, відразу ж обстежується він на туберкульоз»

(медичний працівник ФАП)

ПРОВЕДЕНІ ЗАХОДИ ДІАГНОСТИКИ ТБ СЕРЕД УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Усі пацієнти, які брали участь в інтерв'ю, самостійно звернулися до лікаря з тими чи іншими скаргами перед тим, як було встановлено діагноз. Отже, це був «маршрут, ініційований пацієнтами». Тільки у Закарпатській області повідомляли, що проходили скринінгове анкетування. За словами інших учасників, медичні працівники ФАП або сімейні лікарі просто питали про скарги та прослуховували легені і серцеві тони за допомогою фонендоскопу. Після цього пацієнтів спрямовували на флюорографію. Зазвичай, це було у іншому населеному пункті. Відповідно до результату флюорографії, пацієнти спрямовувалися на рентген та обстеження мокротиння. Пацієнти, які мали пункти збору мокротиння на первинній ланці, часто проходили цю процедуру двічі: спочатку для мікроскопії, пізніше – на районному або обласному рівні для проведення молекулярно-генетичних та культуральних методів. Ряд пацієнтів також проходили КТ та МРТ замість рентгенографії за власний кошт. Це переважно було власне бажання, враховуючи, що ці методи дозволяють зробити трьохмірне зображення, і, відповідно, полегшують діагностику. Тільки один пацієнт повідомив, що проходив МРТ за рекомендацією лікаря; це був випадок позалегеневого ТБ. Також, у дослідженні було декілька пацієнтів, які проходили двотижневу емпіричну терапію антибіотиками для диференційної діагностики між ТБ та пневмонією. Жоден з учасників дослідження не мав досвіду біопсії чи фібробронхоскопії.

«У мене чиряки повискакували, поїхав в районну лікарню, сказали, що без флюорографії не приймають. Зробив флюорографію, потім, може через тиждень, через півтора, мені сказали ще раз прийти і дали мені картку, відправили в тубдиспансер. Я взагалі не знав, воно у мене тільки починалося. Зробили рентген, поплював швиденько і все.»

(Пацієнт з ТБ)

«Задишка була сильна. Не міг бігати, не підняти нічого. Можливо, два-три тижні. І мама, і сестри казали: піди, провірся. Я пішов до фельдшера, він мені направлення дав до лікаря. Лікар послухала, каже: «хлопче, тобі треба скорше йти, рентген зробити». Там ще кров здавав. Лікар сказав їхати в Мукачево. Рентген здав, у той же день результат, далі мокротиння дві пляшечки дали з собою. Одну щоб до вечора, одну зранку. Знов кров взяли. По рентгену вже зрозуміло було.»

(Пацієнт з ТБ)

«Мені порадили здати аналіз на ВІЛ. Здала я цей аналіз, тест показав позитивний результат. Мене поклали в центр СНІДу. Почали робити знімки (МРТ), і мені фтизіатр сказав: «У Вас туберкульоз, без виділення палички». Призначили мені протитуберкульозні таблетки. Півроку я пропила ці таблетки. Два роки було нормально, потім пішла на харчове виробництво, і ми там проходили флюорографію, раз на рік. Влітку того року прийшла відповідь, що потрібно пройти дообстеження. Поїхала в тубдиспансер, зробила знову флюорографію, направили мене до рентгенолога, і він мені каже: «у Вас туберкульоз з розпадом легені.»

(Пацієнт з ТБ)

Діагноз, як правило, встановлювався за результатами рентгену та/чи аналізу мокротиння. Загалом, за даними Реєстру, у обраних районах дослідження 68% діагнозів було підтверджено лабораторними методами, 30% встановлено за результатами рентгену, а 2% гістологічно чи клінічно. У випадку позалегенового ТБ, дві третини випадків (18 з 27) були підтверджені рентгенологічно, і тільки один – лабораторно (**Рисунок 8**). Серед пацієнтів, які мали тільки легеневу локалізацію, 71% (403/568) були підтверджені лабораторно. У пацієнтів з легеневою та позалегеновою локалізацією, 56% (24/44) були підтверджені лабораторно, а 44% (19/44) – рентгенологічно.

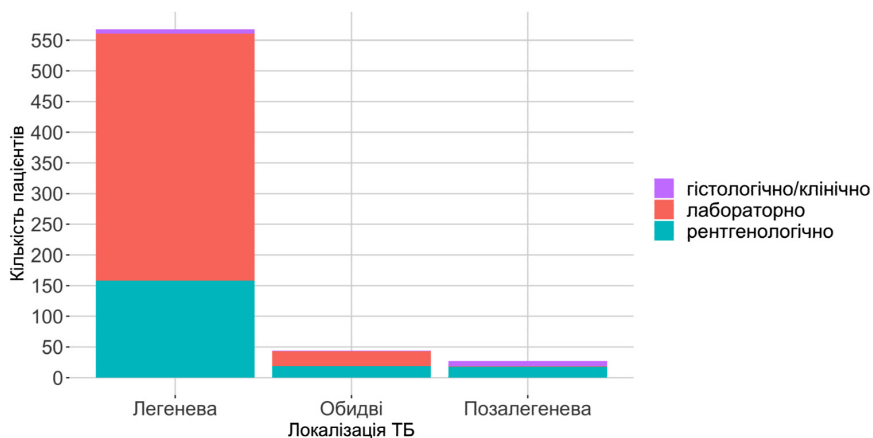


Рисунок 8. Основний метод підтвердження ТБ діагнозу в залежності від локалізації ТБ серед сільських мешканців, осіб (дані національного ТБ реєстру з 4х сайтів дослідження: Біляївський район Одеської області, Чернігівський район Чернігівської області, Харківський район Харківської області і Мукачівський район Закарпатської області)

ДОСТУПНІСТЬ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ ЖИТЕЛІВ СІЛ (ПОРІВНЯННЯ ВІДПОВІДЕЙ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ХВОРИХ НА ТБ)

За думкою пацієнтів з ТБ, які брали участь у дослідженні, процес діагностики був зрозумілим, і висловлювали високий рівень задоволеності медичними працівниками, зокрема, їх ставленням під час цього процесу. Водночас майже усі казали, що це було їх власне рішення не звертатися до лікаря одразу після появи симптомів, оскільки не вважали, що це є серйозним, і сподівалися вилікуватися самостійно. Поширеною була думка, що звертатися до ФАП треба тільки у критичних випадках. За виключенням пацієнтів з хронічними захворюваннями, які регулярно відвідували ФАП, решта або взагалі не зверталася до фельдшера чи сімейного лікаря до встановлення підозри на ТБ, або відвідували його тільки декілька разів впродовж життя.

У декількох селах пацієнти повідомляли, що фельдшер приймає тільки двічі на тиждень. Якщо у селі був доступ до сімейного лікаря, і там працювала лабораторія (наприклад, для збору мокротиння та загальних аналізів крові і сечі), лабораторія могла приймати зразки не кожного дня. Пацієнти повідомляли, що мали мобільні телефони медичних працівників ФАП, і завжди могли дізнатися години прийому, чи отримати консультацію у телефонному режимі.

«Зручності не дуже. Виходить, амбулаторія в одному селі з трьох. Є фельдшерський пункт, але там фельдшери. Все-таки, всі до лікаря їдуть.»

(Пацієнт)

Майже усі вважали, що щорічна флюорографія має обов'язково проводитися, особливо пацієнти, які проходили професійні огляди. Пацієнти не вважали проблемою, те, що флюорографи відсутні у ФАП чи те, що пересувні флюорогра-

фи не завжди приїжджають у село щорічно. Більшість з них періодично відвідували районний центр у власних справах, і робили флюорографію у районних лікарнях. Пацієнти, які мали рецидиви ТБ чи ті, що регулярно робили флюорографію, проте не були виявлені по флюорографічним знімкам, мали сумніви у такій процедурі, і висловлювали думку, що має бути кращий доступ до МРТ та КТ.

«Для мене взагалі, зараз, флюорографія, я не вважаю, що це нормальний знімок, і що в ньому можна щось визначити. В районах повинні стояти МРТ. Ти його зробив, і лікар може тобі поставити правильний діагноз. Тому, що по флюорографії і рентгену вони там нічого не бачать.»

(Пацієнт з ТБ)

Фактично усі учасники дослідження: і пацієнти, і медичні працівники, стверджували, що основний проблемний момент у ранній діагностиці – транспортне сполучення між ЗОЗ різного рівня та те, що необхідно проходити різні клінічні дослідження у різних закладах. Це обмеження було особливо критичним для пацієнтів, які виявлялися на пізніх стадіях, погано себе почували, і не мали власного транспорту або доступу до транспорту амбулаторії.

«Якщо б організувати довіз людей до, скажімо, районного центру, то це було б більш ефективно.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

За думкою медичних працівників для ранньої діагностики у групах ризику за поведінковими чи соціальними критеріями не вистачає співпраці з громадськими організаціями та надання грошової і негрошової мотивації. У регіонах, де громадські організації працювали з сільськими мешканцями, медичні працівники вважали, що саме це дозволяє їм виявляти випадки ТБ серед осіб, які не звертаються до лікаря.

«Ось у нас зараз допомагає соціальний супровід «Життя плюс». Вони заохочують пацієнтів для того, щоб вони лікувалися. Мотивують їх продуктовими наборами, дорогими [клінічними] обстеженнями, компенсують проїзд.»

(районний фтизіатр)

РІВЕНЬ ПОІНФОРМОВАНOSTІ ЩОДО ТБ

Були поширені стереотипи, що тільки депривовані групи населення можуть мати ТБ, пацієнти говорили, що не усвідомлювали ризик захворіти. Виключення – сільські мешканці, які мали родичів, хворих на ТБ, чи проживали у селі з високим рівнем захворюваності на ТБ; ці учасники говорили, що і до власного діагнозу розуміли ризик захворіти. Медичні працівники також вважали, що сільські мешканці зазвичай не усвідомлюють чинники ризику щодо ТБ.

«Був випадок, коли адекватний молодий чоловік просто не вірив, і говорив, що у нього цього немає, ми в судовому порядку довели, що туберкульоз там є.»

(Районний фтизіатр)

«Як тільки у мене з'явилися підозри, спочатку мені цей діагноз не подобався. Я думав, краще нехай це буде онкологія. Потім я дізнався, що часи змінилися, що цим хворіють не тільки бомжі і наркомани.»

(Пацієнт з ТБ)

«Для мене це був шок, і я вважала, що на туберкульоз можуть хворіти тільки люди такі: в місцях позбавлення волі, наркомани, бомжі. Коли зіткнулася вже з цим сама, то зрозуміла, що кожен може цим захворіти.»

(Пацієнт з ТБ)

Рівень знань щодо шляхів передачі та профілактики ТБ є дуже низьким. За словами більшості пацієнтів з ТБ, до діагнозу вони тільки чули про хворобу, і те, що це хвороба депривованих верств населення, проте не знали, як можна інфікуватися, і як це лікується. Після постановки діагнозу та початку лікування, пацієнти розумілися на симптоматиці ТБ, наявності позалегеневих форм, виліковності хвороби, процесі діагностики та лікування, проте міфи щодо шляхів передачі ТБ залишалися. Основа причина цього – те, що медичні працівники сільського та районного рівня самі транслявали такі міфи пацієнтам.

Абсолютно всі фельдшери та частина районних фтизіатрів, а також пацієнти були впевнені, що ТБ передається через використання спільного посуду для напоїв та їжі. Поширений міф передачі ТБ через обмін цигарками та через поцілунки. Інший поширений міф серед пацієнтів, що для передачі ТБ достатньо мінімального контакту з інфікованою людиною у громадському транспорті, чи іншому місці. Низьким був рівень знань щодо того, через який період часу після початку лікування зникає ризик інфікувати інших. В основному, пацієнти вважали, що це відбувається тільки після завершення інтенсивної фази лікування.

«Пити з однієї чашки, як це все робиться, з одного стакана – ось ця найпоширеніша передача.»

(медичний працівник ФАП)

«Це алкоголіки, вони ж діляться однією склянкою, вони курять там одну сигарету. Ну це йде такий щільний контакт, що краще вже не придумати. Ну я вважаю, що це великий відсоток передачі.»

(медичний працівник ФАП)

«Я навіть вдома ходив у масці, тарілочка, ніж, виделка – все у мене вдома було окремим.»

(Пацієнт з ТБ)

«У громадському транспорті можна захворіти – десь за поручень потримався, і вже ти можеш підхопити [ТБ].»

(Пацієнт з ТБ)

«Можеш навіть в тролейбусі проїхати, кашляє людина, і можеш захворіти [ТБ]. Через піт може, рука спітніла, привітався і все»

(Пацієнт з ТБ)

На думку національних експертів, така ситуація – результат стійкості переконань щодо шляхів передачі ТБ серед медичних працівників, яким навчали впродовж тривалого періоду часу. Додатковий чинник – те, що медичні працівники звикли керуватися національними нормативними документами, зрідка відслідковують результати досліджень та міжнародні настанови.

«Зараз повністю переглянуті шляхи передачі туберкульозу, то, що мене вчили в інституті і те, що я говорила на протязі 10 років своїм пацієнтам поки працювала в поліклініці, багато з того вже не вірно. Але ці знання настільки незвичні навіть для медичних працівників, що вони не готові їх сприймати. Ми навчаємо на тренінгах медичних, соціальних працівників, вони уважно слухають, але залишаються при своїй думці.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

До діагнозу, більшість пацієнтів казали, що не замислювалися про симптоми ТБ. Після встановлення діагнозу обі-

знаність щодо симптоматики стала кращою. Майже всі зазначали, що симптомами ТБ є кашель понад 2х тижнів, біль у грудях, підвищення температури, слабкість, пітливість, втрата ваги. Усі пацієнти вважали, що слабший імунітет, хронічні захворювання, є чинником ризику захворіти ТБ.

Загалом, пацієнти вірили, що ТБ є виліковними, і правильно визначали мінімальний період тривалості лікування (6 місяців). Єдиний респондент, який мав сумніви щодо виліковності – пацієнт, який на момент дослідження проходив лікування від третього рецидиву ТБ. Усі стверджували, що треба регулярно приймати протитуберкульозну терапію, щоб вилікуватися. Двоє із шістнадцяти пацієнтів, як брали участь у дослідженні, вірили у нетрадиційні методи лікування, проте розглядали їх як компліментарний метод до антибіотиків, а не основну стратегію лікування.

«Деякі собачками лікувалися, і жиром, і чим хочеш, але в підсумку – летальний результат. Я у лікаря питала, він сказав, що крім препаратів, які я приймаю, мені не треба більше нічого приймати. Я вірю.»

(Пацієнт з ТБ)

«У мене хлопець знайомий, він на зоні сидів, говорив, йому з волі борсукового жиру трилітрову банку передали, так цей борсуковий жир, каже, допомагає. Я теж борсуковий жир пив.»

(Пацієнт з ТБ)

МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТБ У СЕЛАХ

Доступність заходів з профілактики ТБ за місцем проживання

Існують три підходи профілактики, які мають значення для зниження смертності та захворюваності ТБ: первинна, вторинна та третинна профілактика. Первинна профілактика спрямована на людей, які не мають ТБ, і включає промоцію здоров'я (навчання та інформування), вакцинацію (БЦЖ) та інфекційний контроль у місцях, де може відбуватися передача ТБ. Вторинна профілактика має на меті виявлення людей, які були інфіковані, на ранніх стадіях, або мали ризик інфікування; це виявлення латентного ТБ за допомогою туберкулін-діагностики чи квантіферонового тесту та хіміопрофілактика (лікування латентного ТБ ізоніазидом). Лікування ТБ вважається третинною профілактикою. У цьому розділі описані думки пацієнтів та медичних працівників щодо заходів первинної та вторинної профілактики ТБ.

Навчання та інформування

За думкою медичних працівників та пацієнтів, доступ до інформації про ТБ є обмеженим. Пацієнти, які до діагнозу зверталися до ФАП, казали, що бачили плакати з інформацією про ТБ у фельдшера, проте зрідка їх читали. У Закарпатській та Одеській області пацієнти згадували, що фельдшери інформували про ТБ під час візитів та консультацій. Учасники глибоких інтерв'ю, які мали дітей, говорили, що про ТБ періодично розказують у школі, але ця інформація не поширюється у родині. Загалом, учасники, які до свого діагнозу, стикалися з ТБ (хворіли друзі чи родичі), були більш зацікавлені у пошуку інформації. Решта почали шукати інформацію про ТБ тільки після встановлення підозри, що вони можуть мати таку хворобу.

Основне джерело інформації серед сільських мешканців – це телебачення. Респонденти згадували телевізійні соціальні ролики про ТБ, які показують на день боротьби з ТБ. І медичні працівники різного рівня і національні експерти вважали, що у ЗМІ недостатньо висвітлюється тема ТБ; соціальна реклама у період дня боротьби з ТБ не допомагає підвищувати рівень обізнаності та боротися з міфами. У глибинних інтерв'ю тільки пацієнти молодого віку говорили, що шукали інформацію про діагноз в Інтернет.

«Бесіди проводяться в школах. У нашій лікарні розроблені санітарні бюлетені. Із пацієнтами на прийомі проводимо бесіди.»

(медичний працівник ФАП)

«Для мене як для професіонала, мені здається, інформації достатньо, але, якщо ми бачимо, що населення все одно безграмотне – значить недостатньо.»

(Експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Передача є така: «Я соромлюся свого тіла» по СТБ. І там я почула про туберкульоз »

(Пацієнт з ТБ)

«Районний фтизіатр ходить читає лекції дітям, вони поінформовані.»

(Пацієнт з ТБ)

За виключенням лекцій у школах, активне інформування про ТБ у громаді було рідкістю. В Одеській області медичний працівник повідомляв про проведення лекцій у фермерських господарствах. У Чернігівській області один з пацієнтів відвідував лекцію про ТБ у сільській раді. У Закарпатській та Харківській області в інтерв'ю повідомляли про співробітництво з релігійними організаціями.

«Вона [головний лікар ЦПМСД] спілкується із сільськими головами, просить їх підтримувати, наприклад, транспортування пацієнта. Потім вона ще з релігійними громадами в контакті. Каже, батюшка навіть проповідь читав в церкві [про ТБ], коли був день боротьби з туберкульозом.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

БЦЖ

БЦЖ використовуються виключно серед дітей, що відповідає міжнародним настановам; ефективність вакцинації дорослих піддається сумніву.²⁵ За думкою пацієнтів, доступ до БЦЖ є задовільним. Пацієнти, які мали дітей, згадували, що робили вакцинацію в пологовому будинку чи вже при поверненні до сімейного лікаря.

Фельдшери та сімейні лікарі повідомляли про перерви у поставках БЦЖ. За думкою медичних працівників, рівень довіри до вакцинації серед сільських мешканців знижується, що також впливає на рівень охоплення БЦЖ. Проблемним моментом з точки зору логістики, є закупка 20-дозних флаконів БЦЖ. В умовах низького рівня народжуваності, медичні працівники збирали дітей з декількох населених пунктів, щоб забезпечити ефективне використання вакцини, або просто скеровували на районний рівень і не використовували вакцину.

«Нам дали на дільницю 20-дозову БЦЖ-вакцину. Ну от уявіть, у мене народилася одна дитина на ділянці і 20 доз вакцини. Мені голову знімуть ще до того, як я її відкрию, якщо я 19 доз викину. Отже, за БЦЖ треба їхати в район.»

(медичний працівник ФАП)

Інфекційний контроль у ФАП

Впродовж 2017-2019 рр. у чотирьох районах дослідження було зареєстровано 10 випадків ТБ серед сільських медичних працівників (5 у Харківській області, 4 у Чернігівській та 1

²⁵ BCG vaccine, WHO, 2011, www.who.int/biologicals/areas/vaccines/

в Одеській). Це свідчить про незадовільний стан виконання інфекційного контролю на рівні ФАП.

Відповідно до стандарту інфекційного контролю²⁶, медичні працівники амбулаторії мають одягати респіратори у випадку позитивного результату мокротиння на себе; негайно скеровувати пацієнта до фтизіатра, та повідомляти фтизіатра телефоном, а також відстежувати візит; проводити дезінфекцію повітря УФ-опромінювачем перед продовженням прийому. Фельдшери, які брали участь у дослідженні, говорили, що виконують усі ці процедури. Водночас, слід враховувати, що за маршрутом пацієнта може проходити тривалий час від встановлення підозри на ТБ, до збору і аналізу мокротиння, а також декілька візитів до фельдшера / сімейного лікаря впродовж цього періоду.

На думку одного з національних експертів, високий рівень захворюваності ТБ серед сільських медичних працівників, може пояснюватися не тільки прогалинами у процедурах інфекційного контролю у ФАП через низький рівень знань або інфраструктурні обмеження, а й мотивацією самих медичних працівників для отримання вищого доходу:

«Потрібно розуміти, що для деяких людей профзахворювання – це спосіб заробітку. Він заробляє 5000 грн, а якщо захворів – платять 25000 грн. Він не боїться захворіти. Мені одна лікар сказала, що я хоч дитині на навчання заробила, а так би не змогла вона відправити свою дитину в інститут. Такі люди не будуть дотримуватися норм інфекційного контролю, навіть якщо їм створити всі умови.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

²⁶ Наказ МОЗ України від 18 серпня 2010 року N684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз». Оновлений Стандарт («Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз») було прийнято 01.02.2019 р., набуття чинності – з 01.07.2020 р.

Обстеження контактів та виявлення латентного ТБ

Відповідно до національного протоколу, скринінг на ТБ варто пропонувати особам, які мають побутовий контакт із будь-яким хворим на активний ТБ, незалежно від осередку інфекції.²⁷ Протокол визначає побутові контакти як контакти з особами, які користуються однією спальнею, кухнею, ванною або вітальною з індекс-випадком. ВООЗ визначає контакт, як «будь-яку особу, яка перебувала у ризику інфікування від індекс-випадку»²⁸ і, зазвичай, ділить контакти на дві групи: побутові контакти та інші близькі контакти. Визначення побутового контакту за ВООЗ є подібним до національного протоколу. ВООЗ визначає інші близькі контакти як «осіб, які не перебувають у одному домогосподарстві, але користуються спільним простором, наприклад, це місце соціального збору, робоче місце, чи заклад, у яких індекс-випадок проводив тривалі періоди часу впродовж останніх трьох місяців до початку лікування ТБ».²⁹ За результатами досліджень, у сільській місцевості через тісні соціальні зв'язки сусіди мають такий самий ризик ТБ, як і члени домогосподарства.³⁰

За результатами якісного дослідження, практика пошуку контактів у сільській місцевості спрямована виключно на побутові контакти, і не враховує інші близькі контакти за визначенням ВООЗ. Національні експерти стверджували, що для глибокого пошуку контактів у сільській місцевості, недостатньо людських ресурсів, а також низький рівень поінформованості щодо того, хто є контактом, крім членів домогосподарства. Медичні працівники підкреслювали аспект стигми, що

²⁷ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 р. № 620; режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/file/text/27/f434621n28.pdf>

²⁸ Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: http://www.who.int/tb/publications/2012/contact_investigation2012/en/

²⁹ Там само.

³⁰ StopTB Field guide 6: Using Contact Investigation to Improve TB Case Detection, 2018. Available from: https://stoptb-strategicinitiative.org/learning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG_06.pdf

пошук контактів серед сусідів сприяє стигматизації хворого. У цілому, Одеська область – єдиний регіон, де повідомили про впровадження практик розширеного пошуку контактів у сільській місцевості.

«В Одеській області, план на 2019 рік – виявлення контактних, які будуть відповідати стандартам і критеріям ВООЗ. Тобто, на 1 хворого на туберкульоз повинно бути не менше 6-8 контактів»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Наші люди звикли до того, що контакт – це перебування тільки разом в одній сім'ї. Контакт – це перебування в одному транспорті. Контакт – це перебування на одному робочому місці. Контакт – це перебування в поїзді в одному і тому ж. Тобто треба вчити людей визначати і шукати контакти туберкульозу.»

(районний фтизіатр)

За словами пацієнтів та медичних працівників, контактам здебільшого проводився загальний огляд та рентгенологічне обстеження. Туберкулін-діагностика частіше призначається дітям та ВІЛ-інфікованим, чи іншим пацієнтам з імуносупресією, ніж дорослим без хронічних захворювань. Жоден з контактів учасників дослідження не проходив квантифероновий тест. За словами національних експертів, такий тест є дороговартісним, і не застосовується у межах обстежень, які покриваються за рахунок бюджету.

«На сьогоднішній день є вже альтернативи туберкулін-діагностиці. Я говорю про квантифероновий тест. Але, це, нажаль, дороговартісно, і недоступно не тільки для сільсько-го населення, а й взагалі, для загального населення.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

Хіміопрофілактика

Відповідно до ЗУ «Про протидію захворюванню на туберкульоз»³¹ хіміопрофілактиці підлягають діти, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, віком до шести років з числа контактних осіб; особи, інфіковані водночас мікобактеріями туберкульозу та ВІЛ; та інші особи, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, з числа контактних осіб за наявності медичних показань (за визначенням фтизіатру). За результатами інтерв'ю підходи до застосування хіміопрофілактики у сільській місцевості відрізняються. У ряді селищ медичні працівники стверджували, що профілактичне лікування ізоніазидом призначається тільки дітям та ВІЛ-інфікованим, решта контактів його не отримують.

«Хіміопрофілактику дітям роблять, дорослим – не роблять.»
(медична сестра ФАП)

«Хіміопрофілактику туберкульозу ми робимо лише тим, які у нас є ВІЛ-інфікованими. Їм назначається на цілих півроку.»
(районний фтизіатр)

Окремі медичні працівники висловлювали сумніви в ефективності такого лікування, оскільки це неконтрольоване лікування, і може супроводжуватися побічними діями, що в свою чергу впливає на прихильність до проходження повного курсу лікування. Тільки ВІЛ-інфіковані учасники дослідження стверджували, що приймали хіміопрофілактику 6 місяців, контакти пацієнтів з ТБ без ВІЛ-інфекції, та діти, мали від 1 до 3 місяців лікування.

«У якій мірі вони п'ють [хіміопрофілактику], цього, на жаль, ми не бачимо, тому що це неконтрольований прийом препаратів. Тобто, ми призначаємо всім; як правило, тільки 20% закінчують.»
(районний фтизіатр)

³¹ Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14/ed20120419#n201>

МОЖЛИВІСТЬ ОПТИМІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТБ ДЛЯ МЕШКАНЦІВ СІЛ

Загалом, основні рекомендації медичних працівників та національних експертів щодо оптимізації заходів профілактики у сільській місцевості були спрямовані на більш активне впровадження заходів інформування, освіти та консультування, розширення доступу до скринінгу за ініціативою медичного працівника, а також, розширення кола контактів при обстеженні, і залучення громадських організацій до скринінгу у групах ризику.

На думку медичних працівників, інформування має відбуватися не тільки у школах чи ЗОЗ, а й бути наближеним до працюючого населення, наприклад, проводити лекції у фермерських домогосподарствах, серед сезонних працівників.

«Тут є орендар, фермерське господарство. Там теж був, лекцію читав. Іноді після лекції на наступний день приходять.»

(медичний працівник ФАП)

Ряд районних фтизіатрів і національних експертів підкреслювали визначну роль фельдшерів та сімейних лікарів у профілактиці ТБ, і пропонували впровадження фінансових бонусів на первинній ланці за виявлення випадків ТБ на ранніх стадіях (*«Непогано би було, якби ті ж сімейні лікарі, ті ж фельдшери, мали за виявлення хворого, якийсь бонус. Хай ці бонуси будуть навіть хвилинами на телефон.»* районний фтизіатр). Національні експерти наголошували на необхідності мотивувати медичних працівників використовувати скринінгове анкетування і надавати йому вищий пріоритет у порівнянні з флюорографією.

«Я б на місці сімейного лікаря перевірила тих людей, які приписались, хоча б раз на рік робити таку акцію. Не сподіватись на пересувний флюорограф.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

Один з національних експертів пропонував впровадження нових коротших схем хіміопрофілактики, які надаються під контролем.

«Є зараз для груп ризику хороша нова схема профілактики, вона дається раз в тиждень, ізоніазид, рефампіцин, але вона повинна даватися під контролем. Цього точно ніхто не робить, не тільки в селі, а й у місті теж. 12 раз дати пацієнту препарати, і бути впевненим, що у нього різко знижена ймовірність захворіти ТБ, це не складно, не дорого, але цього взагалі ніхто не робить.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

Фельдшери здебільшого говорили про необхідність впровадження соціального транспорту для доставки пацієнтів з метою покращення доступу до медичної допомоги, забезпечення регулярних щорічних флюорографічних обстежень та прийнятті дієвих інтервенцій щодо боротьби із зловживанням алкоголю.

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи результати кількісного та якісного дослідження щодо різних аспектів виявлення та профілактики ТБ серед сільських мешканців, можна зробити наступні висновки:

- **Серед сільських мешканців медіанний часовий інтервал від звернення до фельдшера/сімейного лікаря до початку лікування ТБ становлять 9 днів, а загальна діагностична затримка від появи симптомів до постановки діагнозу – 21 день.** Чверть сільських пацієнтів з ТБ починають лікування тільки через 2.5 тижня і більше, після звернення до загальної лікувальної мережі. Жінки, особи пенсійного віку, роми та особи з позалеженою локалізацією ТБ у більшому ризику затримки серед сільських мешканців.

- **Клінічні маршрути пацієнтів з підозрою на ТБ відповідають національному протоколу, проте є застарілими, і не відповідають останнім міжнародним настановам ВООЗ.** Основні прогалини у діагностичному алгоритмі включають невикористання молекулярно-генетичних методів як первинного діагностичного тесту; реалізацію двотижневого емпіричного лікування за принципом «подивитися та почекати» серед пацієнтів з негативним результатом мікроскопії та патологічними змінами у органах грудної порожнини на знімках замість ПЦР мокротиння; відсутність визначеної послідовності проходження мікроскопії мокротиння, флюорографії та рентгену, що на практиці призводить до призначення мікроскопії тільки при виявленні патологій на знімках. Усі ці речі призводять до збільшення діагностичної затримки.

- **Клінічним маршрутам пацієнтів з підозрою на ТБ у ЗОЗ сільського та районного рівня бракує мультидисциплінарного підходу: залучення всіх зацікавлених сторін до обговорення (ЗОЗ різного рівня, громадські організації тощо), визначення функціональних обов'язків та логісти-**

ки на кожному етапі. Клінічні маршрути пацієнтів, затверджені у ЗОЗ, скоріше є діагностичними алгоритмами з переліком досліджень, ніж маршрутами як такими. Традиційно виділяють чотири критерії³², що має мати клінічний маршрут пацієнта: (1) це структурований багатодисциплінарний план догляду; (2) використовується для передачі вказівок чи доказів місцевим структурам; (3) докладно описано кроки в ході виявлення, лікування або догляду в плані, шляху, алгоритмі, протоколі чи іншому “описі дій” (тобто втручання визначаються часовими рамками або критеріями, що базуються на прогресуванні); (4) має на меті стандартизацію догляду за конкретною клінічною проблемою, процедурою чи епізодом догляду у конкретній популяції. У сільських та районних клінічних маршрутах пацієнта є прогалини щодо першого та третього критерію. Маршрути пацієнтів зрідка включають перелік ЗОЗ, у які здійснюється переадресація на кожному етапі, цільові часові межі кожного кроку з урахуванням наявної інфраструктури, послідовність дій спеціалістів різних ЗОЗ після отримання результатів обстежень. Мультидисциплінарність клінічних маршрутів обмежується медичними ЗОЗ, і не містить інформацію про доступні соціально-психологічні послуги на різних етапах.

- **Основна проблема в логістиці маршруту сільського пацієнта з підозрою на ТБ – відсутність організованого транспортування мокротиння з первинної ланки до лабораторій I типу.** Половина сільських пацієнтів з підтвердженим діагнозом ТБ здають мокротиння тільки через тиждень і більше після звернення до фельдшера/сімейного лікаря, а чверть – через два тижні і більше. Підхід до переадресації пацієнта до лабораторії замість транспортування зразка мокроти проти-

³² Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Ronellenfitsch U, Scott SD, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. BMC Med [Internet]. 2016;14(1):35. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>

річить принципам пацієнт-орієнтованого підходу, призводить до збільшення діагностичної затримки та порушує принципи інфекційного контролю. Випадки, де централізована система транспортування мокротиння була впроваджена, є виключно ініціативою окремих медичних працівників. Нормативна база, яка б визначала пріоритет транспортування мокротиння замість переадресацій, відсутня.

- **Ключові прогалини у забезпеченні доступу до ранньої діагностики ТБ – затримка збору мокротиння у маршруті, ініційованому пацієнтом, та відсутність дієвих стратегій активного скринінгу в сільській місцевості.** Масова щорічна флюорографія у селі залишається основною стратегією активного скринінгу, хоча їх ефективність не підтверджується. Результати дослідження свідчать, що серед медичних працівників сільського рівня, флюорографічне обстеження розглядається як краща стратегія ніж скринінгове анкетування на ТБ для первинного скринінгу. Загалом, довіра до ефективності скринінгового анкетування є низькою. Враховуючи, що послуги флюорографії та рентгену, як правило, не доступні у селах, а скринінгове анкетування використовується зрідка, це призводить до діагностичної затримки. Випадки активного скринінгу (анкетування, збір мокротиння) у групах ризику є поодинокими випадками, і, зазвичай, реалізуються у населених пунктах, де є співпраця з громадськими організаціями, або є ініціатива медичного працівника. Серед фельдшерів поширена думка, що єдина можливість ранньої діагностики у групах ризику за поведінковими критеріями, це примусові обстеження.

- **Виявленні відмінності в розумінні, хто є групами ризику щодо ТБ у сільській місцевості на рівні сільських та районних медичних працівників та експертів національного рівня.** Фельдшери, сімейні лікарі та районні фтизіатри наголошують, що групи за соціальним та поведінковим критеріями, зокрема, особи, які зловживають алкоголем, є основною гру-

пою ризику. Натомість, національні експерти стверджували, що основними групами є медичні групи ризику, а групи за поведінковим критеріями скоріше мають меншу прихильність до діагностики та лікування, проте – не вищий ризик інфікування. Кількісні дані Реєстру пацієнтів з ТБ не підтверджують високу частку груп ризику за поведінковими критеріями. Відсутність консенсусу у тому, хто є групами ризику, є результатом прогалин у стратегічній інформації: відсутності досліджень поширеності ТБ у таких групах та оцінки їх чисельності як у містах, так і у селах.

- **Первинна профілактика ТБ у сільській місцевості є обмеженою у частині заходів щодо навчання, інформування й консультивання.** Основні заходи з інформування і навчання у межах первинної профілактики включають інформаційні плакати у ФАП та проведення лекцій щодо ТБ у школах, рідше – інформування фельдшера під час візитів пацієнтів. Ці заходи не охоплюють працююче населення та безробітне населення працездатного віку. У ряді районів зафіксовані гарні практики, коли районні фтизіатри або медичні працівники первинної ланки проводили лекції у сільських радах на зборах громади, приходили у фермерські домогосподарства під час сезонних робіт, та співпрацювали зі священниками, для інформування під час проповідей. Щодо доступу до БЦЖ, що також є способом первинної профілактики серед дітей, він є задовільним. Зафіксовано прогалину у логістиці вакцинації пацієнтів, які не отримали БЦЖ у пологовому будинку. Оскільки закупається 20-дозна вакцина, а народжуваність є низькою, поширений підхід до переадресації дітей на районний рівень.

- **Основна прогалина у вторинній профілактиці – обмежений пошук контактів індекс-випадків ТБ. Доступність туберкулін-діагностики та хіміопротекції є задовільною.** Як правило, здійснюється тільки пошук та обстеження побутових контактів, що не відповідає міжнародним настановам ВООЗ, які рекомендують охоплювати побутові

контакти та інші близькі контакти. Відсутність обстеження контактів за межами сільського домогосподарства пояснюється обмеженими людськими ресурсами на первинній ланці медичної допомоги, низьким рівнем знань, хто є контактом, та наявності ризику стигматизації при обстеженні розширеного кола контактів.

- **Враховуючи високий рівень захворюваності на ТБ серед сільських медичних працівників, незадовільним є рівень інфекційного контролю у ФАП та ПМСД.** Відповідно до даних Реєстру у чотирьох районах дослідження зафіксовано 10 випадків ТБ серед сільських медичних працівників впродовж 2017-2019 рр.

- **Сприйняття проблем, що впливають на тягар епідемії ТБ у селі відрізняється між пацієнтами з ТБ та медичними працівниками сільського та районного рівня.** Пацієнти схильні вбачати основні проблеми у обмеженнях інфраструктури, зокрема – віддаленому розташуванні ЗОЗ та поганому транспортному сполученні, а також різних аспектах стигматизації діагнозу. Водночас, фельдшери, сімейні лікарі та районні фтизіатри вважають основними проблемами бідність та інші незадовільні соціально-економічні умови, зловживання алкоголем та інші шкідливі звички, трудову міграцію і низький рівень освіти.

- **Як і в цілому в країні, в обраних районах дослідження, за виключенням Одеської області, домінував підхід до госпіталізації сільських пацієнтів з ТБ на час інтенсивної фази, незалежно від складності випадку.** Низька поширеність амбулаторних моделей лікування не відповідає потребам сільських мешканців, які важко переживають відрив від домогосподарства. Це також може викликати підозри щодо діагнозу серед сільської громади, та може стимулювати стигматизацію. Серед обраних районів дослідження, Одеська область має найбільший прогрес у впровадженні амбулаторних моделей лікування ТБ, і це була єдина область, де медичні пра-

цівники висловлювали розуміння необхідності різних амбулаторних моделей відповідно до потреб пацієнтів.

- **Стигматизація пацієнтів з ТБ з боку сільської громади та самостигматизація залишаються вагомими проблемами.** Результати якісного дослідження свідчать, що пацієнти з ТБ в основному стикаються зі стигмою з боку сільської громади (сусіди, родичі за межами домогосподарства тощо), а не медичних працівників. Учасники дослідження висловлювали високий рівень задоволеності медичними працівниками сільського та районного рівня, відмічали їх дружнє ставлення і те, що вони не розголошують діагноз.

- **Проблема стигми ускладнюється низьким рівнем знань щодо ТБ серед сільських мешканців.** Навіть сільські пацієнти з ТБ, які пройшли лікування, та сільські і районні медичні працівники мають обмежені знання шляхів передачі та профілактики ТБ. Поширені міфи, що ТБ – це хвороба виключно депривованих верств населення, і інші не мають ризику інфікуватися. Обмежені знання щодо симптомів ТБ, наявності позалегеневих форм та його виліковності. І серед пацієнтів з ТБ, і серед медичних працівників, були зафіксовані переконання, що ТБ передається через використання спільної їжі та посуду, обмін цигарками, через поцілунки; хоча це не підтверджується результатами досліджень. Присутня віра у нетрадиційні методи лікування ТБ, проте як компліментарна стратегія до протитуберкульозної терапії.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КРОКІВ, ЯКІ МОЖЛИВО ВЖИТИ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТБ ТА КЛІНІЧНОГО МАРШРУТУ ПАЦІЄНТІВ З ПІДОЗРОЮ НА ТБ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

- Важливо докласти зусиль для навчання сільських медичних працівників і підтримання високого рівня виявлення підозри на ТБ, та необхідність швидкого проведення відповідних обстежень. Необхідно навчати та мотивувати сільських медичних працівників проводити скринінгове анкетування серед усіх, пацієнтів, які звертаються за допомогою, а не тільки серед окремих груп. Збір та обстеження мокротиння необхідно робити у всіх пацієнтів із симптомами ТБ за результатами анкетування до отримання результатів флюорографії чи рентгену.

- Клінічні маршрути сільських пацієнтів мають бути адаптовані і деталізовані з урахуванням принципів пацієнт-орієнтованого підходу, та відповідно до міжнародних настанов ВООЗ, у частині розширення доступу до Xpert MTB/RIF, як першого діагностичного тесту після встановлення підозри на ТБ за результатом скринінгового анкетування. Для цього важливо стимулювати розширення мережі систем GeneXpert у закладах ПМСД та у ЦРЛ; впровадити практику першого збору мокротиння одночасно для мікроскопії та молекулярно-генетичних методів, та забезпечити транспортування мокротиння до лабораторій. Адаптація клінічних маршрутів має здійснюватися при взаємодії ЗОЗ сільського, районного та обласного рівня, та включати визначення чіткої послідовності переадресацій і дій усіх залучених сторін.

- Пріоритетною інтервенцією у зменшенні рівня захворюваності ТБ серед сільських мешканців має стати налагодження централізованого транспортування зразків мокротин-

ня з селищ до найближчих лабораторій та мінімізація випадків переадресації пацієнтів до амбулаторій.

- Оскільки щорічне масове флюорографічне обстеження мешканців села залишається поширеною практикою, та є важливим з точки зору сільських медичних працівників, необхідно удосконалити підходити до його проведення. Намагатися організовувати візити пересувних флюорографів за межами періоду сільськогосподарських та сезонних робіт; поєднувати флюорографічне обстеження зі скринінговим анкетуванням та збором мокротиння у тих, хто має підозру на ТБ, відповідно до анкетування.

- На рівні ПМСД у колективних договорах запровадити практики «оплати за результат», грошову чи негрошову фінансову мотивацію за виявлення нових випадків ТБ у селах.

- Навчати та мотивувати сільських медичних працівників робити пошук та обстеження інших близьких контактів, крім членів домогосподарства. Відповідно до міжнародних настанов розширений пошук та обстеження контактів є пріоритетом у таких індекс-випадків: позитивний результат мокротиння; підтверджений хіміорезистентний ТБ або підозра; людина, яка живе з ВІЛ-інфекцією; дитина до 5 років. У регіонах з високим рівнем поширення ВІЛ, усім знайденим контактам має пропонуватися тестування на ВІЛ.

- Важливо розширити доступ до різних моделей амбулаторного лікування ТБ від дня діагнозу серед сільських мешканців за участі сімейних лікарів, фельдшерів, соціальних працівників та спільноти.

- Необхідно інтегрувати навчання щодо шляхів передачі та профілактики ТБ, а також інновацій у діагностиці та супроводі пацієнтів з ТБ у систему безперервного навчання сільських медичних працівників та районних фтизіатрів; здійснювати регулярні цикли такого навчання з урахуванням нового досвіду.

- Підготувати та поширювати у сільській місцевості легкі для розуміння комунікаційні матеріали щодо симптомів ТБ та лікування для населення з низькою грамотністю з метою підвищення знань; докласти зусиль, щоб ці матеріали були позитивними та обнадійливими і допомагали боротися із стигмою.

- Участь громадських організацій та сільської громади у профілактиці ТБ має бути розширена для збільшення рівня поінформованості про симптоми та процедури діагностики і лікування ТБ, усвідомлення ризику та зменшення стигми, а також розширення практик активного скринінгу. Гарними практиками є залучення і навчання волонтерів для інформування у фермерських домогосподарствах, церквах чи на зборах сільської ради; проведення скринінгового анкетування у групах ризику; створення груп підтримки серед селян, які мали досвід ТБ, чи проходять підтримуючу фазу лікування.

- Удосконалити систему збору даних щодо пацієнтів з ТБ для національного Реєстру, зокрема у частині фіксації соціальних детермінант при зборі анамнезу та часу появи симптомів.

Наукове видання

Виявлення туберкульозу серед сільських жителів

Авторський колектив:
Юлія Середа
Олеся Трофименко

Підписано до друку 25.03.2020. Формат 60×84 $\frac{1}{16}$. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк цифровий.
Умовн. друк. арк. 6,16. Наклад 300 прим. Зам. № 03/22.

Друк ТЗОВ «Простір-М»
Свідоцтво ДК № 2167 від 21.04.2005 р.
79000, м. Львів, вул. Чайковського, 8
Тел.: (032) 261-09-05, e-mail: prostir.druk@gmail.com