

ЩОМІСЯЧНИЙ ДАЙДЖЕСТ НОВИН

ЛИСТОПАД 2021

ВАКЦИНАЦІЯ ВІД COVID-19 РЕКОМЕНДОВАНА УСІМ ЛЖВ, НЕЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ CD4 ТА ВН

COVID-19 все ще вивчається у світі, проте, виходячи із існуючих даних, за результатами проведених досліджень за участю людей, які живуть з ВІЛ (далі – ЛЖВ), можна сказати, що ризик інфікування COVID-19 серед ЛЖВ вищий, ніж у загальної популяції населення. Крім того, все більше доказів вказує на те, що ЛЖВ, які інфікуються COVID-19, мають підвищений ризик розвитку тяжкого перебігу захворювання. У звіті ВООЗ за липень 2021 року йдеться про те, що ВІЛ є незалежним фактором ризику важких захворювань під час госпіталізації та внутрішньолікарняної смертності. Особливо до підвищеного ризику інфікування та тяжкого перебігу захворювання спричиненого COVID-19 схильні люди з вираженим імунodefіцитом, які не отримують антиретровірусну терапію (далі – АРТ) та/або з низьким рівнем CD4 (менше 200 кл/мкл).

Для попередження інфікування COVID-19 та ускладненого перебігу необхідно вакцинуватися. ЛЖВ не є виключенням, а навпаки їх варто включити в групу більш високої пріоритетизації



для вакцинації, ніж загальне населення.

Усі вакцини проти COVID-19, що використовуються в Україні, входять в перелік рекомендованих ВООЗ та безпечні для ЛЖВ.

Такий висновок зроблено на підставі наявних даних, отриманих після проведення клінічних досліджень. Жодна з перерахованих вакцин не належать до «живих». Немає жодних підстав очікувати, що ці вакцини будуть менш безпечними для людей з ослабленим імунітетом. Вакцини від COVID-19 пройшли ті ж самі тести на безпечність, що і всі інші вакцини

від інфекційних захворювань, та відповідають суворим науковим стандартам.

До клінічних випробувань вакцин проти COVID-19 також були включені ЛЖВ. За результатами цих досліджень жодних даних щодо вищого рівня та тяжкості побічних реакцій у порівнянні із загальним населенням отримано не було, що свідчить про безпечність їх використання серед ЛЖВ.

ЛЖВ можуть бути щеплені проти COVID-19 незалежно від рівня CD4-лімфоцитів або вірусного навантаження. Особливо важливо отримати вакцинацію від COVID-19 пацієнтам, у яких рівень CD4-клітин 200 кл/мкл та нижче, а також пацієнтам, які приймають АРТ менше 6 місяців або не отримують АРТ взагалі. Вакцинація показана усім ЛЖВ незалежно від клінічної стадії ВІЛ-інфекції.

Поточні рекомендації Американського коледжу акушерів та гінекологів (ACOG) та Товариства материнсько-фетальної медицини (SMFM) стверджують, що вагітним ВІЛ-інфікованим жінкам, які крім ВІЛ-інфекції не мають протипоказів до вакцинації за супутніми захворюваннями, не варто відмовлятися від щеплення проти COVID-19.

Слід зауважити, що згідно з наявними даними CDC, немає жодних доказів потенцій-

ної взаємодії препаратів для вакцинації проти COVID-19 з антиретровірусними препаратами (далі – АРВП), в тому числі з препаратами, які приймають клієнти для доконтактної профілактики інфікування ВІЛ (ДКП/ PrEP). Прийом АРВП не є протипоказанням до вакцинації.

Для ЛЖВ, які планують щеплення проти інших інфекційних захворювань, слід їх планувати не раніше, ніж через два тижні після вакцинації проти COVID-19.

Для детального ознайомлення з рекомендаціями щодо попередження захворювання та лікування COVID-19 рекомендовано використовувати:

- Наказ МОЗ України № 663 від 13.03.2020 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19» за [посиланням](#).
- Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я за [посиланням](#).
- Рекомендації Центру з контролю та профілактики захворювань у США (CDC) за [посиланням](#).
- Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV за [посиланням](#).

ПРОЦЕДУРА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

В Україні на кінець 2020 року оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ складає 257 548, з них лише 69% знають про свій ВІЛ статус. Близько 80 тисяч ВІЛ-інфікованих людей ще залишаються не діагнованими та не знають про свій ВІЛ-позитивний статус.

Ключову роль у виявленні пацієнтів на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції відіграє первинна ланка надання медичної допомоги, як «точка входу» пацієнта в систему охорони здоров'я. Послуги тестування на ВІЛ-інфекцію в рамках надання первинної медичної допомоги регламентовано [наказом МОЗ України № 504 від 19.03.2018](#), відповідно до якого пацієнти з підвищеним ризиком інфікування щодо ВІЛ-інфекції мають бути забезпечені щорічним тестуванням



на ВІЛ-інфекцію, а саме: незахищені статеві контакти з людьми, які живуть з ВІЛ або споживають ін'єкційні наркотики; вживання ін'єкційних наркотиків.

Інша категорія пацієнтів, яким необхідно

пропонувати послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію є особи з індикаторними станами. Це цілеспрямований підхід з тестування людей з більш високою ймовірністю інфікування ВІЛ, що виявляють на основі індикаторних станів, симптомів, захворювань, особливостей поведінки та інших причин, за яких особі пропонуються ПТВ з ініціативи сімейного лікаря. Такий тип тестування передбачено [наказом МОЗ України № 504 від 19.03.2018](#) та [наказом МОЗ України 11.05.2010 №388 Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції](#).

Пацієнтам з груп підвищеного ризику з негативним результатом тестування на ВІЛ потрібно пропонувати новітні методи профілактики ВІЛ-інфекції, зокрема, доконтактну профілактику з метою зниження ризику можливого зараження ВІЛ-інфекцією. Детальніше за [посиланням](#).

На сьогоднішній день процедура тестування на ВІЛ-інфекцію спрощена, завдяки [наказу](#)

[МОЗ України № 794 від 05.04.2019](#), згідно з яким тестування на ВІЛ-інфекцію здійснюється за допомогою експрес-тестування та, відповідно, не потребує спеціалізованого обладнання для діагностики ВІЛ та транспортування зразків крові до спеціалізованих ЗОЗ. А сама процедура тестування займає 15 хвилин.

Раннє встановлення діагнозу забезпечує швидкий початок лікування, що дозволяє зниження вірусного навантаження в організмі до невизначального рівня, внаслідок чого людина не може передати вірус іншим. Тестування на ВІЛ дозволяє зупинити передачу ВІЛ-інфекції від матері дитині. Вагітна жінка, що живе з ВІЛ, має доступ до сучасного лікування, що гарантує збереження життя та здоров'я жінки, а її дитина народиться та буде жити без ВІЛ.

Тестування на ВІЛ-інфекцію — це ключовий елемент для збереження здоров'я й життя кожного окремого пацієнта та для подолання епідемії в цілому.

ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ГЕПАТИТ С: ЧОМУ ВАЖЛИВЕ ПАРАЛЕЛЬНЕ ТЕСТУВАННЯ

За оціночними експертними даними в Україні 3,6% осіб від загального населення мають вірусний гепатит С (далі — ВГС), що становить близько 1 млн 517 тис. осіб. За даними Центру громадського здоров'я (далі — ЦГЗ) 82 654 людини зареєстровані з таким діагнозом.

Дані щодо поширення ВГС серед осіб з туберкульозом (далі — ТБ) є досить обмеженими в світі, при цьому за даними деяких країн поширення ВГС серед людей із туберкульозом становить 10-15%. В Україні повномасштабне тестування на ВГС серед осіб з ТБ розпочато наприкінці 2020 року за ініціативи ЦГЗ. За результатами тестування швидкими тестами на ВГС пацієнтів з туберкульозом 14,6% виявилися з позитивними маркерами на ВГС, що свідчить про те, що дана категорія пацієнтів має високий відсоток поширення ВГС-інфекції.

Виявлення ТБ та ВГС має важливе значення для визначення подальшої тактики лікування.

Інфікування ВГС збільшує гепатотоксичність



протитуберкульозних препаратів. Саме тому так важливий паралельний скринінг: на туберкульоз при вірусному гепатиті С перед початком лікування та на гепатит С перед початком лікування туберкульозу.

Де тестуватися: наразі тестування на ВГС люди з ТБ можуть пройти у протитуберкульозному закладі (за підтримки ЦГЗ в рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією), або у

свого сімейного лікаря.

Також слід звернути увагу на розроблену пацієнтською організацією «100% ЖИТТЯ» – Мережа ЛЖВ разом із ЦГЗ карту пунктів тестування на гепатит - <https://cutt.ly/ITDCFEY>.

Подальша діагностика: для призначення лікування ВГС пацієнту необхідно пройти додатково РНК ПЛР ВГС діагностику, яка точно дасть змогу виявити, чи потрібно лікування ВГС в даному випадку. У разі негативної відповіді це буде свідчити про те, що в крові є маркери ВГС, але в такому випадку лікування він не потребує. При цьому достатньо якісного аналізу, адже в Україні за рахунок державного бюджету закупаються препарати прямої противірусної дії для лікування ВГС, які є пангентицими та лікування в Україні надається абсолютно безкоштовно. Наразі протитуберкульозні заклади забезпечені можливістю проведення підтверджуючої діагностики ВГС у пацієнтів з ТБ завдяки підтримці гранту Глобального фонду за ініціативою ЦГЗ.

ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ПАРАЛЕЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ТБ/ВГС:

1. Відсутність у схемі лікування препарату Рифампіцин, оскільки рифампіцини можуть знижувати концентрацію препаратів проти ВГС до субтерапевтичних рівнів. Особи із ВГС повинні проконсультуватися з лікарем та розпочати лікування на основі рифампіцину до або після завершення лікування ВГС.

2. Етіотропна терапія ВГС може бути призначена одночасно з лікуванням лікарсько стійкого ТБ (МЛС/Риф-ТБ та/або пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ) відповідно до галузевого стандарту



у сфері охорони здоров'я ([Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих](#))

У разі відсутності ліків для лікування ВГС на базі протитуберкульозного закладу, пацієнта можна направляти для отримання ліків в інфекційну лікарню за умов відсутності в нього активного бактеріовиділення задля уникнення можливості поширення ТБ оточуючим. В разі ж наявності активного бактеріовиділення є наступні шляхи вирішення даної проблеми та паралельної терапії ТБ/ВГС: отримання препаратів для лікування ВГС в інфекційній лікарні у сімейного лікаря шляхом надання довіреності від третьої особи (родича пацієнта, соціального працівника, медпрацівника ТБ закладу, на базі якого лікують ТБ), або ж шляхом внутрішнього перерозподілу препаратів між ЗОЗ (з інфекційної лікарні на ТБ службу шляхом надання виписки з історії хвороби пацієнта щодо показань до паралельної терапії ВГС/ТБ).

В окремих випадках (підозра на цироз тощо) лікар може призначити додаткові обстеження, такі як УЗД печінки, печінкові проби тощо.

ПОДАЛЬШИЙ ШЛЯХ ПАЦІЄНТА

На базі кожного закладу охорони здоров'я, що здійснюють виявлення, діагностику та лікування ВГС, мають бути розроблені та впроваджені маршрути пацієнта. Наразі представниками регіональних фтизіатричних служб розроблені регіональні маршрути пацієнта з ко-інфекцією ВГС/ТБ. Основна їх відмінність в тому, що на базі деяких протитуберкульозних закладів є інфекціоністи, до яких лікар-фтизіатр може направити на консультацію пацієнта, а в деяких інфекціоніст відсутній. В такому випадку лікар направляє пацієнта в інфекційну лікарню задля подальшого дообстеження та призначення лікування.

ЛІКУВАННЯ ВГС

Після того, як пацієнт пройшов підтверджувальну діагностику на ВГС та отримав позитивний результат, він має право на отримання

ліків безкоштовно. Для цього йому необхідно написати заяву на ім'я директора департаменту (або керівника закладу охорони здоров'я, в якому видаються препарати) – в залежності від особливостей того чи іншого регіону, та у разі наявності препаратів отримати їх. У випадку, якщо препаратів на момент звернення недостатньо пацієнт стає в чергу на їх отримання.

Ефективність лікування пацієнтів препаратами прямої противірусної дії складає 95%, а строк лікування 12-24 тижні – в залежності від показань до лікування. Тобто у пацієнта з ко-інфекцією є всі шанси швидко та безкоштовно вилікуватись від ВГС, що є в умовах сьогоденних реалій беззаперечною перевагою.

ГЛОБАЛЬНА МІСІЯ — В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ВЧАСНО РОЗПІЗНАТИ У ПАЦІЄНТА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Пандемія COVID-19 поставила виклик усьому світові. І не лише в частині готовності медицини боротися з вірусом, а й в можливості протистояння іншим тяжким хворобам. Зокрема, туберкульозу (далі — ТБ). Статистиці, яка демонструє зниження захворюваності на ТБ, радіти не поспішають. Адже причиною оптимістичних цифр на думку експертів є недо виявлення ТБ.

За оперативними даними реєстру хворих на туберкульоз за 9 місяців 2021 року було виявлено 14 869 випадків ТБ, що на 3,8% менше порівняно з аналогічним періодом 2020 року. Тобто, в 2021 році не відбулося різкого зниження виявлення випадків ТБ, як це спостерігалось в 2020 році, але при цьому виявлення не відновилось в повному обсязі до рівня до карантинного періоду.

Наприклад, у минулому році **в Україні було зареєстровано 17 593 випадки захворювання на активний ТБ**, включно з рецидивами. Показник захворюваності 2020 року майже на 30% був нижчим, ніж у 2019 році.

За оціночними даними ВООЗ в Україні різке зростання числа випадків смертей від ТБ очікується в 2021 році, а зростання числа випадків ТБ – на кінець 2021 року.

З огляду на ситуацію щодо впливу COVID-19 на тренди туберкульозу, головним пріоритетом на 2021-2022 роки ВООЗ визначає вжиття заходів для відновлення доступу до основ-

них послуг з туберкульозу та їх надання таким чином, щоб рівень виявлення випадків туберкульозу міг відновитися щонайменше до рівня 2019 року.

Виявлення туберкульозу

На фоні пандемії COVID-19 прискіплива увага до пацієнта набула подвійного значення, адже лише за клінічними симптомами відрізнити туберкульоз від коронавірусної хвороби досить складно. Крім того, у пацієнта можливе їх поєднання.

Якщо у пацієнта є симптоми, характерні для туберкульозу, потрібно провести необхідний спосіб діагностики. А у разі отримання позитивного результату досліджень – скерувати пацієнта до фтизіатра.



Порівняння клінічних проявів та симптомів туберкульозу і COVID-19

Клінічні симптоми та прояви	Туберкульоз (легеневий)	COVID-19
Початок захворювання	Як правило – поступовий протягом кількох тижнів, інколи – місяців	Як правило – гострий протягом тижня
Загальноінтоксикаційний синдром	Зниження працездатності, загальна втомлюваність	Вираженість загальноінтоксикаційного синдрому прямо залежить від тяжкості форми
Підвищення температури тіла	Як правило – незначний підйом температури тіла до 37–37,2 °С, при важких формах – виражена лихоманка	Як правило – виражена лихоманка. При легкій формі – до 38 °С, при важкій формі – понад 38 °С
Підвищена пітливість вночі	Характерна	Не характерна
Зниження маси тіла без «визначеної» причини	Характерно	Не характерно
Головний біль	Не характерний	Характерний
Нежить та/або закладеність носа	Не характерна	Характерно
Біль у горлі	Не характерний	Характерний
Міалгія	Не характерна	Характерна
Кашель	Триває понад 2 тижні, періодичний, як правило з мокротинням	Як правило – постійний кашель, переважно сухий
Спотворенням нюху (дизосмія), смаку (дизгевзія) та/або втратою нюху (аносмія), смаку (авгевзія)	Відсутнє	Патогномонічний симптом (характерно)
Задишка (утруднене та прискорене дихання)	З'являється при фізичному навантаженні. Виражена задишка спостерігається при важких поширених формах туберкульозу із значним враженням легеневої тканини	Не характерна для легкої форми, з'являється при середній та важкій формі
Кровохаркання	Спостерігається при важких поширених формах туберкульозу із значним враженням легеневої тканини	Можливе при важкій формі
Зміни психічного стану (порушення свідомості, млявість)	Не характерно	При важкій формі

Щодо питання виявлення туберкульозу загалом, то особливу увагу лікар (сімейний лікар або лікуючий лікар) має приділяти групам підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, визначених оновленими [стандартами охорони здоров'я](#).

До таких **груп ризику** належать:

- діти і дорослі, які мали близький або осередковий контакт з хворим на ТБ;
- діти і дорослі, які живуть з ВІЛ;
- особи, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію (головним чином, шахтарі і працівники металургійної галузі);
- особи, які перебувають в ізоляторі тимчасового утримання; особи, узяті під варту, або засудженні до позбавлення волі, які перебувають в слідчих ізоляторах/установах виконання покарань; особи, які звільнилися із місць позбавлення волі; персонал, в т.ч. медичний, слідчих ізоляторів та установ виконання покарань;
- медичні працівники;
- особи з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ;
- діти і дорослі з захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету (хворі із злоякісними новоутвореннями, цукровим діабетом, пацієнти, які отримують імуносупресивну терапію, терапію інгібітором ФНП- α);
- особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики;
- мігранти, в тому числі, внутрішньо переміщені особи;
- військовослужбовці;
- особи, які перебувають за межею бідності (зокрема, особи, які перебувають на обліку як малозабезпечені);
- особи без визначеного місця проживання;
- особи, які раніше лікувались від ТБ;
- особи з хронічними респіраторними захворюваннями;
- особи із захворюванням на пневмонію;

- курці;
- особи із дефіцитом харчування або особи з індексом маси тіла ≤ 18 ;
- особи із гастректомією або шлунково-кишковим шунтуванням;
- особи із хронічною нирковою недостатністю;
- особи віком старше 60 років;
- вагітні (а також післяпологовий період протягом 3 місяців);
- особи, які перебувають у закладах охорони здоров'я психо-неврологічного профілю;
- особи, які живуть у притулках.

Зазначені особи мають регулярно до моменту виключення із групи ризику проходити скринінг на туберкульоз у свого лікаря (сімейного лікаря чи лікуючого лікаря) не рідше 1 разу на рік безоплатно в рамках програми медичних гарантій. Лікар при цьому проводить скринінгове анкетування та фізикальне обстеження на виявлення симптомів легеневого та позалегеневого туберкульозу та призначає рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини. Виключення для щорічного рентгенологічного дослідження при скринінгу на туберкульоз є лише для ВІЛ-позитивних дітей віком до 10 років.

Особи, які не відносяться до груп підвищеного ризику на туберкульоз також мають проходити скринінг на туберкульоз при зверненні за медичною допомогою з будь-якого приводу для виключення або виявлення туберкульозу. Адже ранню та своєчасне виявлення туберкульозу — запорука успішного його вилікування.

НАЦІОНАЛЬНИЙ ДІАЛОГ З ПИТАНЬ ТУБЕРКУЛЬОЗУ — ЗАПРОШУЄМО ДО УЧАСТІ!

Міністерство охорони здоров'я України спільно з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та за участі партнерів у сфері протидії туберкульозу організовує проведення II Національного діалогу щодо консолідації зусиль та планування спільних дій державних інституцій, організацій громадянського суспільства, включаючи спільноту людей, яких торкнулася проблема туберкульозу (далі – Національний діалог), який відбудеться **9 грудня 2021 року** у м. Київ.



Національний діалог започатковано у 2020 році з метою залучення органів влади до процесу узгодження позицій з неурядовим сектором, у тому числі, пацієнтськими організаціями, щодо планування програм та заходів державної політики, націлених на подолання туберкульозу та забезпечення безбар'єрного доступу до медичних та соціальних послуг для людей, які належать до груп ризику щодо туберкульозу та яких торкнулася проблема туберкульозу.

Метою II Національного діалогу є виконання Україною міжнародних зобов'язань, а саме Політичної декларації ООН з питань туберкульозу, яку було підписано 10 жовтня 2018 року за результатами Наради високого рівня Генеральної Асамблеї з питань туберкульозу ООН.

За технічної підтримки Європейського



регіонального бюро ВООЗ та під координацією Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні вже здійснено низку заходів для запровадження механізму багатосекторальної координації та підзвітності з виконання політичних цілей та зобов'язань щодо ліквідації туберкульозу та розробки відповідної Дорожньої карти.

II Національний діалог заплановано як інформаційний захід за участі широкого кола зацікавлених сторін з метою привернення уваги до України в контексті виконання положень Політичної декларації ООН з питань туберкульозу, а також як одна із форм широкого обговорення пропозицій до Дорожньої карти із впровадження механізму багатосекторальної взаємодії та підзвітності у сфері протидії туберкульозу, яка стане стратегічним інструментом для прийняття оперативних та дієвих управлінських рішень та буде схваленою відповідним розпорядчим документом.

Проведення II Національного діалогу заплановано з 10:00 до 17:00 з можливістю долучитися до участі дистанційно.

Посилання для участі дистанційно:
<https://zoom.us/j/98066946729?pwd=akFOWFN0NGtXbHpKMkpiMDR1allzZz09>.

Ідентифікатор заходу: **980 6694 6729**

Код доступу: **503364**.

ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЗА КРАЩИМИ МІЖНАРОДНИМИ ПРАКТИКАМИ

Українського пацієнта лікують так, як його лікували б у будь-якій іншій країні Європи. Підтвердженням цьому є наказ Міністерства охорони здоров'я України [від 06.10.2021 №2161 «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі»](#).

Головна мета документу — закріпити на всіх рівнях доказові методики лікування туберкульозу відповідно до Європейських стандартів ВООЗ. І мова йде не тільки про суто терапевтичний супровід, а й про індивідуальний, орієнтований на людину, підхід у лікуванні. Наприклад, у стандартах охорони здоров'я при туберкульозі (далі – Стандарти ТБ) прописані умови повернення людини, яка хворіє на туберкульоз, до роботи і навчання. Мова йде про випадки, в яких пацієнт більше 3-х тижнів приймає ефективне лікування, має можливість безперервно приймати ліки в амбулаторних умовах, є безпечним для оточуючих та за результатами обстеження немає перешкод, щоб повернутися до активного життя. І це, насамперед, подолання стигми та дискримінації, які окутують пацієнта з туберкульозом повсякчас.

ОНОВЛЕНІ СТАНДАРТИ ТБ ТАКОЖ ВИЗНАЧАЮТЬ:

- критерії якості профілактики та раннього виявлення туберкульозу;
- новітні алгоритми скринінгу та діагностики туберкульозу, в тому числі з вико-



ристанням інноваційних генетично-молекулярних методів — тесту Xpert MTB/RIF®(Ultra), який дозволяє проводити швидко (протягом 2 годин) і точну діагностику туберкульозу;

- питання застосування сучасних протитуберкульозних препаратів та новітніх схем лікування туберкульозу із лікарською стійкістю. І тепер такий туберкульоз можна вилікувати за 9 місяців проти традиційних 20;
- критерії якості щодо ведення випадків ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, туберкульоз/вірусний гепатит С та інших супутніх захворювань.

Загальна мета лікування туберкульозу полягає не тільки у досягненні одужання без рецидивів для всіх пацієнтів, а й припиненні передачі інфекції та запобіганні набуття (або розширення) додаткової медикаментозної стійкості.

Втілення положень Стандартів ТБ дозволить підвищити показник ефективності та якості лікування туберкульозу, зменшити розповсюдження інфекції, а також сприятиме зниженню невиправданих витрат та ризиків для пацієнтів.

ЩО Ж НЕОБХІДНО ЗРОБИТИ, ЩОБ СТАНДАРТИ ТБ «ЗАПРАЦЮВАЛИ» ЯКНАЙШВИДШЕ, ЩОБ ЯКІСНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ НАДАВАЛИСЯ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ДАЛІ - ЗОЗ) ВСІХ РІВНІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ?

Рекомендовані наступні кроки:

1. Керівникам регіональних протитуберкульозних закладів, як ЗОЗ, що надає і координує протитуберкульозну медичну допомогу населенню в області, необхідно:

- спільно з керівниками інших ЗОЗ забез-

печити проведення ситуативного аналізу щодо можливостей виконання положень Стандартів ТБ на рівні конкретного ЗОЗ (оцінка фактичних можливостей щодо обсягів на рівні ЗОЗ: матеріально-технічне та кадрове забезпечення, логістика, закупівлі симптоматичних лікарських засобів тощо);

- сприяти широкому інформуванню зацікавлених сторін щодо нових підходів у діагностиці, лікуванні та профілактиці туберкульозу.

2. Медичним директорам ЗОЗ:

- організувати розробку/оновлення клінічних маршрутів пацієнтів з урахуванням вимог Стандартів ТБ та результатів ситуативного аналізу. Клінічні маршрути повинні містити алгоритми руху пацієнта по підрозділах ЗОЗ, пунктах контактів з лікарями та іншим медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги, а також за потреби взаємодії між ЗОЗ при наданні медичної допомоги з метою виконання вимог Стандарту ТБ. Клінічний маршрут пацієнта розробляється у довільній формі з урахуванням особливостей відповідного ЗОЗ;
- організувати розробку/оновлення СОП;
- організувати навчання медичного персоналу з питань Стандартів ТБ;
- забезпечити контроль та моніторинг щодо дотримання вимог Стандартів ТБ, клінічних маршрутів, СОП.

3. Клініцистам:

- забезпечити приведення клінічної практики відповідно до критеріїв якості Стандартів ТБ;
- залучати пацієнтів, членів їх сімей та спільнот для прийняття поінформованих рішень.

Фахівцями відділу управління та протидії туберкульозу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» заплановано проведення ряду вебінарів з питань належного впровадження оновлених Стандартів ТБ.

Перший вебінар циклу, присвячений питанням стандартизації медичної допомоги при туберкульозі, вже відбувся 12 листопада 2021

року на платформі ZOOM.

Зацікавленість медичної спільноти була настільки високою, що функціональні можливості платформи ZOOM (одночасна присутність 300 осіб) виявилися замалими та не дали вмістити всіх бажаючих. Однак, не біда, оскільки запис 1-го вебінару доступний за посиланням:

https://zoom.us/rec/share/JLDkT_W6mcE8HNK6bJdFHFwT8Gu_nhNcgHpZv1pDwwLagjzsl_FHexLEMCB48YbO.QcjsNvLqwsTShHF8

Пароль доступу: **=JAWN#4@**

Презентація додається.

З метою підготовки максимально корисної для фахівців ЗОЗ інформації, наразі пропонується надсилати питання, що стосуються належного впровадження Стандартів ТБ - які розділи, на думку медпрацівників, потребують більш детального обговорення, додаткове роз'яснення за якими би хотілось почути. Всі питання будуть враховані під час підготовки наступних вебінарів.

Питання необхідно надсилати на електронну адресу: **tb@phc.org.ua**, рекомендована тема листа «Питання до Стандартів ТБ».



ІЗОЛЯЦІЙНО-ОБМЕЖУВАЛЬНІ ЗАХОДИ В КОНТЕКСТІ ПРОТИДІЇ ІНФЕКЦІЙНИМ ХВОРОБАМ, ПОВ'ЯЗАНИМ З НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Традиційні уявлення про ізоляцію насамперед пов'язані з необхідністю відокремлення заразного пацієнта від оточуючих за рахунок його віддалення на достатню відстань («географічна» або просторова ізоляція) та/або шляхом використання фізичних перешкод (бар'єрна ізоляція). Однак подібні види ізоляції бувають недостатніми або, навпаки, непотрібними. В більшості випадків розвиток інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД), яким можна запобігти, не дотичний до ізоляційних заходів, а викликаний порушенням правил асептики та гігієни (і наявність стін навколо вогнища/джерела інфекції нічим не допоможе). Тому, окрім вимог по розміщенню пацієнта (що є лише одним і далеко не завжди головним елементом ізоляції), ізоляційна система включає в себе цілий комплекс інших заходів (функціональна ізоляція).

Ізоляція (ізоляційно-обмежувальні заходи) – комплекс заходів, метою яких є попередження передавання збудника хвороби від пацієнтів з потенційно контагіозним захворюванням до інших пацієнтів/працівників закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ)/відвідувачів ЗОЗ. Сучасні ізоляційно-обмежувальні заходи направлені на збудник хвороби і на розрив механізмів та шляхів передавання і включають в себе:

- особливі вимоги до розміщення пацієнтів;
- використання засобів індивідуального захисту;
- дотримання правил і практик гігієни рук;
- особливі вимоги до переміщення і транспортування пацієнтів;
- особливі вимоги до використання і об-

робки засобів догляду за пацієнтом;

- заходи щодо поточної і заключної дезінфекції;
- організаційні вимоги.

У відповідності до прийнятої в Україні класифікації профілактичних і протиепідемічних заходів, ізоляція в першу чергу направлена на першу ланку епідемічного процесу – ізоляція джерела інфекції. Крім того, ізоляції можна піддавати особливо сприйнятливих пацієнтів (наприклад, з вираженим імунodefіцитом). При цьому ізоляція спрямовується на третю ланку епідемічного процесу – протективна або захисна ізоляція.

Різниця в підходах до ізоляції пацієнтів.

В Україні ізоляція пацієнта в більшості випадків означає госпіталізацію/переведення в спеціалізований інфекційний стаціонар/відділення. Такий підхід зазвичай пояснюється наступними причинами:

1. в межах інфекційного стаціонару можна сконцентрувати спеціалістів, які мають спеціальну підготовку і досвід догляду за пацієнтами з інфекційними хворобами;
2. вважається (без будь-яких доказів), що будівництво спеціалізованих стаціонарів дозволяє економити ресурси (в першу чергу фінансові), що знадобилися б для ефективної ізоляції інфекційних пацієнтів у відділенні/ЗОЗ загального профілю;
3. переведення контагіозного пацієнта за межі відділення/ЗОЗ створює відчуття захищеності, дозволяє уникнути потенційного розповсюдження мікроорганізму всередині відділення/ЗОЗ (за умови швидкої діагностики і своєчасного переведення в інфекційне відділення) та позбавитися додаткових клопотів, що неодмінно з'являться при перебуванні

контагіозного пацієнта в неінфекційному стаціонарі.

Однак, доцільність даного підходу викликає сумніви, враховуючи наступне:

1) більшість інфекційних хвороб не потребують жорстких ізоляційних заходів (наприклад, при більшості з них відсутня необхідність в контролі повітряного середовища). В більшості випадків цілком можливо організувати відповідні ізоляційно-обмежувальні заходи в багатопрофільному стаціонарі;

2) велика кількість інфекційних хвороб має незначний період контагіозності (наприклад, при захворюваннях, які викликані стрептококами групи А, менінгококами, гемофільною паличкою ізоляцію можна обмежити 24 годинами від моменту початку етіотропної терапії);

3) значний відсоток пацієнтів, які підлягають ізоляції, мають стани, що потребують спеціалізованої медичної допомоги, яку важко надати в інфекційному відділенні/ЗОЗ. В зв'язку з цим, більшість спеціалізованих (інфекційних) ЗОЗ відкривають у своєму складі вузькоспеціалізовані відділення/підрозділи (наприклад, хірургічні, акушерські, реанімації та інтенсивної терапії), хоча це не може вирішити проблему лікування пацієнтів, які потребують застосування специфічних методів та участі висококваліфікованих спеціалістів вузького профілю;

4) подібний підхід до ізоляції формує помилкове відчуття захищеності у медичних працівників і нерідко призводить до безвідповідального відношення до гігієни рук та використання ЗІЗ, насамперед медичних рукавичок;

5) окрім випадків «традиційних» інфекційних хвороб, ізоляції потребують пацієнти з ІПНМД і носії мікроорганізмів з певними властивостями (наприклад, із множинною стійкістю до антимікробних препаратів). Виділення для таких пацієнтів спеціальних «гнійних» відділень, палат, перев'язувальних, операційних тощо безумовно є ефективним засобом попередження зараження «чистих» пацієнтів. Однак, концентрація потенційних вогнищ/

джерел інфекції підвищує ризик перехресного інфікування серед «гнійних пацієнтів». Така система ізоляції, основні положення якої були означені ще в добактеріологічну еру, в сучасних умовах є абсолютно недостатньою, оскільки не враховує епідеміологічні особливості різноманітних етіологічних і клінічних форм ІПНМД. Крім того, частка пацієнтів з ІПНМД в деяких спеціалізованих відділеннях (наприклад, відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії, опікові відділення, відділення політравми) може бути настільки високою, що переведення їх в інфекційні відділення фізично неможливе.

На відміну від України, в розвинених країнах не існує спеціалізованих інфекційних та «гнійних» відділень. За необхідності, всі ізоляційно-обмежувальні заходи здійснюються у звичайних відділеннях. Слід підкреслити, що системи ізоляції засновані на уявленнях про шляхи інфікування збудниками.

Враховуючи традиції набуті впродовж багатьох років, можливим рішенням для України може бути поєднання двох підходів, при якому показання до госпіталізації в інфекційний стаціонар мають бути зведені до мінімуму, а кожен соматичний стаціонар повинен бути готовим організувати адекватні ізоляційно-обмежувальні заходи по відношенню до пацієнтів з інфекційними хворобами будь-якої етіології та із врахуванням епідеміологічних особливостей. В будь-якому випадку, слідуючи досвіду розвинених країн, очевидна невідворотність зменшення кількості інфекційних стаціонарів.

ЗАПУСК ОНЛАЙН-ТЕСТУ НА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Центр громадського здоров'я разом з українсько-швейцарським проєктом «Діємо для здоров'я» в межах інформаційної кампанії «Мисливці за діабетом» запускають [онлайн-тест](#) на визначення індивідуального ризику цукрового діабету 2-го типу.

Цей тест є Формою оцінки ризиків цукрового діабету 2-го типу, що є частиною [Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної \(спеціалізованої\) медичної допомоги «Цукровий діабет 2-го типу»](#), затвердженого Наказом МОЗ №1118. А отже – він може бути використаний сімейним лікарем у медичній практиці.

[За даними ВООЗ](#) майже 422 мільйонів людей у всьому світі страждають на діабет. [У 2019 році цукровий діабет](#) став причиною 1,5 мільйона смертей, а 48% всіх пацієнтів з діабетом померли у віці до 70 років.

Вчасна корекція поведінкових факторів ризику є ефективним методом профілактики недуги. Рання діагностика може зменшити

ризик розвитку ускладнень цукрового діабету 2-го типу.

Онлайн-тест пацієнт може заповнити самостійно або ж під час прийому в лікаря.

Результат тесту не є діагнозом, він вказує на ймовірність ризику виникнення хвороби. Сімейний лікар на основі цього результату може краще зрозуміти алгоритм подальших дій та дати пацієнту відповідні рекомендації.

