



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ЩОМІСЯЧНИЙ ДАЙДЖЕСТ НОВИН

СПЕЦВИПУСК 2023

ТАК, МИ МОЖЕМО ПОДОЛАТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ

24 березня 1882 року доктор Роберт Кох оголосив про відкриття *Mycobacterium tuberculosis* ("паличка Коха") — бактерії, яка викликає інфекційне захворювання туберкульоз. Згодом цей день було оголошено Всесвітнім днем боротьби з туберкульозом, а протягом березня традиційно проводять місяць обізнаності щодо туберкульозу.

Активні бойові дії на великій площі території України, прицільні атаки ворога на медичну систему, масштабна міграція — все це підвищує ризики розповсюдження інфекційних хвороб, зокрема й туберкульозу (ТБ). Однак фахівці протитуберкульозної служби готові приймати будь-які виклики та роблять усе можливе, щоби мінімувати ризики, та продовжують впроваджувати інноваційні практики. Про туберкульоз в умовах війни, ризики його поширення, успіхи подолання та перспективи говорили на прес-конференції, присвяченій Всесвітньому дню боротьби з туберкульозом.

Статистика свідчить про зростання кількості людей з туберкульозом на 2,5% — за 2022 рік в Україні було зареєстровано більше 18 500 тисяч випадків. Фахівці пояснюють, що на таке зростання вплинуло одразу декілька факторів: перші наслідки повномасштабної війни — масові обстеження чоловіків у ході мобілізації та звернення людей після деокупації територій, розширення застосування інноваційного молекулярно-генетичного методу діагностики GeneXpert/Rif, посилення роботи первинної мережі та покращенням логістики біологічного матеріалу, довиявлення випадків, які залишились поза медичною системою через вплив пандемії COVID. Водночас, необхідно зазначити, що Україна все ще входить до списку 30 країн із високим тягарем ТБ із множинною лікарською стійкістю. У 2022 році за попередніми даними виявлено 3505 людей з мультирезистентним туберкульозом.

"Увесь час, зокрема й в умовах повномасштабної війни, протитуберкульозні команди на всіх рівнях спільно з партнерами багато працювали над тим, щоби розширити інноваційні методи діагностики туберкульозу. Тому фіксація такого зростан-

ня частково є успіхом і результатом цієї роботи. Ми очікуємо, що застосування нових підходів дозволить у найближчий час виявити випадки туберкульозу, які залишились поза межами медичної системи”, — зазначила в ході прес-конференції завідувачка відділу управління та протидії туберкульозу Центру громадського здоров'я Яна Терлеєва.



ЯНА ТЕРЛЕЄВА,
завідувачка відділу управління та протидії
туберкульозу ЦГЗ

Одним із головних спільних досягнень національної та регіональних команд є те,

що, попри тривалі відключення електрики, знищення інфраструктури, відтік кадрів, вдалося отримати статистику з усієї країни, за винятком окремих окупованих територій. Якщо подивитися на регіональну картину, то в 14 регіонах України з 25 спостерігається зростання рівня реєстрації випадків ТБ: Вінницька (в 1,7 рази), Дніпропетровська (в 1,6 рази), Кіровоградська (в 1,6 рази), Полтавська (+49,0%), Тернопільська (+34,8%), Черкаська (+27,6%), Чернівецька (+27,3%), Закарпатська (+24,5%), Рівненська (+21,3%), Івано-Франківська (+20,3%) та Львівська (+12,2%), Житомирська (+9,4%), Хмельницька (+7,4%), Сумська (+1,2%), Волинська (+1%) області. Збільшення захворюваності в окремих регіонах пов'язано здебільшого зі значним притоком внутрішньо-переміщених осіб з тих регіонів, де були активні бойові дії. При цьому регіональні протитуберкульозні служби швидко адаптувалися до нових реалій і забезпечили доступ до надання медичної допомоги попри значне навантаження на систему. У разі необхідності контакти регіональних фтизіопульмонологічних закладів можна знайти [за посиланням на сайті Центру](#).

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА АКТИВНИЙ ТБ, ВКЛЮЧАЮЧИ ЙОГО РЕЦИДИВИ, СЕРЕД УСЬОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА 2022 РІК У ПОРІВНЯННІ З 2021 РОКОМ

№ п/п	Адміністративні території	Всього				± % (рази) до 2021 року
		абсолютні числа		на 100 тис. населення		
		2021	2022	2021	2022	
1	АР Крим	-	-	-	-	-
2	Вінницька	404	665	26,5	44,3	+1,7 рази
3	Волинська	614	616	59,9	60,5	+1,0 %
4	Дніпропетровська	2 126	3 364	67,7	108,8	+1,6 рази
5	Донецька*	972	279	51,6	14,8	-3,5 рази
6	Житомирська	598	645	50,0	54,7	+9,4 %
7	Закарпатська	748	927	60,0	74,7	+24,5 %

8	Запорізька	841	549	50,5	33,5	-33,7 %
9	Ів.-Франківська	408	487	30,0	36,1	+20,3 %
10	Київська	871	791	48,9	44,2	-9,6 %
11	Кіровоградська	438	687	47,9	76,6	+1,6 рази
12	Луганська*	302	45	45,3	6,7	-6,8 рази
13	Львівська	1 240	1 379	50,0	56,1	+12,2 %
14	Миколаївська	593	531	53,5	48,7	-9,0 %
15	Одеська	2 497	2 208	105,9	94,3	-11,0 %
16	Полтавська	476	699	34,9	52,0	+49,0 %
17	Рівненська	446	538	38,9	47,2	+21,3 %
18	Сумська	448	445	42,6	43,1	+1,2 %
19	Тернопільська	251	335	24,4	32,9	+34,8 %
20	Харківська	947	593	36,2	23,0	-36,5 %
21	Херсонська	546	287	53,8	28,7	-46,7 %
22	Хмельницька	401	425	32,3	34,7	+7,4 %
23	Черкаська	472	594	40,2	51,3	+27,6 %
24	Чернівецька	226	286	25,3	32,2	+27,3 %
25	Чернігівська	544	413	56,2	43,4	-22,8%
26	м. Київ	832	722	28,5	24,8	-13,0%
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-
Україна		18241	18510	44,0	45,1	+2,5 %

Внаслідок воєнних дій, часткової окупації та атак на систему охорони здоров'я в ряді регіонів зафіксовано зменшення рівня реєстрації випадків ТБ: Луганська (-6,8 рази), Донецька (-3,5 рази), Херсонська (-46,7%), Харківська (-36,5%), Запорізька (-33,7%), Чернігівська (-22,8%), Одеська (-11,0%), Київська (-9,6%), Миколаївська (-9,0 %), м. Київ (-13,0%).

Попри те, що медична інфраструктура знаходиться під прицільним обстрілом росії, і у 10 регіонах (Херсонська, Харківська, Чернігівська, Сумська, Луганська, Київська,

Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Миколаївська) були пошкоджені або зруйновані фтизіопульмонологічні заклади, у всіх 25 регіонах вдалось зберегти протитуберкульозну службу: вона функціонує, швидко адаптується до нових реалій і тримає курс на впровадження сучасних реформ з лікування та протидії туберкульозу. Так, за співпраці з партнерами та за допомогою донорів за 2022 рік вдалось закупити для протитуберкульозних медзакладів обладнання та матеріалів майже на 70 млн грн.

МЕДИЧНЕ ОБЛАДНАННЯ

(більше **50** млн грн)



МОДУЛЬНИЙ МОНІТОР ПАЦІЄНТА AURORA 12

(Система моніторингу фізіологічних показників)

227 шт – **8** млн грн



МОНІТОР ПАЦІЄНТА МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧНИЙ З ЕКГ TAURUS 12,1

17 шт – **500** тис грн



СИСТЕМА РЕНТГЕНІВСЬКА ДІАГНОСТИЧНА МОБІЛЬНА МАС

23 шт – **7** млн грн



СИСТЕМА АНАЛІЗУ ГАЗІВ ТА ХІМІЧНОГО СКЛАДУ КРОВІ

20 шт – **2,6** млн грн



НЕІНВАЗИВНИЙ АПАРАТ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ ВІРАР

70 шт – **8** млн грн



ПУЛЬСОКСИМЕТРИ

344 шт – **300** тис грн



ЦИФРОВИЙ ПОРТАТИВНИЙ РЕНТГЕНОГРАФІЧНИЙ АПАРАТ FDR XAIR

10 шт – **23** млн грн



ПЛАНШЕТНИЙ КОМП'ЮТЕР ACER ENDURO URBAN

168 шт – **2,5** млн грн



ЛАБОРАТОРНЕ ОБЛАДНАННЯ

(більше **18** млн грн)



МОДУЛЬНА СИСТЕМА GENEXPERT З 4 МОДУЛЯМИ

28 шт – **15** млн грн



GENEXPERT IV R2 LAPTOP, 2 MODULES, 10-COLOR

3 шт – **1,2** млн грн



СИСТЕМА ДЛЯ ПЛР

(4-х модульна конфігурація з ноутбуком)

70 шт – **8** млн грн



ІНШЕ



ПАЛИВО ДЛЯ ФЛЮОРОМОБІЛЕЙ ТА ГЕНЕРАТОРІВ

5210 л – **300** тис грн



Інфографіка закупівлі

Портативні рентгенографічні апарати FDR Xair FUJIFILM

Перевага такого рентген-апарату, особливо в умовах війни, — мобільність та портативність. Вага рентгену — всього 3,5 кг, що дозволяє працювати в обмеженому просторі та легко переміщати пристрій за потреби. Рентген також може працювати без електрики і на повному заряді зробити до 100 знімків.



Портативний рентгенографічний апарат FDR Xair FUJIFILM медзакладу м. Харків

ВІДМОВЛЯЄМОСЬ ВІД МІКРОСКОПІЇ МОКРОТИННЯ

Уся сфера боротьби з туберкульозом в Україні вже тривалий час перебуває у постійній трансформації — змінюються підходи до лікування, діагностики, ставлення до людей, які стикнулися з хворобою. Інновації у боротьбі з ТБ стали не просто гарним словом, а стилем мислення й орієнтиром.

Нещодавно Україна [оновила національні стандарти](#) з надання медичної допомоги при туберкульозі відповідно до найновіших рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я. Згідно з оновленнями, Україна переходить повністю на діагностику туберкульозу за допомогою сучасних молекулярних генетичних систем GeneXpert та відмовляється від мікроскопії мокротиння як від недостатньо ефективного методу діагностики.

“По всій Україні доступно 327 сучасних молекулярних генетичних системи. Діагностика на них абсолютно безкоштовна. За декілька годин лікар може не просто

встановити діагноз, а й визначити за допомогою GeneXpert наявність лікарсько-стійкої форми. Це також важливий момент, адже, на жаль, Україна входить до переліку країн з високим рівнем розповсюдження саме лікарсько-стійкої форми”, — пояснила Яна Терлеєва. Інтерактивна карта, де можна знайти заклад з інстальованим GeneXpert, доступна [на сайті](#) Центру громадського здоров'я.

За даними ВООЗ, кожного року Україна майже вдвічі недо виявляє захворюваність на туберкульоз серед дітей, тому також дуже важливо, щоби і педіатри, і мами більше пильнували симптоми, та за необхідності скеровувались на додаткові обстеження. Згідно з новими стандартами, можливості діагностики дітей з туберкульозом також покращуються. Відтепер можна діагностувати туберкульоз у дітей за допомогою дослідження калу на системах GeneXpert — це неінвазивний швидкий, безболісний і більш зручний метод, адже у дітей отримати мокротиння важко, а іноді взагалі потребує стаціонарного обстеження. З червня 2022 року ця методика дослідження доступна у всіх регіонах України.

РОЗШИРЮЄМО МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Нині люди з туберкульозом в Україні мають змогу лікуватись більш короткими, безпечними та високоефективними схемами. Минулого року у масштабах всієї країни було впроваджено інноваційні режими лікування BPaL із використанням нового туберкульозного препарату притаманід. *“Цей режим лікування — справжнє спасіння, адже люди з найважчими формами туберкульозу, формами широкої лікарської стійкості можуть лікуватись 6 місяців. Ще кілька років тому таке лікування займало 1,5–2 роки і навіть більше. Притаманід всюди доступний, держава виділила кошти і закупила препарат у повному обсязі. Розширились можливості і для людей з чутливим туберкульозом: 4 місяці лікування — замість традиційних 6-ти. А в умовах війни чим коротше лікування, тим швидше люди можуть одужати та повернутись до нормального життя”, — розповідає пані Терлеєва.*

У новому стандарті чітко окреслюється,

що перевага надається амбулаторним, децентралізованим людиноорієнтованим моделям лікування. За словами пані Терлеєвої, це стосується не лише дорослих: *“Звертаємо увагу, що переважна більшість дітей з туберкульозом може лікуватись і відвідувати школи, садочки. Сьогодні саме це є основою європейського підходу — продовжувати звичне життя паралельно з лікуванням. Дуже важливо, щоби люди з туберкульозом відчували підтримку сус-*

пільства, бо, на жаль, туберкульоз досі стигматизований. Це змушує людей приховувати діагноз або не лікуватись через страх. Задача кожного з нас — не просто привернути увагу до проблеми з туберкульозом, а й змінити до неї ставлення людей. Сьогодні туберкульоз абсолютно виліковний, і з огляду на відданість медиків та зусилля, які докладаються попри війну, ми впевнено говоримо: “Так, ми можемо подолати туберкульоз!”

ВИЯВЛЯЄМО ТУБЕРКУЛЬОЗ АКТИВНО. ІНСТРУМЕНТИ ТА АЛГОРИТМИ ДІЙ ДЛЯ ЛІКАРЯ

Найчастіше туберкульоз (ТБ) виявляється у ході так званого **пасивного виявлення** — коли захворювання діагностується у людини, яка самостійно звертається до медичного закладу з конкретними скаргами та симптомами. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку в Україні недовиявляється близько 25% випадків ТБ. Це означає, що працювати лише з пасивним виявленням (серед самозвернень) —

недостатньо. Розрив у виявленні випадків ТБ, особливо серед ключових та вразливих груп населення, діагностичні затримки та подальша передача інфекції у громаді говорять про потребу застосування більш активного підходу до раннього виявлення ТБ. Все це свідчить про необхідність проведення систематичного скринінгу (синонім — “активне виявлення ТБ”) серед визначених груп підвищеного ризику розвитку ТБ.



Стандарти медичної допомоги при ТБ, затверджені [наказом МОЗ України від 19.01.2023 №102](#), визначають систематичний скринінг на ТБ серед визначених груп ризику як ключовий компонент забезпечення ранньої діагностики всіх людей із захворюванням на ТБ.

Групи підвищеного ризику розвитку ТБ, які підлягають систематичному скринінгу:

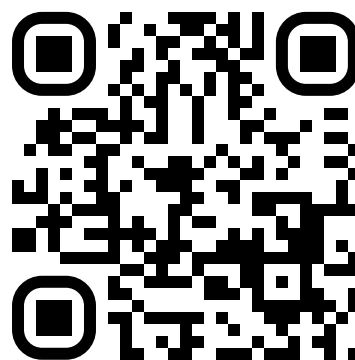
- близькі та осередкові контакти з особою із захворюванням на ТБ;
- люди, які живуть з ВІЛ;
- особи, які працюють або працювали у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію;
- особи, які перебувають або перебували у місцях позбавлення волі;
- медичні працівники;
- особи з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ;
- особи з захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету;
- особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики;
- мігранти, в тому числі, внутрішньо переміщені особи;
- військовослужбовці;
- особи, які перебувають за межею бідності;
- 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 старші 60 років;

- вагітні (а також жінки у післяпологовому періоді протягом 3 місяців після пологів);
- особи, які перебувають у ЗОЗ психоневрологічного профілю;
- особи, які живуть у притулках.

Інструменти систематичного скринінгу на ТБ

Для систематичного скринінгу груп підвищеного ризику розвитку ТБ використовується:

- [онлайн-анкета скринінгу симптомів](#) при кожному контакті з медичним працівником;



Скануйте код, щоб завантажити анкету

- радіологічне дослідження органів грудної клітки — не рідше 1р/рік.

16 лютого 2022 року Міністерство охорони здоров'я затвердило [Порядок організації виявлення ТБ та латентної туберкульозної інфекції \(ЛТБІ\)](#), який визначає порядок здійснення систематичного скринінгу на ТБ на різних організаційних рівнях, визначає функції закладів охорони здоров'я під час здійснення активного та/або пасивного виявлення туберкульозу серед груп ризику та загального населення.

Обов'язкові дії фахівців первинки у роботі над активним виявленням туберкульозу:

- щорічне формування поіменних списків осіб, які відносяться до груп ризику розвитку ТБ та підлягають систематичному скринінгу на ТБ;
- проведення систематичного скринінгу на ТБ (активне виявлення) в групах ри-

зику розвитку ТБ не рідше одного разу на рік відповідно до вимог галузевого стандарту;

- налагодження взаємодії із спеціалістами ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу для максимального охоплення осіб, які відносяться до груп ризику розвитку ТБ;
- участь у обстеженні/розслідуванні вогнищ ТБ інфекції, розслідуванні та відстеженні контактів відповідно до [Порядку епідеміологічного нагляду за ТБ](#), затвердженого наказом МОЗ України від 09.03.2021 № 406.

При виявленні в результаті скринінгу симптомів або ознак туберкульозу, людину скеровують на подальше обстеження, щоби підтвердити або спростувати підозру на ТБ. Для цього на рівні всіх ЗОЗ ПМД мають бути впроваджені клінічні маршрути пацієнтів із симптомами, що можуть свідчити про ТБ, щоб у повній мірі забезпечити лабораторно-інструментальні обстеження відповідно до галузевого стандарту.

Обов'язкові дії фахівців первинки щодо обстеження людини з ймовірним туберкульозом:

- збір анамнезу, антропометричні дослідження та об'єктивне обстеження органів та систем;
- призначення необхідного переліку лабораторно-інструментальних досліджень відповідно до галузевого стандарту у сфері охорони здоров'я;
- забезпечення якісного збору діагностичного матеріалу для проведення мікробіологічної діагностики ТБ;
- забезпечення транспортування зібраних зразків діагностичного матеріалу до найближчої лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ для проведення молекулярно-генетичних досліджень;
- скерування пацієнта із ймовірним ТБ, за результатами додаткового обстеження до лікаря-фтизіатра для підтвердження

діагнозу і призначення лікування. Детальніше про сучасні методи діагностики ТБ у розділі 6 цього дайджесту.

Наразі в Україні впроваджується декілька моделей організації систематичного скринінгу на туберкульоз:



- скринінг відвідувачів закладів охорони здоров'я;



- скринінг за місцем проживання пацієнта (зокрема, при відстеженні та обстеженні контактних осіб в рамках здійснення епідеміологічного нагляду за ТБ);



- кампанії з проведення мобільного скринінгу — виїзди флюоромобілей, скринінг ТБ на рівні громад.

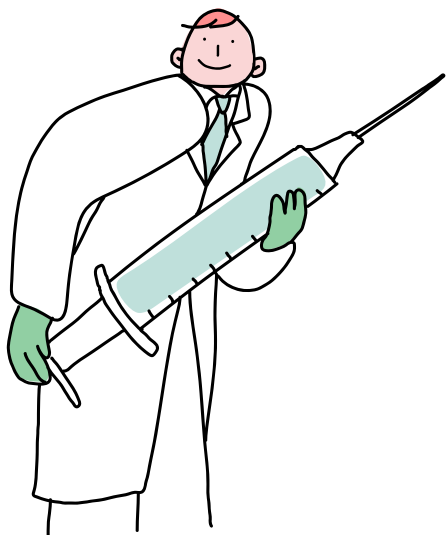
Приклади кращих практик залучення громад:

Іллінецька міська територіальна громада Вінницької області сприяє організації транспортування людей, які хворіють на туберкульоз, людей з ключових груп, контактних осіб для обстеження до Вінницького регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру. В цій же громаді за 2022 рік не зафіксовано жодного випадку перерви лікування.

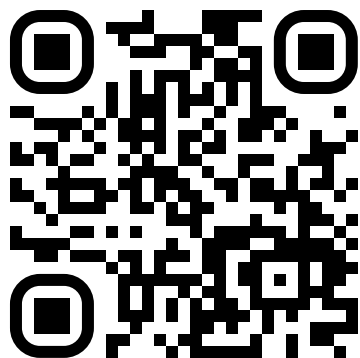
У м. Ізюм Харківської області агресором було зруйновано заклад, який надавав допомогу людям з ТБ. Після деокупації міста протитуберкульозне відділення увійшло до складу Ізюмської міської лікарні, що спростило доступ до лікування та оптимізувало надання протитуберкульозної медичної допомоги на туберкульоз, оптимізувало надання протитуберкульозної медичної допомоги.

ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ. МАЄМО ЗМІНИТИ АКЦЕНТИ САМЕ НА ПРОФІЛАКТИКУ

ВАКЦИНА, ЩО РЯТУЄ ЖИТТЯ — ЩЕПЛЕННЯ БЦЖ



Туберкульоз входить до переліку [10 вакцинованих недуг](#) і є в [Національному календарі профілактичних щеплень](#) (далі



Щоб відкрити Національний календар профілактичних щеплень, проскануйте QR-код

— Календар щеплень), який розроблено на засадах доказової медицини. Усі вакцини можна отримати безоплатно, оскільки держава закуповує їх власним коштом. Вакцина БЦЖ формує імунний захист, який допомагає уникнути ускладнень, тяжкого перебігу захворювання, смертельних наслідків та інвалідності, якщо інфекція все ж уразила дитину —

тож щеплення БЦЖ є надійним щитом для немовлят від таких важких генералізованих форм ТБ, як туберкульозний менінгіт та міліарний ТБ. Декілька фактів про вакцину БЦЖ:

- БЦЖ — жива вакцина з ослабленими мікобактеріями, які не здатні викликати захворювання;
- Щеплення БЦЖ роблять на 3-5 день після народження дитини;
- Новонароджених дітей з недостатньою вагою щеплюють після набору ваги більше 2000 гр. Загалом протипоказання до щеплення БЦЖ є не завжди постійними та мають з'ясовуватись щоразу в індивідуальному порядку;



Перелік медичних протипоказань та застережень до проведення профілактичних щеплень

- ВІЛ-позитивні люди дуже вразливі до інфекційних захворювань і потребують особливого захисту. Наразі [ВООЗ рекомендує вакцинацію БЦЖ ВІЛ-позитивним](#) дітям при певних лабораторних показниках стану імунної системи, що підтверджують імунологічну стабільність дитини.

В умовах воєнних дій захист від інфекційних хвороб необхідний як ніколи. Для того щоб цей захист був ефективним, рівень рутинної вакцинації має бути стабільно високим — не

менше 95% проти кожної з вакцинокерованих інфекцій, зокрема й туберкульозу.

За даними Центру громадського здоров'я, рівень охоплення щепленням БЦЖ у 2022 році склав лише 71% в середньому по країні. Збільшення прошарку неімунних дітей, зокрема через відмову батьків, обмежений доступ до медичної допомоги в умовах воєнних дій тощо, може стати причиною виникнення спалахів туберкульозної інфекції.

БЦЖ. ПИТАННЯ-ВІДПОВІДІ

Чи можна «наздогнати» персональну імунізацію, якщо з якихось причин пропустили щеплення БЦЖ дитини при народженні? — **ТАК**, можна та необхідно!

Чи можна зробити щеплення БЦЖ дитині пізніше, якщо не робили у пологовому будинку через протипокази? — **ТАК**, можна, щойно лікарі знімуть обмеження.

Чи можна вакцинувати дитину, яка з народження не отримала щеплення БЦЖ через особисту антивакцинальну позицію батьків? — **ТАК**, можна та необхідно!

Сімейним лікарям слід проводити детальний аналіз кількості дітей, які пропустили вакцинацію БЦЖ в пологовому будинку, та забезпечити можливість надолужити пропущені щеплення. Імунізація є питанням національної безпеки, оскільки здоров'я українців — усіх разом і кожного зокрема — залежить від рівня охоплення щепленнями в країні.

ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Туберкульоз є серйозною глобальною, але запобіжною проблемою охорони здоров'я: за оцінками ВООЗ, близько однієї чверті населення світу інфіковані *M. tuberculosis* і мають латентну туберкульозну інфекцію

Відповідальність лікарів первинної ланки — розповідати та пояснювати батькам про необхідність і доступність вакцинації, мотивувати їх зробити щеплення БЦЖ дитині при народженні, і надалі підтримувати комунікацію щодо вчасної вакцинації дітей за Національним календарем профілактичних щеплень.

Діти, які не отримали свою дозу вакцини БЦЖ в пологовому будинку, підлягають обов'язковій вакцинації в закладах охорони здоров'я

Дітям, яким не виповнилось 2 місяці, щеплення БЦЖ проводять без діагностики латентної ТБ інфекції (ЛТБІ)

Для дітей старше 2 місяців, які не отримали вакцинацію БЦЖ при народженні та протягом перших 2 місяців життя, та яким планується зробити щеплення БЦЖ діагностика ЛТБІ є обов'язковою передумовою вакцинації

Діагностика ЛТБІ проводиться за допомогою туберкулінової шкірної проби (проба Манту) або тесту вивільнення гамма-інтерферону (ТВГІ)

За позитивного результату проби Манту або ТВГІ вакцинація БЦЖ не проводиться

(ЛТБІ). Всі інфіковані люди, які не мають симптомів або ознак захворювання, не здатні передавати інфекцію, хоча є ризик, що інфекція прогресує у захворювання туберкульозом,



і передача інфекції тоді стане можливою. Саме тому люди з ЛТБІ є важливим, але часто нехтуваним резервуаром інфекції.

Профілактика нових випадків інфікування *M. tuberculosis* та їх прогресування до активної форми ТБ має вирішальне значення для зменшення глобального тягара захворювання та досягнення цілей подолання ТБ до 2035 року. Ймовірність прогресування ЛТБІ до активної форми ТБ залежить від багатьох факторів, проте ключову роль відіграє імунний статус людини.

Наразі ВООЗ визначено дві широкі популяції груп ризику, які підлягають систематичній оцінці на наявність ЛТБІ та визначення показів до надання профілактичного лікування ТБІ (ПЛ ТБІ):

- люди з підвищеним ризиком прогресування від латентної ТБ інфекції до активного ТБ (обумовлено станом імунної системи):
 - люди, які живуть із ВІЛ

- пацієнти, які страждають на силікоз, пацієнти, які починають або готуються до анти-ФНП терапії (фактор некрозу пухлини); пацієнти, які отримують діаліз, та пацієнти, які готуються до трансплантації органів або гематологічної трансплантації
- люди з підвищеною ймовірністю захворювання на ТБ (обумовлено впливом факторів зовнішнього середовища):
 - побутові контакти людей з бактеріологічно підтвердженим ТБ, які додатково поділяються на контактних дітей віком до п'яти років та контактних дітей віком від п'яти років, підлітків та дорослих

ПЛ ТБІ довело свою ефективність для запобігання розвитку активного ТБ у людей з ЛТБІ з ефективністю до 90%. Відповідно до сучасних рекомендацій ВООЗ, ПЛ ТБІ призначається лише людям, які інфіковані мікобактеріями ТБ або зазнали контакту з ТБ і мають вищий ризик розвитку захворювання на ТБ, ніж загальне населення.

ПРАЦЮЄШ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ ВІДНОСЯТЬСЯ ДО ГРУП РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТБ? ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

КЛЮЧОВІ ЕТАПИ ОЦІНКИ ПРИДАТНОСТІ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗІВ ДО НАДАННЯ ПЛ ТБІ СЕРЕД ВИЗНАЧЕНИХ ГРУП РИЗИКУ

	Люди, які живуть з ВІЛ	ВІЛ-негативні осередкові/близькі контакти хворих на ТБ	Пацієнти, які страждають на силікоз, пацієнти, які починають або готуються до анти-ФНП терапії, пацієнти, які отримують діаліз, та пацієнти, які готуються до трансплантації органів або гематологічної трансплантації
Медичний працівник, відповідальний за організацію та проведення оцінки придатності та визначення показів до надання ПЛ ТБІ	лікар, який веде випадок ВІЛ-інфекції	сімейний лікар спільно з лікарем-фтизіатром	сімейний лікар; медичний фахівець відповідної спеціалізації (ревматологи, онкологи, нефрологи тощо)
Скринінг на основі клінічних симптомів	діти: відсутність або слабкий приріст маси тіла, лихоманка або поточний кашель або наявність в анамнезі контакту з хворим на ТБ, зниження гравітності, нічна пітливість підлітки та дорослі: поточний кашель будь-якої тривалості, лихоманка, втрата ваги або нічна пітливість	кашель або покашлювання більше 2-х тижнів поспіль; підвищена втомлюваність чи слабкість; підвищена пітливість, особливо вночі; зменшення ваги тіла з невизначених причин; підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення – до 37-37,2C); задишка при незначному фізичному навантаженні; біль в грудній клітці; кровохаркання	

Частота скринінгу симптомів	При кожному відвідуванні ЗОЗ або контакт з медичним працівником		
Рентгенографія органів грудної клітини	Не рідше 1 разу на рік, позачергово — за клінічними показами	2 рази на рік, позачергово — за клінічними показаннями	Не рідше 1 разу на рік, позачергово — за клінічними показами
Діагностика ТБ за позитивного результату скринінгу (ймовірний ТБ)	Дослідження мокротиння молекулярно-генетичним методом GeneXpert/Rif (Ultra) - обов'язково за наявності кашлю Для людей, які живуть з ВІЛ: тест сечі LF- LAM — за показами Скерування до лікаря-фтизіатра з результатами обстеження для підтвердження або скасування діагнозу активного ТБ		
Діагностика латентної ТБ інфекції (ЛТБІ): проба Манту або ТВГІ	Підтвердження ЛТБІ не є обов'язковою умовою, але може здійснюватись при визначенні показань до призначення ПЛ ТБІ серед ЛЖВ За умови виключення активного ТБ профілактичне лікування ТБ обов'язково призначається людям, які живуть з ВІЛ незалежно від результатів діагностики ЛТБІ	1) Підтвердження ЛТБІ не є обов'язковою умовою, але може здійснюватись при визначенні показань до призначення ПЛ ТБІ серед контактних дітей віком до 5 років. Зважаючи на високий ризик та потенційно несприятливий перебіг ТБ у маленьких дітей, ПЛ ТБІ обов'язково проводиться у контактних дітей віком до 5 років, незважаючи на результат діагностики ЛТБІ за умови виключення активного ТБ 2) Необхідно підтвердження ЛТБІ за допомогою шкірних тестів (проба Манту) або ТВГІ серед контактних дітей віком від 5 років, підлітків та дорослих За негативного результату першого тестування контактним дітям від 5 років, підліткам та дорослим діагностику ЛТБІ повторюють двічі на рік (до отримання позитивного результату) протягом двох років з моменту початку лікування або смерті останнього виявленого випадку ТБ в осередку	Необхідно підтвердження ЛТБІ за допомогою шкірних тестів (проба Манту) або ТВГІ — обов'язкова вимога для визначення показань до ПЛ ТБІ За негативного результату проби Манту/ТВГІ, систематичний скринінг на ТБ та діагностику ЛТБІ слід проводити щорічно
	Для діагностики ЛТБІ може бути використаний шкірний туберкуліновий тест (проба Манту) або аналіз на вивільнення гамма-інтерферону (ТВГІ) Пробу Манту/ТВГІ слід застосовувати лише серед цільових груп ризику, зазначених вище. Нерозбірлива масова туберкулінодіагностика серед загального населення не рекомендована Відсутність доступу до діагностики ЛТБІ (особливо за обмеженого доступу до тестів в умовах воєнного часу) не є підставою для відмови у призначенні ПЛ ТБІ особам, які його потребують ВАЖЛИВО! Ані шкірні тести, ані ТВГІ не використовуються для діагностики активної форми ТБ або диференційної діагностики ЛТБІ і захворювання на ТБ		
Призначення ПЛ ТБІ	Призначення ПЛ ТБІ відповідно до вимог Стандартів медичної допомоги при ТБ, затверджених наказом МОЗ України від 19.01.2023 № 102. Основні препарати для ПЛ ТБІ доступні для будь-якого закладу охорони здоров'я, не зважаючи на форму власності, на безоплатній для пацієнта основі		

ІННОВАЦІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ: КОРОТКОСТРОКОВІ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ

Крім широко застосовуваного шестимісячного курсу ПЛ ТБІ зі щоденним прийомом ізоніазиду, ВООЗ рекомендує використовувати нові, більш короткі, схеми профілактичного лікування.

Рекомендовані короткострокові схеми ПЛ ТБІ включають:

- **схема 3НР — рифапентин плюс ізоніазид щотижнево протягом 3 місяців (всього 12 доз)**



Схема 3НР є пріоритетною для ВІЛ-негативних дорослих та дітей з масою тіла >25 кг, а також для ВІЛ-позитивних осіб, які отримують АРТ на основі TDF, EFV, DTG або АРТ на основі RAL.

- **схема 3HR — рифампіцин плюс ізоніазид щоденно протягом 3 місяців**



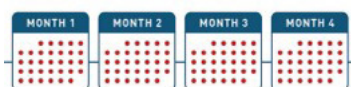
Схема 3 HR є пріоритетною для ВІЛ-негативних дітей із масою тіла ≤25 кг (із застосуванням дитячих розчинних лікарських форм).

- **схема 1 HR — рифапентин плюс ізоніазид щоденно протягом одного місяця**



Схема 1HR може застосовуватись у ВІЛ-негативних дорослих та дітей віком ≥13 років в якості альтернативної, а також у ВІЛ-позитивних осіб, які отримують АРТ на основі TDF, EFV, DTG або АРТ на основі RAL.

- **схема 4R — монотерапія рифампіцином щоденно протягом 4 місяців**



Ця схема може застосовуватись як альтернативний варіант для ВІЛ-негативних осіб, прийнятна для всіх вікових груп. Допускається як альтернативний варіант у ВІЛ-позитивних осіб, які отримують АРТ на основі TDF, EFV.

Клініцисти повинні вибрати відповідну схему лікування на основі результатів чутливості до препаратів передбачуваного джерела захворювання (якщо відомо), супутніх захворювань (наприклад, ВІЛ-статус), потенційної взаємодії між ліками. Надання профілактичного лікування завжди має ґрунтуватися на правах людини та повазі до пацієнта. Критерії призначення схем ПЛ ТБІ залежно від віку, ваги, ВІЛ-статусу врегульовано додатком 3 до [Стандартів медичної допомоги при ТБ, затверджених наказом МОЗ України від 19.01.2023 № 102](#). З 2022 року в Україні забезпечено доступ до інноваційного препарату рифапентин, який використовується для профілактичного лікування ТБ.

Перевагами короткострокових схем ПЛ ТБІ на основі рифапентину є: менша кількість доз, коротша тривалість лікування, менша кількість побічних ефектів та, як результат, — вища прихильність пацієнтів до завершення повного курсу лікування.

Впровадження в Україні сучасних, короткострокових схем ПЛ ТБІ зі зниженою токсичністю та покращеним профілем переносимості сприятиме досягненню високих показників завершення повного курсу лікування, що має важливе значення для зменшення тягаря захворюваності та передачі ТБ інфекції.

ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ: НОВІТНІЙ МЕТОД ЗАМІСТЬ АНАЛІЗУ МОКРОТИННЯ

Одним із важливих кроків до зниження тягаря туберкульозу та подолання цієї інфекції є своєчасна і точна діагностика з метою призначення належного лікування.

Усі люди з симптомами ТБ, а також із ймовірним ТБ, за результатами систематичного скринінгу обстежуються на легеневий та/або позалегеновий ТБ із застосуванням загальноклінічних, мікробіологічних, радіологічних методів діагностики. Діагностика ТБ полягає у визначенні локалізації патологічного процесу, мікробіологічному підтвердженні захворювання на ТБ та ідентифікації збудника, а також обов'язковому визначенні чутливості МБТ до АМБП, які застосовуються для лікування.

У якості первинного діагностичного тесту на виявлення ТБ, як легеневого так і позалегенового, та визначення стійкості до рифампіцину (Rif) замість мікроскопічного дослідження мазка застосовується швидкий молекулярно-генетичний метод дослідження Xpert MTB/ RIF®(Ultra), на якому можна проводити дослідження зразків мокротиння, назофарингеального, шлункового аспірату, спинномозкової рідини, аспірату та біоптату лімфатичних вузлів, плевральної, перитонеальної, перикардіальної та синовіальної рідин.

Для забезпечення розширення доступу до швидкого виявлення пацієнтів з ТБ у країні наявні 327 систем GeneXpert, придбані за кошти гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІД, ТБ та малярією (далі — Глобальний фонд). Всі лабораторії ТБ, де інстальовано

обладнання GeneXpert, на 100% забезпечені витратними матеріалами.

У випадку виявлення МБТ + за первинним діагностичним тестом проводиться подальша діагностика генотиповими (GenoType MTBDR plus/sl, XDR) та фенотиповими (Bactec, Левенштейна-Йенсена) методами для визначення чутливості збудника до ПТП I та II ряду на базі регіональних фтизіопульмонологічних центрів.

На початку року всі регіональні протитуберкульозні заклади завдяки згадженій роботі Центру з командою Глобального фонду отримали **інноваційні картриджі Xpert MTB/XDR**. Термін виявлення мікобактерії ТБ з широкою медикаментозною резистентністю скоротився з 30 днів до 90 хвилин. Це суттєвий прорив в управлінні лікарсько-стійким ТБ. Більше про це на сайті Центру — <https://bit.ly/35jJq9z>.

Діагностика ТБ у дітей є ускладненою



Щоб відкрити карту закладів, де інстальовані системи Gene Xpert, проскануйте QR-код

через проблеми зі збиранням зразків і бактеріологічним підтвердженням ТБ, неспецифічність симптомів, малобацилярний характер захворювання у дітей молодших вікових

груп та відсутність високочутливих експрес-тестів.

З 2022 року в Україні запроваджено нову методику — **дослідження калу у дітей** в якості альтернативного респіраторного зразка для діагностики легеневого ТБ. Цей інноваційний метод значно покращує діагностику ТБ у дітей, адже є неінвазивним та простим у використанні. **Практичний посібник з обробки зразків калу для діагностики ТБ можна завантажити тут:** <https://bit.ly/3zG0Qt4>

Крім того, Стандартами медичної допомоги при ТБ рекомендовано використання інтегрованого алгоритму ухвалення рішення про лікування у дітей віком до 10 років з ймовірним ТБ легень. Зазначена практика відповідає останнім рекомендаціям ВООЗ щодо діагностики ТБ у дітей.



Щоб відкрити алгоритм, проскануйте QR-код,
(Додадок 44, стр.164)

У дорослих та дітей з негативними результатами всіх мікробіологічних методів діагностики діагноз ТБ потребує ретельного збору анамнезу, інформації щодо контактних осіб та ступеню контакту, оцінка відповіді на терапію антибактеріальними препаратами широкого спектру дії (крім фторхінолонів та аміноглікозидів), а також додаткового обстеження для верифікації діагнозу та виключення іншого захворювання.

Дітям з підвищеним ризиком розвитку тяжкого перебігу ТБ (діти віком до 2-х років, ВІЛ-позитивні діти, діти із тяжким гострим станом неповноцінного харчування, госпіталізовані діти з пневмонією) слід прискорити діагностичний процес і у разі високої клінічної підозри на ТБ негайно скерувати до лікаря-фтизіатра для вирішення питання щодо призначення курсу АМБТ. Пробне лікування АМБП не рекомендується як метод діагностики ТБ у дітей. Для діагностики ТБ у дорослих та дітей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, рекомендовано використовувати дослідження сечі за методом LF-LAM.

Діагноз ТБ на підставі епідеміологічних, клінічних, лабораторних та інших даних встановлює виключно лікар-фтизіатр та лікарський консилиум ЗОЗ, який визначений як такий, що виконує функцію головного ЗОЗ із організації і надання медичної допомоги населенню з питань лікування ТБ на території відповідного регіону.

ЛЮДИНООРІЄНТОВАНЕ СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ ТБ: БЕЗ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ТА З ПІДТРИМКОЮ ЛІКАРІВ

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

Лікування ТБ здійснюється за людиноорієнтованим підходом з урахуванням індивідуальних особливостей, протипоказань та за результатами визначення чутливості МБТ до лікарських засобів. **Госпіта-**

лізація не є обов'язковою умовою для початку лікування чутливого туберкульозу, навіть лікарсько-стійкого. Переважаючою є децентралізована модель лікування ТБ в амбулаторних умовах за підтримки сімейного лікаря з можливістю використання засобів відеозв'язку або інших цифрових технологій.

Під час призначення лікування віддається перевага коротким повністю пероральним схемам за можливості використання

комбінованих препаратів з фіксованими дозами (КПФД). Лікування чутливого туберкульозу призначається відповідно до вікових категорій та тяжкості захворювання: доступні скорочені 4-місячні схеми із використанням рифапентину замість традиційних 6-місячних режимів.

Для лікування лікарсько-стійкого туберкульозу (ЛСТБ) в більшості випадків надається перевага інноваційним коротким режимам BPaL/BPaLM, за виключенням дітей та вагітних, яким призначається модифікований короткостроковий режим лікування (мКРЛ) в рамках операційного дослідження. Тривалість лікування ЛСТБ становить 6-9 місяців. Незначна кількість пацієнтів потребує призначення індивідуалізованих режимів лікування, тривалістю 15-18 місяців.

Під час лікування здійснюється активний моніторинг, профілактика та лікування побічних реакцій, що виникають під час прийому АМБП. Проводиться комплекс втручання щодо формування прихильності пацієнтів до лікування ТБ — вибір схеми та моделі лікування, інформаційна, психологічна, юридична, матеріальна підтримка, забезпечення дружнього до пацієнта середовища спілкування. Людиноорієнтована медична допомога й соціальна підтримка сприяють покращенню результатів лікування та підвищують якість життя пацієнтів.

ІННОВАЦІЙНИЙ РЕЖИМ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ BPaL РЯТУЄ ЖИТТЯ: ІСТОРІЯ ОДУЖАННЯ

У 2022 році в Україні в рамках операційного дослідження "Оцінка ефективності та безпеки лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу режимом BPaL в Україні" почали застосовувати інноваційний режим лікування BPaL. Це стало значним прогресом не тільки в національному, а й у глобальному масштабі.

Лікарсько-стійкий ТБ (далі — ЛС-ТБ) спричиняє одну третину смертей унаслідок стійкості до антимікробних препаратів. Зростання тягаря ЛС-ТБ представляє серйозну проблему для громадського здоров'я через втрату працездатності населення та високі показники смертності. У зв'язку з обмеженим вибором доступних лікарських засобів та небезпекою захворювання для життя

пацієнта лікування ЛС-ТБ ставить перед лікарями безліч складних завдань. Нагальна необхідність розробки більш ефективних режимів лікування пацієнтів з ЛС-ТБ стала стимулом для низки досліджень та ініціатив, присвячених тестуванню більш ефективних та новаторських режимів лікування, що включають нові та перепрофільовані препарати.

Режим BPaL — новітня схема лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, що складається з таблетованих форм препаратів бедаквіліну, претоманіду та лінезоліду. Завдяки режиму BPaL тривалість лікування лікарсько-стійкого туберкульозу скорочується майже втричі: 6-9 місяців проти 18-24 місяців. Людям більше не потрібно протягом багатьох місяців отримувати болісні ін'єкції, а найголовніше — цей режим дає набагато більше шансів на одужання (до 90% за даними результатів клінічних досліджень). Режим BPaL показаний дорослим та дітям віком від 14 років з туберкульозом зі стійкістю щонайменше до рифампіцину та фторхінолонів (пре-широка лікарська стійкість), а також пацієнтам з невдачею попереднього курсу лікування лікарсько-стійкого туберкульозу. Препарати, що входять до складу режиму BPaL закуплено коштом державного бюджету. Нагадуємо, що лікування туберкульозу (зокрема за режимом BPaL) в Україні є безоплатним для пацієнтів.

Повномасштабне впровадження операційного дослідження BPaL в Україні дає надію на виліковування понад 1000 людей зі стійкими формами ТБ, а скорочення загальної тривалості лікування та можливість якнайшвидше повернутись до сім'ї та роботи є надзвичайно важливим в умовах війни та гуманітарної кризи. Своїм досвідом поділились люди з ТБ, які проходили лікування за режимом BPaL.

Львівський центр легеневого здоров'я

Жінка середнього віку, медичний працівник. Розпочала лікування в грудні 2021 року.

“

У мене було діагностовано чутливий туберкульоз. Розпочала лікування наприкінці 2021 року, однак на завершення курсу ефекту не було. Здавши конт-

рольні аналізи, з'ясувалося, що у мене резистентність. Лікуючий лікар повідомила, що згідно тесту медикаментозної чутливості, я підлягаю режиму ВРaLb. Я прийняла рішення продовжувати шлях до одужання, дала згоду на лікування за цим режимом, і у вересні 2022 року ми розпочали новий етап. Через півроку, 8 березня, лікування було завершено. І, щонайважливіше, — з позитивним результатом. Лікуючий лікар повідомила, що у мене чудова рентгенологічна динаміка. Крім того, я й сама відчуваю, що мій фізичний стан набагато кращий. Щиро дякую Центру легеневого здоров'я, зокрема, колективу З фтизіатричного відділення і лікуючому лікарю-фтизіатру Тупичак Руслані Миколаївні за надану мені якісну медичну допомогу”.



РУСЛАНА ТУПИЧАК,
лікар-фтизіатр

Миколаївський фтизіопульмонологічний центр

Анастасія, 22 роки. Розпочала лікування у липні 2022 рік

“

У липні 2021 року у мене був виявлений дисемінований туберкульоз легень. Розпочала лікування в Миколаївському фтизіопульмонологічному медичному центрі в липні 2022 року. Після дообстеження лікар-фтизіатр Сазоненко Інна Миколаївна роз'яснила, що в мене стійкий до ліків туберкульоз і запропонувала пройти курс лікування за новою в Україні схемою

ВРaL з новими протитуберкульозними препаратами. Враховуючи, що курс лікування 6 місяців, звичайно, я погодилася. Дещо переживала, як буду переносити препарати, адже це все-таки зовсім нова схема. Після виписки з лікарні лікувалася амбулаторно. Моїм лікарем та куратором на період амбулаторного лікування був лікар-фтизіатр Рихальський Петро Іванович. Протитуберкульозними ліками була забезпечена безкоштовно, приймала їх регулярно та переносила добре. Лікування завершила в кінці лютого 2023 року. Обстеження показало, що я здорова, на рентгені майже все розсмокталось. Почуваю себе добре. Дуже вдячна лікарям за запропоновану схему лікування. Вдячна за те, що лікарі та медичні сестри були завжди поряд, підтримували та надавали відповіді на всі мої запитання. Іншим людям, які хворіють на туберкульоз, хочу сказати, що не треба боятися нового, а потрібно використовувати всі можливості сучасної медицини, щоб стати здоровим”.



АНАСТАСІЯ, 22 РОКИ
Миколаїв

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ПРИ ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Мультидисциплінарні команди (МДК) є механізмом організації та координації різних медичних, соціальних та інших послуг для забезпечення безперервної, цілісної, орієнтованої на людину, допомоги пацієнтам зі складними потребами в лікуванні і довгостроковому догляді.

Мета створення МДК полягає в об'єднанні досвіду, знань і навичок різних професіоналів, а також в залученні ресурсів із різних джерел для забезпечення кращої організації лікування туберкульозу, а саме:

- забезпечення безперервності догляду в різних медичних і соціальних закладах та місцях проживання (перебування) пацієнтів;
- удосконалення планування лікування та його дотримання;
- забезпечення більшої доступності — збільшення послуг, що надаються вдома або поблизу проживання пацієнта;
- розробка комплексу втручань щодо сприяння прихильності пацієнтів до лікування та їх реалізація;
- зменшення використання більш дорогих послуг (госпіталізації, звернення за невідкладною допомогою, повторні госпіталізації тощо);
- покращення контролю і самоконтролю за лікуванням;
- підвищення ефективності лікування ТБ;
- формування досвіду пацієнтів в користуванні послугами;
- залучення та активізація людей через соціальні взаємодії та спільне прийняття рішень.

МДК при лікуванні ТБ є функціональним об'єднанням спеціалістів, які працюють в різних закладах і організаціях. До складу МДК при лікуванні ТБ обов'язково входять: лікарі фтизіатри, лікарі первинної медичної допомоги, медичні сестри. Розширена МДК може передбачати включення лікарів

інших спеціальностей а також залучення (за їх згодою) наступних фахівців: соціальних працівників, психологів, представників інститутів громадянського суспільства та інших. Склад МДК затверджується наказом ЗОЗ, ФОП, які надають первинну медичну допомогу.

Діяльність МДК ґрунтується на принципах:

- гуманності;
- поваги до гідності та дотримання прав людини;
- конфіденційності;
- безпеки, що полягає у наданні послуг у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнту, у тому числі тієї, якій можна запобігти;
- доступності;
- своєчасності;
- безперервності;
- наступності;
- недискримінації;
- орієнтованості на відновлення здоров'я та покращення якості життя людини.

В Україні є багато прикладів створення МДК. Так, успішно функціонують такі команди: у Ватутінській громаді Черкаської області, де на базі КНП ЦПМСД м. Ватутіне та КНП "Шепетівський центр первинної медико-санітарної допомоги" Шепетівської міської ради Хмельницької області розроблено та затверджено наказ "Про організацію мультидисциплінарного підходу при наданні первинної медичної допомоги при лікуванні туберкульозу".

КОЖНЕ СЛОВО МАЄ ЗНАЧЕННЯ: БОРотьБА ЗІ СТИГМОЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Незважаючи на значні досягнення національної відповіді на туберкульоз (ТБ) в Україні, стигматизація та дискримінація дуже часто супроводжують цю хворобу. Майже кожна третя людини, яка хворіє на ТБ в Україні, має досвід стигми та дискримінації. При цьому держава системно підходить до вирішення питання подолання стигми.

Відповідно до Програми медичних гарантій на 2023 рік щодо діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, однією з вимог до організації надання послуг є дотримання толерантного ставлення до пацієнтів відповідно до затвердженої в надавача медичних послуг програми протидії дискримінації та стигматизації хво-

рих на туберкульоз та забезпечення конфіденційності відповідних медичних даних. Насамперед, це ставлення відображається в спілкуванні.

Центром розроблено гендерно чутливу дестигматизуючу термінологію, засновану на дотриманні прав людини. Вона дозволяє спілкуватись про всі аспекти ТБ з урахуванням міжнародних підходів та очікувань від людей з ТБ.

- Національні рекомендації є одним із інструментів для заохочення позитивних змін, підвищення обізнаності про ТБ, припинення стигматизації та розширення прав і можливостей людей, які зіткнулися з ТБ.
- Важливо не тільки розуміти, що кожне слово має велике значення і може як зневірити людину, так і навпаки, — додати їй віру в успішне лікування, а й активно впроваджувати дестигматизуючу лексику у повсякденне та професійне спілкування.
- На всіх етапах протидії ТБ людиноорієнтований підхід є наскрізним, тому у спілкуванні необхідно акцентувати увагу на людині, а не на її ознаках чи хворобах, а саме: "людина з туберкульозом" "людина, яка хворіє на туберкульоз", "людина, у якої діагностували туберкульоз", "контактна людина" тощо.

Необхідно формувати та розвивати гнучкість та швидке прийняття змін, оскільки вся сфера боротьби з ТБ в Україні вже тривалий час перебуває у постійній трансформації: змінюються підходи до лікування, діагностики, ставлення до людей, які хворіють на ТБ, мова спілкування. Проте незмінним залишається додержання прав людини, гендерна чутливість, попередження стигми та дискримінації.

У Броварській громаді Київської області для протидії стигмі та дискримінації проводяться семінари та тренінги для медичних працівників.

У 2022 році у Ватутінській громаді Черкаської області розроблений та затверджений наказ «Про запобігання та подолання у КНП ЦПМСД м. Ватутіне Черкаської області проявів стигматизації та дискримінації щодо лю-

дей, які стикаються з туберкульозом та іншими соціально значущими захворюваннями».

Долати туберкульоз застарілими підходами не вдасться, тому Центр громадського здоров'я не тільки є новатором та лідером у впровадженні інноваційних підходів щодо профілактики, діагностики та лікування, а й сприяє формуванню нового іміджу процесу над подоланням туберкульозу.

Центром громадського здоров'я розроблено унікальну візуальну стилістику та брендинг для реалізації заходів щодо зменшення тягаря туберкульозу в Україні. Його основна ідея полягає в тому, щоб передати важливість і єдність трьох етапів у боротьбі з туберкульозом: діагностики, лікування, профілактики.



У стилістиці переважають легкі та необтяжливі для сприйняття кольори, щоби туберкульоз не асоціювався з приреченістю, а сприймався виключно через призму надії, як захворювання, яке можна перемогти і прожити повноцінне життя.

Візуальне сприйняття інформації про ТБ, як і спілкування, має сприяти формуванню толерантного ставлення до людей з туберкульозом та до проблеми ТБ у суспільстві.



Новий імідж — це важливий крок на шляху подолання стереотипів, які тривалий час оточували протитуберкульозну службу. Новий імідж — це нагода нагадати, що основою

протитуберкульозної служби є команда сучасних професіоналів, які щодня працюють над подоланням туберкульозу і наближають цю подію.

ЗАГАРТОВАНІ НАЙВИЩИМ ГАРТОМ. ІСТОРІЇ НЕЗЛАМНОСТІ ПРО РОБОТУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УМОВАХ ВІЙНИ

“

Команда Центру громадського здоров'я висловлює свою щирю подяку за важливі зусилля в боротьбі з туберкульозом. Ваші досягнення в цій справі є вагомими та значущими, а всі докладені зусилля допомагають попереджувати поширення туберкульозу та дозволяють зберігати здоров'я і життя тисяч людей. І керівники закладів, і лікарі, і медсестри та брати, кожен фахівець, який долучився до боротьби з туберкульозом, заслуговує на визнання і є частиною успішних результатів. Разом ми змінюємо нашу країну та крок за кроком наближаємо перемогу України!

За більше ніж рік протистояння російській агресії українці стали справжнім символом незламності для всього світу. Попри страх та невизначеність нам вдалось згуртуватись у міцний кулак, щоби дати відсіч ворогу. І навіть через рік виснажливої та страшної війни ми — тримаємо стрій.

Найдорожчий ресурс цієї війни — народ, а саме — конкретні люди, колективи, які відданістю своїй справі та професії прокладають шлях до нашої перемоги. Саме таким людям зі сфери фтизіатрії присвячений спецпроект Центру громадського здоров'я “Загартовані найвищим гартом”, який розпочався у місяць обізнаності про туберкульоз.

Із фтизіатрії у фронтові капітани: історія Олександра Колеснікова — рівненського хірурга, який рятує життя українських бійців.

На сьогодні п'ятеро працівників Рівненського фтизіопульмонологічного медичного центру приєднались до сил оборони та стали на захист України. Лікар-хірург Олександр Колесніков один з них. У лютому 2023 року виповнилося 25 років як він присвятив свою професійну діяльність Рівненському фтизіопульмонологічному центру. Проте ювілейну дату лікар-хірург зустрів не в колі колег, а на військовій службі.

Читати історію повністю: <https://bit.ly/3lPiKGj>



ОЛЕКСАНДР КОЛЕСНИКОВ,
лікар-хірург Рівненського фтизіопульмонологічного медичного центру

“Ми не розділяли день і ніч, у лікарні доводилось жити”: у Миколаївському фтизіопульмонологічному центрі розповіли про труднощі роботи у воєнний час

Миколаївщина однією з перших стала до

оборони на початку повномасштабного вторгнення росії. Ворогу не вдалось взяти Миколаїв штурмом, а тому росіяни перейшли до тактики довготривалої осади: щоденні обстріли реактивною артилерією та ракетами впродовж 8 місяців, відсутність питної води, тимчасова окупація частини громад. Попри всі виклики та надважкі умови колектив Миколаївського фтизіопульмонологічного центру зумів налагодити роботу закладу.

Про допомогу від тероборони, роботу в режимі 24/7 та забезпечення людей ліками у прифронтових районах колектив закладу розповідає у матеріалі за посиланням: <https://bit.ly/42uxpr6>

Поруч з війною ми навчились жити: як протитуберкульозний заклад Донецчини продовжує мужньо працювати на лінії вогню

Донецчина страждала від російської агресії з 2014 року. Та попри всі складнощі й негаразди фахівці регіонального протитуберкульозного закладу робили все можливе, щоб люди з туберкульозом могли отримати якісну медичну допомогу. І хоч повномасштабне вторгнення розділило життя на до і після, медпрацівники протитуберкульозного закладу Донецчини залишаються відданими своєму покликанню та продовжують працювати буквально на лінії вогню. І саме про них історія із серії спецматеріалів про героїв фтизіатрії за посиланням: <http://bit.ly/3K2ZBcd>



Фахівчині протитуберкульозного закладу Донецчини

“Нам пропонували евакуюватись, але ми лишились”: історія незламності колективу протитуберкульозного закладу Харкова

Через спільний кордон з країною-агресором деякі громади Харківщини з першого дня пізнали жах окупації. До моменту звільнення цих громад сам Харків постійно обстрілювався російською реактивною артилерією, і залишатись там було дуже небезпечно. Попри пропозиції евакуюватись фахівці протитуберкульозного закладу Харкова залишились на робочих місцях та продовжили опікуватись своїми пацієнтами. Про роботу 24/7 під гуркіт снарядів та колектив незламних героїв, який не просто вистояв, а й зумів налагодити всі процеси та навіть навчання кадрів за посиланням: <http://bit.ly/407VmSA>