

**СПІЛЬНИМИ ЗУСИЛЛЯМИ
ПОДОЛАТИ ЕПІДЕМІЮ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ –
ЗАВДАННЯ
МЕДИЧНИХ УСТАНОВ,
ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ,
МІСЦЕВОГО
САМОВРЯДУВАННЯ
І ГРОМАД**

*Довідник для місцевих органів влади
з актуальних питань
доступу до послуг по боротьбі з туберкульозом*

Спільними зусиллями подолати епідемію туберкульозу – завдання медичних установ, органів державної влади, місцевого самоврядування і громад. Довідник для місцевих органів влади з актуальних питань доступу до послуг по боротьбі з туберкульозом. – К., 2018. – 36 с.

Авторський колектив:

Горбасенко І. М., Кожан Н. Є., Пилипенко В. В., Руденко В. В.

Адреса редакційної колегії:

Громадська організація «Всеукраїнська асоціація людей, які перехворіли на туберкульоз
«Сильніші за ТБ»
м. Київ, вул. Керченська, 5, оф. 1
e-mail: stronger.than.tb@gmail.com
<http://stoptb.in>

Буклет підготовлено «Всеукраїнською асоціацією людей, які перехворіли на туберкульоз «Сильніші за ТБ» в рамках виконання проекту Challenge Facility for Civil Society Round 8, мета якого полягає у покращенні доступу до послуг по боротьбі з туберкульозом та підвищенні якості послуг, що надаються пацієнтам.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ЩО ТАКЕ ТУБЕРКУЛЬОЗ?.....	7
ЯКІ ШЛЯХИ І СПОСОБИ ЗАРАЖЕННЯ ЛЮДИНИ ТБ?.....	7
ЯКА ІМОВІРНІСТЬ ЗАХВОРИТИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ?.....	7
ЩО ТАКЕ ПАТОГЕНЕЗ ТБ?.....	7
ЯК МОЖНА ВИЗНАЧИТИ ТБ-ІНФЕКЦІЮ?.....	8
В ЯКИХ ВИПАДКАХ РОЗВИВАЄТЬСЯ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТБ?.....	8
ЯКІ КАТЕГОРІЇ ГРОМАДЯН НАЙБІЛЬШ ВРАЗЛИВІ ДО ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТБ?.....	8
ЗА ЯКИМИ КРИТЕРІЯМИ ВИЗНАЧАЮТЬСЯ ГРУПИ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ЩОДО ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТБ?.....	9
ЩО ЯВЛЯЄ СОБОЮ ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ ПРО ПРОТИДІЮ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТБ?.....	9
ЯКІ ЗАВДАННЯ У БОРОТЬБІ З ТБ СТОЯТЬ ПЕРЕД СВІТОВИМ СПІВТОВАРИСТВОМ?.....	9
ЯКА СУЧАСНА ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ З ТБ В УКРАЇНІ?.....	10
ЯК МОЖЕ РОЗВИВАТИСЯ СИТУАЦІЯ З ТБ В РАЗІ ЇЇ ТРИВАЛОГО НЕВИРІШЕННЯ?.....	11
ЩО ТАКЕ ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТБ?.....	11
ЯКА СТРУКТУРА ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ?.....	12
В ЧОМУ ОСНОВНИЙ НЕДОЛІК ЧИННОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТБ?.....	12
ЩО МАЄ БУТИ ЗМІНЕНО У ДЕРЖАВНІЙ ПОЛІТИЦІ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ?.....	13
ЩО ТАКЕ ПРОФІЛАКТИКА ТБ?.....	14
ЩО ТАКЕ СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ТБ?.....	14
ЯКІ ФУНКЦІЇ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ МОЖУТЬ ВИКОНУВАТИ ОРГАНИ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ?.....	15
ЩО ТАКЕ ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ТБ?.....	16
ЩО ТАКЕ СПЕЦИФІЧНА ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ТБ?.....	17
ЩО ТАКЕ ХІМІОПРОФІЛАКТИКА ТБ?.....	17
ЩО ТАКЕ САНІТАРНА ПРОФІЛАКТИКА ТБ?.....	18
ЩО ТАКЕ ВОГНИЩЕ ТБ?.....	18

ХТО ТАКІ БАКТЕРІОВИДІЛЮВАЧІ?.....	18
ЯКІ ЗАХОДИ ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ У ВОГНИЩАХ ТБ-ІНФЕКЦІЇ?.....	18
ЩО ТАКЕ ІНФОРМАЦІЙНО-ПРОСВІТНИЦЬКА РОБОТА З ТБ?.....	18
ЩО ТАКЕ КОМУНІКАЦІЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТБ?.....	19
ЯК ВІДБУВАЄТЬСЯ ВИЯВЛЕННЯ ТБ?.....	21
ЩО ТАКЕ СКРИНІНГ?.....	22
ЗА ЯКИХ СИМПТОМІВ ПАЦІЄНТУ ПРОВОДЯТЬ ОБСТЕЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ ТУБЕРКУЛЬОЗУ?.....	22
ПРИ ЯКИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТА РИЗИКАХ ПАЦІЄНТУ ПРОВОДЯТЬ ОБСТЕЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ ТУБЕРКУЛЬОЗУ?.....	22
ЩО ТАКЕ ОБОВ'ЯЗКОВІ ПРОФІЛАКТИЧНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ НА ТБ?.....	23
ЧИ МОЖУТЬ ЗАСТОСОВУВАТИСЯ ОБМЕЖЕННЯ ПРАВ ГРОМАДЯН, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТАНОМ ЇХ ЗДОРОВ'Я?	23
ЯК ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ДІАГНОСТИКА ТБ?.....	24
ЯКІ ІСНУЮТЬ КАТЕГОРІЇ ХВОРИХ НА ТБ?.....	25
ЯКІ ІСНУЮТЬ СУЧАСНІ МОДЕЛІ ЛІКУВАННЯ ТБ?	26
ЩО ТАКЕ АМБУЛАТОРНА МОДЕЛЬ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ?.....	27
ЯКІ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ НАСТУПАЮТЬ В РАЗІ ВІДМОВИ ХВОРОГО НА ЗАРАЗНУ ФОРМУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛІКУВАТИСЯ?.....	28
ЯК ОРГАНІЗОВУЄТЬСЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТБ?.....	28
ЯКІ ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ МАЮТЬ ХВОРИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ?.....	30
ЯКІ ВЖИВАЮТЬСЯ ЗАХОДИ ПРАВОВОГО І СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЗАЙНЯТИХ У СФЕРІ ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ?.....	30
ЯКА СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА НАДАЄТЬСЯ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ?.....	30
ЩО ТАКЕ СТИГМА І ДИСКРИМІНАЦІЯ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ТБ?.....	32
ЩО ТАКЕ ПОДАЛЬША МЕДИЧНА ПІДТРИМКА?.....	33
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА.....	34

Вступ

Туберкульоз продовжує залишатися для народу України складною і не вирішеною медичною та соціальною проблемою. За 23 роки, що минули від часу оголошення епідемії, в Україні не відбулося суттєвих зрушень у боротьбі з цією хворобою.

Епідемія туберкульозу в Україні, як і раніше, являє собою серйозну проблему для системи охорони здоров'я країни. Особливий тягар становить значна поширеність випадків хвороби з множинною лікарською стійкістю серед нових та раніше пролікованих випадків туберкульозу. Україна залишається однією з п'яти країн з найвищим рівнем захворюваності на стійкі до антибіотиків форми туберкульозу у Східній Європі та Центральній Азії.

Паличка Коха – збудник захворювання на туберкульоз – не розрізняє соціального статусу і з однаковою ефективністю заражає бідних і багатих. Високий темп життя, інформаційний пресинг, постійний «брак часу», а, отже, нерегулярне і незбалансоване харчування – це все стресові моменти, які призводять до зниження захисних сил організму і сприяють розвитку захворювання. Разом з тим, туберкульоз – безумовно, соціальна хвороба. Туберкульоз – захворювання, яке безпосередньо залежить від способу життя населення, якості харчування. Складне соціально-економічне становище України, безробіття, велика кількість людей, які не можуть повноцінно харчуватися, стреси, соціальна невлаштованість – все це істотно підвищує ризик зараження і розвитку туберкульозу.

За оцінками ВООЗ, серед факторів ризику, які впливають на здоров'я людини, лише незначна частка показників здоров'я (9,0%) визначається рівнем діяльності медичних установ і зусиллями медичних працівників. Решта факторів ризику це – спосіб життя (51,0%), навколишнє середовище (20,0%) та біологічні фактори (20,0%). Оскільки структурно поняття способу життя можна розглядати як складову таких категорій, як рівень життя, якість життя, стиль життя та устрій життя, постільки рівень здоров'я, в першу чергу, має залежність від соціально-економічних факторів, що особливо характерно для туберкульозу як соціально небезпечної інфекційної хвороби.

Ось чому, беручи до уваги актуальні політичні, економічні, соціальні, медичні, культурні та деякі інші чинники епідемії туберкульозу в Україні, загальнодержавна та регіональна політики протидії захворюванню на туберкульоз не можуть бути успішними, якщо спрямовані на подолання їх викликів виключно засобами медичного впливу, не передбачаючи, в основі своїй, комплексний підхід, який сприятиме усуненню докорінних соціально-економічних причин та наслідків поширення в Україні епідемії туберкульозу.

Цей матеріал дозволить всім заінтересованим органам державної влади, іншим сторонам і особам знайти своє місце у загальнодержавній справі подолання тягаря туберкульозу в Україні, допоможе окремим групам населення, які мають високий ризик захворювання на туберкульоз, зорієнтуватися із ситуацією з туберкульозом в Україні та дізнатися як уберегтися від захворювання, а тим, хто захворів на туберкульоз, дасть змогу зрозуміти свої права і обов'язки та основні правила поведінки на шляху «від кашлю до одужання».

Довідник розроблений на основі опрацювання міжнародних рекомендацій щодо подолання туберкульозу, чинного законодавства України у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз», а також наукової та науково-популярної літератури з туберкульозу.

Що таке туберкульоз?

Туберкульоз (ТБ) – соціально небезпечна інфекційна хвороба, що викликається мікобактеріями туберкульозу (МБТ).

Існує близько 200 видів мікобактерій, що викликають ТБ у людини, і понад 55 видів, що інфікують свійських і диких тварин, птахів, риб та ін.

Практично немає такого органу у людини, якого б не міг уражити ТБ, хоча у 95,0% хворих на ТБ уражаються легені, а у 5,0% – інші органи. Залежно від того, який орган уражається, збудники ТБ поширюються в зовнішнє середовище різними шляхами.

Які шляхи і способи зараження людини ТБ?

При ТБ легень збудники поширюються повітряно-крапельним шляхом при кашлі, чханні, розмові.

Передачу ТБ-інфекції від хворої людини до здорової називають «механізмом передачі ТБ-інфекції» – це по суті шляхи і способи зараження людини.

Аерогенний шлях передачі. При кашлі, чханні, розмові хворий виділяє аерозоль, який швидко висихає. Частина крапель, багатих на мікобактерії, тривалий час знаходиться у завислому стані в повітрі та при вдиханні людиною легко досягає альвеол легень (альвеоли – кінцева частина дихального апарату легень, основний функціональний елемент легень, через стінку якого здійснюється

газообмін). Більші краплі осідають, змішуються з пилом, який потрапляє в дихальні шляхи, звідки евакуюється спеціальними війками, якими покриті бронхи, і відкашлюється.

Позалегеновий ТБ розвивається в таких місцях, як горло, лімфатичні вузли, плевра (оболонка навколо легень), центральна нервова система, нирки, кістки і суглоби тощо. Позалегеновий ТБ відмічають у людей із ВІЛ-інфекцією частіше, ніж у не інфікованих ВІЛ. Позалегеновий ТБ часто поєднується з легеневим.

Місце, де відбувається первинний контакт організму з мікробом, називають входними воротами інфекції.

Яка імовірність захворіти на туберкульоз?

Не кожна людина, яка вступає в контакт з хворим бактеріовиділювачем, інфікується. Імовірність переносу ТБ залежить від трьох головних чинників:

1) ступеня заразності хворого (інтенсив-

ності інфекції);

2) навколишнього середовища, в якому відбувався контакт із хворим;

3) тривалості контакту.

Що таке патогенез ТБ?

Патогенез ТБ – це розвиток ТБ від моменту потраплення в організм збудника і до виникнення ознак хвороби.

Інфекція розвивається в результаті потраплення збудника в альвеоли. Спочатку туберкульозні бактерії розмножуються в альве-

олах і невелика їх кількість потрапляє в русло крові і поширюється по всьому організму. Бактерії можуть осідати в будь-якому органі чи будь-якій тканині організму, але частіше в легенях, нирках, центральній нервовій системі та кістках.

Зазвичай протягом 4–10 тижнів імунна система організму втручається, зупиняючи розмноження і подальше поширення мікобактерій (імунна система – це система клітин і тканин в організмі, що захищає організм від сторонніх речовин).

Після потрапляння мікобактерій в організм здорової людини можливі такі варіанти перебігу подій:

1. імунна система переборює збудники, і частина їх гине, а решта мікобактерій ТБ занурюється в тканини організму, покривається солями вапна і там «западає у сплячку»;

2. при слабкій імунній системі (через певний час – ≥ 8 тиж.) розвивається ТБ.

Як можна визначити ТБ-інфекцію?

ТБ-інфекцію можна визначити по туберкуліновій шкірній пробі. Позитивна туберкулінова проба означає, що туберкульозні бактерії знаходяться в організмі,

людина інфікована збудником туберкульозу.

Люди, інфіковані мікобактеріями ТБ, не вважаються хворими на ТБ і не є заразними.

В яких випадках розвивається захворювання на ТБ?

Захворювання на ТБ розвивається в таких випадках:

1. якщо при потраплянні мікобактерій ТБ в організм здорової людини у неї була слабка імунна система;

2. якщо в людини, яка була інфікована багато років тому і мала ТБ-інфекцію, з'явилися один або кілька факторів ризику:

- інфікування ВІЛ, що викликає СНІД;
- наркоманія;
- повторне потрапляння мікобактерій ТБ в організм;
- цукровий діабет;
- силікоз;

– тривале лікування кортикостероїдами;
– імуносупресивне лікування;
– деякі захворювання на рак, особливо лейкемія, хвороба Ходжкіна (злоякісний лімфогранулематоз) та ін.;

– важке захворювання нирок;
– деякі кишкові захворювання;
– недостатня маса тіла (на 10,0% менша за ідеальну) та ін.

У такому випадку вапняна капсула довкола мікобактерій ТБ розчиняється, збудники починають розмножуватися в організмі й спричиняють ТБ.

Які категорії громадян найбільш вразливі до захворювання на ТБ?

До груп підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз відносяться:

1. ВІЛ-інфіковані особи;
2. особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні чи професійні контакти);
3. особи з захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету (хворі на цукровий діабет, виразкову хворобу шлунку і 12-палої кишки, а також особи, що отримують кортикостероїдну, цитостатичну або променеву терапію) та ін.;

4. курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики;

5. мігранти та біженці з регіонів з високим рівнем захворюваності на туберкульоз;

6. особи, що перебувають за межею бідності, безробітні;

7. особи без визначеного місця проживання;

8. пацієнти психіатричних закладів;

9. затримані та заарештовані особи при відправленні їх до ізоляторів тимчасового

тримання, особи, які утримуються або звільнилися з установ пенітенціарної системи, а також особи, які перебувають на обліку в органах внутрішніх справ як раніше засуджені та піднаглядні;

10. працівники пенітенціарних установ,

психіатричних закладів та працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи;

11. пацієнти з хронічними неспецифічними захворюваннями легень.

За якими критеріями визначаються групи підвищеного ризику щодо захворювання на ТБ?

Визначення груп підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз.

1. Перебування в місцях позбавлення волі.

2. Контакт з хворим на ТБ.

3. Форми поведінки:

1) зловживання алкоголем;

2) куріння (цигарок, кальяну);

3) бродяжництво;

4) вживання наркотичних та психотропних засобів;

4. Фізичний стан:

1) ВІЛ-інфекція, СНІД;

2) хронічні, професійні та інші захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, цукровий діабет, онкологічні або інші захворю-

вання, що призводять до зниження імунітету;

3) імунодефіцитні стани, прийом препаратів з імунодепресивною дією;

4) виснаження організму.

5. Психофізіологічний стан:

1) психічні захворювання;

2) глибокий стрес;

3) залежність від хімічних речовин.

6. Умови праці:

1) недотримання вимог інфекційного контролю у протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я, де надаються послуги хворим на туберкульоз;

2) контакти з хворими на туберкульоз людьми та тваринами.

Що являє собою законодавство України про протидію захворюванню на ТБ?

Законодавство України закріплює право громадян на захист від ТБ, а його основу складають Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України «Про захист населен-

ня від інфекційних хвороб», Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз».

Які завдання у боротьбі з ТБ стоять перед світовим співтовариством?

Для того, щоб зупинити епідемію туберкульозу, необхідне подальше розширення масштабів і рівня охоплення населення заходами лікування і профілактики туберкульозу, розробка систем і політики для створення сприятливих умов і поділу відповідальності, а також активна розробка і використання нових засобів лікування та профілактики туберкульозу на основі цілеспрямованих наукових досліджень та інновацій. Вирішити проблему туберкульозу можна лише усунувши її причи-

ни та подолавши негативні наслідки їх існування, що вимагає багатогалузевого і багатосекторального підходу. Про це заявила Всесвітня організація охорони здоров'я на своїй 67-й сесії, яка відбулася в Женеві в травні 2014 року, приймаючи Глобальну стратегію і цілі в області профілактики, лікування та боротьби із туберкульозом на період до 2035 року. Ця стратегія, наразі, є основним керівним документом для світової співдружності у подоланні туберкульозу.

Яка сучасна епідемічна ситуація з ТБ в Україні?

За даними ВООЗ в Україні з 2007 р. розрахункові поширеність і захворюваність на туберкульоз мають тенденцію до зниження щорічно в середньому на 4,4% і 3,3%, відповідно. Втім, виявлення туберкульозу в Україні відбувається переважно за зверненням громадян, тобто пасивно. Щонайменше 23,0% нових випадків туберкульозу, виявлених в Україні, не піддаються лікуванню звичайними протитуберкульозними препаратами, тобто є резистентними, а більше 40,0% таких нових випадків вже мають деструктивну форму.

За розрахунками ВООЗ, у 2016 році захворюваність на туберкульоз в Україні знаходиться на рівні 87 на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епідеміологічного нагляду захворюваність на нові випадки разом з рецидивами за період з 2011 року має тенденцію до зниження із середньорічним темпом на – 2,9%. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 22,5% випадків захворювання на туберкульоз, що сприяє подальшому поширенню туберкульозу серед населення. Навіть якщо вважати дані ВООЗ лише оціночними, то і половини своєчасно невиявлених випадків захворювання на туберкульоз на кожні 100 тис. населення цілком достатньо для створення в масштабах країни величезного джерела інфекції, невідомого охороні здоров'я, який є потенційною небезпекою виникнення важких і часом невиліковних форм захворювання. Україна посідає друге місце в європейському регіоні за рівнем захворюваності на туберкульоз.

Станом на 01.01.2017 р., на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України та під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 34966 хворих на всі форми активного туберкульоз (у 2015 році – 36228). Показник поширеності туберкульозу складав 82,1 на 100 тис. населення проти 84,7 в 2015 році та став на 3,1% нижче.

Темп зниження рівня захворюваності міських жителів вищий ніж сільських жителів, що свідчить про низьку доступність послуг з виявлення та лікування туберкульозу серед сільських жителів. Протягом останніх 5-ти років захворюваність на туберкульоз серед чоловіків у 2–2,5 рази перевищує рівень захворюваності на туберкульоз серед жінок. Частка чоловіків постійно перевищує частку жінок у

загальній структурі захворюваності на туберкульоз. Така тенденція спостерігається в усіх вікових групах населення. Серед осіб, які захворіли в 2016 році на туберкульоз, чоловіки становлять 70,1%, причому частка чоловіків в загальній структурі хворих у вікових групах зростає.

Проблема стійких до антибіотиків форм туберкульозу (хіміорезистентного) є однією з найактуальніших в Україні. Хіміорезистентний туберкульоз, як особливу форму туберкульозу, почали виділяти з 1990-х років, коли в усьому світі відбулося зростання частоти медикаментозної резистентності збудника туберкульозу до найактивніших протитуберкульозних препаратів (ізоніазиду й рифампіцину) і значне зниження результатів лікування, зростання смертності від туберкульозу при застосуванні існуючих методів лікування. Спостерігається тенденція до зниження рівня смертності від туберкульозу в Україні з середнім річним темпом за останні 10 років – 8,1%. У 2016 році порівняно з 2015 роком рівень смертності від туберкульозу знизився на 12,0% та склав 9,5 проти 10,8 на 100 тис. населення.

Захворюваність на ТБ/ВІЛ залишається чинним рушійним фактором у розвитку епідемії туберкульозу в Україні. Зареєстровано 5622 випадків захворювання ТБ/ВІЛ (нові випадки та рецидиви) проти 5572 в 2015 році, інтенсивний показник на 100 тис. населення 13,2 проти 13,0 – зростання рівня захворюваності на 1,5%.

Серед вперше виявлених хворих на туберкульоз близько 65,0% становлять особи малозабезпечені, непрацюючі працездатного віку, мігранти, особи, що повернулися із місць позбавлення волі і ті, хто не має постійного місця проживання. Це значно погіршує виявлення хворих і організацію їх лікування внаслідок відсутності оптимальних соціальних та медичних заходів з боку держави. Водночас, щороку в Україні виліковується менше 60,0% хворих з новими випадками туберкульозу з бактеріовиділенням, частина вмирає, проте більше 20,0% хворих із невдалим або перерваним лікуванням поповнюють вогнище інфекції. Зазначені результати лікування хворих на туберкульоз є найгіршими серед країн Східної Європи. За критерієм ВООЗ, відсоток виявлення нових випадків туберкульозу, позитивних за мазком, повинен становити не

менше 70,0%, а ефективність лікування нових випадків туберкульозу, позитивних за мазком – не менше 85,0%, адже лише за таких обставин переривається ланцюг передачі інфекції, що призводить до зниження захворюваності і смертності від туберкульозу. За експертними оцінками фахівців Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського, така ситуація призведе в найближчому майбутньому до підвищення рівня захворюваності на туберкульоз за рахунок хіміоре-

зистентного туберкульозу. Хворий на відкриту форму туберкульозу активно виділяє бактерії і заражає оточуючих. За наявною медичною статистикою, такий хворий за один рік встигає інфікувати близько 100 осіб, з яких 10 потім захворюють на туберкульоз.

Наведені данні свідчать на користь того, що чинна державна політика протидії туберкульозу не може бути визнана такою, що забезпечує ефективну відповідь епідемії, а отже вимагає суттєвого перегляду.

Як може розвиватися ситуація з ТБ в разі її тривалого невирішення?

Прогноз захворюваності й смертності від туберкульозу в Україні залежить від соціально-економічних умов у країні (чим кращі, тим менші показники туберкульозу), ситуації з ВІЛ-інфекцією (чим вона краща, тим менші показники туберкульозу), поширеності ХРТБ (чим вона менша, тим менші показники захворюваності і смертності від туберкульозу). Комплексний підхід на основі аналізу результатів досліджень епідемічної ситуації з туберкульозу за період 2005–2015 рр., оцінки динаміки захворюваності на МРТБ та ко-інфекцію ТБ з ВІЛ, ефективності профілактичних заходів, забезпеченості протитуберкульозними препаратами закладів, стану функціонування протитуберкульозної служби дозволяють зробити прогноз щодо динаміки захворюваності та смертності від туберкульозу на 10

років до 2025 р.: – при соціально-економічних умовах в Україні гірших, аніж сьогодні, і/або неприборканні епідемії ВІЛ-інфекції і/або рості хіміорезистентного ТБ, захворюваність туберкульозом через 10 років може збільшитися в 2 рази, а смертність – в 2,5 рази; – при соціально-економічних умовах в країні таких самих, що й сьогодні, при такому ж стані з хіміорезистентним туберкульозом та з епідемією ВІЛ/СНІД, захворюваність і смертність від туберкульозу може хвилеподібно коливатися з повільною тенденцією до стабілізації та зменшення; – при соціально-економічних умовах в Україні кращих, аніж сьогодні, і/або приборканні епідемії ВІЛ-інфекції та контролю за хіміорезистентним туберкульозом, захворюваність може зменшуватися на 5,0–7,0% щороку, а смертність може зменшуватися на 10,0 % щороку.

Що таке державна політика протидії захворюванню на ТБ?

Державна політика у сфері протидії захворюванню на туберкульоз – це комплекс політичних, законодавчих, управлінських, економічних, соціальних, медичних, санітарних, комунікативних, освітніх та інших заходів, що здійснюються певними уповноваженими на це державними органами, спрямованих на захист населення України від туберкульозу, забезпечення ефективного державного контролю епідемічної ситуації, скорочення рівня захворюваності, поширеності та смертності від цієї особливо небезпечної інфекційної хвороби, подолання соціально-економічних та медичних чинників

і наслідків епідемії туберкульозу в Україні.

Державна політика у сфері протидії захворюванню на туберкульоз традиційно реалізовується в Україні шляхом вирішення низки вузькогалузевих медичних завдань. Центральним органом виконавчої влади, відповідальним за реалізацію державної політики у сфері боротьби із туберкульозом є Міністерство охорони здоров'я України. Але проблема туберкульозу вже давно вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невпинне зростання темпів його поширення серед населення України.

Яка структура факторів ризику, які впливають на здоров'я людини?

За оцінками ВООЗ, серед факторів ризику, які впливають на здоров'я людини, лише незначна частка показників здоров'я (9,0%) визначається рівнем діяльності медичних установ і зусиллями медичних працівників. Решта факторів ризику це – спосіб життя (51,0%), навколишнє середовище (20,0%) та біологічні фактори (20,0%). Оскільки структурно

поняття способу життя можна розглядати як складову таких категорій, як рівень життя, якість життя, стиль життя та устрій життя, постільки рівень здоров'я, в першу чергу, має залежність від соціально-економічних факторів, що особливо характерно для туберкульозу як соціально небезпечної інфекційної хвороби.

В чому основний недолік чинної державної політики протидії захворюванню на ТБ?

Традиційним для України інструментом реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз є медичні, соціальні загальнодержавні та місцеві цільові програми, спрямовані виключно на організацію надання населенню протитуберкульозної допомоги. По суті своїй, замість того, щоб ліквідувати причини епідемії, ці програми зорієнтовані на долання її наслідків, тому на порядку денному – системний перегляд підходів до їх розробки та шляхів впровадження зокрема та до державної політики протидії захворюванню на туберкульоз в цілому. Таким чином, порушуються основоположні умови розробки державних цільових програм, визначені ст. 2 Закону України «Про державні цільові програми», а саме: необхідність існування проблеми, розв'язання якої неможливе засобами територіального чи галузевого управління та яка потребує державної підтримки, координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування.

Як зазначається у Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки, схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1011-р «сьогодні проблема туберкульозу є проблемою загальнодержавного масштабу, тому виникла необхідність впровадження комплексного підходу до формування та реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу. Високий рівень захворюваності на туберкульоз в Україні викликаний недостатньою підтримкою заходів із подолання

епідемії на національному та регіональному рівні».

Ось чому, беручи до уваги актуальні політичні, економічні, соціальні, медичні, культурні та деякі інші чинники епідемії туберкульозу в Україні, загальнодержавна та регіональна політики протидії захворюванню на туберкульоз не можуть бути успішними, якщо будуть спрямовані на подолання їх викликів виключно засобами медичного впливу, не передбачаючи, в основі своїй, комплексний підхід, який сприятиме усуненню докорінних соціально-економічних причин та наслідків поширення в Україні епідемії туберкульозу. Принцип галузевого управління складним соціальним об'єктом, яким є епідемія туберкульозу, зокрема суто медичний підхід до аналізу епідеміологічних показників перешкоджає своєчасному прогнозуванню перспектив розвитку епідемії туберкульозу та розробці відповідного плану національної та регіональної міжвідомчої протидії його викликам, внаслідок чого епідемія туберкульозу залишається надзвичайно загрозливою не лише для життя та здоров'я наших громадян, а, за великим рахунком, надає підстави вважати цю ситуацію, як загрозу національній безпеці української держави. Для досягнення успішності у боротьбі із туберкульозом в Україні потрібно забезпечити дотримання одного з основних принципів протидії інфекційним хворобам, визначених у ст. 10 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», а саме «комплексність проведення профілактичних, протиепідемічних, соціальних і освітніх заходів, обов'язковість їх фінансування».

Що має бути змінено у державній політиці протидії захворюванню на туберкульоз?

На сучасному етапі історії України ТБ є найбільш інтегрованою проблемою серед всіх існуючих соціально-економічних проблем, оскільки незначна ефективність медичних заходів з подолання туберкульозу детермінована відсутністю належної політичної волі до подолання епідемії туберкульозу, корумпованістю влади на всіх її рівнях, низьким рівнем економічного розвитку країни, низьким рівнем життя та високим рівнем бідності населення, масовим безробіттям, занепадом системи житлово-комунального господарства, незадовільним станом системи охорони здоров'я, безпеки праці, незадовільним соціальним та пенсійним забезпеченням переважної більшості населення, слабкою санітарною освіченістю, неконтрольованими міграційними процесами, злочинністю, недосконалістю пенітенціарної системи, поширенням ВІЛ-інфекції, наркоманії та алкоголізму тощо. За таких обставин, досягнення конкретних успіхів у контролі за епідемією туберкульозу мають бути закріплені на загальнодержавному рівні в якості одного з провідних індикаторів успішності соціально-економічних перетворень в державі в цілому.

Туберкульоз, як соціально небезпечна проблема, за визначенням має чинники та наслідки, які знаходяться в усіх або ж в переважній більшості сфер життєдіяльності народу України.

Тому ефективне державне управління у сфері соціально небезпечних хвороб повинно ґрунтуватись на розвитку горизонтальних зв'язків між різними органами державної влади в центрі та на місцях і представниками громадянського суспільства.

Міжнародний досвід організації державних заходів щодо запобігання розвитку соціально небезпечних хвороб вказує на те, що сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення більш ефективна тоді, коли вона поділена між центральними органами виконавчої влади та відповідними на місцях, які безпосередньо не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), а є керованою іншими відомствами, наприклад, у сфері охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ, соціаль-

ної політики, освіти тощо. Більше того, цей досвід вказує на те, що питання відповідальності суб'єктів управління за здійснення заходів соціальної профілактики туберкульозу бажано імплементувати у діяльність практично кожного міністерства (служби, агентства, інспекції, департаменту, управління тощо). При цьому, галузеве державне управління у сфері протидії захворюванню на туберкульоз продовжує здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання населення.

За таких обставин, в сучасних історичних та соціально-економічних умовах особливого значення набуває:

1) участь різних центральних та регіональних органів державної влади та місцевого самоврядування у вирішенні проблеми туберкульозу в Україні, а саме: Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти і науки, Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство молоді і спорту, Міністерство культури, Міністерство екології і природних ресурсів, Міністерство інфраструктури, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства, Міністерство інформаційної політики, Державний комітет телебачення і радіомовлення, Міністерство юстиції України, Державна міграційна служба, Державна санітарно-епідеміологічна служба, Державна служба з надзвичайних ситуацій, Державна служба з питань інвалідів і ветеранів, Державна ветеринарна та фіто санітарна служба, Державна служба з питань праці, відповідними їм регіональними структурами (в разі наявності);

2) визначення та нормативне закріплення їх компетенції та функцій в цьому задля:

– забезпечення участі в розробці та реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз різних профільних центральних органів державної влади та відповідних їм на місцевому рівні;

– здійснення профілактики туберкульозу серед цільових категорій населення, в першу чергу – серед груп підвищеного ризику захворювання, шляхом інформування та надання їм відповідних соціальних послуг;

– сприяння в організації і проведенні обов'язкових щорічних профілактичних оглядів з метою своєчасного виявлення нових випадків захворювання на туберкульоз в середовищі цільових категорій населення, в першу чергу – серед груп підвищеного ризику захворювання;

– посилення рівня суспільної відповіді на виклики туберкульозу шляхом підвищення політичної прихильності і відповідальності влади та активізації соціальної мобілізації на протидію епідемії туберкульозу на рівні громад;

– оцінки та прогнозування ситуації щодо туберкульозу в контексті наступних основних напрямів формування та реалізації державної політики протидії захворюванню на туберкульоз, а саме: розрахунку оціночної чисельності груп різного рівня ризику захворювання на туберкульоз; прогнозування тенденцій розвитку епідемії туберкульозу; оцінки масштабів та наслідків епідемії туберкульозу у випадку, якщо не вживатимуться ефективні

упереджувальні заходи; ефективного планування, реалізації та оцінки профілактичних програм тощо.

З огляду на комплексний характер державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз мають бути внесені зміни і доповнення до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», як базового закону, в частині формулювання поняття державної політики та встановлення компетенції різних органів державної влади у визначеній сфері; визначений перелік, розроблені та внесені зміни і доповнення до галузевих законів, державних та місцевих цільових програм, підзаконних актів та іншої діючої нормативно-правової бази в частині, що спрямована на забезпечення комплексного міжгалузевого вирішення проблеми туберкульозу. Функції координатора цільової ревізії відповідних законодавчих та правових актів у нормативному порядку мають бути закріплені за Кабінетом Міністрів України.

Що таке профілактика ТБ?

Профілактика ТБ складається з комплексу багатьох заходів. Розрізняють специфічну профілактику (щеплення), хіміопроділактику, санітарну та соціальну профілактику ТБ.

Залежно від характеру епідемічного процесу профілактику ТБ слід здійснювати в таких основних напрямках:

1. профілактичні заходи серед усього на-

селення (щеплення, соціально-економічні, санітарно-освітні та загально-санітарні заходи);

2. профілактичні заходи серед груп ризику щодо ТБ (диспансеризація хворих і контактів, хіміопроділактика, оздоровлення);

3. профілактичні заходи у вогнищах ТБ-інфекції (оздоровлення вогнища, дезінфекція, ізоляція бактеріовиділювача, хіміопроділактика).

Що таке соціальна профілактика ТБ?

Соціальна профілактика здійснюється шляхом проведення профілактичних заходів соціально-економічного характеру державного масштабу. Її можна назвати державною профілактикою, оскільки в її організації повинні брати участь не тільки державні органи, а й широка мережа протитуберкульозних закладів, громадські та інші організації.

Основним завданням соціальної профілактики є поліпшення матеріально-побутових умов усього населення, поліпшення ма-

теріального благополуччя народу та умов його життя.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безплатно; мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава спри-

яє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Соціальна профілактика ТБ в Україні ще не досягла належного рівня, хоча від неї залежить близько 80,0% ефективності боротьби з ТБ.

Мова йде про розбудову системи комплексних соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя, праці, навколишнього середовища, виховання тощо. Профілактика – це державно-управлінська діяльність, спрямована на недопущення шкідливих впливів на здоров'я людини шляхом усунення або самого шкідливого фактору, або його дії на людину. Тож профілактика ТБ, як соціально небезпечної хвороби, є окремим випадком загальної профілактичної діяльності суспільства і являє собою діяльність, спрямовану на створення умов, що унеможливають появу нових випадків інфікування туберкульозом, а також передбачають здійснення діяльності, спрямованої на послаблення негативного впливу цієї інфекційної хвороби на суспільство як соціальної системи загалом. За умов такого комплексного підходу, профілактика у сфері запобігання поширенню ТБ здійснюється шляхом виявлення, усунення або нейтралізації причин та умов, що підтримують персистенцію її біологічного збудника серед представників окремих соціальних груп та серед широких верств населення.

Одночасно мають впроваджуватися важливі соціально-економічні реформи, спрямовані на: подолання бідності; скорочення рівня безробіття; забезпечення державного контролю за міграцією ззовні; протидію безпритульності та бездоглядності; забезпечення гідних людини умов та якості життя і соціальних гарантій; реформу системи охорони здоров'я; реформування, реорганізацію та реструктуризацію протитуберкульозної служби на засадах її зміцнення та ряд інших.

В цих умовах суттєво підвищується значення участі різних профільних (не медичних) органів державної влади в розробці та реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз на місцевому рівні, зокрема в сфері:

- соціального захисту населення;
- освіти і науки;
- молоді та спорту;
- культури;
- у справах дітей;
- житлово-комунального господарства;
- економічного розвитку і торгівлі;
- фінансів;
- соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- праці;
- зайнятості населення;
- міграційної служби;
- юстиції.

Які функції у сфері протидії захворюванню на туберкульоз можуть виконувати органи державної влади?

1. Діяльність, спрямована на усунення або нейтралізацію причин ТБ та умов, що його породжують.

2. Впровадження заходів, спрямованих на покращення умов праці, подолання негативних умов праці, які призводять до розладів здоров'я та захворюванню на ТБ. Комплексний вплив на подолання факторів ризику захворювання на ТБ на виробництві, в першу чергу, зі шкідливими умовами праці.

3. Розробка прогнозів подальших тенденцій епідемії туберкульозу за різними показниками розвитку соціально-економічних факторів, які є детермінантами поширення

туберкульозу та внесення цих прогнозів до місцевої цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз.

4. Оцінка масштабів та наслідків епідемії туберкульозу у випадку, якщо не вживатимуться ефективні попереджувальні заходи.

5. Планування, реалізація та оцінка профілактичних програм в сфері протидії туберкульозу.

6. Аналіз рівня життя хворих на туберкульоз, груп ризику захворювання на туберкульоз та основних груп населення, яких торкнулася проблема туберкульозу.

7. Підготовка пропозицій до проектів

державних цільових, галузевих і регіональних програм, щодо соціальної підтримки хворих на туберкульоз, груп ризику захворювання на туберкульоз та основних груп населення, яких торкнулася проблема туберкульозу.

8. Діяльність, спрямована на профілактику туберкульозу в сім'ях, серед дітей та молоді.

9. Профілактика соціальних, економічних, культурних, правових та інших детермінантів раннього захворювання на туберкульоз.

10. Визначення потреб сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги у соціальних послугах щодо протидії туберкульозу, розвиток їх мережі.

11. Здійснення соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги з метою профілактики туберкульозу.

12. Профілактика та виявлення туберкульозу у бездомних громадян та осіб, які відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк.

13. Розробка пропозицій щодо забезпечення виконання законодавства про національну меншину в частині профілактики і протидії туберкульозу в їх середовищі.

14. Забезпечення реалізації ефективної політики у галузі житлово-комунального господарства, житлової політики, теплопостачання, питного водопостачання та благоустрою населених пунктів для усунення докорінних соціально-побутових факторів поширення туберкульозу, покращення жит-

лово-побутових умов категорій населення підвищеного і високого рівня ризику захворювання на туберкульоз, благоустрій населених пунктів в місцях компактного проживання таких категорій населення, зокрема – ромської національної меншини.

15. Внесення пропозицій в обласні цільові програми соціально-економічного і культурного розвитку, зокрема, в обласну програму протидії захворюванню на туберкульоз щодо шляхів і напрямів усунення докорінних соціально-побутових факторів поширення туберкульозу через усунення недоліків у сфері житлово-комунального господарства, теплопостачання, благоустрою, забезпечення всіх населених пунктів питним водопостачанням.

16. Забезпечення виконання місцевих програм реконструкції, заміни житлового фонду, особливо в місцях компактного проживання груп підвищеного і високого рівня ризику захворювання на туберкульоз, в тому числі – ромської національної меншини.

17. Аналіз і розробка пропозицій щодо повного і оптимального фінансового забезпечення потреб реалізації заходів протидії епідемії туберкульозу на відповідній території за кошти обласного і місцевих бюджетів.

18. Контроль за міграцією з країн із високим рівнем поширення туберкульозу, в першу чергу – нелегальною.

19. Аналіз міграційної ситуації, проблем біженців та інших категорій мігрантів, розробка поточних та довгострокових прогнозів із зазначених питань, в тому числі – щодо ситуації із виявленням туберкульозу у мігрантів.

Що таке первинна профілактика ТБ?

Своєчасна діагностика, ізоляція хворих на ТБ, які виділяють збудника туберкульозу, організація та проведення лікування є основними елементами первинної профілактики ТБ, яка спрямована на попередження інфікування мікобактеріями туберкульозу здорових осіб.

Проведення профілактичних заходів в групах ризику щодо захворювання на ТБ значно знижує рівень захворюваності. Для цього необхідно формувати і щорічно переглядати групи ризику щодо захворювання на ТБ.

Критерії віднесення певної категорії осіб до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (про це йшлося вище). Водночас, в різних областях України можуть бути виявлені та мають бути описані та взяті під контроль специфічні групи ризику захворювання на туберкульоз.

Враховуючи зазначене, можна виділити наступні функції різних місцевих органів

державної влади щодо роботи із групами різного рівня ризику захворювання на туберкульоз.

1. Визначення специфічних для регіону чи місцевості груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз.

2. Розрахунок оціночної чисельності груп різного рівня ризику захворювання на ту-

беркульоз, що є цільовими для цього органу влади.

3. Участь у заходах із профілактики та виявлення туберкульозу в середовищі цільових категорій населення, в першу чергу – серед груп підвищеного ризику захворювання, шляхом інформування та надання їм відповідних соціальних послуг.

Що таке специфічна імунопрофілактика ТБ?

Специфічна імунопрофілактика ТБ – це щеплення проти ТБ. Щеплення від ТБ проводять вакциною БЦЖ – це живі мікобактерії вакцинного штаму.

Щеплення не дає повного захисту від ТБ, оскільки 12,0–20,0% вакцинованих і не вакцинованих хворіють на ТБ. Однак у щеплених при розвитку ТБ помічають відмінності:

– розвиваються малі, локальні форми ТБ;

– ТБ частіше без бактеріовиділення;

– ТБ добре і швидко лікується.

Крім того, серед вакцинованих відмічають зниження захворюваності на ТБ у 4 рази і смертності внаслідок нього – у 9 разів порівняно з не вакцинованими.

Таким чином, для реалізації заходів специфічної профілактики ТБ важливо забезпечити в повному обсязі щеплення й ревакцинацію проти ТБ.

Що таке хіміопрофілактика ТБ?

Під хіміопрофілактикою розуміють призначення протитуберкульозних препаратів здоровим людям, у яких підвищений ризик зараження і захворювання на ТБ.

Хіміопрофілактиці підлягають:

1) діти, підлітки й дорослі із сімейних і квартирних контактів з бактеріовиділювачем та із сімейного контакту з хворим на активний ТБ легенів;

2) діти, підлітки й особи молодого віку до 30 років з виражем туберкулінової реакції, обумовленим інфікуванням, тобто вперше інфіковані ТБ;

3) особи зі стійкими гіперергічними реакціями на туберкулін (інфільтрат 17 мм і більше на пробу Манту).

4) новонароджені, які прищеплені в пологовому будинку вакциною БЦЖ, але народилися від хворих на ТБ матерів, у яких цю хворобу не було своєчасно виявлено і якщо хворі матері годували немовлят грудним молоком;

5) особи, що мають сліди раніше перенесеного ТБ, за наявності в них несприятливих факторів (гострі захворювання, хірургічні втручання, травми, вагітність тощо), що здатні спровокувати загострення ТБ;

6) особи, раніше ліковані, у котрих відмічають великі залишкові зміни в легенях і які знаходяться в епідеміологічно небезпечному оточенні;

7) особи зі слідами раніше перенесеного ТБ, які мають супутні захворювання (цукровий діабет, колагенози, силікоз, саркоїдоз, виразка шлунка, оперовані на шлунку тощо), котрі самі собою або лікування яких, наприклад глю- кортикостероїдами, може спричинити загострення ТБ;

8) в певних епідеміологічних умовах хіміопрофілактику можна проводити й іншим групам населення, сприйнятливим до ТБ.

Хіміопрофілактику проводять одним або кількома антимікобактеріальними препаратами.

Безперервний курс хіміопрофілактики триває не менше 2–3 місяців, інколи до 6 місяців. Його повторюють двічі на рік. Після закінчення курсу хіміопрофілактики проводять повторне обстеження.

Завдяки хіміопрофілактиці можна знизити захворюваність на ТБ у 5–7 разів у осіб, які отримували хіміопрофілактику, порівняно з тими, хто її не отримував.

Що таке санітарна профілактика ТБ?

Під санітарною профілактикою розуміють планомірну організацію і проведення системи санітарно-гігієнічних і профілак-

тичних заходів, спрямованих на запобігання зараженню і захворюванню на ТБ здорових людей.

Що таке вогнище ТБ?

Вогнищем ТБ-інфекції, або ТБ-вогнищем, вважають житло, в якому проживає хворий-бактеріовиділювач. За наявності в сім'ї хворого на легеневий ТБ дітей або підлітків квартира вважається ТБ-вогнищем незалежно від бактеріовиділення. Якщо бацилярний хворий продовжує працювати, то безпосереднє місце його праці також є вогнищем інфекції для оточення. Особи, які мають спра-

ву з хворим на ТБ, що його оточують, називаються «контактними», або «контактами».

Контакти бувають сімейні (члени сім'ї хворого), родинні (члени родини), квартирні (люди, які проживають із хворим у загальній комунальній квартирі) і виробничі (люди, які працюють із хворим в одному приміщенні, користуються спільними предметами та інструментами).

Хто такі бактеріовиділювачі?

Бактеріовиділювачами вважаються хворі, у яких за наявності проявів активності ТБ-процесу (інфільтративні, фіброзні і вогнищеві зміни з перифокальною реакцією, з розпадом легеневої тканини або

без нього) будь яким методом дослідження, навіть одноразово, знайдені мікобактерії ТБ. Це також стосується хворих із затихаючим активним ТБ або ТБ сумнівної активності.

Які заходи здійснюються у вогнищах ТБ-інфекції?

У вогнищах ТБ-інфекції проводять комплекс профілактичних заходів, який включає:

- проведення поточної і остаточної дезінфекції;
- ізоляцію дітей від бактеріовиділювачів шляхом госпіталізації хворих або влаштування дітей у дитячі заклади;
- вакцинацію новонароджених вакциною БЦЖ;

- регулярне обстеження контактних осіб;
 - проведення їм хіміопрофілактики;
 - санітарно-гігієнічне виховання хворих і членів їхньої родини;
 - інтенсивне лікування хворого в умовах стаціонару з подальшим проведенням контрольованої хіміотерапії на амбулаторному етапі.
-

Що таке інформаційно-просвітницька робота з ТБ?

Проведення будь-яких протитуберкульозних заходів не може бути ефективним без свідомої співпраці членів суспільства, без їх належної поінформованості. Тому важко переоцінити значення популяризації серед населення відповідних знань про принципи запобігання ТБ-інфекції, суть та організацію протитуберкульозних заходів.

Успішне розв'язання основних завдань фтизіатричної служби (специфічної профілактики, своєчасного виявлення хворих, правильного лікування, заходів у вогнищах ТБ-інфекції) великою мірою залежить від послідовності та якості роз'яснювальної та виховної роботи в цьому напрямку.

Держава сприяє утвердженню здорового

способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, в тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікарсько-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, на боротьбу із шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя (ст. 32 Основ законодавства про охорону здоров'я).

Як зазначається в ст. 21 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», гігієнічне виховання є одним з головних завдань виховних установ та навчальних закладів. Курс

гігієнічного навчання – обов'язкова складова частина загальноосвітньої та професійної підготовки, підвищення кваліфікації кадрів.

Гігієнічні знання є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для працівників, які підлягають обов'язковим медичним оглядам, а також для тих, хто зазнає у виробництві, сфері послуг, інших галузях ризику дії небезпечних факторів.

Органи та заклади охорони здоров'я, медичні працівники, а також працівники освіти і культури зобов'язані пропагувати серед населення гігієнічні навички, здоровий спосіб життя.

Органи виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації зобов'язані брати участь і створювати умови для гігієнічного навчання і виховання громадян, пропаганди здорового способу життя.

Що таке комунікація у сфері протидії захворюванню на ТБ?

Комунікація – це інформування з метою зміни поведінки, націлене на зміну знань, підходів та практики серед різних груп населення стосовно проблеми туберкульозу. Обов'язковими умовами успішної і ефективної комунікації є: повне бюджетне фінансове та фахове і методичне забезпечення, масовість, доступність, зрозумілість.

Основні завданнями комунікації щодо ТБ є: надавати важливу інформацію різним верствам населення стосовно характерної симптоматики та методів лікування ТБ з метою стимулювати людей, які мають симптоми захворювання і підозру на ТБ пройти обстеження в лікувальних установах; переконувати хворих на ТБ дотримуватися всіх рекомендацій в процесі їх лікування; сприяти залученню людей, які вилікувалися від ТБ, до пропаганди протитуберкульозної інформації; сприяти подоланню проявів дискримінації і стигматизації хворих на ТБ тощо.

На сьогодні інформованість населення (а також хворих на ТБ) щодо цих питань недостатня, що свідчить про суттєві недоліки в поширенні санітарно-гігієнічних знань. Недостатнє наголошення на цій проблемі у спеціальній літературі і навчальних посібниках, брак належної обізнаності щодо методи-

ки санітарної освіти призводить до того, що лікарі не приділяють належної уваги санітарній пропаганді у своїй повсякденній роботі. Які завдання органів державної влади та місцевого самоврядування у сфері профілактики ТБ?

У відповідності до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», статті 7 місцеві органи виконавчої влади у сфері протидії захворюванню на туберкульоз:

1) забезпечують реалізацію державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, організують розроблення і виконання відповідних регіональних та місцевих програм, беруть участь у розробленні та виконанні державних програм;

2) забезпечують відповідно до закону виконання заходів соціального захисту хворих на туберкульоз та малолітніх і неповнолітніх осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу;

3) здійснюють протитуберкульозні заходи та контролюють їх виконання юридичними і фізичними особами;

4) інформують населення через засоби масової інформації про епідемічну ситуацію щодо захворюваності на туберкульоз у ре-

гії та заходи, що здійснюються з метою її поліпшення;

5) організують забезпечення кадровими, фінансовими та матеріально-технічними ресурсами комунальні протитуберкульозні заклади.

Органи місцевого самоврядування у сфері протидії захворюванню на туберкульоз (стаття 8):

1) затверджують місцеві програми протидії захворюванню на туберкульоз, здійснюють їх матеріально-технічне і фінансове забезпечення та контроль за їх виконанням;

2) забезпечують виконання передбачених законом заходів соціального захисту хворих на туберкульоз;

3) здійснюють інші повноваження, визначені законом.

В сфері комунікації з громадськістю органи державної влади і місцевого самоврядування можуть спрямовувати свою діяльність на:

– включення заходів інформаційно-просвітницького профілактичного протитуберкульозного спрямування (інформування працівників галузі та загального населення про туберкульоз, його профілактику та можливості лікування) у плани роботи відомств та сприяння цьому у підпорядкованих структурах;

– визначення видатків на виконання заходів із комунікації та інформаційної протитуберкульозної кампанії в межах доведених відомствам граничних обсягів видатків за бюджетними програмами, які вони виконують;

– сприяння розгортанню заходів масової інформаційно-просвітницької протитуберкульозної кампанії (через відповідні розпорядження управлінням та закладам освіти і науки, управлінням та соціальним службам у справах сім'ї, дітей та молоді, управлінням та закладам охорони здоров'я, управлінням та закладам соціального забезпечення, центрам працевлаштування, управлінням внутрішніх справ та ін.);

– сприяння покращенню обізнаності посадових осіб регіональних органів державної влади та місцевого самоврядування у широкому спектрі соціально-економічних та медико-соціальних проблем туберкульозу в Україні, особливостей сучасних викликів туберкульозу та методів його лікування і профілактики (проведення лекцій, семінарів-тренінгів, бесід із посадовими особами, поширення в їх середовищі інформаційних матеріалів відповідного змісту тощо) з метою підвищення

їх відданості справі протидії туберкульозу та відповідальності за ефективність управлінських рішень, які ними приймаються в цій сфері;

– виділення у 2018 та наступних роках в рамках виконання завдань обласної програми протидії туберкульозу в достатній кількості з обласного та місцевих бюджетів коштів на проведення інформаційно-просвітницької протитуберкульозної кампанії, сприяння залученню на ці цілі позабюджетних коштів (систематичне видання і розповсюдження серед населення соціальної реклами та інформаційно-просвітницьких матеріалів з актуальних питань, пов'язаних із захворюванням на туберкульоз та проведення іншої інформаційно-просвітницької роботи);

– сприяння організації і проведенню на місцевому рівні під патронатом голови облдержадміністрації, керівників відомств, районних держадміністрацій, міських голів масових заходів, присвячених відзначенню 24 березня – щорічного Всеукраїнського і всесвітнього дня боротьби із захворюванням на туберкульоз (лекції і бесіди на виробництві, уроки здоров'я в закладах освіти і виховання, оголошення перед кіносеансами, театральними виставами, спортивними змаганнями, концертами та іншими видовищами, розміщення соціальної протитуберкульозної реклами в громадських місцях, у медичних закладах, закладах освіти, соціального забезпечення, у виробничих приміщеннях, організація і проведення обласного мас-медійного марафону, вшанування пам'яті співвітчизників, померлих від туберкульозу, відзначення кращих фтизіатрів та медичних працівників загальної мережі, зібрання громадськості,

– організація і проведення роз'яснювальної роботи серед представників груп ризику щодо захворювання на туберкульоз (малозабезпечені, пенсіонери, безпритульні, мігранти, роми, діти вулиці, представники професій із шкідливими умовами праці тощо) про безпеку цього захворювання та здійснення самоконтролю за станом свого здоров'я з метою раннього виявлення захворювання на туберкульоз, як запоруки його вилікування, сприяння у проведенні днів профілактичних медичних оглядів таких категорій населення з метою виявлення випадків захворювання на туберкульоз та забезпечення для цього необхідних умов (інформування населення, виділення приміщень, медперсоналу, флюо-

рографів, тестів, забезпечення гарячого харчування, проведення, в разі необхідності, гігієнічних процедур та санітарної обробки одягу, направлення, в разі необхідності, на амбулаторне та стаціонарне лікування, забезпечення правопорядку тощо);

– проведення роз'яснювальної роботи серед осіб, хворих на туберкульоз та членів їх сімей щодо безоплатного характеру лікування туберкульозу в Україні та сучасних методів його лікування, щодо необхідності лікування та дотримання медичних приписів, неприпустимості відмови або переривання лікування, щодо відповідальності, встановленої законом в разі відмови від лікування та можливості примусової ізоляції хворих на активні форми туберкульозу в разі їх ухилення від лікування тощо;

– протидія проявам стигматизації та дискримінації хворих на туберкульоз в суспільному середовищі, при працевлаштуванні, на виробництві, сприяння формуванню толерантного ставлення до них з боку загального населення, працедавців, посадових осіб тощо (інформаційна робота в центрах працевлаштування із працедавцями та розміщення там, на виробництві, в органах влади і місцевого самоврядування, в установах і організаціях, в громадських місцях тощо соціальної реклами відповідного змісту, підготовка та трансляція телевізійних і радіо програм, матеріалів у друкованих ЗМІ відповідного змісту).

З огляду на це, органи державної влади мають наступні повноваження у сфері інформаційно-просвітницької роботи з туберкульозу:

1. інформування населення через засоби

масової інформації про епідемічну ситуацію щодо захворюваності на туберкульоз у регіоні та заходи, що здійснюються з метою її поліпшення;

2. освіта, профілактика, роз'яснювальна робота тощо в дитячому, молодіжному та педагогічному середовищах з питань здорового способу життя та профілактики туберкульозу і інших соціально небезпечних захворювань;

3. сприяння утвердженню здорового способу життя у дитячому і молодіжному середовищі, проведення інформаційно-просвітницької роботи щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб серед здобувачів освіти;

4. організація інформаційно-пропагандистської роботи серед населення з питань профілактики туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб;

5. інформаційно-роз'яснювальна робота з питань профілактики соціальних, економічних, культурних, правових, медичних та інших детермінантів раннього захворювання на туберкульоз в дитячому середовищі;

6. широке і безперешкодне інформування населення щодо реалізації державних та регіональних заходів протидії туберкульозу;

7. оперативне оприлюднення інформації щодо епідемічної ситуації з туберкульозу в регіоні чи місцевості;

8. внесення пропозицій до проектів обласних цільових програм протидії захворюванню на туберкульоз та інших цільових соціальних програм пропозиції щодо інформаційних заходів в частині профілактики туберкульозу в області.

Як відбувається виявлення ТБ?

Виявлення хворих з підозрою на ТБ проводиться в лікувальних закладах первинної медичної допомоги (ПМД) і в будь-яких інших медичних закладах персоналом цих установ.

Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією.

Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізо-

вану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну, медичну реабілітацію (ст. 33 Основи законодавства України про охорону здоров'я).

Виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, забезпечується медичними працівниками відповідно до стандарту медичної допомоги у разі звернення особи за отриманням медичної допомоги до медичного закладу чи до медичного працівника, який здійснює медичну практику.

Пасивне виявлення ТБ проводиться при зверненні громадян в медичні заклади за

будь-якою медичною допомогою при наявності симптомів, що можуть свідчити про ТБ.

Активне виявлення ТБ проводиться в групах ризику шляхом призначення скринінгового флюорографічного обстеження один раз на рік.

Установи первинної медичної допомоги ПМД повинні проводити виявлення осіб, які мають симптоми, що потребують обов'язкового обстеження на ТБ за результатами клінічного скринінгу.

Що таке скринінг?

Скринінг (в охороні здоров'я) – система первинного обстеження груп клінічно безсимптомних осіб з метою виявлення випадків захворювання.

В сучасних умовах, коли розповсюдження захворювання на туберкульоз під контролем у більшості країн світу, на порядок денний виходить нове запитання: як виявити якомога більше випадків захворювання, тобто зменшити недовиявлення і зробити це найбільш економічно ефективним шляхом. Єдиний можливий шлях – це направлений скринінг. Стратегія ВООЗ «Покласти край туберкульо-

зу» включає систематичний скринінг на активний туберкульоз серед груп високого ризику.

Нині для скринінгу туберкульоз ВООЗ рекомендує проводити анкетування населення (окремі анкети для дорослих і дітей), щодо виявлення симптомів туберкульозу. Цей обов'язок покладено на первинну ланку медичної допомоги (сімейних лікарів).

Для скринінгового виявлення хворих на ТБ в Україні проводять:

- туберкуліодіагностику;
- флюорографію;
- методи клінічного обстеження.

За яких симптомів пацієнту проводять обстеження на наявність туберкульозу?

Перелік симптомів, при яких пацієнту проводять обстеження на наявність туберкульозу в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівня надання медичної допомоги.

1. Кашель більше 2-х тижнів.
2. Підвищена втомлюваність та слабкість.
3. Підвищене потовиділення, особливо вночі.

4. Зменшення ваги тіла з невизначених причин.

5. Підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення – до 37,0–37,2С).

6. Задишка при незначному фізичному навантаженні.

7. Біль в грудній клітині.

При яких захворюваннях та ризиках пацієнту проводять обстеження на наявність туберкульозу?

Перелік захворювань та ризиків, при яких пацієнту проводять обстеження на наявність туберкульозу в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівня надання медичної допомоги:

1. контакт з хворим на туберкульоз;
2. ВІЛ-інфекція, СНІД;
3. хронічні захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, діабет, психічні захворювання, онкологічні або інші захворювання,

що призводять до зниження імунітету;

4. імунодефіцитні стани, прийом препаратів з імунодепресивною дією;

5. контакт із хворою на туберкульоз твариною, вживання продуктів від хворих на туберкульоз тварин;

6. паління, зловживання алкоголем, вживання наркотичних засобів;

7. перебування в місцях позбавлення волі протягом останніх двох років;

8. виконання робіт зі шкідливими і важкими умовами праці;
9. мігранти та біженці, які прибули з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз;
10. особи, які реєструються в державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу, і безробітні;

11. особи без визначеного місця проживання;
12. працівники протитуберкульозних та інших закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.

Що таке обов'язкові профілактичні медичні огляди на ТБ?

З метою своєчасного виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями ТБ, та запобігання поширенню цього захворювання здійснюються обов'язкові профілактичні медичні огляди на ТБ. Обов'язкові профілактичні медичні огляди на ТБ у державних і комунальних закладах охорони здоров'я проводяться безоплатно. Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на ТБ встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Обов'язковим профілактичним медичним оглядам на туберкульоз підлягають:

- 1) малолітні та неповнолітні особи – щороку;
- 2) працівники окремих професій, виробництв та організацій, професійна діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення та/або виконанням робіт, під час здійснення яких є високий ризик зараження збудником захворювання на туберкульоз інших осіб, – до прийняття на роботу та надалі у строки, визначені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

3) студенти вищих навчальних закладів I–IV рівнів акредитації – перед початком проходження виробничої практики, що передбачає виконання робіт, зазначених у пункті 2 частини третьої цієї статті;

4) особи, стосовно яких суд обрав запобіжний захід у вигляді взяття під варту, – протягом першої доби з моменту взяття під варту;

5) особи, які тримаються в установах виконання покарань, – під час прибуття до цих установ, а в подальшому – не рідше одного разу на рік та за місяць до звільнення, про що робиться відповідний запис у довідці про відбуття покарання;

6) особи, звільнені з установ виконання покарань, – протягом місяця після прибуття до місця проживання чи перебування;

7) особи, віднесені до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, у тому числі соціально дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію, – щороку.

Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам на туберкульоз, а також порядок проведення цих оглядів встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Чи можуть застосовуватися обмеження прав громадян, пов'язані зі станом їх здоров'я?

Як зазначається в ст. 9 Основ законодавства України про охорону здоров'я, на підставах і в порядку, передбачених законами України, громадяни можуть бути визнані тимчасово або постійно не придатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, а також з виконанням певних державних функцій.

Застосування запобіжних заходів до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру стосовно осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, примусового лікування до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших

осіб, обмеження прав інших громадян у вигляді примусового лікування, примусової госпіталізації або у зв'язку із встановленням карантину допускаються виключно з підстав і в порядку, передбачених законом.

Особи, які відмовилися пройти обов'язковий профілактичний медичний огляд на туберкульоз або ухиляються від його проходження у визначений законом строк, відсторонюються від роботи, учні і студенти (слухачі) – від відвідування навчальних та дитячих закладів, а студенти також від проходження виробничої практики на період до проходження такого огляду.

Місцеві органи державної влади та самоврядування можуть виконувати наступні функції щодо участі в організації та проведенні виявлення нових випадків захворювання на туберкульоз:

1. у разі виявлення особи з будь-якими ознаками туберкульозу чи у разі звернення контактної особи медичний працівник зобов'язаний направити її для подальшого обстеження до лікаря-спеціаліста (фтизіатра) чи до відповідного протитуберкульозного закладу;

2. організація і здійснення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз з метою своєчасного виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, та запобігання поширенню цього захворювання;

3. у разі погіршення епідемічної ситуації щодо захворюваності на туберкульоз за

поданням головного державного санітарного лікаря адміністративної території, на якій показники захворюваності на туберкульоз значно перевищують усталений рівень для даної території, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування приймають рішення про проведення позачергових обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз осіб, які підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, чи інших груп населення, серед яких рівень захворюваності значно перевищує середній показник на відповідній території;

4. раннє виявлення сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах і можуть бути віднесені до різного рівня ризику захворювання на туберкульоз та потребують сторонньої допомоги;

5. складання санітарно-гігієнічних характеристик умов праці для подальшого визначення зв'язку захворювання на туберкульоз з умовами праці;

6. формування реєстру підприємств та організацій ризику щодо захворювання на туберкульоз;

7. організація обов'язкового медичного контролю за мігрантами на предмет встановлення в них захворювання на туберкульоз;

8. забезпечення виявлення хворих на туберкульоз з числа осіб, які відбувають покарання та контрольованого лікування у відповідності до уніфікованого протоколу.

Як здійснюється діагностика ТБ?

Діагностика ТБ проводиться в три етапи.

1. Опитування хворого.

При опитуванні хворого визначають:

– чи мав пацієнт контакт із хворим на ТБ;

– чи є в пацієнта симптоми ТБ;

– чи належить пацієнт до групи підвищеного ризику щодо розвитку ТБ.

Також з'ясовується можливість контакту пацієнта з хворим на ТБ.

2. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки дає чітке уявлення, яка легена і наскільки уражена.

3. Триразове дослідження мокротиння на кислотостійкі бактерії.

Дослідження мокротиння дозволяє знайти збудник ТБ.

Діагноз ТБ в осіб з підозрою на нього далі

підтверджують (скасовують) в спеціалізованих протитуберкульозних закладах (спеціалізованих структурних підрозділах закладів охорони здоров'я) вторинної/третинної медичної допомоги на підставі лабораторних даних (позитивний результат мікроскопії мазка мокротиння на кислотостійкі бактерії, культурального дослідження, молекулярно-генетичних методів), клінічних симптомів та/або рентгенологічних, та/або морфологічних даних (біопсія ураженого органу).

Діагностику МР ТБ здійснюють у спеціалізованих протитуберкульозних закладах третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Лікар ПМД скеровує пацієнтів з підозрою на ТБ (за результатами алгоритму первинної діагностики) до лікаря-фтизіатра.

Подальший облік та диспансерне спосте-

реження хворих на ТБ здійснює районний фтизіатр.

Дільничний фтизіатр забезпечує діагностику та підтвердження діагнозу ТБ в осіб з підозрою захворювання на ТБ у спеціалізованому протитуберкульозному закладі. При цьому пацієнти з клінічними чи рентгенологічними симптомами ТБ повинні бути обстежені для підтвердження або виключення діагнозу ТБ.

Діагностика ТБ проводиться у осіб з підозрою захворювання на ТБ, які мають симптоми, що вимагають обов'язкового обстеження на ТБ (кашель із виділенням мокротиння, що триває більше 2-х тижнів, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, потіння вночі, кровохаркання).

Якщо очевидної клінічної чи соціально-економічної потреби, такої як важкий стан хворого, або безпритульність, немає, то пацієнтів з ТБ на будь-якому етапі захворювання не можна класти до лікарні для проведення діагностичних тестів або для лікування.

Діагноз ТБ встановлюють на підставі лабораторних даних, збору скарг та анамнезу (контакт із хворими на ТБ, захворювання на ТБ у минулому, визначення факторів ризику ТБ).

Пацієнту, який має результати рентгеновського дослідження грудної клітки з підозрою на ТБ, проводиться збір мокротиння для мікробіологічного дослідження. Для груп високого ризику (ВІЛ-інфіковані особи та особи із близького МР ТБ контакту) також необхідно надсилати зразки для проведення молекулярно-генетичної діагностики.

Лікар/фельдшер повинен пояснити пацієнту правила збирання мокротиння і домогтися правильного виконання цієї процедури під контролем медичного працівника. Мокротиння має збиратися за умов дотримання суворих умов інфекційного контролю.

Інфекційний контроль (ІК) є основним компонентом у зниженні показників захворюваності та смертності від ТБ. Заходи ІК мають бути впроваджені у всіх закладах охорони здоров'я, закладах масового скупчення людей (напр.: тюрми, притулки для безхатьків), у громадських місцях та у домогосподарствах.

Інфекційний контроль за туберкульозом має стати частиною великих зусиль з інфекційного контролю та включати такі питання як безпека голок, гігієна рук та інші універсальні профілактичні заходи.

Заходи ІК контролю включають відповідну звичайну вентиляцію та етикет кашлю. Пацієнтам з БК+ (відкрита форма ТБ) необхідно рекомендувати проводити якомога більше часу на вулиці, спати окремо у добре провітрюваній кімнаті або принаймні у їх власному ліжку, уникати громадського транспорту та місць скупчення людей.

Пацієнти з ТБ вважаються заразними якщо при госпіталізації мазок мокротиння в них позитивний та вони мають знаходитися у палаті від'ємного тиску, поки вони не пройдуть мінімум двотижневий курс відповідної комплексної медикаментозної терапії та не продемонструють переносимість приписаного лікування, здатність і згоду дотримуватися режиму лікування.

Особи, які мають негативний мазок (тобто мінімум два негативні зразки в різні дні; при цьому зразки були отримані спонтанно, якщо можливо, або шляхом бронхоскопії чи промивання бронхів в разі неможливості) мають дуже низький ризик трансмісії ТБ і не потребують спеціальних заходів інфекційного контролю.

Стаціонарних пацієнтів з ТБ органів дихання та позитивним мазком мокротиння варто просити (з поясненням) надягати хірургічну маску, коли вони виходять зі своєї палати, поки вони не пройдуть двотижневе медикаментозне лікування.

Обстеження пацієнта з підозрою на ТБ проводиться за обов'язковим переліком діагностичних процедур на основі організації бактеріологічної та молекулярно-генетичної діагностики ТБ для визначення типу випадку та оцінки ризику медикаментозної резистентності.

У разі необхідності (складні для діагностики випадки, підозра на позалегеневі форми або МР ТБ) пацієнта скеровують на дообстеження до протитуберкульозного закладу третинної медичної допомоги.

Які існують категорії хворих на ТБ?

До 1-ї категорії належать хворі на вперше діагностований ТБ різних локалізацій з бактеріовиділенням, а також хворі з іншими (тяжкими) формами захворювання різних локалізацій без бактеріовиділення.

До 2-ї категорії відносяться будь-які випадки

раніше лікованого легеневого і позалегеневого ТБ, що реєструють для повторного лікування: рецидив ТБ; пацієнти, які лікуються після невдалого попереднього лікування та пацієнти, які відновили лікування після того, як вони вважалися такими, що вибули з-під нагляду).

До 3-ї категорії належать хворі з новими випадками без бактеріовиділення, яких не віднесено до 1 категорії.

До 4-ї категорії належать хворі на МР ТБ та хворі з підтвердженими випадками хіміо-резистентного ТБ, які згідно з профілем резистентності потребують лікування тривалістю понад 12 місяців.

До категорії 5.1 (дорослі) – відносяться особи з малими та великими залишковими змінами після вилікування ТБ (час спостереження у фтизіатра не більше трьох років).

До категорії 5.2 (дорослі) – відносяться контактні особи з хворими на ТБ, які виділяють МБТ, а також із хворими на ТБ тваринами.

Хворим з підтвердженим діагнозом ТБ 1–2 кат. та 4 кат. забезпечують госпіталізацію за показаннями до регіонального профільного тубстаціонару вторинної/третинної медичної допомоги.

За хворими, в тому числі за хворими 4 категорії, які отримують паліативне лікування ведеться диспансерне спостереження.

Диспансерне спостереження також здійснюється за особами з підвищеним ризиком захворювання (рецидиву) ТБ.

У вогнищах та осередках туберкульозної інфекції необхідно проведення виявлення контактів, обстеження та проведення хіміо-профілактики (ХП) у контактних осіб та проведення оздоровчих заходів.

Які існують сучасні моделі лікування ТБ?

За показаннями для лікування організується доставка хворих з позитивним мазком мокротиння в спеціалізований протитуберкульозний заклад на період дообстеження.

Важливими завданнями інфекційного контролю є ізоляція пацієнтів з позитивним мазком мокротиння та розподіл потоків хворих таким чином, щоб особи на заразні форми ТБ, мультирезистентного ТБ були відділені від інших пацієнтів, особливо від ВІЛ-інфікованих. Ідеальним варіантом є ізоляція кожного хворого. У більшості випадків такі заходи не доступні і інфекційний контроль здійснюють шляхом групування пацієнтів із однаковими формами ТБ в одну палату. Пацієнтів на заразні форми ТБ мають розміщуватися в окремих палатах так, щоб в ці кімнати не потрапляли особи із підозрою на МР ТБ.

Медична допомога хворим на туберкульоз надається амбулаторно, або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу відповідно до галузевих стандартів надання медичної допомоги та стандарту інфекційного контролю за захворюванням на туберкульоз.

Якщо очевидної клінічної чи соціально-економічної потреби, такої, як важкий стан хворого, або безпритульність, немає, то пацієнтів з ТБ на будь-якому етапі захворювання не можна класти до лікарні для проведення діагностичних тестів або для лікування.

Пацієнтам із встановленим діагнозом ТБ повинно бути негайно розпочате лікування, в тому числі в амбулаторних умовах.

Хворим на заразні форми туберкульозу

забезпечується госпіталізація до протитуберкульозних закладів.

У разі відмови хворих на заразні форми туберкульозу від госпіталізації їх лікування може проводитися амбулаторно за можливості їх ізоляції в домашніх умовах.

Лікування протягом курсу хіміотерапії (КХТ) або підтримуючої фази хіміотерапії (ХТ) проводиться (за вибором хворого) у спеціалізованому протитуберкульозному закладі (тубкабінеті), або у закладах ПМД та закладах різних форм власності та підпорядкування під курацією фтизіатра.

Стаціонарне лікування проводиться пацієнтам всіх категорій до припинення бактеріовиділення, що підтверджується методом мікроскопії мазка мокротиння.

У стаціонарних умовах проводять лікування пацієнтам 1 та 2 кат. в інтенсивній фазі КХТ (визначення категорій хворих на ТБ надано вище).

Пацієнтам 3 категорії проведення лікування в стаціонарних умовах можливе за наявності медичних показань (тяжкі супутні захворювання, непереносимість протитуберкульозних препаратів) за умови дотримання вимог інфекційного контролю.

Пацієнти категорій 1, 2 і 3 мають починати лікування у закладах амбулаторного лікування, якщо немає медичних показань для госпіталізації. Це відбувається навіть для позитивних за мазком пацієнтів. Госпіталізація не є обов'язковою для пацієнтів, що лікуються за категорією 4, якщо у таких пацієнтів

є можливість забезпечити якісний прийом ПТП в амбулаторних умовах за принципами ДОТ (безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів).

Однак, більшість пацієнтів категорії 4 отримують лікування в стаціонарних умовах.

Лікування пацієнтів 4 категорії здійснюється в умовах спеціалізованих відділень (або ізольованих палат з від'ємним тиском).

Що таке амбулаторна модель лікування туберкульозу?

Існують докази, що хворі з ТБ без бактеріовиділення можуть лікуватися амбулаторно протягом всього основного курсу антимікобактеріальної терапії за умови забезпечення чіткої контрольованості лікування. Протягом амбулаторного лікування лікар ПМД сприяє організації необхідної соціальної підтримки хворих на ТБ, яка мотивує їх до дотримання режиму лікування та завершення повного курсу протитуберкульозної ХТ.

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 дотримання правил інфекційного контролю вдома.

Кожен, кого, торкнулася проблема туберкульозу, повинен мати гарантії проведення необхідних досліджень, отримання потрібних лікувальних заходів і процедур під наглядом фахівця.

Сучасна медицина схильна вважати, що такі процедури можуть проводитись як в стаціонарі, так і амбулаторно під постійним супроводом фахівця-фтизіатра, за дотриманням певних умов, зокрема, вимог інфекційного контролю.

Інфекційний контроль в амбулаторних умовах повинен мати на меті зниження рівнів поширення інфекційного туберкульозу, мінімізації ризику таврування ганьбою пацієнтів з туберкульозом.

Заходи інфекційного контролю включають відповідну звичайну вентиляцію та етикет кашлю.

Лікування хворих на туберкульоз з бактеріовиділенням вдома можливе, в тому числі, за умов наявності окремої кімнати для хворого на туберкульоз, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років.

Пацієнтам з бактеріовиділенням необхідно рекомендувати проводити якомога більше часу на вулиці, спати окремо у добре провітрюваній кімнаті, уникати громадського транспорту та місць скупчення людей.

З лікарських рекомендацій йдеться про те,

що для попередження масової передачі захворювання від однієї людини до іншої необхідно відділяти людей з заразними формами туберкульозу та якомога швидше розпочинати курс лікування.

Зазвичай, в залежності від індивідуальних особливостей перебігу захворювання доводиться перебувати у лікарні певний час, до декількох місяців. Проте, за ряду умов, у тому числі, дотримання заходів інфекційного контролю, з'являється можливість лікуватися амбулаторно, тобто вдома, з першого дня захворювання. Відповідальне рішення про можливість лікування амбулаторно має приймати лікар.

Якщо хворий прихильний до лікування, тобто ретельно виконує всі приписи лікаря, симптоми захворювання, зазвичай, зникають через 2–4 тижні від початку лікування.

Амбулаторна модель лікування – це модель надання медичної допомоги пацієнтам в амбулаторних лікувальних закладах, наприклад, в сімейних амбулаторіях або в домашніх умовах.

Для пацієнтів з «відкритою формою» (з бактеріовиділенням) туберкульозу, за ряду умов, в тому числі, дотримання заходів інфекційного контролю, амбулаторна модель лікування можлива вдома.

Амбулаторне лікування так само, як і стаціонарне, проходить під пильним наглядом медичного персоналу, але перевага амбулаторного лікування полягає у врахуванні індивідуальних потреб кожного окремого пацієнта, за рахунок чого така модель гарантовано сприяє більшій прихильності до лікування.

Амбулаторна модель є основою пацієнт-орієнтованого підходу лікування туберкульозу.

Традиційно хворі на туберкульоз госпіталізуються в стаціонари для лікування на тривалий час після закінчення бактеріовиділення. Це не завжди є необхідним, адже у значній кількості випадків доцільніше лікувати хворих на туберкульоз амбулаторно.

В цьому випадку для інтересів громадського здоров'я стаціонарне лікування не вважається найбільш дієвим способом запобігання поширенню туберкульозу, тому що суттєве поширення інфекції відбувається, в тому числі, до постановки діагнозу і госпіталізації людини, яка хворіє.

Ризик передачі інфекції від хворого істотно зменшується протягом декількох тижнів від по-

чатку лікування. Окрім того, при лікуванні в стаціонарних умовах не завжди вдається уникнути подальшого поширення інфекції.

Рушійним моральним фактором видужання є те, що людина, яка хворіє, зможе лікуватися у зручних для неї умовах.

Очікується, що амбулаторна допомога дозволить суттєво наблизити комплекс медичної допомоги до пацієнта.

Які правові наслідки наступають в разі відмови хворого на заразну форму туберкульозу лікуватися?

Як зазначається в Законі України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»:

1. У разі якщо хворі на заразні форми туберкульозу, у тому числі під час амбулаторного чи стаціонарного лікування, порушують протиепідемічний режим, що ставить під загрозу зараження туберкульозом інших осіб, з метою запобігання поширенню туберкульозу за рішенням суду вони можуть бути примусово госпіталізовані до протитуберкульозних закладів, що мають відповідні відділення (палати) для розміщення таких хворих.

2. Заява про примусову госпіталізацію чи про продовження строку примусової госпіталізації хворого на заразну форму туберкульозу подається до суду представником протитуберкульозного закладу, що здійснює відповідне лікування цього хворого, протягом 24 годин з моменту виявлення порушення хворим протиепідемічного режиму. До заяви додається мотивований висновок лікаря, який здійснює або має здійснювати лікування цього хворого, про необхідність відповідно примусової госпіталізації до протитуберкульозного закладу чи про продовження строку примусової госпіталізації.

3. Примусова госпіталізація осіб, стосовно яких судом ухвалено відповідне рішення,

здійснюється з урахуванням висновку лікаря на строк до трьох місяців.

4. Продовження строку примусової госпіталізації таких осіб здійснюється за рішенням суду на визначений ним строк з урахуванням висновку лікаря, який здійснює лікування цього хворого.

5. Рішення про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу чи про продовження строку примусової госпіталізації хворих на заразні форми туберкульозу приймається судом за місцем виявлення зазначених хворих або за місцезнаходженням протитуберкульозного закладу та підлягає негайному виконанню. Органи Національної поліції за зверненням керівника протитуберкульозного закладу надають у межах своїх повноважень допомогу у забезпеченні виконання рішення суду.

6. Примусова госпіталізація хворих на заразні форми туберкульозу, які страждають на психічні розлади, здійснюється в установленому цим Законом порядку з урахуванням законодавства про психіатричну допомогу.

7. Невиконання рішення суду про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу чи про продовження строку примусової госпіталізації тягне кримінальну відповідальність відповідно до закону.

Як організовується лікування хворих на ТБ?

Лікування хворих на ТБ проводиться у спеціалізованих протитуберкульозних закладах.

Лікування пацієнтів із встановленим діагнозом ТБ, в тому числі в амбулаторних умовах, має розпочинатися негайно.

Існують докази, що безперервне лікування хворих на ТБ попереджує виникнення реци-

дивів захворювання та зменшує ризик виникнення хіміорезистентних форм ТБ.

Обов'язковими умовами проведення протитуберкульозного лікування є надання письмової інформованої згоди хворого (пацієнта) або його законного представника чи піклувальника на проведення лікування та його

письмове попередження про необхідність і умови дотримання протиепідемічного режиму.

У закладах ПМД та закладах різних форм власності та підпорядкування проводиться контрольоване лікування за місцем проживання під курацією фтизіатра.

Пацієнтам 1, 2, 3 кат. в амбулаторних умовах призначають 4-компонентний стандартний КХТ за умов відсутності бактеріовиділення та клінічних показань до госпіталізації на 6 міс.

Використання ДОТ, або безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів, є необхідним у веденні усіх випадків активного ТБ.

Прийом препаратів проводиться за умови ДОТ у денному стаціонарі, стаціонарі на дому або за допомогою патронажної медичної сестри та/або куратора (медичний працівник, соціальний працівник, волонтер, член родини тощо). Застосовуються способи пом'якшення фінансових і психосоціальних факторів, які можуть погіршити дотримання режиму лікування, зокрема щодо стабільного житла, витрат на препарати та транспорт. Умови лікування, роботу спостерігача і періодичність лікування потрібно організувати так, щоб лікування було якомога зручнішим для хворого на ТБ. Хворий на ТБ та призначений йому куратор повинні брати участь у прийнятті рішення з цього питання. Крім того, ДОТ слід підтримувати частими контактами з куратором. У разі недотримання вимог щодо лікування з боку хворого мають здійснюватися заходи залучення його до лікування у визначеному законодавством порядку.

Контрольоване лікування ПТП здійснюється в дозах, що призначені фтизіатром. Препарати приймаються перорально за один прийом або за призначенням фтизіатра. Комбіновані ПТП з фіксованими дозами можна застосовувати у будь-якому режимі лікування ТБ.

Туберкульозна служба повинна повідомити кожному пацієнту з ТБ прізвище його куратора і його контактні дані. Куратор повинен проводити навчання та залучення пацієнта з ТБ до лікування, формування прихильності до нього на амбулаторному етапі.

Дільничний фтизіатр (спеціалізований протитуберкульозний заклад, тубкабінет), який лікує і спостерігає пацієнта, повинен передати лікарю загальної практики – сімейної медицини/дільничному терапевту або відповідальному медичному працівнику закла-

ду ПМД необхідні препарати на місяць (які будуть зберігатись у відповідальній особі закладу ПМД із дотриманням вимог щодо зберігання) і індивідуальну карту обліку хворого, в якій медична сестра лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, фельдшер ФАПУ відмічає прийом хворим на ТБ ПТП у її присутності.

Лікар загальної практики – сімейний лікар/дільничний терапевт, медичний працівник закладу ПМД забезпечує організацію чіткого контролю за прийняттям ПТП, проводить опитування щодо виникнення побічних реакцій і відмічає прийом ліків у карті.

Для всіх пацієнтів варто куратору проводити оцінку ризиків щодо дотримання режиму лікування, сприяти виробленню прихильності до лікування. Рекомендовано проводити психологічну підтримку хворого під час лікування, для чого можуть залучатися психологи протитуберкульозних закладів, неурядових організацій тощо.

Використовувати наступні форми втручання з метою покращення дотримання режиму лікування ТБ, якщо пацієнт його порушує:

- листи-нагадування;
- медично-просвітні консультації;
- бесіда, орієнтована на пацієнта, та інформаційно-освітній буклет;
- відвідування вдома;
- щоденник пацієнта;
- допомога або поради щодо того, як отримувати соціальну допомогу, житлові та соціальні послуги;
- використання заохочувальних засобів, таких як проїзні талони, талони на харчування тощо.

Якщо пацієнт протягом 2–3-х днів не з'явився на прийом, медична сестра повинна вжити заходів для розшуку пацієнта, повідомити лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, а він, у свою чергу, повідомити про такий випадок дільничного (міського/районного) фтизіатра та/або призначеного хворому куратора.

Не рідше, ніж 1 раз на місяць пацієнт, який одержує контрольоване лікування в закладах ПМД та закладах різних форм власності та підпорядкування, має бути оглянутий дільничним фтизіатром для моніторингу та корекції лікування.

Після завершення контрольованого лікування скерувати пацієнта до дільничного фтизіатра і передати йому форму ТБ 01.

Які права і обов'язки мають хворі на туберкульоз?

В Законі України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» записано:

Хворі на туберкульоз та інфіковані мікобактеріями туберкульозу мають право, зокрема, на:

1) безоплатну медичну допомогу та належні відповідно до санітарних норм умови перебування під час лікування у протитуберкульозних закладах;

2) отримання інформації від медичного працівника, який здійснює лікування, про особливості захворювання, методику лікування, режим харчування, існуючі ризики для здоров'я, наслідки відмови від лікування, загрозу створення реальної небезпеки зараження оточуючих та відповідальність за порушення протиепідемічного режиму;

3) безоплатне санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань в межах коштів, виділених бюджетом;

4) надання психологічної допомоги;

5) можливість спілкування з членами сім'ї та іншими особами з дотриманням протиепідемічного режиму;

6) відправлення релігійних обрядів.

Хворі на туберкульоз, а також малолітні та

неповнолітні особи, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, мають право на безоплатне харчування під час стаціонарного чи санаторно-курортного лікування у протитуберкульозних закладах за нормами, встановленими Кабінетом Міністрів України.

Хворі на туберкульоз та інфіковані мікобактеріями туберкульозу зобов'язані:

1) дотримуватися призначеного їм відповідно до стандарту медичної допомоги режиму лікування;

2) дотримуватися правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я під час стаціонарного чи санаторно-курортного лікування;

3) проходити у встановлені строки обов'язкові медичні огляди та обстеження на туберкульоз, визначені відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я;

4) дотримуватися вимог протиепідемічного режиму.

Хворі на туберкульоз, звільнені з установ виконання покарань, зобов'язані протягом трьох діб після звільнення з місць позбавлення волі з'явитися до відповідного протитуберкульозного закладу для продовження лікування та медичного спостереження.

Які вживаються заходи правового і соціального захисту медичних та інших працівників, зайнятих у сфері захисту населення від інфекційних хвороб?

Як зазначається у ст. Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», захворювання на інфекційні хвороби медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби, роботи з живими збудниками та в осередках інфекцій-

них хвороб, дезінфекційні заходи тощо), належать до професійних захворювань.

Зазначені працівники державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ підлягають обов'язковому державному страхуванню на випадок захворювання на інфекційну хворобу в порядку та на умовах, встановлених Кабінетом Міністрів України.

Яка соціальна підтримка надається хворим на туберкульоз?

Соціальна підтримка хворих на туберкульоз значно підвищує ефективність їхнього лікування.

Соціальні послуги – комплекс заходів з на-

дання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, з метою розв'язання їхніх життєвих проблем.

Види соціальних послуг хворим на туберкульоз та форми їх надання визначені Законом України «Про соціальні послуги».

Основними формами надання соціальних послуг є матеріальна допомога та соціальне обслуговування.

Матеріальна допомога надається особам, що знаходяться у складній життєвій ситуації, у вигляді грошової або натуральної допомоги: продуктів харчування, засобів санітарії і особистої гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності, палива, а також технічних і допоміжних засобів реабілітації.

Соціальне обслуговування здійснюється:

- за місцем проживання особи (вдома);
- за місцем проживання (перебування) дитини у сім'ях громадян, які відповідно до договору надають послуги щодо утримання та виховання дитини (прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу, сім'ї патронатних вихователів);
- у стаціонарних інтернатних установах та закладах;
- у реабілітаційних установах та закладах;
- в установах та закладах денного перебування;
- в установах та закладах тимчасового або постійного перебування;
- у територіальних центрах надання соціальних послуг;
- в інших закладах соціальної підтримки (догляду).

Відповідно до цього Закону можуть надаватися такі види соціальних послуг.

Соціально-побутові послуги – забезпечення продуктами харчування, м'яким та твердим інвентарем, гарячим харчуванням, транспортними послугами, засобами малої механізації, здійснення соціально-побутового патронажу, соціально-побутової адаптації, виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів тощо.

Психологічні послуги – надання консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад.

Соціально-педагогічні послуги – виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, які перебувають у складних

життєвих обставинах, організація індивідуального навчального, виховного та корекційного процесів, дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності тощо, а також залучення до роботи різноманітних закладів, громадських організацій, заінтересованих осіб.

Соціально-медичні послуги – консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, праце терапія.

Соціально-економічні послуги – задоволення матеріальних інтересів і потреб осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, що реалізуються у формі надання натуральної чи грошової допомоги, а також допомоги у вигляді одноразових компенсацій що реалізуються у формі надання натуральної чи грошової допомоги, а також допомоги у вигляді одноразових компенсацій.

Юридичні послуги – надання консультацій з питань чинного законодавства, здійснення захисту прав та інтересів осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, сприяння застосуванню державного примусу і реалізації юридичної відповідальності осіб, що вдаються до протиправних дій щодо цієї особи (оформлення правових документів, захист прав та інтересів особи, інша правова допомога тощо).

Послуги з працевлаштування – пошук підходящої роботи, сприяння у працевлаштуванні та соціальне супроводження працевлаштованої особи.

Інформаційні послуги – надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги); розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги); поширення об'єктивної інформації про споживчі властивості та види соціальних послуг, формування певних уявлень і ставлення суспільства до соціальних проблем (рекламно-пропагандистські послуги).

Основними функціями органів державної влади і місцевого самоврядування із соціальної допомоги і соціального супроводу хворих на ТБ можуть бути:

1. Організація соціального обслуговування, здійснення соціальної роботи та надання соціальних послуг, у тому числі соціального супроводу для осіб, хворих на ТБ, їх сім'ям,

вразливі до захворювання на туберкульоз верствам населення.

2. Здійснення соціального супроводу сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та є групами підвищеного і високого рівня захворювання на туберкульоз, або є хворими на туберкульоз, або сім'ї в яких є хворі на туберкульоз надання їм соціальних послуг за результатами проведеної оцінки потреб їх у таких послугах, в тому числі сімей учасників антитерористичної операції та внутрішньо переміщених осіб.

3. Координація заходів психосоціального супроводу осіб, хворих на туберкульоз з числа тих, хто відбуває покарання.

4. Сприяння соціальній підтримці верств населення, які відносяться до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз.

5. Вивчення потреб регіону чи місцевості у соціальних послугах, орієнтованих на осіб, хворих на туберкульоз, членів їх сімей, осіб, які перехворіли на туберкульоз, осіб, які відносяться до категорій різного рівня небезпеки захворювання на туберкульоз, підготовка та подання пропозицій обласній державній ад-

міністрації щодо організації надання соціальних послуг відповідно до потреби та створення ефективної системи надання соціальних послуг зазначеним категоріям населення.

6. Соціальна підтримка хворих на туберкульоз, з числа соціально незахищених верств населення, їх сімей а також сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах і відносяться до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз.

7. Реалізація заходів соціального захисту людей, які постраждали від туберкульозу від безробіття, сприяння таким громадянам у підборі підходящої роботи, надання матеріального забезпечення та соціальних послуг, соціальної реабілітації та професійної орієнтації тощо.

8. Надання особам, які перехворіли на туберкульоз і які звертаються до служби зайнятості, у тому числі тим, що потребують соціального захисту і не здатні на рівних конкурувати на ринку праці, соціальних послуг, передбачених статтею 7 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття».

Що таке стигма і дискримінація по відношенню до людей, які постраждали від ТБ?

Стигматизація (від грец. Στίγμα – тавро, клеймо) – таврування, нанесення стигми. На відміну від слова таврування, слово стигматизація може позначати навішування соціальних ярликів. У цьому сенсі стигматизація – пов'язування будь-якого якості (як правило, негативної) з окремою людиною або безліччю людей, хоча цей зв'язок відсутній, або не доведений. Стигматизація є складовою частиною багатьох стереотипів.

Для створення соціальної стигми необхідно, як правило, одна якість, яка вважається показовою, і набір якостей, які приписуються на підставі наявності першої. Поширене, наприклад, таке твердження «від туберкульозу не можна вилікуватися, тому людина, яка захворіла, завжди становить небезпеку».

У той же час не слід відносити до розряду стигм кожне образливе або іронічне визначення. Якщо людину обізвали в транспорті, це не означає, що її стигматизовано. Стигматизація передбачає узагальнення і перенесення «негативної якості /невміння/ від-

сутності чого-небудь у окремих представників будь-якого співтовариства на всіх членів спільноти.

Стигматизована людина часто не знає, як до неї «по-справжньому» ставляться інші люди; кожен новий контакт для таких людей завжди невизначеність – їх або приймуть, або відкинуть. Стигматизована людина постійно повинна думати про те, яке враження вона справляє на інших людей.

Стигматизація може вести до дискримінації, тобто до реальних дій, які обмежують права якоїсь групи. Хоча в цивілізованих країнах явна стигматизація і пов'язана з нею дискримінація або заборонені законом, або засуджуються культурою, практично будь-яке суспільство насичене стигмою.

Дискримінація (лат. Discriminatio «розрізняю») – це негативне ставлення, упередженість, насильство, несправедливість і позбавлення певних прав людей з причини їх належності до певної соціальної групи. Це включає в себе: формування ставлення до

особистості або групи людей, ґрунтуючись на їх приналежності до певної групи населення, яке «в будь-якому сенсі гірше, ніж люди, до яких зазвичай звертаються»; позбавлення членів однієї з груп можливостей і привілеїв, які доступні іншій групі.

Під дискримінацією розуміють обмеження прав за ознаками, які не є прийнятними і придатними підставами в умовах, в яких вони мають місце і які мають на меті або наслідком знищення або применшення визнання, використання або здійснення всіма особами, на рівних засадах, всіх прав і свобод. Невід'ємними елементами дискримінації є: утиск прав, неприпустимі ознаки, за якими здійснюється дискримінація, відсутність розумних і об'єктивних підстав для такого ставлення.

ООН і багато інших міжнародних організацій ведуть боротьбу зі всілякими формами дискримінації. Зокрема, проголошені спеціальні міжнародні дні – Міжнародний день боротьби за ліквідацію насильства щодо жінок, Міжнародний день мігранта, Міжнародний

день пам'яті жертв работоргівлі та її ліквідації, Міжнародний день боротьби за ліквідацію расової дискримінації, Всесвітній день боротьби із захворюваннями на туберкульоз тощо.

Зниження рівня стигматизації є необхідним кроком задля ефективної боротьби з епідемією туберкульозу та надання адекватного догляду і підтримки тим, кого стосується ця проблема. Серед шляхів подолання стигматизації насамперед є надання об'єктивної інформації про туберкульоз та способи його профілактики, сучасні методи його лікування, безпечність амбулаторної моделі лікування туберкульозу для оточуючих, розвінчування міфів і суспільних стереотипів, а також демонстрація толерантного ставлення до хворих на туберкульоз людей та тих, хто перехворів на нього, надання таким громадянам всілякої суспільної підтримки для їх соціальної реабілітації і безперешкодного працевлаштування після одужання тощо, як поведінки, що має стати нормою у суспільстві.

Що таке подальша медична підтримка?

Існують докази, що у хворих, які перехворіли на ТБ, може виникнути повторне захворювання. Особи, які перебували в близькому контакті з хворими на ТБ, мають високий ризик захворювання на ТБ.

Всі пацієнти, які перехворіли на ТБ, спостерігаються у лікаря-фтизіатра за місцем проживання протягом 3-х років.

Протягом періоду спостереження слід виконувати рентгенологічне обстеження 1 раз на рік.

Дослідження мокротиння методом мікроскопії та посіву виконувати тільки у разі виникненні підозри на рецидив ТБ (bronхо-легеневий синдром та/або динамічні зміни на рентгенограмі).

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА

1. Борткевич С. Що має бути змінено у державній політиці протидії захворюванню на туберкульоз в Україні? – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/28839.pdf>
2. Веселовський Л. В. Смертність хворих на туберкульоз легень, її структура, причини та організаційні заходи щодо зниження. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://212.111.193.130/ftp1/svr/2018/14-05-2018-diss-2.pdf>
3. Глобальна стратегія «Покласти край ТБ» на період 2016–2035 рр. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/tb/strategy/ru/>
4. Державна політика протидії захворюванню на туберкульоз: загальнодержавний та регіональний виміри». Інформаційно-аналітичний вісник ВСГО «Коаліція організацій «Зупинимо туберкульоз разом». – К., 2013. – 25 с.
5. Єдиний збірник нормативно-правових та нормативних актів у сфері протидії туберкульозу в Україні // Благодійна організація «Фундація «Громадський рух «Українці проти туберкульозу». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.stoptb.org.ua/index.php/normatyvna-baza-tb>
6. Конституція України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
7. Накази Міністерства охорони здоров'я України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/guiding_documents
8. Населення України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://index.minfin.com.ua/reference/people/2017>
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
10. План дій по боротьбі з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020 рр. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/show/plan-dii-po-borotbi-z-tuberkulozom-dlya-jevropeiskogo-regionu-vooz-na-2016-2020rr>
11. Про державні цільові програми. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1621-15>
12. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/5451-17>
13. Про захист населення від інфекційних хвороб. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>
14. Про протидію захворюванню на туберкульоз. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2586-14>
15. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-shvalennya-konceptsiyi-zagalnoderzhavnoyi-cilovoyi-socialnoyi-programi-protidiyi-zahvoryuvannyu-na-tuberkuloz-na-20182021-roki>
16. Радиш Я. Рівень здоров'я громадян України як інтегральний показник соціальної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я // Вісник Академії державного управління при Президенті України. – 2003. – № 3.

17. Туберкульоз в Україні». Інформаційно-статистичний довідник. – К, 2017. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information>
18. Туберкульоз. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis>
19. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (УКПМД) «Туберкульоз». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_620_TB/2014_620_YKPMO_TB.pdf
20. Фещенко Ю. І. «Ситуація з туберкульозом в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/tubukr2012-MOZ.pdf>
21. Фещенко Ю. І. Санітарно-освітня робота з туберкульозу / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, М. В. Береговий. – К., 2008. – 192 с.
22. Хожило І. Виклики соціально небезпечних хвороб як сфера державно-управлінської діяльності. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/12-XOJILO.pdf>
23. Цілі розвитку Тисячоліття. Україна: 2000–2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://un.org.ua/images/stories/docs/2015_MDGs_Ukraine_Report_ukr.pdf

**СПІЛЬНИМИ ЗУСИЛЛЯМИ ПОДОЛАТИ ЕПІДЕМІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ –
ЗАВДАННЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ, ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ,
МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ І ГРОМАД**

*Довідник для місцевих органів влади
з актуальних питань доступу до послуг по боротьбі з туберкульозом*

Комп'ютерна верстка Марії Пилипенко

Підписано до друку 26.11.2018. Формат 60x84/8.
Гарнітура Arial. Ум. друк. арк. 2.
Тираж 500 прим.