

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет фармацевтичних технологій та менеджменту
кафедра соціальної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПІДХОДІВ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи
Фм20(4,6з)мед-01а

спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Юлія ФІЛОНОВА

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
соціальної фармації, к.фарм.н., доцент

Юлія КОРЖ

Рецензент: доцент кафедри менеджменту,
маркетингу та забезпечення якості у фармації,
к.фарм. н., доцент

Ганна БАБІЧЕВА

Харків – 2025 рік

АНОТАЦІЯ

У роботі представлені результати комплексної оцінки соціально-економічним підходам до проведення заходів профілактики туберкульозу.

Робота представлена на 54 сторінках машинописного тексту та складається із анотації, вступу, трьох розділів, загальних висновків, переліку використаних літературних джерел, якій містить 32 пункти. Робота проілюстрована 7 рисунками та 12 таблицями.

Ключові слова: туберкульоз, профілактика, вакцинація, профілактичне лікування, обізнаність, соціологічне дослідження.

ANNOTATION

The paper presents the results of a comprehensive assessment of socio-economic approaches to tuberculosis prevention measures.

The paper is presented on 54 pages of typewritten text and consists of an abstract, introduction, three sections, general conclusions, a list of used literature sources, which contains 32 items. The paper is illustrated with 7 figures and 12 tables.

Key words: tuberculosis, prevention, vaccination, preventive treatment, awareness, sociological research.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВСТУП		6
РОЗДІЛ I	СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	9
1.1	Міжнародні стратегії боротьби з туберкульозом	9
1.2	Огляд сучасних підходи до профілактики туберкульозу	12
1.3	Огляд сучасних підходів до профілактики латентної туберкульозної інфекції	16
	Висновки до I розділу	19
РОЗДІЛ II	ОЦІНКА СТАНУ НАДАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ	21
2.1	Дослідження державної політики у сфері протидії туберкульозу і моделей фінансування протитуберкульозної допомоги населенню	21
2.2	Дослідження основних епідеміологічних показників туберкульозу	26
	Висновки до II розділу	32
РОЗДІЛ III	КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	34
3.1	Результати оцінки охоплення дитячого населення вакцинацією БЦЖ	34
3.2	Результати аналізу основних показників, які характеризують профілактичне лікування туберкульозу	42

		4
3.3	Дослідження рівня обізнаності населення з питань профілактики туберкульозу	44
	Висновки до III розділу	51
	ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	53
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55
	ДОДАТКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРТ – антиретровірусне лікування

БЦЖ – бацила Кальметта-Герена

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄС – Європейський Союз

КМУ – Кабінет Міністрів України

ЛТБІ – латентна туберкульозна інфекція

ПЛТ – профілактичне лікування

ПМГ – програма медичних гарантій

РКД – рандомізоване контрольоване дослідження

ТБ – туберкульоз

ВСТУП

Актуальність теми. Туберкульоз (ТБ) залишається одним із найбільш актуальних викликів для системи охорони здоров'я в Україні та світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ТБ входить до переліку найнебезпечніших інфекційних хвороб, що щороку забирає мільйони життів [26, 29]. Високі рівні захворюваності та смертності від ТБ, а також поширення лікарсько-стійких штамів *Mycobacterium tuberculosis*, вказують на нагальну потребу у посиленні профілактичних заходів [17, 32].

Профілактика ТБ дає змогу значно зменшити передачу збудника від хворих до здорових людей, особливо у групах ризику (контактні особи, пацієнти з імунodefіцитами, люди з хронічними захворюваннями тощо). Завдяки своєчасним профілактичним заходам є можливість уникнути або принаймні знизити ймовірність масових спалахів захворювання. ТБ часто вражає працездатне населення, що призводить до додаткових економічних втрат. Одне з найбільших ускладнень лікування ТБ – поширення штамів *M. tuberculosis*, стійких до стандартних протитуберкульозних препаратів. Забезпечення належної профілактики (включно зі скринінгом, вакцинацією БЦЖ, профілактичним лікуванням осіб із латентною інфекцією) допомагає зменшити кількість нових випадків і, відповідно, знижує вірогідність нераціонального застосування ліків, яке може сприяти розвитку стійкості [30].

Профілактичні заходи – вакцинація, регулярні медичні огляди та скринінги – є ефективним вкладенням ресурсів, що дає змогу зменшити витрати на лікування та реабілітацію хворих. Запобігання хворобі обходиться дешевше і простіше, ніж тривале лікування та боротьба з ускладненнями, тому профілактика вигідна і з медичної, і з економічної точок зору [1, 30, 31].

Отже, профілактика ТБ – ключовий елемент у боротьбі з хворобою, оскільки запобігає її виникненню, знижує передачу збудника та сприяє збереженню здоров'я населення. Систематичне впровадження профілактичних заходів, своєчасна діагностика, лікування латентних форм

інфекції та активна участь громадськості здатні значно зменшити поширення ТБ та мінімізувати втрати від цієї небезпечної недуги.

Мета дослідження – провести дослідження соціально-економічних підходів до проведення заходів профілактики туберкульозу.

Завдання дослідження: Для досягнення поставленої мети нами були визначені і вирішені наступні завдання:

- надати характеристику сучасному стану організації проведення заходів профілактики туберкульозу;
- оцінити стан надання протитуберкульозної допомоги населенню в Україні;
- провести оцінку охоплення дитячого населення вакцинацією БЦЖ та профілактичним лікуванням у розрізі областей України;
- розробити анкету та провести опитування для визначення рівня обізнаності населення з питань профілактики ТБ.

Предмет дослідження. Організація процесу проведення заходів профілактики ТБ.

Об'єкти дослідження. Дані наукової літератури, законодавство, офіційні дані Центру громадського здоров'я МОЗ України, результати анкетних опитувань населення, які були проведені протягом жовтні-листопаді 2024 року.

Методи дослідження. Застосовувався у процесі дослідження системний аналіз, узагальнення, аналіз порівняння, соціологічний (анкетне опитування), математико-статистичні методи обробки даних.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у ході розробки ефективних напрямків для підвищення рівня проінформованості населення з питань профілактики ТБ.

Елементи наукових досліджень – у роботі вперше представлені результати комплексної оцінки заходів профілактики ТБ та проведено соціологічне опитування з метою визначення обізнаності населення з питань профілактики ТБ.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені 3-4 грудня 2024 року на I науково-практичній конференції «Фармінновації: від освітнього процесу до наукових досягнень», м. Вінниця.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота представлена на 54 сторінках машинописного тексту та складається із анотації, вступу, трьох розділів, загальних висновків, переліку використаних літературних джерел, якій містить 32 пункти. Робота проілюстрована 7 рисунками та 12 таблицями.

РОЗДІЛ I

СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

1.1 Міжнародні стратегії боротьби з туберкульозом

Згідно з даними ВООЗ, у 2023 р. від ТБ померло 1,25 мільйона людей, зокрема 161 000 осіб з ВІЛ [27]. Туберкульоз знову став основною причиною смертності від інфекційних захворювань, перевищуючи навіть ВІЛ/СНІД, після трирічного спаду, спричиненого пандемією коронавірусу (COVID-19). Так, у 2023 р. приблизно 10,8 мільйона людей захворіли на туберкульоз у всьому світі, з яких 6,0 мільйонів – чоловіки, 3,6 мільйона – жінки та 1,3 мільйона – діти [27].

Аналіз літературних джерел свідчить, що глобальні зусилля у боротьбі з туберкульозом дозволили врятувати близько 79 мільйонів життів з 2000 р. Для досягнення глобальної мети до 2027 року, затвердженої на нараді ООН з питань туберкульозу у 2023 році, необхідно щорічно виділяти 22 мільярди доларів США на профілактику, діагностику, лікування та догляд за туберкульозом [20, 28].

Припинення епідемії туберкульозу до 2030 р. є однією з ключових цілей у сфері охорони здоров'я відповідно до Цілей сталого розвитку ООН (ЦСР). Так, Ціль № 3 Порядку денного ООН у сфері сталого розвитку до 2030 року, яка передбачає «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці», тісно пов'язана з подоланням ТБ, адже ефективний контроль цієї хвороби має безпосередній вплив на здоров'я населення та рівень благополуччя [18, 19, 23, 24]. До 2030 р. у контексті ТБ ця ціль включає такі ключові аспекти, які наведено на рис. 1.1.

Зниження захворюваності та смертності

Забезпечення доступу до якісної діагностики, лікування та профілактики туберкульозу сприятиме істотному скороченню захворюваності й смертності від цієї хвороби.

Попередження поширення резистентних форм туберкульозу

Вдосконалення схем лікування, впровадження інноваційних ЛЗ, скорочення часу терапії та контроль над формами туберкульозу з множинною лікарською стійкістю дозволить мінімізувати ризик подальшого поширення стійких до ліків штамів і збільшити ефективність боротьби з хворобою.

Усунення соціальних бар'єрів

Забезпечення рівного доступу до медичної допомоги для всіх верств населення, особливо для вразливих груп, та усунення соціально-економічних факторів, які сприяють поширенню туберкульозу, дасть змогу досягти більш відчутних і стійких результатів у довгостроковій перспективі.

Глобальна співпраця

Посилення міжнародного партнерства, обмін передовим досвідом, методиками та інноваційними рішеннями, а також координація зусиль між державами, міжнародними організаціями, громадянським суспільством і приватним сектором є критично важливими для досягнення поставлених цілей.

Рис. 1.1 Основні аспекти досягнення Ціль № 3 у сфері сталого розвитку до 2030 року

Отже, для досягнення цієї мети необхідна посилена міжнародна співпраця, збільшення фінансування, впровадження інноваційних методів лікування та профілактики, а також активізація програм ранньої діагностики та лікування, особливо у вразливих групах населення.

Враховуючи отримані досягнення попереднього періоду, ООН визначила нові завдання, які планується досягти до 2027 року (рис. 1.2). Так, планується розробка індивідуальних цілей для кожної конкретної країни. Це потребуватиме адаптації національних стратегій, врахування відповідності

цілям ООН і розробки дорожніх карт із визначенням цільових річних показників відповідно до національних пріоритетів [23, 24, 25].

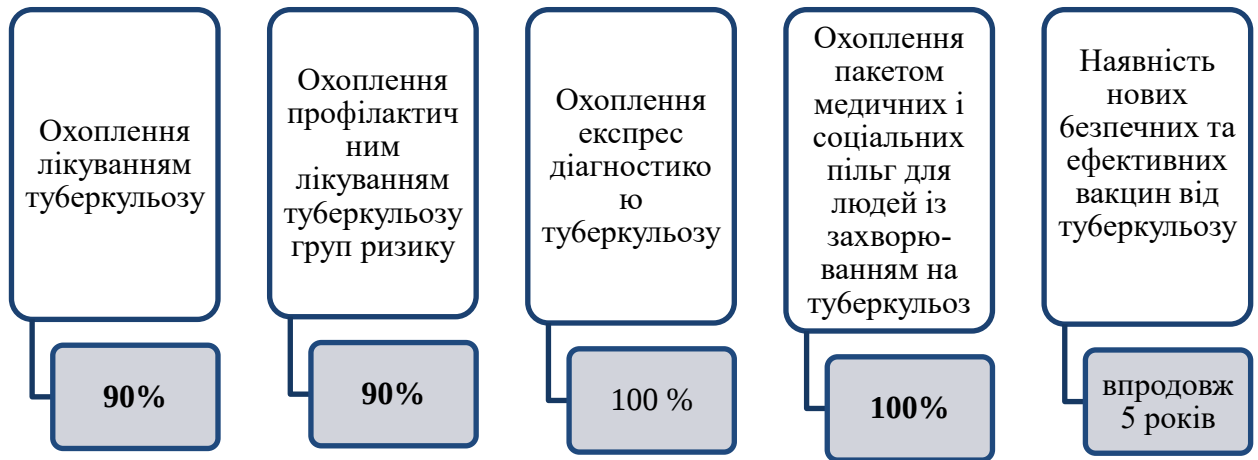


Рис. 1.2 Оновлені цілі ООН на 2027 р.

У травні 2014 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я затвердила Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» на період 2016–2035 рр. Її головною метою є звільнення світу від ТБ, досягнення нульового рівня захворюваності та смертності, а також уникнення катастрофічних витрат для постраждалих родин [18, 20, 26].

Стратегія ВООЗ для подолання ТБ спрямована на досягнення масштабного зниження захворюваності та смертності від цієї хвороби, а також повне її викорінення у довгостроковій перспективі. Основні напрями стратегії представлено у табл. 1.1. Стратегія ВООЗ узгоджена з Глобальною стратегією сталого розвитку та передбачає досягнення проміжних цілей до 2030 року, зокрема зменшення захворюваності та смертності від ТБ, а також поступову повну ліквідацію цієї хвороби як проблеми суспільного здоров'я [18, 23, 26].

Стратегія ВООЗ тісно пов'язана з Глобальною стратегією сталого розвитку та націлена на досягнення низки проміжних цілей до 2030 року. Ці цілі передбачають значне зниження захворюваності та смертності від ТБ, покращення доступу до якісних профілактичних, діагностичних і лікувальних послуг, а також усунення соціальних, економічних та екологічних чинників,

що сприяють поширенню хвороби [18]. Такий підхід сприятиме не лише покращенню здоров'я населення, а й сталому розвитку суспільства загалом [26].

Таблиця 1.1

Основні напрями Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» на період 2016–2035 рр.

Напрямок	Зміст напрямку
Орієнтована на пацієнта профілактика та лікування	Передбачає розробку та впровадження доступних, якісних послуг з профілактики, діагностики, лікування і догляду за хворими на туберкульоз. Це включає вдосконалення методів виявлення хвороби, своєчасну та ефективну терапію, посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги
Мультисекторальний підхід і ефективне управління	Залучення різних секторів суспільства, урядових структур, громадських організацій, приватного сектора, а також міжнародних партнерів. Такий підхід сприяє комплексному вирішенню соціально-економічних факторів, що впливають на поширення ТБ
Стимулювання досліджень, інновацій та впровадження нових технологій	Підтримка наукових розробок, спрямованих на створення нових діагностичних методів, ефективніших препаратів та вакцин, розробку сучасних стратегій профілактики і догляду, а також впровадження інноваційних моделей надання послуг пацієнтам.

Для досягнення цієї мети визначено цільові показники: знизити рівень захворюваності на ТБ до менш ніж 10 випадків на 100 000 населення, зменшити кількість смертей від ТБ на 95% порівняно з 2015 р. та скоротити захворюваність на 90% порівняно з 2015 р [19, 32].

1.2 Огляд сучасних підходи до профілактики туберкульозу

Інфекційний контроль за ТБ – це комплекс організаційних, протиепідемічних і профілактичних заходів, встановлених центральним органом виконавчої влади, що формує та реалізує державну політику у сфері

охорони здоров'я [9]. Ці заходи регламентуються стандартами інфекційного контролю за ТБ і спрямовані на:

- попередження виникнення ТБ серед здорових людей;
- зниження ризику передачі мікобактерій ТБ від хворих на активні форми до здорових осіб;
- запобігання суперінфекції серед людей, які вже хворіють на туберкульоз.

Ця система заходів дозволяє мінімізувати ризики поширення інфекції та забезпечити ефективний контроль за епідеміологічною ситуацією у сфері ТБ.

Протитуберкульозні заходи – це комплекс соціально-економічних, організаційних, лікувально-профілактичних та медико-санітарних заходів, спрямованих на захист населення від ТБ і подолання його в Україні. Основні складові цих заходів включають профілактику, діагностику лікування, реабілітацію, паліативну допомогу. Ці заходи є невід'ємною частиною державної стратегії подолання ТБ, спрямованої на зменшення захворюваності, смертності та соціальних наслідків цієї хвороби [9].

Досягнення світової фтизіатричної науки дозволили розробити низку заходів та програм контролю за ТБ, серед яких вагоме місце займає профілактика [5]. Профілактика ТБ включає комплекс різноманітних заходів і охоплює специфічну (щеплення та ревакцинація), хіміопрофілактику, а також санітарні та соціальні аспекти (табл. 1.2).

Ефективність профілактики ТБ значно підвищується за умови комплексного підходу та поєднання всіх вищезгаданих заходів із раннім виявленням хворих [30]. Чим раніше встановлено діагноз ТБ, тим менше ризик подальшого інфікування здорових осіб. Здійснюючи ці заходи у тісному взаємозв'язку, можливо суттєво знизити епідеміологічні показники ТБ та забезпечити ефективний контроль за поширенням хвороби [15, 30, 31].

Важливою складовою профілактики ТБ є вакцинація БЦЖ, названа на честь розробників – А. Кальметта та К. Герена. Ця жива вакцина містить

ослаблені мікобактерії бичачого штамму. Її перша версія була отримана в 1921 році після багатьох років пасірування ізоляту бічачого штаму, що призвело до появи різних вакцинальних штамів із певними фенотиповими та генетичними особливостями [3].

Таблиця 1.2

Основні види та зміст профілактики ТБ

Види профілактики	Зміст
Соціальна профілактика	полягає в державних заходах, спрямованих на поліпшення матеріального добробуту, харчування, умов життя, усунення соціальних факторів, що сприяють поширенню ТБ. Це дає змогу знизити захворюваність, поширеність та смертність не лише від ТБ, а й від інших хвороб.
Санітарна профілактика	Направлена на попередження зараження мікобактеріями ТБ. Вона передбачає заходи в осередках інфекції (дезінфекція, ізоляція хворих із бактеріовиділенням, підвищення санітарної культури). Важливим є розподіл осередків туберкульозної інфекції за ступенем епідемічної безпеки (І, ІІ, ІІІ групи) для визначення обсягу необхідних профілактичних заходів.
Специфічна профілактика (вакцинопрофілактика)	Передбачає вакцинацію та ревакцинацію дітей БЦЖ для формування імунітету проти ТБ. В Україні застосовують вакцину БЦЖ-1 для внутрішньошкірного введення. Первинну вакцинацію проводять новонародженим на 3–5-й день життя, а ревакцинацію – у 7 та 14 років дітям із негативною реакцією Манту.
Хіміопрофілактика	застосування протитуберкульозних препаратів для попередження захворювання у груп ризику. Розрізняють первинну (для неінфікованих осіб, які контактували з хворими) та вторинну (для інфікованих осіб без клінічних проявів). Використовують ізоніазид, а за потреби й інші протитуберкульозні препарати, залежно від чутливості мікобактерій. Хіміопрофілактика здійснюється курсами тривалістю 2–3 міс і може повторюватися двічі на рік

Політика ВООЗ щодо застосування вакцини БЦЖ базується на епідеміологічній ситуації та наявності ризику інфікування туберкульозом у певній країні чи регіоні. ВООЗ рекомендує [27, 32]:

- *універсальну вакцинацію новонароджених БЦЖ у країнах з високим рівнем захворюваності на туберкульоз або значним ризиком інфікування. Це дає змогу знизити частоту розвитку тяжких та поширених форм хвороби у дітей, таких як туберкульозний менінгіт чи дисемінований туберкульоз;*
- *вакцинацію груп підвищеного ризику у країнах із низьким рівнем захворюваності, де туберкульоз не є масовою проблемою. До таких груп можуть належати діти, що контактують із хворими на активну форму ТБ, представники вразливих соціальних груп або медичні працівники, які працюють з групами ризику;*
- *періодичний перегляд політики вакцинації з урахуванням змін епідемічної ситуації, результатів моніторингу ефективності БЦЖ, а також появи нових наукових даних щодо ефективності, безпеки та тривалості імунітету, сформованого вакциною.*

Отже, політика ВООЗ щодо БЦЖ є гнучкою та динамічною, вона враховує регіональні особливості, стан громадського здоров'я, наявні ресурси та глобальні рекомендації з метою ефективного контролю та профілактики ТБ.

Слід зазначити, що імунізація БЦЖ є обов'язковою в 64 країнах світу та офіційно рекомендованою в 118 країнах. В європейських державах, де БЦЖ використовується для всіх дітей, вакцинація є обов'язковою в 29 країнах і добровільною в 7 країнах. [3, 17].

В Україні особам, які проживають або народжуються в країні, проводяться обов'язкові профілактичні щеплення проти ТБ відповідно до Календаря профілактичних щеплень, затвердженого наказом МОЗ України від 18 травня 2018 року № 947.

Вакцини БЦЖ має високу імуногенність. Так, у 95% дітей, які отримали щеплення вакциною БЦЖ, спостерігається позитивний туберкуліновий тест.

Вакцина не містить шкідливих добавок, що забезпечує мінімізацію ризику алергічних та токсичних реакцій. Незважаючи на високу безпеку вакцини, можливі як серйозні, так і несерйозні побічні реакції: Так, поширені у майже всіх дітей і включають невелику припухлість в місці ін'єкції, яка зазвичай зникає протягом 30 хвилин. Через два тижні після щеплення утворюється червона виразка, яка з часом заживає, залишаючи невеликий шрам діаметром приблизно 5 мм. Генералізована інфекція виникає рідко – приблизно в одному випадку на 230 000-640 000 введених доз вакцини, головним чином у ВІЛ-інфікованих осіб або осіб із тяжкою формою імунодефіциту. Інші серйозні побічні ефекти, такі як набряки та абсцеси, спостерігаються приблизно в одному випадку на 1000-10 000 доз і часто пов'язані з неправильним введенням вакцини або використанням нестерильних інструментів [3, 15].

Вакцина БЦЖ подається у вигляді ліофілізованого порошку. Перед застосуванням її необхідно відновити за допомогою розчинника. Після відновлення вакцина БЦЖ повинна зберігатися при температурі від +2 °C до +8 °C. Варто зазначити, що має зручну форму випуску, зокрема флакони виготовлені з темного скла для захисту вакцини від світла. Флакони стерильні та мають низький ризик пошкодження. Вакцина легко та безпечно розчиняється шляхом перевертання флакону перед кожним наступним забором, що забезпечує рівномірний розподіл [3, 15].

1.3 Огляд сучасних підходів до профілактики латентної туберкульозної інфекції

Латентна туберкульозна інфекція (ЛТБІ) – це стан, коли в організмі присутня стійка імунна відповідь на антигени *Mycobacterium tuberculosis*, але відсутні клінічні ознаки активного ТБ [2, 6, 15, 17]. Близько чверті населення світу інфіковані ЛТБІ. Для боротьби з цією проблемою ВООЗ розробила рекомендації, що включають профілактичне лікування ТБ (ПЛТ), яке є

ключовим заходом у рамках стратегії подолання ТБ [5, 31]. Варто зазначити, що ПЛТ є частиною комплексу профілактичних заходів, які включають скринінг на активний ТБ, боротьбу з інфекціями, лікування супутніх захворювань, таких як ВІЛ, та соціальну підтримку. ПЛТ спрямоване на зниження ризику прогресування ЛТБІ до активного ТБ [30, 31].

До цільових групи для проведення ПЛТ віднесено [4, 5]:

- особи з ВІЛ;
- домашні контакти хворих на активний ТБ;
- інші групи ризику, визначені на основі епідеміологічної ситуації.

Рекомендації щодо профілактики ТБ уперше було опубліковано ВООЗ у 2011 році. До систематичного огляду, проведеного для розробки попередніх настанов, увійшли два дослідження, проведені у Південній Африці. В одному з цих досліджень було висунуто припущення про значне зниження показників смертності та захист від ТБ у ВІЛ-інфікованих дітей, які отримували ізоніазид протягом 6 місяців. Проте інші рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) не показали позитивних результатів профілактичного лікування у немовлят з ВІЛ-інфекцією, виявленою у перші 3–4 місяці життя, які не мали відомого контакту з активною формою ТБ. У цих випадках одразу розпочиналося антиретровірусне лікування (АРТ) із ретельним щомісячним відстеженням нових контактів з ТБ або іншими захворюваннями. Лише кілька РКД включали дітей, які отримували АРТ. У одному з досліджень, що охопило 167 дітей, які отримували АРТ і профілактичне лікування (ПЛТ), було відзначено нижчий рівень захворюваності на ТБ порівняно з дітьми, які не отримували ПЛТ, проте різниця не була статистично значущою (Відношення ризику: 0,51; 95% довірчий інтервал: 0,15–1,75). Когортне дослідження показало додатковий захисний ефект ПЛТ у дітей, які отримують АРТ [5, 17].

Через обмеженість даних щодо переваг профілактичного лікування з досліджень, проведених відповідно до національних настанов, ВООЗ зазначило, що для немовлят віком до 12 місяців, які живуть з ВІЛ, ПЛТ слід надавати лише тим немовлятам, які раніше контактували з особою із ТБ і не

мають ознак захворювання на ТБ. ВООЗ наполегливо рекомендує проводити ПЛТ у дітей віком до 12 місяців та понад 12 місяців, які живуть з ВІЛ та не мають жодних клінічних ознак активної форми ТБ, незважаючи на низьку якість доказів. Це виправдано очевидними перевагами у дорослих ЛЖВ та високим ризиком розвитку активної форми ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб. Діти віком понад 12 місяців, які живуть з ВІЛ та мають клінічні ознаки або є контактними особами хворих на ТБ, повинні пройти подальше оцінювання стану та лікування активної форми ТБ або ЛТБІ [2, 21, 30, 32].

ВООЗ зазначило, що, незважаючи на обмеженість даних щодо ефективності профілактичного лікування у дітей, які отримують АРТ, ці дані є біологічно вірогідними, враховуючи додаткову ефективність у дорослих ЛЖВ, які проходять АРТ. Тому проведення ПЛТ рекомендовано у дітей, які живуть з ВІЛ, незалежно від отримання ними АРТ [21, 30, 32].

На сьогодні відсутні доказові дані щодо ефективності профілактичного лікування у дітей, які живуть з ВІЛ, після успішного завершення лікування ТБ. Проте діти, що живуть з ВІЛ і мають ризик повторного інфікування, отримають користь від профілактичного лікування. Тому, спираючись на досвід, ВООЗ умовно рекомендовано проводити курс ПЛТ у дітей, які живуть з ВІЛ, успішно пройшли курс лікування ТБ та проживають в умовах з високим рівнем передачі ТБ (за визначенням державних органів влади; див. також визначення основних термінів). Курс ПЛТ можна розпочати відразу після останнього прийому протитуберкульозного препарату або пізніше, відповідно до клінічного висновку [17, 30, 32].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ для ПЛТ необхідно застосовувати короткострокові схеми лікування із застосуванням рифампіцину або рифапентину, які є більш ефективними та зручними для пацієнтів [5, 30].

Альтернативні схеми: щоденний прийом рифапентину та ізоніазиду протягом одного місяця або рифампіцину протягом чотирьох місяців. Варто зазначити, що у оновлених підходах включено профілактичне лікування під час вагітності із застосуванням ізоніазиду та рифапентину. Контроль за

лікуванням, включаючи моніторинг ускладнень і повне завершення курсу [5, 21, 30].

Згідно з даними, глобальна кількість людей, які живуть із ВІЛ, та домогосподарств, що контактували з хворими на туберкульоз, які отримували профілактичне лікування ТБ (ТПТ), зросла з 1,0 млн у 2015 р. до 3,6 млн у 2019 р. Після цього показник суттєво зменшився до 2,9 млн у 2020–2021 рр., ймовірно, через перебої в наданні медичних послуг, спричинені пандемією COVID-19 (рис. 3.1). Однак у 2022 р. спостерігалось значне відновлення до 3,9 млн, що перевищило рівень до пандемії, а у 2023 р. відбулося подальше зростання до 4,7 млн [21, 30, 32].

Особливо помітним є зростання кількості домогосподарств, включених до програм ТПТ, яке збільшилося з 0,76 млн у 2021 р. до 2,7 млн у 2023 р. Водночас кількість ВІЛ-позитивних осіб, які отримували ТПТ, збільшувалася в період з 2015 до 2019 р. (досягнувши піку в 3,0 млн у 2019 р.), потім зменшилася у 2020 р. й надалі стабілізувалася на рівні приблизно 2 млн осіб на рік [30].

Розширення доступу до коротших схем профілактичного лікування ТБ на основі рифаміцину може сприяти збільшенню охоплення ТПТ. У 2023 р. мільйон осіб у 86 країнах почали лікування скороченими схемами [30]. Крім того, у 2023 р. застосовуються схеми на основі рифампіцину 76 країн відзвітували про використання 3-місячної щоденної комбінації рифампіцину та ізоніазиду (3HR), а 41 країна – про використання 4-місячної щоденної схеми рифампіцину (4R). Такий підхід до скорочених режимів лікування розширює можливості ТПТ і може підвищити ефективність [30].

Висновки до розділу I

1. Підсумовуючи результати проведених досліджень, можна зазначити, що глобальні зусилля у боротьбі з туберкульозом дозволили врятувати близько 79 мільйонів життів з 2000 року. Для досягнення глобальної мети до 2027 року,

затвердженої на нараді ООН з питань ТБ у 2023 році, необхідно щорічно виділяти 22 мільярди доларів США на профілактику, діагностику, лікування та догляд за туберкульозом. Ціль припинення епідемії ТБ до 2030 року є однією з ключових у сфері охорони здоров'я відповідно до Цілей сталого розвитку ООН.

2. Визначено, що ефективне впровадження профілактичного лікування ТБ є важливим елементом у досягненні цілей подолання ТБ на глобальному рівні. Ці заходи дозволяють значно зменшити тягар захворювання, попередити розвиток активних форм ТБ та знизити смертність від цієї хвороби. ВООЗ закликає країни посилити заходи з профілактики та лікування, забезпечуючи доступність необхідних ресурсів і фінансування.

3. Встановлено, що вакцина БЦЖ є важливим інструментом у боротьбі з туберкульозом, забезпечуючи високий рівень імунізації у дітей з мінімальними ризиками побічних реакцій. Проте, для уникнення серйозних ускладнень, необхідно ретельно дотримуватись протипоказань та техніки введення вакцини. Подальші дослідження та вдосконалення вакцинологічних методів сприятимуть підвищенню ефективності та безпеки вакцинації, що є критично важливим для здоров'я населення.

4. Визначено, що для ефективного лікування ТБ необхідно інтегрувати профілактичне лікування в загальну стратегію боротьби з інфекційними захворюваннями, особливо в контексті коморбідних станів, таких як ВІЛ. ВООЗ продовжує рекомендувати проведення ПЛТ у дітей. Посилення програми ПЛТ, впровадження короткострокових схем лікування та забезпечення доступу до ефективних методів профілактики є критичним. Таким чином, комплексний підхід, що включає посилення профілактичних заходів, міжнародну співпрацю, інноваційні методи лікування та ефективне управління програмами ПЛТ, є ключем до успішного зараження туберкульозом та забезпечення здоров'я населення.

РОЗДІЛ II

ОЦІНКА СТАНУ НАДАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

2.1 Дослідження державної політики у сфері протидії туберкульозу і моделей фінансування протитуберкульозної допомоги населенню

У 2023 році Україна здійснила важливі кроки для вдосконалення системи протидії ТБ прийнято Закон України «Про подолання ТБ в Україні» (№ 3269-IX), який заклав основи людиноорієнтованих підходів, дестигматизації та соціального захисту медичних працівників і пацієнтів [9]. Основні положення Закону включають визначення ключових термінів, таких як госпіталізація, діагностика латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ), ізоляція, контактна особа, протиепідемічний режим та інші. Визначено, що Державна політика у сфері подолання ТБ направлена на впровадження багатогалузевого та багатосекторального підходу до боротьби з ТБ, затвердження державних програм та стратегій, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію хворих на ТБ, а також на забезпечення безоплатності та рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від форми власності закладів охорони здоров'я [9].

У Законі визначено Державні гарантії та соціальний захист. Встановлено, що надання безоплатної медичної допомоги, протитуберкульозних препаратів та лікування побічних реакцій, забезпечення харчуванням та реабілітацією для пацієнтів під час стаціонарного лікування здійснюється за рахунок бюджету країни. Зазначено, що забезпечення протитуберкульозними препаратами та медичних виробів відбувається на підставі централізованих закупівель [9].

Організація надання медичної допомоги полягає у визначенні процедур активного та пасивного виявлення хворих на ТБ та осіб з ЛТБІ, встановленні стандартів інфекційного контролю та порядку надання медичних послуг,

регулюванні примусової госпіталізації хворих на ТБ у випадках порушення протиепідемічного режиму [9].

Профілактичні щеплення проти ТБ здійснюються безоплатно для населення відповідно до законодавства у сфері захисту населення від інфекційних хвороб. Це забезпечує систематичний підхід до профілактики ТБ, сприяючи зниженню рівня захворюваності серед населення [9].

Профілактичне лікування ТБ проводиться для осіб, які перебувають у групі ризику розвитку ТБ. Перелік таких осіб визначається центральним органом виконавчої влади, який відповідає за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Це забезпечує цілеспрямований підхід до профілактики, фокусуючись на тих, хто найбільше піддається ризику інфікування. Рішення про необхідність проведення профілактичного лікування приймається лікуючим лікарем на основі медичних показань відповідно до встановлених стандартів охорони здоров'я при ТБ. Це гарантує, що лікування буде проводитися на підставі об'єктивних медичних критеріїв, забезпечуючи ефективність та безпеку для пацієнтів. Варто зазначити, що медичні послуги з профілактичного лікування включаються до відповідних пакетів медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках програми медичних гарантій. Протитуберкульозні препарати закуповуються централізовано за кошти державного бюджету та розподіляються між медичними закладами відповідно до законодавчих вимог. Це забезпечує доступність лікування для всіх осіб, які його потребують, та оптимізує розподіл медичних ресурсів [9].

У Законі зазначено, що забороняється реалізація (відпуск) аптечними закладами фізичних осіб протитуберкульозних лікарських засобів, віднесених до відповідної фармакотерапевтичної групи Державного реєстру лікарських засобів України, без наявності рецепту лікаря. Це сприяє контролю за використанням препаратів, запобігаючи розвитку самолікування та зловживання ліками [9].

Таким чином, Закон України «Про подолання туберкульозу в Україні» створює необхідні правові та організаційні умови для ефективної боротьби з

туберкульозом, забезпечуючи комплексний підхід до профілактики, діагностики, лікування та соціальної підтримки хворих на цю хворобу.

До важливих законодавчих ініціатив слід віднести Державну стратегію розвитку протитуберкульозної медичної допомоги на 2024–2026 роки, яку затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 р. № 726-р. [10].

Метою реалізації цієї Стратегії є подальший розвиток системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню України шляхом трансформації системи охорони здоров'я, що забезпечить попередження розвитку ТБ та надання якісної медичної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз. Реалізація цієї Стратегії передбачається шляхом досягнення стратегічних цілей і комплексного виконання передбачених завдань. До стратегічних цілей віднесено [10]:

- забезпечення надання інтегрованої та орієнтованої на потреби людей протитуберкульозної медичної допомоги;
- реалізація ефективної політики та забезпечення багатогалузевого та багатосекторального підходу до подолання ТБ;
- активізація досліджень та інновацій;
- впровадження інфекційного контролю за туберкульозом на усіх рівнях надання медичної допомоги.

Основні показники для досягнення цілей цієї Стратегії включають:

1. *Доступність та безперервність якісної медичної допомоги.* Так, забезпечення доступності та безперервності надання високоякісних медичних послуг у місцевих громадах, досягнення економічної ефективності, покращення якості медичного обслуговування та підвищення рівня задоволеності як пацієнтів, так і медичного персоналу.
2. *Багатогалузевий та багатосекторальний підхід до боротьби з ТБ.* Реалізація комплексного багатогалузевого та багатосекторального підходу до подолання ТБ з акцентом на участь місцевих громад у вирішенні питань, пов'язаних з ТБ. Прийняття рішень ґрунтується на

результатах моніторингу та оцінки ефективності заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях.

3. *Інноваційні технології у боротьбі з ТБ.* Так, швидке впровадження інноваційних технологій у сфері боротьби з ТБ, забезпечення їх ефективного використання та активація інноваційних рішень з практичним застосуванням результатів, що сприятиме значному зниженню поширеності захворювання.
4. *Попередження захворюваності на ТБ.* Реалізація заходів щодо запобігання розвитку ТБ як серед відвідувачів медичних закладів, так і серед медичних працівників, з метою зменшення ризику зараження та забезпечення здоров'я населення.

Реалізація Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 роки є важливим кроком у зміцненні системи охорони здоров'я України та боротьбі з ТБ. Досягнення цілей Стратегії здійснюється поетапно за такими кількісними показниками, які наведено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Кількісні показники Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги [10, 13]

Назва показника	2024	2025	2026
Відсоток осіб з туберкульозом, які в амбулаторних умовах отримують медичні послуги, %	30	40	50
Кількість мікробіологічно профільованих лабораторій, одиниці	3	13	31
Кількість галузевих стандартів медичної допомоги при туберкульозі, одиниці	8	8	8
Кількість територіальних громад, які долучилися до державних ініціатив	15	70	100
Кількість планів з інформаційної підтримки та просвіти населення щодо ТБ на національному рівні	1	1	1
Кількість планів з інформаційної підтримки та просвіти населення щодо профілактики на регіональному рівні	25	27	27
Кількість регіонів з ефективною системою моніторингу та оцінки	10	22	27
Кількість регіональних фтизіопульмонологічних центрів з утриманням інфекційного контролю	5	10	27

Отже, комплексний підхід, що включає медичні, інформаційні, соціальні та організаційні заходи, є ключовим для ефективного контролю та подолання

ТБ в країні. Впровадження законодавчих норм, стратегічне планування та моніторинг результатів дозволять досягти поставлених цілей, забезпечуючи здоров'я населення та стабільний розвиток держави.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) у межах програми медичних гарантій (ПМГ) закуповує медичні послуги з діагностики, лікування та супроводу пацієнтів із ТБ. Формування умов закупівлі медичних послуг базується на галузевих стандартах, клінічних протоколах та міжнародних рекомендаціях.

У 2024 році в рамках ПМГ Кабінет Міністрів України підтримав такі напрями фінансування: діагностика та лікування ТБ в стаціонарних та амбулаторних умовах, а також супровід та лікування пацієнтів на первинному рівні медичної допомоги. Так, НСЗУ укладає договори з одним медичним закладом у регіоні для надання послуг із лікування ТБ. Вартість розраховується за капітаційною ставкою складає 49 620 грн на одного пацієнта. Коригувальні коефіцієнти складає 1,0 для лікарсько-чутливого ТБ, а для 1,4 для лікарсько-стійкого ТБ. Фактична вартість послуг визначається залежно від кількості пацієнтів, які почали та завершили лікування у відповідний місяць, із застосуванням коефіцієнтів початку (0,5) та завершення (0,5) лікування [16].

Крім того, заклади охорони здоров'я надають послуги супроводу та лікування хворих на туберкульоз на первинному рівні. Тариф складає 835 грн на місяць, а коригувальні коефіцієнти мають значення 2,0 для пацієнтів із результатом «вилікуваний» або «лікування завершено» та 0,75 для пацієнтів, які продовжують лікування. Запланована вартість визначається на основі кількості пацієнтів, строку дії договору та середньої тривалості лікування (5 місяців).

У 2023 році вперше в Україні було запроваджено медико-психосоціальний супровід для пацієнтів із туберкульозом. Послуги включали:

- оцінку потреб пацієнтів і складання індивідуальних планів.
- психологічну та юридичну допомогу.

- контроль за прийомом протитуберкульозних препаратів.
- мотиваційні пакети у вигляді продуктових наборів і поповнення мобільного зв'язку [16].

Варто зазначити, що протягом жовтня-грудня 2023 року в шести регіонах України (Закарпатська, Запорізька, Київська, Львівська, Полтавська, Рівненська області) 409 пацієнтів із чутливим ТБ та 68 пацієнтів із лікарсько-стійким ТБ отримали ці послуги. На кінець 2023 року всі пацієнти, окрім одного, продовжували лікування, що свідчить про ефективність цієї програми.

Реалізація ПМГ та впровадження медико-психосоціального супроводу суттєво покращують доступність і якість медичної допомоги пацієнтам із туберкульозом в Україні. Ці заходи сприяють підвищенню прихильності до лікування, зменшенню ризиків переривання терапії та досягненню глобальних цілей із ліквідації ТБ [7].

Отже, попри виклики, пов'язані з війною, Україна зміцнює систему протидії ТБ через інноваційні підходи, покращення медичної допомоги та соціальний захист. Продовження співпраці з міжнародними партнерами і реалізація нових стратегій сприятимуть досягненню мети – подоланню епідемії ТБ до 2030 року.

2.2 Дослідження основних епідеміологічних показників туберкульозу

ВООЗ класифікує ТБ разом з ВІЛ, вірусними гепатитами та малярією як одне з найбільш небезпечних соціально небезпечних інфекційних захворювань. Так, ТБ входить до числа десяти провідних причин смерті у світі від інфекційних хвороб [28, 29]. За оцінками експертів ВООЗ, епідеміологічна ситуація щодо ТБ в світі скорочуватиметься, якщо не буде здійснено ефективних заходів [28].

Відповідно до Global Tuberculosis Report 2023, у 2022 році у світі було діагностовано 7,5 мільйонів випадків ТБ. Це свідчить про значний тягар

хвороби, яка продовжує серйозну загрозу для громадського здоров'я на глобальному рівні [28].

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України [11-14], з 2019 по 2023 рік захворюваність на туберкульоз, включаючи випадки з рецидивами мали коливання показників (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Результати аналізу показників захворюваності на ТБ (нові випадки та рецидиви) за період 2019–2023 рр.

Рік	Інтенсивний показник на 100 000 населення	Темп приросту
2019	60,1	-
2020	42,2	-29,8
2021	44,0	4,3
2022	45,1	2,5
2023	48,1	7,3

Встановлено, що у 2020 р. інтенсивний показник з до 42,2 випадків на 100 000 населення, а темп приросту склав - 29,8%, що свідчить про значне зменшення захворюваності у порівнянні з 2019 р. У 2021-2023 рр. спостерігалася тенденція до збільшення показник захворюваності. Це може бути наслідком посилення факторів ризику, таких як погіршення економічної ситуації, зменшення фінансування систем охорони здоров'я, або збільшення кількості випадків рецидиву.

Незважаючи на загальне зниження, показники захворюваності демонструють значні коливання між роками та адміністративними територіями (табл. 2.3). Встановлено, що у Вінницькій області захворюваність коливається з 52,7 у 2018 році до 44,3 у 2022 році. Показник знизився на 21,83% між 2020 та 2021 роками, але значно зріс у 2022 році на 67,17%.

У Волинській області показники демонструють незначні коливання, з мінімальним зниженням у 2019 році на -24,57% до незначного збільшення у 2021 році на 23,51% та стабільність у 2022 році на 1,00%. У Дніпропетровській області спостерігається значне зростання захворюваності у 2022 році (60,71%)

після стабільного рівня у 2021 р. Це може свідчити про ендемічну епідемічну ситуацію або зміни у методології збору даних. У Харківській та Херсонській областях показники захворюваність знизилася на 36,46%, -46,65% відповідно у 2022 р.

Таблиця 2.3

Динаміка показників захворюваності на ТБ (нові випадки та рецидиви) на 100 000 населення за 2018-2022 рр.

Область	2018	2019	2020	2021	2022	Темп приросту			
Вінницька	52,7	55,9	33,9	26,5	44,3	6,07	-39,36	-21,83	67,17
Волинська	68,2	64,3	48,5	59,9	60,5	-5,72	-24,57	23,51	1,00
Дніпропетровська	77,1	79,1	63,2	67,7	108,8	2,59	-20,10	7,12	60,71
Донецька	71,7	66,9	56,5	51,6	14,8	-6,69	-15,55	-8,67	-71,32
Житомирська	76,5	68,6	44,4	50,0	54,7	-10,33	-35,28	12,61	9,40
Закарпатська	67,6	69,1	51,6	60,0	74,7	2,22	-25,33	16,28	24,50
Запорізька	79,4	71,7	53,2	50,5	33,5	-9,70	-25,80	-5,08	-33,66
Івано-Франківська	56,5	50,3	29,2	30,0	36,1	-10,97	-41,95	2,74	20,33
Київська	74,0	71,3	47,4	48,9	44,2	-3,65	-33,52	3,16	-9,61
Кіровоградська	73,0	75,3	55,5	47,9	76,6	3,15	-26,29	-13,69	59,92
Луганська	71,0	61,9	47,8	45,3	6,7	-12,82	-22,78	-5,23	-85,21
Львівська	65,7	64,7	44,0	50,0	56,1	-1,52	-31,99	13,64	12,20
Миколаївська	69,3	68,1	47,8	53,5	48,7	-1,73	-29,81	11,92	-8,97
Одеська	140,6	138,5	91,8	105,9	94,3	-1,49	-33,72	15,36	-10,95
Полтавська	59,5	52,1	36,5	34,9	52,0	-12,44	-29,94	-4,38	49,00
Рівненська	54,8	53,4	36,4	38,9	47,2	-2,55	-31,84	6,87	21,34
Сумська	69,7	63,4	41,9	42,6	43,1	-9,04	-33,91	1,67	1,17
Тернопільська	42,6	42,3	21,6	24,4	32,9	-0,70	-48,94	12,96	34,84
Харківська	49,7	48,7	35,2	36,2	23,0	-2,01	-27,72	2,84	-36,46
Херсонська	83,4	77,9	59,6	53,8	28,7	-6,59	-23,49	-9,73	-46,65
Хмельницька	61,2	58,0	37,2	32,3	34,7	-5,23	-35,86	-13,17	7,43
Черкаська	58,6	54,8	40,7	40,2	51,3	-6,48	-25,73	-1,23	27,61
Чернівецька	34,6	40,6	22,8	25,3	32,2	17,34	-43,84	10,96	27,27
Чернігівська	73,7	58,3	44,0	56,2	43,4	-20,90	-24,53	27,73	-22,78
м. Київ	44,8	45,0	28,0	28,5	24,8	0,45	-37,78	1,79	-12,98
Україна	62,3	60,1	42,2	44,0	45,1	-3,53	-29,78	4,27	2,50

Узагальнюючи результати аналізу, видубилися зміни за період 2018-2022 років. Так, підвищення показників спостерігалось за такими як Дніпропетровська, Закарпатська, Кіровоградська, Одеська області та інші, що свідчить про необхідність посилення заходів контролю та профілактики ТБ. Зниження показників в Луганській, Донецькій, Херсонській та інших областях

спостерігається значне зниження захворюваності, що може бути пов'язано з військовими діями або ефективністю заходів профілактики у цих регіонах.

Далі нами проведено аналіз показників захворюваності на туберкульоз (нові випадки + рецидиви) серед дітей віком до 14 років, на 100 тис. населення за 2018-2022 рр. За період 2018-2022 років загальна захворюваність на ТБ серед дітей віком до 14 років в Україні знизилася з 62,3 у 2018 р. до 45,1 у 2022 р., що свідчить про позитивну тенденцію зниження рівня захворюваності у цій віковій групі (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Динаміка показників захворюваності на ТБ (нові випадки та рецидиви)
серед дітей віком до 14 років на 100 000 населення за 2018-2022 рр.**

Область	2018	2019	2020	2021	2022	Темп приросту			
Вінницька	52,7	55,9	33,9	26,5	44,3	6,07	-39,36	-21,83	67,17
Волинська	68,2	64,3	48,5	59,9	60,5	-5,72	-24,57	23,51	1,00
Дніпропетровська	77,1	79,1	63,2	67,7	108,8	2,59	-20,10	7,12	60,71
Донецька	71,7	66,9	56,5	51,6	14,8	-6,69	-15,55	-8,67	-71,32
Житомирська	76,5	68,6	44,4	50,0	54,7	-10,33	-35,28	12,61	9,40
Закарпатська	67,6	69,1	51,6	60,0	74,7	2,22	-25,33	16,28	24,50
Запорізька	79,4	71,7	53,2	50,5	33,5	-9,70	-25,80	-5,08	-33,66
Івано-Франківська	56,5	50,3	29,2	30,0	36,1	-10,97	-41,95	2,74	20,33
Київська	74,0	71,3	47,4	48,9	44,2	-3,65	-33,52	3,16	-9,61
Кіровоградська	73,0	75,3	55,5	47,9	76,6	3,15	-26,29	-13,69	59,92
Луганська	71,0	61,9	47,8	45,3	6,7	-12,82	-22,78	-5,23	-85,21
Львівська	65,7	64,7	44,0	50,0	56,1	-1,52	-31,99	13,64	12,20
Миколаївська	69,3	68,1	47,8	53,5	48,7	-1,73	-29,81	11,92	-8,97
Одеська	140,6	138,5	91,8	105,9	94,3	-1,49	-33,72	15,36	-10,95
Полтавська	59,5	52,1	36,5	34,9	52,0	-12,44	-29,94	-4,38	49,00
Рівненська	54,8	53,4	36,4	38,9	47,2	-2,55	-31,84	6,87	21,34
Сумська	69,7	63,4	41,9	42,6	43,1	-9,04	-33,91	1,67	1,17
Тернопільська	42,6	42,3	21,6	24,4	32,9	-0,70	-48,94	12,96	34,84
Харківська	49,7	48,7	35,2	36,2	23,0	-2,01	-27,72	2,84	-36,46
Херсонська	83,4	77,9	59,6	53,8	28,7	-6,59	-23,49	-9,73	-46,65
Хмельницька	61,2	58,0	37,2	32,3	34,7	-5,23	-35,86	-13,17	7,43
Черкаська	58,6	54,8	40,7	40,2	51,3	-6,48	-25,73	-1,23	27,61
Чернівецька	34,6	40,6	22,8	25,3	32,2	17,34	-43,84	10,96	27,27
Чернігівська	73,7	58,3	44,0	56,2	43,4	-20,90	-24,53	27,73	-22,78
м. Київ	44,8	45,0	28,0	28,5	24,8	0,45	-37,78	1,79	-12,98
Україна	62,3	60,1	42,2	44,0	45,1	-3,53	-29,78	4,27	2,50

Узагальнюючи результати аналізу можна стверджувати, що відбулися зміни за період 2018-2022 рр. за областями України. Так, підвищення

показників відмічено у Дніпропетровській, Закарпатській, Кіровоградській, Одеській областях. У Луганській, Донецькій, Херсонській та інших областях спостерігається суттєве зниження захворюваності, що може бути пов'язано з військовими діями, змінами у звітності або ефективністю заходів профілактики у цих регіонах.

На наш погляд до основних причини коливань показників слід віднести:

- *соціально-економічні фактори* – це зміни у фінансуванні систем охорони здоров'я, рівень доходів населення та доступ до медичних послуг можуть значно впливати на рівень захворюваності на туберкульоз серед дітей;
- *військові дії*. Так, в областях, де відбуваються військові конфлікти (наприклад, Луганська та Донецька області), спостерігається суттєве зниження показників захворюваності, що може бути пов'язано з обмеженим доступом до медичних послуг, змінами у звітності або мобілізацією ресурсів;
- *освітні та інформаційні кампанії*. Проведення регулярних освітніх заходів для батьків, медичного персоналу та дітей про важливість профілактики та раннього виявлення ТБ сприяє зниженню рівня захворюваності;
- *медичні інновації*. Впровадження новітніх методів діагностики та лікування може підвищити ефективність профілактичних заходів та знизити рівень захворюваності.

Для реєстрації випадків ТБ, підтверджених бактеріологічно, в Україні використовується звітна форма № 4 «Звіт про загальну кількість випадків ТБ I, II та III категорій хворих (за даними бактеріоскопії і/або культурального дослідження) ТБ 07». Протягом останніх п'яти років спостерігається щорічне зростання рівня бактеріологічного підтвердження випадків ТБ (з 72,0% у 2019 році до 73,9% у 2023 році) серед нових випадків та рецидивів легеневих форм захворювання. Це є позитивним показником і свідчить про покращення лабораторної діагностики ТБ. Щодо захворюваності на туберкульоз серед

міського та сільського населення України, в залежності від областей, рівень захворюваності (нові випадки та рецидиви) серед сільських жителів досягає міського рівня.

Наступним етапом наших досліджень став аналіз показників смертності населення від ТБ за період 2020-2023 рр. Загальна смертність від ТБ в Україні у 2023 році склала 6,9 на 100 000 населення (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Динаміка показників захворюваності на ТБ (нові випадки та рецидиви) на 100 000 населення за 2018-2022 рр.

Області	2020	2021	2022	2023
Вінницька	5,1	6,0	7,5	7,3
Волинська	7,6	9,1	8,1	8,7
Дніпропетровська	10,1	10,9	14,4	14,3
Донецька	10,4	9,2	3,6	3,5
Житомирська	6,7	8,2	9,1	12,9
Закарпатська	11,0	10,9	14,5	14,2
Запорізька	10,0	9,7	7,3	3,5
Івано-Франківська	4,0	3,3	3,7	5,5
Київська	7,4	7,2	7,3	5,4
Кіровоградська	9,0	11,0	15,2	12,0
Луганська	17,3	11,7	1,0	0,0
Львівська	7,0	7,9	8,0	6,7
Миколаївська	8,1	7,7	11,2	9,1
Одеська	10,5	10,6	14,1	14,1
Полтавська	6,6	5,2	8,3	9,0
Рівненська	6,5	5,9	7,5	5,3
Сумська	9,1	8,4	5,2	4,7
Тернопільська	3,4	2,8	4,5	3,8
Харківська	7,0	7,0	5,8	6,5
Херсонська	11,8	9,9	5,5	2,2
Хмельницька	4,4	4,1	5,1	6,4
Черкаська	6,1	8,1	5,0	5,3
Чернівецька	4,6	4,7	6,3	6,0
Чернігівська	8,3	8,1	9,5	9,7
м. Київ	4,1	3,5	3,6	4,0
Україна	7,4	7,5	7,2	6,9

Визначено, що Дніпропетровська, Закарпатська, Кіровоградська, Одеська, Миколаївська та Чернігівська області демонструють найвищу

смертність від ТБ, що свідчить про ендемічну ситуацію та потребу в посиленні заходів контролю та профілактики. У Луганській, Донецькій та Херсонській областях спостерігається значне зниження смертності на понад 50% у 2023 році може бути пов'язане з військовими діями, які впливають на надання медичних послуг та загальну ситуацію в цих регіонах.

Узагальнюючи результати аналізу можна стверджувати, що у 9 регіонах з 25 (36% від усіх) спостерігалось зниження смертності у порівнянні з 2022 роком. Для досягнення цілей стратегії необхідне щорічне та планове зниження смертності на 7%, тому зниження у двох областях, Сумській та Львівській, становило зниження в межах норми. Загалом в Україні також зниження рівня смертності порівняно з 2020 роком, причинами чого можуть бути міграція населення та демографічні зміни.

Висновки до розділу II

1. Визначено, що нове законодавство (Закон України «Про зараження туберкульозом в Україні» та Стратегія розвитку протитуберкульозної медичної допомоги на 2024–2026 роки) закладає основу для комплексної й людиноорієнтованої системи боротьби з туберкульозом в Україні. Воно охоплює профілактику, діагностику, лікування та соціальний захист, забезпечуючи безперервне фінансування, централізоване постачання.
2. Аналіз статистичних даних свідчить про загальне зниження захворюваності на ТБ у Україні за період 2018-2022 років, проте значні регіональні відмінності вказують на неоднорідність реалізації заходів профілактики та лікування. Особливо висока захворюваність у Дніпропетровській, Закарпатській, Кіровоградській та Одеській областях свідчить про необхідність посилення медичних програм та покращення доступу до лікування. У регіонах з військовими конфліктами спостерігається суттєве зниження показників захворюваності, що може бути пов'язано з обмеженим доступом до медичних послуг або змінами у звітності.

3. Визначено, що у 2023 р. відзначається поступове зниження смертності від ТБ в Україні, однак цей процес відбувається нерівномірно в різних регіонах. У низці областей (Дніпропетровська, Закарпатська, Кіровоградська, Одеська, Миколаївська, Чернігівська) показники залишаються високими, що потребує додаткової уваги та ресурсів для вдосконалення діагностики та лікування. Одночасно відзначається значне зниження в Луганській, Донецькій та Херсонській областях, імовірно зумовлене військовими обставинами та впливом на надання медичних послуг. Для досягнення цілей національної стратегії з боротьби проти ТБ необхідно продовжувати масштабні заходи з профілактики, виявлення та якісного лікування хворих, враховуючи специфіку та виклики кожного регіону.

РОЗДІЛ III

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

3.1 Результати оцінки охоплення дитячого населення вакцинацією БЦЖ

Вакцинопрофілактика є одним із найдивніших способів захисту здоров'я населення та запобігання розповсюдженню інфекційних захворювань. Вакцинація забезпечує формування імунітету проти небезпечних хвороб шляхом введення ослаблених або інактивованих збудників. Масові програми імунізації відіграють вирішальну роль у контролі та ліквідації багатьох інфекційних захворювань [3, 30].

Вакцинація БЦЖ є важливим профілактичним заходом у боротьбі проти ТБ, особливо в країнах з високим розповсюдженням захворювання.

Вакцинація БЦЖ проводиться в багатьох країнах світу, але її застосування залежить від епідеміологічної ситуації з туберкульозом. На підставі аналізу національних програм щеплення нами визначено країни, де БЦЖ-вакцинація є обов'язковою. Так, в Україні БЦЖ входить до національного календаря щеплень і проводиться на 3–5 добу після народження. У Індії, Бангладеші, Пакистані, Індонезії, Бразилії, Перу, Мексиці через високий рівень поширеності ТБ вакцинація БЦЖ є обов'язковою для новонароджених. У багатьох африканських країнах БЦЖ є частиною національної імунізації через високу захворюваність на туберкульоз. Разом з тим існують країни, де БЦЖ-вакцинація є рекомендованою. Так, у США вакцинація не є частиною загальної програми, але рекомендується для груп високого ризику, наприклад, медичних працівників, які контактують із хворими на туберкульоз. У Канаді вакцинація проводиться для корінного населення та інших груп, де високий ризик зараження. У європейські країни з низьким рівнем ТБ таких як Німеччина, Нідерланди, Данія, Швеція, Велика Британія вакцинують лише осіб із груп ризику, зокрема. У деяких країнах з

дуже низьким рівнем поширення ТБ, зокрема Ісландія, Фінляндія вакцинація БЦЖ не входить до національного графіка щеплень, і акцент робиться на діагностиці, лікуванні та ізоляції випадків активного ТБ [30, 31, 32].

Отже, вакцинація БЦЖ найчастіше проводиться у країнах із середнім та високим рівнем поширення ТБ, де вона допомагає запобігати важким формам хвороби, особливо у дітей. У країнах із низьким рівнем ТБ її застосування обмежується лише окремими групами ризику.

Реалізація державної політики протидії поширеності ТБ ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до якісних послуг з профілактики, діагностики та лікування.

Разом з тим, охоплення вакцинацією дитячого населення є ключовим показником ефективності програм імунізації. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, для контролю вакцинованих інфекцій необхідно досягти рівня охоплення > 95% щепленнями проти кожної хвороби.

Для визначення рівня вакцинації БЦЖ нами проведено аналіз кількості щеплень БЦЖ серед дитячого населення України за період 2020-2022 рр. відповідно до статистичних даних Центру громадського здоров'я України [11-14]. Результати розрахунків темпів приросту показників рівня охоплення БЦЖ наведено в табл. 3.1.

Результати аналізу демонструють загальну тенденцію зниження рівня охоплення першою дозою вакцини БЦЖ серед дитячого населення України у період з 2020 по 2022 рік. Загальна кількість щеплень у країні зменшилася на 23,39%, з 270 067 щеплень у 2020 році до 179 002 щеплень у 2022 році. Так, у всіх областях України спостерігається спад кількості щеплень від БЦЖ, причому найзначніші зниження зафіксовано у Луганській (-13,34% у 2021/2020 та -91,48% у 2022/2021 роках) та Херсонській (-14,28% та -68,78% відповідно) областях. Це свідчить про серйозні проблеми з доступністю вакцин або з організацією вакцинаційних кампаній у цих регіонах.

У м. Києві спостерігається зниження охоплення на 16,93% у 2021/2020 роках та на 30,23% у 2022/2021 роках, що є одними з найвищих показників у країні.

Таблиця 3.1

Результати розрахунків темпів приросту рівня охоплення першою дозою вакцини БЦЖ за областями України

Найменування області / міста	2020	2021	2022	2021/2020	2022/2021
	Кількість щеплень			темпи приросту	
Вінницька	10 684	9 230	9 361	-13,6091	1,419285
Волинська	9 935	8 946	7 796	-9,95471	-12,8549
Дніпропетровська	19 632	16 271	14 762	-17,12	-9,27417
Донецька	9 089	7 805	843	-14,127	-89,1992
Житомирська	9 016	7 569	6 574	-16,0492	-13,1457
Закарпатська	11 373	9 266	7 650	-18,5263	-17,4401
Запорізька	9 786	8 601	5 217	-12,1091	-39,3443
Ів.-Франківська	10 680	9 377	7 638	-12,2004	-18,5454
Київська	11 237	9 569	7 673	-14,8438	-19,814
Кіровоградська	5 892	5 040	4 628	-14,4603	-8,1746
Луганська	2 870	2 487	212	-13,3449	-91,4757
Львівська	19 935	17 631	16 056	-11,5576	-8,93313
Миколаївська	7 347	6 589	4 041	-10,3171	-38,6705
Одеська	18 551	15 958	12 831	-13,9777	-19,5952
Полтавська	8 682	7 596	7 494	-12,5086	-1,34281
Рівненська	10 763	9 703	8 437	-9,84856	-13,0475
Сумська	5 895	5 311	3 863	-9,9067	-27,2642
Тернопільська	7 228	6 008	5 125	-16,8788	-14,6971
Харківська	14 741	12 936	6 376	-12,2448	-50,7112
Херсонська	6 954	5 961	1 861	-14,2796	-68,7804
Хмельницька	9 071	8 015	6 456	-11,6415	-19,451
Черкаська	6 687	6 364	6 153	-4,83027	-3,31552
Чернівецька	7 373	6 946	6 135	-5,7914	-11,6758
Чернігівська	5 670	4 746	3 866	-16,2963	-18,5419
м.Київ	30 976	25 733	17 954	-16,926	-30,2297
Україна	270 067	233 658	179 002	-13,4815	-23,3915

Це може бути пов'язано з високою міграцією, соціально-економічними викликами або іншими факторами, які впливають на охоплення вакцинацією у столиці. Деякі області, такі як Чернівецька (-5,79% у 2021/2020 та -11,68% у

2022/2021 роках), демонструють менші темпи зниження, що може свідчити про ефективніші локальні програми вакцинації або кращу організацію медичних послуг.

У Донецькій та Харківській областях спостерігаються надзвичайно високі темпи зниження охоплення вакцинацією (-89,20% та -50,71% відповідно). На наш погляд, це пов'язано з перебоями у наданні медичних послуг, закриттям медичних закладів або перенаправлення ресурсів на боротьбу з пандемією COVID-19. Військові дії, економічні труднощі та міграція населення в окремих регіонах можуть впливати на доступність медичних послуг та зниження рівня вакцинації. Отже, необхідно відновити програми вакцинації від БЦЖ, особливо у постраждалих від війни регіонах, забезпечивши доступність вакцин та ресурсів для їх адміністрування. Крім того, регулярний моніторинг рівня охоплення вакцинацією та своєчасне виявлення проблемних областей для оперативного реагування дозволить ефективно коригувати програми вакцинації.

Для оцінки рівня охоплення вакцинацією БЦЖ було проведено аналіз кількості запланованих щеплень БЦЖ серед дитячого населення України за період 2020-2022 років (табл. 3.2.).

За результатами аналізу встановлено, що спостерігається тенденція до зниження кількості запланованих щеплень вакциною БЦЖ серед дитячого населення України у період з 2020 по 2022 роки. Загальна кількість запланованих щеплень зменшилася на 11,69%, з 304 140 щеплень у 2020 році до 252 275 щеплень у 2022 році. Так, майже у всіх областях України спостерігається спад кількості запланованих щеплень від БЦЖ, причому найбільші зниження зафіксовано у Волинській (-17,69%) та Донецькій областях (-71,12%). У Харківській області спостерігається різке зниження на 50,42%, що свідчить про серйозні проблеми з організацією вакцинації в цьому регіоні. Варто зазначити, що спостерігаються позитивні зміни у деяких регіонах. Так, у Кіровоградській області спостерігається невелике зростання

кількості запланованих щеплень (+2,74%), а також у м. Києві за 2022 рік відбулося зростання на 8,96%.

Таблиця 3.2

Результати розрахунків темпів приросту кількості запланованих щеплень БЦЖ за областями України

Найменування області / міста	2020	2021	2022	2021/2020	2022/2021
	Заплановано			темп приросту	
Вінницька	12 723	12 401	11 387	-2,53	-8,18
Волинська	10 371	10 448	8 600	0,74	-17,69
Дніпропетровська	22 526	21 309	21 309	-5,40	0,00
Донецька	10 722	9 761	2 819	-8,96	-71,12
Житомирська	9 619	9 151	9 151	-4,87	0,00
Закарпатська	12 895	12 895	11 954	0,00	-7,30
Запорізька	11 645	10 523	8 062	-9,64	-23,39
Ів.-Франківська	12 664	11 823	10 020	-6,64	-15,25
Київська	13 283	11 433	10 537	-13,93	-7,84
Кіровоградська	6 386	5 443	5 592	-14,77	2,74
Луганська	3 795	3 245	3 053	-14,49	-5,92
Львівська	21 803	21 129	20 738	-3,09	-1,85
Миколаївська	7 966	7 633	4 900	-4,18	-35,81
Одеська	20 938	20 555	19 352	-1,83	-5,85
Полтавська	9 079	8 563	8 225	-5,68	-3,95
Рівненська	12 096	11 802	10 100	-2,43	-14,42
Сумська	6 483	6 003	4 202	-7,40	-30,00
Тернопільська	8 545	7 801	7 801	-8,71	0,00
Харківська	17 894	16 729	8 295	-6,51	-50,42
Херсонська	7 835	7 100	6 600	-9,38	-7,04
Хмельницька	9 782	9 093	8 804	-7,04	-3,18
Черкаська	7 560	7 223	7 223	-4,46	0,00
Чернівецька	8 238	8 090	6 826	-1,80	-15,62
Чернігівська	6 920	5 925	4 479	-14,38	-24,41
м.Київ	32 372	29 593	32 246	-8,58	8,96
Україна	304 140	285 671	252 275	-6,07	-11,69

Далі нами проведено аналіз рівня охоплення щеплень (%) БЦЖ серед дитячого населення України за період 2020-2022 років (табл. 3.3.).

Визначено, що національний рівень охоплення вакцинацією знизився з 88,8% у 2020 році до 71,0% у 2022 році, що свідчить про значне зменшення кількості запланованих щеплень серед дітей. Варто зазначити, що у 2023 році

спостерігається відновлення рівня охоплення до 83,5%, що є позитивним показником після значного падіння у попередні роки.

Таблиця 3.3

Результати розрахунків темпів приросту рівня охоплення щеплень БЦЖ за областями України

Найменування області / міста	2020	2021	2022	2023	2021/2020	2022/2021	2023/2022
	Охоплення, %				темп приросту		
Вінницька	84,0	74,4	82,2	79,9	-11,43	10,48	-2,80
Волинська	95,8	85,6	90,7	89,4	-10,65	5,96	-1,43
Дніпропетровська	87,2	76,4	69,3	83	-12,39	-9,29	19,77
Донецька	84,8	80,0	29,9	89,8	-5,66	-62,63	200,33
Житомирська	93,7	82,7	71,8	74,7	-11,74	-13,18	4,04
Закарпатська	88,2	71,9	64,0	77,7	-18,48	-10,99	21,41
Запорізька	84,0	81,7	64,7	78,8	-2,74	-20,81	21,79
Ів.-Франківська	84,3	79,3	76,2	81,4	-5,93	-3,91	6,82
Київська	84,6	83,7	72,8	76,7	-1,06	-13,02	5,36
Кіровоградська	92,3	92,6	82,8	87,9	0,33	-10,58	6,16
Луганська	75,6	76,6	6,9	0	1,32	-90,99	
Львівська	91,4	83,4	77,4	79,8	-8,75	-7,19	3,10
Миколаївська	92,2	86,3	82,5	91,4	-6,40	-4,40	10,79
Одеська	88,6	77,6	66,3	81,5	-12,42	-14,56	22,93
Полтавська	95,6	88,7	91,1	79,7	-7,22	2,71	-12,51
Рівненська	89,0	82,2	83,5	89,1	-7,64	1,58	6,71
Сумська	90,9	88,5	91,9	96,2	-2,64	3,84	4,68
Тернопільська	84,6	77,0	65,7	90,5	-8,98	-14,68	37,75
Харківська	82,4	77,3	76,9	86,2	-6,19	-0,52	12,09
Херсонська	88,8	84,0	28,2	96,7	-5,41	-66,43	242,91
Хмельницька	92,7	88,1	73,3	94,8	-4,96	-16,80	29,33
Черкаська	88,5	88,1	85,2	88,4	-0,45	-3,29	3,76
Чернівецька	89,5	85,9	89,9	80,1	-4,02	4,66	-10,90
Чернігівська	81,9	80,1	86,3	86,8	-2,20	7,74	0,58
м.Київ	95,7	87,0	55,7	84,4	-9,09	-35,98	51,53
Україна	88,8	81,8	71,0	83,5	-7,88	-13,20	17,61

За результатами аналізу визначено, що найбільші показники зниження охоплення спостерігаються у Донецькій області. Так, значне зниження охоплення з 80,0% у 2021 році до 29,9% у 2022 році (-62,63%), з подальшим різким зростанням до 89,8% у 2023 році (+200,33%). У Херсонській області охоплення зменшилося з 84,0% у 2021 році до 28,2% у 2022 році (-66,43%), після чого зросло до 96,7% у 2023 році (+242,91%). У Луганській області спостерігається значне падіння охоплення з 76,6% у 2021 році до 6,9% у 2022

році (-90,99%). На наш погляд, це пов'язано з воєнними діями у східних регіонах України (Донецька, Луганська області), які призвели до руйнування інфраструктури охорони здоров'я, переміщення населення та порушення постачання медичних послуг, що суттєво вплинуло на рівень вакцинації. У м. Київ охоплення знизилося з 87,0% у 2021 році до 55,7% у 2022 році (-35,98%), а потім зрісло до 84,4% у 2023 році (+51,53%). У Житомирській області охоплення знизилося з 93,7% у 2020 році до 82,7% у 2021 році (-11,74%), а потім до 74,7% у 2022 році (-13,18%) з невеликим відновленням до 74,7% у 2023 році (+4,04%). У Кіровоградській області спостерігалось незначне зростання охоплення з 92,3% у 2020 році до 92,6% у 2021 році (+0,33%), зменшення до 82,8% у 2022 році (-10,58%), а потім зростання до 87,9% у 2023 році (+6,16%).

На наступному етапі дослідження нами було згруповано регіони України за показником рівня охоплення (%) вакцинацією БЦЖ за 2023 р. Варто зазначити, що Луганську область було виключено у зв'язку з відсутністю даних. Крок інтервалу за показником мав значення 7,33. Так, групу першу (високий рівень охоплення) сформували області, для яких характерне коливання в інтервалі 96,7-89,37, другу (середній) – від 89,36 до 82,03, третю (низький) – 82,02-74,90 (табл. 3.4).

Отримані результати досліджень свідчать, що переважна більшість регіонів має низький рівень охоплення вакцинацією БЦЖ (10 областей або 41,66 % від загальної кількості). Це показує про необхідність посилення заходів щодо підвищення рівня вакцинації серед дітей у цих регіонах. Для 7 областей (29,17 %) характерний високий та середній рівень, що демонструє певну ефективність впроваджених програм вакцинації. Проте, існує потреба у додаткових зусиллях для підтримки та подальшого підвищення рівня охоплення у цих регіонах.

Для забезпечення високого рівня захисту дитячого населення від ТБ необхідно впровадити комплексні заходи, орієнтовані на покращення

доступності вакцини, підвищення обізнаності населення та оптимізацію організації медичних послуг.

Таблиця 3.4

Результати групування областей України за показником рівня охоплення (%) вакцинацією БЦЖ за 2023 р

Групи за рівнем охоплення вакцинацією БЦЖ	Кількість областей	%	Області України
Високий	7	29,17	Херсонська (96,7), Сумська (96,2), Хмельницька (94,8), Миколаївська (91,4), Тернопільська (90,5), Донецька (89,8), Волинська (89,4)
Середній	7	29,17	Рівненська (89,1), Черкаська (88,4), Кіровоградська (87,9), Чернігівська (86,8), Харківська (86,2), м. Київ (84,4), Дніпропетровська (83)
Низький	10	41,66	Одеська (81,5), Ів.-Франківська (81,4), Чернівецька (80,1), Вінницька (79,9), Львівська (79,8), Полтавська (79,7), Запорізька (78,8), Закарпатська (77,7), Київська (76,7), Житомирська (74,7)

Для забезпечення стабільного рівня вакцинації БЦЖ серед дитячого населення необхідно:

- посилити комунікаційну кампанію для підвищення довіри до вакцинації.
- забезпечити постійний моніторинг наявності вакцини та вчасне поповнення запасів.
- підвищити кваліфікацію медичних працівників у сфері вакцинації.
- організувати додаткові мобільні пункти вакцинації у віддалених регіонах.

- запровадити ефективну електронну систему обліку щеплень для відстеження охоплення та забезпечення індивідуального підходу до кожної дитини.

3.2 Результати аналізу основних показників, які характеризують профілактичне лікування туберкульозу

Туберкульоз зазвичай передається повітряно-крапельним шляхом, і багато людей інфіковані латентно. Своєчасне виявлення та лікування ЛТБІ запобігають переходу інфекції в активну форму. За рекомендаціями ВООЗ, розширення скринінгу латентної інфекції серед груп ризику та подальша профілактична терапія мають істотне значення для зниження глобального тягаря ТБ [16, 30].

Наступним етапом досліджень став аналіз показників профілактичного лікування дітей віком до 5 років за областями України (на 100 000 населення). Визначено, що за період 2018-2022 років загальна кількість випадків профілактичного лікування ТБ серед дітей віком до 5 років в Україні коливається, демонструючи як зростання, так і зниження показників (табл. 3.5). Показники можуть суттєво різнитися між областями, оскільки залежать від доступності програм профілактики, фінансування медичних закладів, логістичних можливостей, пріоритетності цих заходів у регіоні, а також від структури населення. Здебільшого коливання у відсоткових значеннях темпів приросту є досить великими, що свідчить про різку зміну (зниження чи зростання) кількості дітей, охоплених профілактичним лікуванням ТБ.

За результатами аналізу встановлено, що у деяких регіонах спостерігаються дуже різкі перепади. Наприклад, область із суттєвим позитивним приростом між певними роками: *Вінницька* (понад +100% з 2018 по 2019 рік), *Житомирська* (+782% з 2018 по 2019 рік, але надалі показник різко змінювався). Області, де відзначено різке зниження: *Кіровоградська* (-78,55% між 2018 і 2019 роками), *Херсонська* (-69,89% між 2018 і 2019 роками).

У Житомирській області спостерігається величезний стрибок між 2018 і 2019 р. (+782,05%), що вказує на вірогідне масштабне розширення профілактичних заходів у 2019 році. Однак у 2020-2021 рр. темп приросту становить -70,29%, що може свідчити про скорочення програм чи зміну методології підрахунку. У Кіровоградській області у 2018-2019 рр. показник впав на 78,55%. Згодом з 2019 по 2020 р. він знизився ще на 30,92%. Але між 2020 і 2021 р. стався приріст понад 82%, а між 2021 і 2022 рр. – зростання на 72,93%. Такі коливання можуть бути наслідком: коливань фінансування, особливостей обліку/реєстрації хворих, проведення цільових кампаній, які то запускаються, то припиняються.

Таблиця 3.5

**Профілактичне лікування дітей віком до 5 років за областями України
(на 100 000 населення)**

Область	2018	2019	2020	2021	2022	Темп приросту			
Вінницька	51,6	106,2	66,8	43,2	74,6	105,81	-37,10	-35,33	72,69
Волинська	160,1	109,8	75,8	67,4	116,5	-31,42	-30,97	-11,08	72,85
Дніпропетровська	136,9	222,9	157,1	107,2	185,4	62,82	-29,52	-31,76	72,95
Донецька***	100,3	76,8	31,2	40,8	70,5	-23,43	-59,38	30,77	72,79
Житомирська	11,7	103,2	195,9	58,2	100,7	782,05	89,83	-70,29	73,02
Закарпатська	163,5	235,3	157,1	107,2	185,4	43,91	-33,23	-31,76	72,95
Запорізька	15,1	31,7	3,7	9,8	17	109,93	-88,33	164,86	73,47
Івано-Франківська	104	21,8	59,4	36,1	62,4	-79,04	172,48	-39,23	72,85
Київська	86,6	53,7	21,1	31,7	54,9	-37,99	-60,71	50,24	73,19
Кіровоградська	612	131,3	90,7	165,5	286,2	-78,55	-30,92	82,47	72,93
Луганська***	50,2	61,3	0	21,9	37,9	22,11	-100,00	-	73,06
Львівська	37,6	34,6	47,6	23	39,8	-7,98	37,57	-51,68	73,04
Миколаївська	129,3	92,9	103	62,9	108,8	-28,15	10,87	-38,93	72,97
Одеська	229,5	140,9	194	109,1	188,7	-38,61	37,69	-43,76	72,96
Полтавська	125,5	73,2	29,4	44,8	77,5	-41,67	-59,84	52,38	72,99
Рівненська	147,9	131,6	70,4	68,1	117,8	-11,02	-46,50	-3,27	72,98
Сумська	122,4	89,1	172,4	73,5	127,2	-27,21	93,49	-57,37	73,06
Тернопільська	35,6	123,4	114,4	52	89,9	246,63	-7,29	-54,55	72,88
Харківська	8,6	14,6	5,9	5,6	9,8	69,77	-59,59	-5,08	75,00
Херсонська	221,2	66,6	21,3	61,4	106,1	-69,89	-68,02	188,26	72,80
Хмельницька	154,2	187,5	74,7	81	140	21,60	-60,16	8,43	72,84
Черкаська	159,8	15	60,2	46,2	79,9	-90,61	301,33	-23,26	72,94
Чернівецька	25,3	23,2	0	9,6	16,6	-8,30	-100,00	-	72,92
Чернігівська	54,8	150,9	44,3	48,3	83,5	175,36	-70,64	9,03	72,88
м. Київ	31,2	40,8	10,7	16,1	27,9	30,77	-73,77	50,47	73,29
Разом	107,8	92	63,2	51,1	88,4	-14,66	-31,30	-19,15	72,99

Узагальнюючі результати аналізу можна стверджувати, що показники профілактичного лікування дітей до 5 років у багатьох регіонах

характеризуються різкими коливаннями від року до року: від різкого зростання понад 100% (Вінницька, Житомирська, Тернопільська тощо) до стрімких падінь (Кіровоградська, Херсонська, Черкаська). У більшості областей до 2022 року (останнього оцінюваного періоду) прослідковується тенденція до зростання, що підтверджується позитивними темпами приросту (понад 70%).

3.3 Дослідження рівня обізнаності населення з питань профілактики туберкульозу

У жовтні-листопаді 2024 року нами було організовано та проведено соціологічне дослідження для визначення рівня прихильності до профілактики ТБ. Об'єктом дослідження виступило населення Харківської області віком від 18 років. За даними аналітичних досліджень, Харківська область визначено як територію із високими показниками захворюваності на туберкульоз. Усього опитано 160 осіб. Перед кожним інтерв'ю у респондента брали усну згоду на участь в опитуванні.

Серед опитаних 65 % жінок і 35 % чоловіків. Розподіл за віковими групами: 18-24 роки склав 30 % респондентів, 25-34 роки – 35%, 35-44 роки – 25%, 45-59 років: від 5% до 25%, 60 років і старше – 5 %. Більшість опитаних (63%) мешкає у місті, решта 37% - в сільській місцевості. За рівнем освіти респонденти розподілилися так: 40% мають незакінчену вищу освіту, 48% - вищу, 12% - середню. Серед учасників опитування 60% оцінюють свій матеріальний стан як нижчий за середній, 39% - у межах середнього, а 1% - як вищий за середній.

Згідно з відповідями респондентів на запитання про джерела первинної інформації щодо профілактики ТБ, визначено кілька основних каналів. Для 70% опитаних найважливішим ресурсом виявився Інтернет (зокрема соціальні мережі), а для 57% - телебачення. Другу групу джерел складають радіо,

друковані видання та близьке оточення (родичі, друзі, сусіди, колеги), а також фахівці - фармацевти і медичні працівники

Варто звернути увагу, що такі способи отримання інформації про здоров'я, як громадські чи благодійні організації, спеціалізовані публікації, освітні установи, матеріали в транспорті, аптеках, поліклініках, лікарнях потрапили до третьої групи та мають нижчий пріоритет, ніж контакт із фармацевтом (провізором). Результати дослідження засвідчують, що найбільшу довіру населення викликають інтернет-середовище, фармацевти (провізори) та медичні працівники (39%), інформаційні матеріали в аптеках, поліклініках і лікарнях (25%).

У ході опитування респондентам пропонували самостійно визначити свій рівень обізнаності щодо профілактики ТБ. За підсумками такої самооцінки 19 % відмітили, що дуже добре обізнані у питаннях ТБ, 46 % - у загальних рисах знаю, 26 % - Знаю дуже мало і тільки 7 % - нічого не знаю.

86 % респондентів вважають, що кашель протягом 2-3 тижнів є симптомом ТБ, а 51% відзначили, що підвищена температура може свідчити про наявність хвороби. Також такий показовий симптом, як кашель із кров'ю, відомий лише дещо більше, ніж половині населення (43%) (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Розподіл відповідей на питання: «Які, на Вашу думку, найпоширеніші симптоми туберкульозу?»

Дуже цікаві відповіді респондентів отримали на питання: «Чи знаєте Ви про існування профілактичних обстежень на туберкульоз (флюорографія, рентген, туберкулінова проба тощо)?». Отже, тільки 25 % респондентів знають про профілактичні обстеження та регулярно проходять., 60% чули, але не завжди проходять та 15 % взагалі не чули.

У ході опитування визначено, що 85% респондентів обізнані, що ТБ передається повітряно-крапельним шляхом, взагалі не знають 5% та 10 % важко було відповісти на запитання.

Під час проведення опитування нами з'ясовано ставлення до вакцинації БЦЖ. Так, 78 % респондентів відмітили, що це профілактичні щеплення БЦЖ обов'язково необхідно проводити і важливо для всіх, 12 % вважають, що корисно, але сумніваються у ефективності, не бачить сенсу - 5% та важко відповісти 5 %.

Результати відповідей респондентів щодо частота флюорографії/рентгену за 2 останні роки наведено на рис. 3.2.

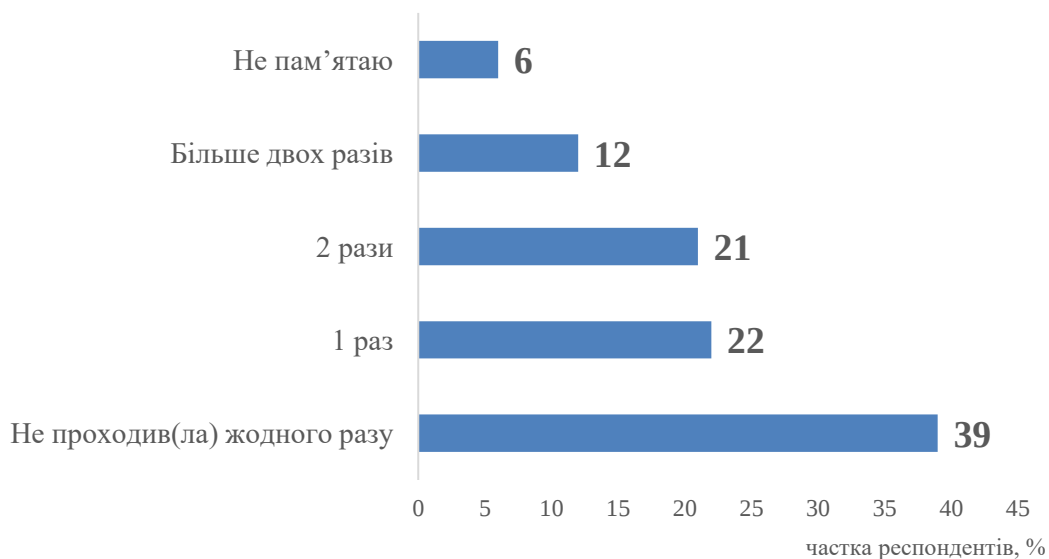


Рис. 3.2. Розподіл відповідей на питання: «Як часто Ви проходили флюорографічне обстеження або рентген легенів останні 2 роки?»

Далі нами було визначено мотиви, які спонукають людей проходити регулярні обстеження на ТБ. Респонденти мали змогу обрати кілька варіантів одночасно (рис. 3.3). Найбільша кількість учасників опитування вказала, що професійна порада або направлення до обстеження з боку медичного працівника є найпереконливішим чинником. Це свідчить про високий рівень довіри до компетенції лікарів у питаннях профілактики ТБ. Другий за значимістю мотив – економічна доступність діагностики. Відсутність додаткових витрат або наявність знижок полегшує рішення пройти обстеження, особливо для людей з обмеженими фінансовими можливостями. Порівняно невелика частина респондентів зазначила, що їх не потрібно додатково мотивувати. Дехто вже має сформовану звичку проходити обстеження, а дехто навпаки вважає, що «нічого не змусить» робити перевірки частіше.



Рис. 3.3. Розподіл відповідей на питання: «Що Вас може мотивувати регулярно перевірятися на ТБ?»

Далі нами проведено оцінку рівня поінформованості та ставлення респондентів до ПЛТ. Половина респондентів (50%) зазначила, що ПЛТ є важливим заходом. Це свідчить про відносно високий відсоток людей, які розуміють значення профілактичного лікування для попередження чи запобігання розвитку активної форми ТБ. У третини опитаних (32%) є загальне

уявлення про ПЛТ, однак їм бракує глибшого розуміння щодо механізму дії, показань чи особливостей профілактичної терапії. Тобто ці люди чули, що таке ПЛТ існує, але їм потрібне додаткове роз'яснення чи консультація від медичних працівників. 18% респондентів узагалі не мала інформації про ПЛТ до моменту опитування. Така група потребує базового інформування щодо того, що саме являє собою профілактичне лікування ТБ та за яких обставин воно потрібне.

На рис.3.4 наведено найпоширеніші дії, які, на думку респондентів, допомагають зменшити ризик інфікування ТБ. Так, найчастіше учасники опитування згадували про важливість регулярних обстежень легень. Це свідчить, що люди розуміють вагу скринінгу та раннього виявлення ТБ за допомогою флюорографії або рентгену. Майже три чверті респондентів вважають здорові звички (якісне харчування, повноцінний сон, відмова від куріння та алкоголю) суттєвим чинником запобігання захворюванню на туберкульоз. Це вказує на усвідомлення зв'язку між загальним імунітетом та ризиком ТБ. Понад половина людей наголошує, що базові гігієнічні заходи допомагають уникнути багатьох інфекцій, зокрема й ТБ. Близько 57% респондентів зазначили, що важливо мінімізувати ймовірність інфікування, обмежуючи прямі контакти з людьми, які мають ознаки хвороби або перебувають у групі ризику. Значна частка опитаних (понад три чверті) визнає, що вакцинація — це один із ключових заходів профілактики ТБ, який здатен знизити рівень поширення та важкість перебігу хвороби.

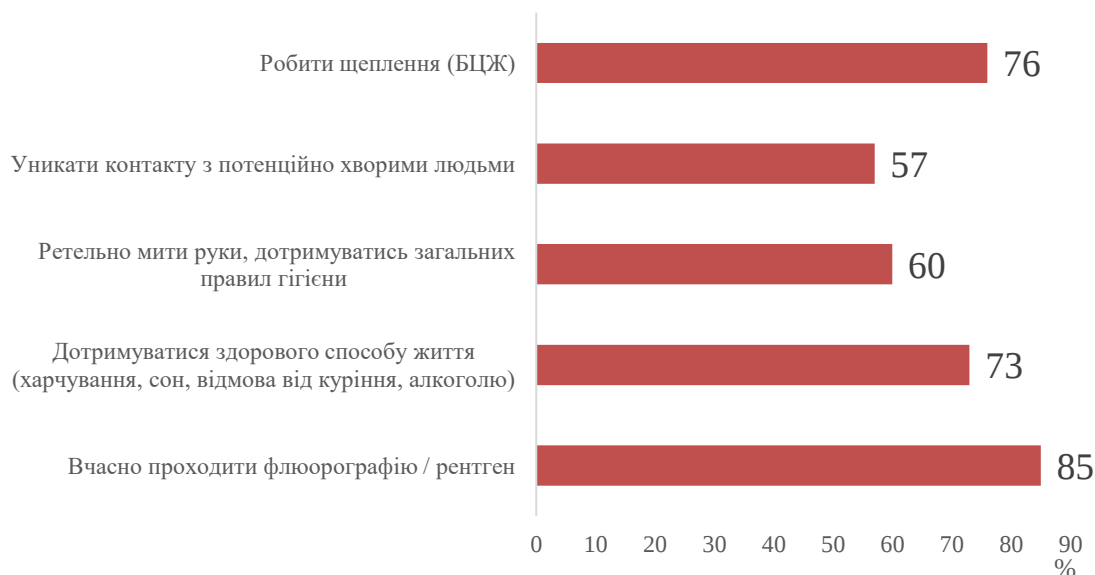


Рис. 3.4. Розподіл відповідей на питання: «Які кроки, на Вашу думку, варто робити, щоб знизити ризик захворіти на ТБ?»

На рис. 3.5 відображено, на чію думку та поради найбільше орієнтуються респонденти у питаннях здоров'я та профілактики ТБ (ТБ). Учасники могли обрати кілька варіантів одночасно. Найбільша частка респондентів вказала довіру саме до спеціалістів, які безпосередньо займаються діагностикою та лікуванням легеневих хвороби і ТБ. Це свідчить про високу повагу до вузькопрофільних лікарів та визнання їх професійного досвіду в контексті ТБ. Понад 40% опитаних довіряють сімейним лікарям, які найчастіше є першим контактом пацієнта з медичною системою. Цей показник підтверджує важливість первинної ланки охорони здоров'я у профілактиці та ранньому виявленні ТБ. Приблизно чверть респондентів зазначила, що консультується з працівниками аптек щодо профілактики та лікування. Попри нижчу довіру, ніж до лікарів, фармацевти теж розглядаються як джерело корисної інформації. У п'ятій частині випадків респонденти схильні звертатися за порадами до знайомих і близьких. Така взаємодія часто відображає повсякденний рівень спілкування та обміну особистим досвідом. Лише 13% опитаних серйозно довіряють контенту від лідерів думок чи блогерів. Попри загальну популярність соціальних мереж, у сферах, що вимагають фаховості (таких як профілактика ТБ), респонденти більш схильні

орієнтуватися на професійні джерела. Така ж кількість респондентів (13%) довіряє організаціям, які займаються громадським здоров'ям чи соціальними проєктами у сфері боротьби з туберкульозом. Цей показник вказує на певний рівень визнання діяльності неурядових організацій, але він поки що невисокий у порівнянні з довірою до лікарів.



Рис. 3.5. Розподіл відповідей на питання: «Кому Ви найбільше довіряєте у питаннях, пов'язаних зі здоров'ям та профілактикою ТБ?»

Відповіді респондентів на запитання про те, чи вважають вони поточну кількість та якість інформаційних заходів стосовно ТБ у нашій країні демонструють, що понад половина опитаних (52%) вважає, що рівень обізнаності населення про туберкульоз через наявні інформаційні джерела є цілком достатнім. Майже п'ята частина учасників опитування (18%) визнає, що загалом інформації вистачає, проте зауважує наявність окремих сфер або тем, де інформування населення потребує покращення (приміром, детальніша роз'яснювальна робота про профілактичне лікування, вакцинацію тощо). 11% респондентів вважає, що інформаційної діяльності з питань ТБ у різних каналах комунікації (ЗМІ, соцмережі, друкована продукція) недостатньо. Вони мають потребу в додаткових роз'яснювальних матеріалах або частішому висвітленні теми профілактики та лікування. 13% респондентів переконані, що

обсяги та якість інформування настільки низькі, що говорити про достатній рівень не можна. Невелика частина (6%) не змогла визначитися з власною позицією.

Висновки до розділу III

- 1 Визначено, що протягом 2020-2022 рр. в Україні спостерігається тенденція зниження показників охоплення БЦЖ-вакцинацією серед дітей. Найкритичніша ситуація – у Луганській, Херсонській, Донецькій, Харківській областях і м. Києві, де зафіксовано найбільші темпи зниження. Це вимагає посилення заходів із відновлення вакцинації, зокрема від БЦЖ, забезпечення доступності вакцин та належної організації щеплень навіть в умовах воєнних дій.
- 2 Встановлено, близько 41,66% регіонів потрапили в категорію з низьким охопленням, що потребує посилених заходів для збільшення відсотка вакцинації. Загалом, аналіз свідчить помітний вплив зовнішніх чинників (війна, пандемія, економічні труднощі) на програми вакцинації в Україні й підкреслює необхідність комплексного підходу для відновлення та подальшого підтримання високого рівня охоплення щепленнями БЦЖ.
- 3 Визначено, у більшості областей до 2022 р. простежується тенденція зростання кількості дітей до 5 років, які отримали профілактичне лікування від ТБ, що підтверджується темпами приросту понад +70% у порівнянні з попереднім періодом.
- 4 За результатами опитування (160 респондентів віком від 18 років) у Харківській області встановлено, що загальний рівень обізнаності про профілактику ТБ є недостатньо високим, хоча більшість респондентів (46%) оцінює свої знання як середні, а 19% – як високі.
- 5 Результати опитування демонструють помірний рівень обізнаності населення про профілактичне лікування ТБ. Хоча половина респондентів (50%) визнає його важливість, третина (32%) має лише загальне уявлення та потребує додаткових роз'яснень, а 18% уперше почули про ПЛТ під час

опитування. Це вказує на необхідність ширшого інформування й консультування населення щодо суті, механізму дії та показань до профілактичної терапії, аби підвищити рівень прихильності та ефективність заходів із запобігання розвитку активного ТБ.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. За даними результатів досліджень визначено, що ПЛТ відіграє важливу роль у зменшенні глобального тягара ТБ та запобіганні розвитку активних форм хвороби. ВООЗ закликає країни посилювати профілактичні програми і підвищувати доступність ресурсів для профілактики та лікування. Впровадження короткострокових схем ПЛТ, міжнародна співпраця, інноваційні методи лікування й належне управління програмами профілактичного лікування є ключовими складовими успішної боротьби з туберкульозом і зміцнення громадського здоров'я.
2. Встановлено, що нові законодавчі акти (Закон України «Про подолання ТБ в Україні» та Стратегія розвитку протитуберкульозної медичної допомоги на 2024–2026 роки) формують підґрунтя для цілісної та людиноорієнтованої системи боротьби з туберкульозом у державі. Вони передбачають комплексні заходи – від профілактики й діагностики до лікування та соціального захисту – та гарантують безперервне фінансування та централізоване постачання необхідних ресурсів для ефективного подолання ТБ в Україні.
3. На основі аналізу встановлено, що зниження рівня охоплення першою дозою вакцини БЦЖ серед дитячого населення України є серйозним викликом для системи охорони здоров'я. Необхідно вжити комплексних заходів для відновлення та підвищення рівня вакцинації, що включає посилення програм вакцинації, проведення інформаційних кампаній, покращення логістики та забезпечення доступності вакцин у всіх регіонах.
4. Організовано та проведено соціологічне опитування оцінки рівня обізнаності населення з питань профілактики ТБ.
5. Визначено, що рівень поінформованості та прихильності до профілактики ТБ серед населення Харківської області залишається неоднорідним. Більшість респондентів розуміють важливість

регулярних обстежень і вакцинації БЦЖ, проте потрібне активніше висвітлення теми профілактичного лікування (ПЛТ) і симптоматики ТБ. Найефективнішими каналами для поширення інформації є Інтернет (соцмережі) та консультації медичних працівників, зокрема сімейних лікарів і фармацевтів. Доцільно посилити просвітницьку діяльність, адресні мотиваційні кампанії та розширити доступність безкоштовних або пільгових обстежень, щоб підвищити рівень раннього виявлення і профілактики ТБ.

СПИСОК ВИКОРИСТАННИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітичний звіт дослідження затрат пацієнтів, пов'язаних з діагностикою ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я. URL: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/2021_2022_TB_VIL_diagnostyka_zvit.pdf (дата звернення: 30.10.2024).
2. Борис Б. Діагностика та лікування латентного туберкульозу. *Медицина світу*. 2019. Т. 7, № 3. С. 1–5.
3. Вакцинація БЦЖ: чому це так важливо. Центр громадського здоров'я України МОЗ. URL: <https://www.phc.org.ua/news/vakcinaciya-bczh-chomu-ce-tak-vazhливо> (дата звернення: 16.10.2024).
4. Доценко Я. І., Білогорцева О. І. Група ризику захворювання на туберкульоз у дітей з латентною туберкульозною інфекцією. *Медичний форум*. 2016. № 7. С. 61–63.
5. Консолідовані настанови ВООЗ щодо туберкульозу. Модуль 1: Профілактика. Профілактичне лікування туберкульозу. 2-ге вид. 2024. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D0%BE%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B0%20%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%20%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.pdf> (дата звернення: 30.10.2024).
6. Особливості сучасної ситуації з туберкульозу в Україні / Ю. І. Фещенко та ін. *Український пульмонологічний журнал*. 2016. № 1. С. 5–9.
7. Про затвердження Операційного плану заходів з реалізації у 2024–2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 черв. 2024 р. № 564.

- URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/564-2024-%D1%80#Text> (дата звернення: 29.10.2024).
8. Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» : наказ МОЗ України від 19.01.2023 р. № 102. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-19012023--102-pro-zatverdzhennja-standartiv--medichnoi-dopomogi-tuberkuloz> (дата звернення: 16.10.2024).
 9. Про подолання туберкульозу в Україні : Закон України від 14.07.2023 р. № 3269-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3269-20#Text> (дата звернення: 29.10.2024).
 10. Про схвалення Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024–2026 роки та затвердження операційного плану її реалізації : Розпорядження КМУ від 02.08.2024 р. № 726-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/726-2024-%D1%80#Text> (дата звернення: 29.10.2024).
 11. Туберкульоз в Україні : аналітично–статистичний довідник за 2021 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ, 2022. 88 с.
 12. Туберкульоз в Україні : аналітично–статистичний довідник за 2022 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ, 2023. 83 с.
 13. Туберкульоз в Україні : аналітично–статистичний довідник за 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ, 2024. 85 с.
 14. Туберкульоз в Україні : аналітично–статистичний довідник. 2015–2021 р. ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb> (дата звернення: 16.10.2024).
 15. Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні. *Український пульмонологічний журнал*. 2016. № 3. С. 5–10.

16. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 16.10.2024).
17. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis / G. J. Fox et al. *European Respiratory Journal*. 2013. Vol. 41(1). P. 140–156. URL: <https://erj.ersjournals.com/content/41/1/140> (Date of access: 30.10.2024).
18. Documentation for World Health Assembly 67. Geneva : World Health Organization, 2014. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_11-en.pdf (Date of access: 30.10.2024).
19. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva : World Health Organization, 2014. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=25 (Date of access: 30.10.2024).
20. Global TB Report. Geneva : World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/globaltuberculosis-report-2022> (Date of access: 30.10.2024).
21. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection (WHO/HTM/TB/2015.01). Geneva : World Health Organization, 2015. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136471/1/9789241548908_eng.pdf (Date of access: 30.10.2024).
22. Interim policy collaborative TB/HIV activities. Geneva : World Health Organization, 2004. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/78705> (Date of access: 30.10.2024).
23. Multisectoral accountability framework to accelerate progress to end tuberculosis by 2030. Geneva : World Health Organization, 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-TB-2019.10> (Date of access: 30.10.2024).
24. Political declaration of the UN General-Assembly High-Level Meeting on the Fight Against Tuberculosis. Geneva : World Health Organization, 2018. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the->

- [un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis](#)
(Date of access: 30.10.2024).
25. Resolution 78/5: Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis. New York : United Nations, 2023. URL: <https://undocs.org/A/RES/78/5> (Date of access: 30.10.2024).
26. The End TB strategy. Geneva : World Health Organization, 2015. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/331326> (Date of access: 30.10.2024).
27. The WHO Global Health Observatory. URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/bcg-immunization-coverage-among-1-year-olds-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/bcg-immunization-coverage-among-1-year-olds-(-)) (Date of access: 30.10.2024).
28. UNAIDS epidemiological estimates. 2023. URL: <https://aidsinfo.unaids.org/> (Date of access: 30.10.2024).
29. Weekly Epidemiological Record. 2018. Vol. 93 (08). Geneva : World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/260306> (Date of access: 30.10.2024).
30. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: Prevention – Tuberculosis preventive treatment. second edition. Geneva : World Health Organization, 2024. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/378536> (Date of access: 30.10.2024).
31. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: Screening – Systematic screening for tuberculosis disease. Geneva : World Health Organization, 2021. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/340255> (Date of access: 30.10.2024).
32. WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control. Geneva : World Health Organization, 2019. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/311259> (Date of access: 30.10.2024).

ДОДАТКИ

Філонова Ю. С., Терещенко Л. В., Корж Ю. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

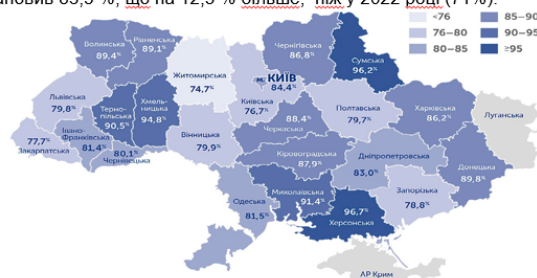
Реалізація державної політики протидії поширеності туберкульозу ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до якісних послуг з профілактики, діагностики та лікування. Разом з тим, охоплення вакцинацією дитячого населення є ключовим показником ефективності програм імунізації. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, для контролю вакцинованих інфекцій необхідно досягти рівня охоплення > 95% щепленнями проти кожної хвороби.

провести оцінку охоплення дитячого населення вакцинацією БЦЖ.

Інформаційні дані, які представлені на офіційних сайтах Центру громадського здоров'я МОЗ України, ВООЗ. У дослідженнях використовували загальнонотеретичні методи наукових досліджень.

Вакцинація БЦЖ є важливим профілактичним заходом у боротьбі проти туберкульозу, особливо в країнах з високим розповсюдженням захворювання.

За даними Центру громадського здоров'я щодо стану виконання планових щеплень проти туберкульозу дітей у віці до 1 року визначено, що у 2023 році становив 83,5 %, що на 12,5 % більше, ніж у 2022 році (71%).



Визначено, що найнижчий показник спостерігається у Житомирській (74,6%), Київській (76,7%), Закарпатській (77,7%) та Запорізькій (77,8%) областях

За результатами аналізу визначено, що рівень охоплення профілактичними щепленнями проти туберкульозу залишається низьким і не відповідав рекомендованому ВООЗ 95% рівню.

АНКЕТА

Шановний(а) респондент(ко)!

Ця анкета створена з метою з'ясувати Вашу поінформованість та ставлення до питань профілактики і виявлення туберкульозу. Просимо Вас відповісти максимально щиро.

Результати опитування будуть використані виключно в узагальненому вигляді.

1. Стать

- ☐ ☐ Чоловіча
- ☐ ☐ Жіноча

2. Вік

- ☐ ☐ 18–24 роки
- ☐ ☐ 25–34 роки
- ☐ ☐ 35–44 роки
- ☐ ☐ 45–59 років
- ☐ ☐ 60 років і старше

3. Місце проживання

- ☐ ☐ Місто
- ☐ ☐ Селище міського типу / Село

4. Рівень освіти

- ☐ ☐ Середня
- ☐ ☐ Незакінчена вища
- ☐ ☐ Вища (бакалавр, магістр)
- ☐ ☐ Інше (зазначте, будь ласка) _____

5. Як Ви оцінюєте свій матеріальний стан?

- ☐ ☐ Нижчий за середній
- ☐ ☐ Середній
- ☐ ☐ Вищий за середній

6. Як Ви вважаєте, чи достатньо Ви поінформовані про туберкульоз?

- ☐ ☐ Дуже добре обізнаний(а)
- ☐ ☐ У загальних рисах знаю
- ☐ ☐ Знаю дуже мало
- ☐ ☐ Нічого не знаю

7. З яких джерел Ви зазвичай отримуєте інформацію про туберкульоз та його профілактику? (можна обрати кілька)

- ☐ ☐ Інтернет (сайти, соцмережі)
- ☐ ☐ Телебачення
- ☐ ☐ Радіо
- ☐ ☐ Друковані видання (газети, журнали)
- ☐ ☐ Медичні працівники (лікарі, медсестри)
- ☐ ☐ Фармацевти (провізори) в аптеках

ПРОДОВЖЕННЯ ДОД. Б

- ☐ Родичі, знайомі, колеги
 - ☐ Громадські, благодійні організації
 - ☐ Спеціалізована література, навчальні заклади
 - ☐ Інше (зазначте) _____
8. **Які, на Вашу думку, найпоширеніші симптоми туберкульозу?** (можна обрати кілька)
- ☐ Кашель понад 2–3 тижні
 - ☐ Кровохаркання
 - ☐ Лихоманка/підвищена температура
 - ☐ Нічна пітливість
 - ☐ Задихка або утруднене дихання
 - ☐ Зниження апетиту
 - ☐ Відчуття сильної втоми, слабкості
 - ☐ Зменшення ваги
 - ☐ Інше (зазначте) _____
9. **Чи знаєте Ви про існування профілактичних обстежень на туберкульоз (флюорографія, рентген, туберкулінова проба тощо)?**
- ☐ Так, регулярно проходжу
 - ☐ Ч чув(ла), але не завжди проходжу
 - ☐ Ні, не чув(ла) про такі обстеження
10. **Чи знаєте Ви, що туберкульоз може передаватися повітряно-крапельним шляхом при кашлі або чханні хворого?**
- ☐ Так
 - ☐ Ні
 - ☐ Важко сказати
11. **Як Ви ставитеся до вакцинації БЦЖ (від туберкульозу) та її необхідності?**
- ☐ Вважаю, що це обов'язково і важливо для всіх
 - ☐ Припускаю, що це корисно, але маю певні сумніви
 - ☐ Не бачу в цьому сенсу
 - ☐ Важко відповісти
12. **Чи вважаєте Ви, що регулярні обстеження (флюорографія чи рентген легенів) важливі для вчасного виявлення ТБ?**
- ☐ Однозначно так
 - ☐ Скоріше так
 - ☐ Скоріше ні
 - ☐ Однозначно ні
 - ☐ Важко сказати

ПРОДОВЖЕННЯ ДОД. Б

13. Як часто Ви проходили флюорографічне обстеження або рентген легенів останні 2 роки?

- ☐ Не проходив(ла) жодного разу
- ☐ 1 раз
- ☐ 2 рази
- ☐ Більше двох разів
- ☐ Не пам'ятаю

14. Що Вас може мотивувати регулярно перевірятися на ТБ? (можна обрати кілька)

- ☐ Рекомендація лікаря
- ☐ Наявність безкоштовних чи пільгових обстежень
- ☐ Повідомлення про випадки ТБ у колі знайомих
- ☐ Інформаційні кампанії (у ЗМІ, аптеках, поліклініках)
- ☐ Побойовання заразити близьких
- ☐ Ніщо не змусить / уже перевіряюся регулярно
- ☐ Інше (зазначте) _____

15. Чи знаєте Ви про можливість профілактичного лікування (ПЛТ) для груп ризику (наприклад, для дітей або контактних осіб)?

- ☐ Так, і вважаю, що це важливо
- ☐ Щось чув(ла), але достеменно не знаю
- ☐ Ні, уперше чую

16. Які кроки, на Вашу думку, варто робити, щоб знизити ризик захворіти на ТБ? (можна обрати кілька)

- ☐ Вчасно проходити флюорографію / рентген
- ☐ Дотримуватися здорового способу життя (харчування, сон, відмова від куріння, алкоголю)
- ☐ Ретельно мити руки, дотримуватись загальних правил гігієни
- ☐ Уникати контакту з потенційно хворими людьми
- ☐ Робити щеплення (БЦЖ)
- ☐ Інше (зазначте) _____

17. Кому Ви найбільше довіряєте у питаннях, пов'язаних зі здоров'ям та профілактикою ТБ? (можна обрати кілька)

- ☐ Лікарям-пульмонологам, фтизіатрам
- ☐ Сімейним лікарям

ПРОДОВЖЕННЯ ДОД. Б

- ☐ Фармацевтам (провізорам)
- ☐ Родичам чи друзям
- ☐ Блогерам / соцмережам
- ☐ Громадським, благодійним організаціям
- ☐ Інше (зазначте) _____

18. Чи вважаєте Ви, що в Україні достатньо проводиться інформаційна робота щодо туберкульозу?

- ☐ Так, інформації достатньо
- ☐ Скоріше так, але є певні прогалини
- ☐ Скоріше ні, інформації замало
- ☐ Однозначно ні
- ☐ Важко сказати

19. Чи цікавилися Ви спеціалізованою літературою, лекціями, блогами про ТБ?

- ☐ Так, доволі часто
- ☐ Декілька разів
- ☐ Ні, не цікавив(ла)ся
- ☐ Важко відповісти

20. Будь ласка, висловіть власну думку про те, як можна покращити обізнаність населення щодо профілактики та раннього виявлення ТБ?
(Відкрите питання: запишіть основні думки)

Дякуємо за участь!

Нам дуже важливі Ваші відповіді.