

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора  
про затвердження теми

«До захисту допускається»  
завідувачка кафедри

\_\_\_\_\_ Г. О. Швіндіна

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
*на здобуття освітнього ступеня магістра*

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»  
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

**Державна стратегія боротьби із дитячою  
захворюваністю на туберкульоз**

Здобувач вищої освіти

гр. УЗ.мз-92ш  
**Пустовіт Валентина Яківна**

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело  
\_\_\_\_\_ Пустовіт В.Я.

Наукові керівники

**д.е.н., доцент Галинська Ю.В.**

**д.м.н., проф. Сміянов В.А.**

Суми 2020р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА  
за спеціальністю  
*281 Публічне управління та адміністрування,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»*  
студенту групи **УЗ.мз-92ш**  
**Пустовіт Валентини Яківни**

1. Тема роботи Державна стратегія боротьби із дитячою захворюваністю на туберкульоз  
затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_\_ від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи \_\_\_\_\_
3. Мета кваліфікаційної роботи: *теоретичне обґрунтування та визначення основних напрямків і рекомендацій щодо створення профілактичних заходів та організації системного лікування туберкульозу у дітей та підлітків.*
4. Об'єкт дослідження: *комунальний лікувально-профілактичний заклад Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій».*
5. Предмет дослідження: *система медичного обслуговування відповідно до державної стратегії лікування дитячого туберкульозу та перспективи створення профілактичних та лікувальних протитуберкульозних закладів на регіональному рівні.*
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах \_\_\_\_\_
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Особливості епідеміологічної ситуації з туберкульозу серед дитячого населення в Україні та Сумській області	
II	Аналіз основних показників діяльності комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій»	
III	Рекомендації розвитку фтизіатричної галузі України під час імплементації Державної стратегії	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:  
У розділі 1 студент має дослідити особливості епідеміологічної ситуації з туберкульозу серед дитячого населення в Україні та Сумській області.  
У розділі 2 студент має провести аналіз основних показників діяльності комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій».  
У розділі 3 студент має запропонувати шляхи розвитку фтизіатричної галузі України під час імплементації Державної стратегії.

#### 8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи

\_\_\_\_\_  
(підпис)

ПІБ

Завдання до виконання одержав

\_\_\_\_\_  
(підпис)

ПІБ \_\_\_\_\_

## АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз питання профілактики дитячого туберкульозу в період реалізації медичної реформи та подальша доля регіональних дитячих протитуберкульозних санаторіїв.

Визначено і теоретично обґрунтовано основні напрямки організації профілактики та лікування туберкульозу у дітей та підлітків. Проаналізовано особливості епідеміологічної ситуації на туберкульоз серед дитячого населення в Україні та Сумській області за період 2015-2019 роки; вивчено Державну стратегію реформування та розвитку фтизіатричної галузі України; досліджено організацію та показники діяльності комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій»; проаналізовано результати протидії туберкульозу в Україні за 2020 рік в умовах реформування фтизіатричної галузі; розроблено та обґрунтовано шляхи вирішення питання збереження регіональних дитячих протитуберкульозних санаторіїв, зокрема Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію, в умовах реформування галузі.

Визначено підходи до обґрунтування впровадження Стратегії реформування та розвитку фтизіатричної галузі. Запропоновано шляхи збереження профільних регіональних санаторіїв України.

*Ключові слова:* ТУБЕРКУЛЬОЗ, САНАТОРІЙ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, ПРОФІЛАКТИКА, СТРАТЕГІЯ.

## РЕФЕРАТ

*Структура й обсяг роботи.* Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 35 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 70 сторінок, у тому числі 15 таблиць, 15 рисунків, 8 додатків, список використаних джерел - 4 сторінки.

*Актуальність.* На сьогодні проблема дитячого туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу. Нова модель фінансування за надані медичні послуги створює ризики закриття протитуберкульозних закладів у зв'язку з недостатністю коштів місцевих бюджетів на їх утримання, що значно обмежує доступ хворих до медичної допомоги та погіршує епідемічну ситуацію в країні.

Виникла необхідність теоретичного обґрунтування й визначення практичних рекомендацій щодо зміни існуючих підходів до протидії захворюванню на туберкульоз дитячого населення країни.

*Метою роботи* є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо створення профілактичних заходів та організації системного лікування туберкульозу у дітей та підлітків.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- проаналізовано особливості епідеміологічної ситуації на туберкульоз серед дитячого населення в Україні та Сумській області за період 2015-2019 роки;
- вивчено Державну стратегію реформування та розвитку фтизіатричної галузі України;
- досліджено організацію та показники діяльності комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій»;
- проаналізовано результати протидії туберкульозу в Україні за 2020 рік в умовах реформування фтизіатричної галузі;
- розроблено та обґрунтовано шляхи вирішення питання збереження регіональних дитячих протитуберкульозних санаторіїв, зокрема Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію, в

умовах реформування галузі.

*Предметом дослідження* є система медичного обслуговування відповідно до державної стратегії лікування дитячого туберкульозу та перспективи створення профілактичних та лікувальних протитуберкульозних закладів на регіональному рівні.

*Об'єктом* дослідження є діяльність комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій».

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є епідеміологічні дослідження та аналіз документів і статистичних даних.

*Наукова новизна.* Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

*уперше:* запропоновано шляхи збереження профільних регіональних санаторіїв України;

*удосконалено:*

- науково-методичні підходи до комплексного аналізу профілактики та лікування дитячого туберкульозу Сумської області;

- методичні положення з розрахунку собівартості перебування дітей на профілактичному лікуванні у Шосткинському обласному дитячому протитуберкульозному санаторії;

- методичні положення щодо визначення ефективності діяльності комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій»;

Набули подальшого розвитку:

- науково-методичні підходи до обґрунтування впровадження Стратегії реформування та розвитку фтизіатричної галузі.

*Ключові слова:* ТУБЕРКУЛЬОЗ, САНАТОРІЙ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, ПРОФІЛАКТИКА, СТРАТЕГІЯ.

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП</b> .....	
<b>РОЗДІЛ I ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ ТА СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b> .....	
1.1. Аналіз епідемічної ситуація з дитячого туберкульозу в Україні .....	
1.2. Фінансові та медичні перспективи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.....	
1.3 Перспективи державної політики протидії туберкульозу в Україні .....	
<b>РОЗДІЛ II АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ШОСТКИНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ДИТЯЧИЙ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ САНАТОРІЙ»</b> .....	
2.1. Характеристика закладу .....	
2.2. Аналіз основних показників діяльності Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію .....	
2.3.Результати протидії туберкульозу в Україні на 2020рік .....	
<b>РОЗДІЛ III РЕКОМЕНДАЦІЇ РОЗВИТКУ ФТИЗІАТРИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СТРАТЕГІЇ</b> .....	
3.1.Проблеми Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію в умовах реформування галузі та шляхи їх вирішення .....	
3.2. Рекомендації розвитку фтизіатричної галузі .....	
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	
<b>ДОДАТКИ</b> .....	

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМН України	Академія медичних наук України
БЦЖ	Вакцина туберкульозна
БЦЖМ	Вакцина туберкульозна ослаблена
ВДТБ	Вперше діагностований туберкульоз
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КЛПЗ СОР	Комунальний лікувально-профілактичний заклад Сумської обласної ради
ЛФК	Лікувальна фізична культура
Проба Манту з 2ТО	Специфічний діагностичний тест
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МР ТБ	Мультирезистентний туберкульоз
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
МРТБ	Мультирезистентний туберкульоз
ПТЗ	Протитуберкульозні заклади
ПТП	Протитуберкульозні препарати
ТБ	Туберкульоз
ШОДПС	Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій



## ВСТУП

Актуальність дослідження пояснюється погіршенням епідемічної ситуації з дитячого туберкульозу в Україні.

Туберкульоз – хвороба, для якої не існує кордонів та будь-яких соціальних та вікових обмежень. На жаль, ця недуга може затьмарити і найщасливішу пору життя – дитинство.

Щороку від туберкульозу помирають понад 1,5 млн людей по всьому світу (4000 осіб в Україні). У 2019 році в країні було зареєстровано 25,2 тис. нових випадків, а всього на обліку перебувало майже 30 тис. хворих. При тому, що, за даними ВООЗ, близько 23% випадків захворювання в Україні не визначаються.

Ця проблема подвоюється, коли мова іде про дитячий туберкульоз. Проблема туберкульозу серед дітей є надзвичайно актуальною, оскільки діти в десятки разів вразливіші за дорослих з погляду ризику зараження і захворювання на цей недуг. За своїми анатомо-фізіологічними особливостями вони є найбільш чутливими до туберкульозної інфекції контингентами населення. Ризик розвитку туберкульозу у дорослої людини, інфікованої мікобактеріями (паличка Коха), складає 0,4%, а у дітей віком від одного до чотирьох років – 23%. Найбільш незахищеними є немовлята. Ризик розвитку туберкульозу у малечі віком до одного року – 40%.

Значно ускладнює ситуацію швидке зараження туберкульозом. За статистичними даними, кожна третя дитина підліткового віку, що страждає на цей недуг, виділяє мікобактерії туберкульозу. Тобто вона страждає «відкритою» формою, яка є найбільш небезпечною для оточуючих. Варто відмітити, що на сьогодні кількість випадків із деструктивною формою туберкульозу серед дітей складає 14,3%, а серед підлітків – 32,4%.

З 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій. Національна служба здоров'я України укладає договори на надання послуг з діагностики та лікування туберкульозу з профільними установами по всій країні. На 9 місяців 2020 року на лікування дорослих і дітей із туберкульозом в

Програмі медичних гарантій передбачили 835 млн 831 тис. грн. Ці кошти НСЗУ виплачує закладам, які уклали договір на надання таких послуг. За лікування одного пацієнта НСЗУ заплатить медустановам 20 663 грн.

Керівництво НСЗУ запевняло, що жоден пацієнт з туберкульозом, який потребує медичної допомоги, не залишиться без неї. У нього буде вибір серед багатьох лікарень, адже зі стартом програми медичних гарантій принцип "гроші йдуть за пацієнтом" буде працювати не тільки на первинній ланці медичної допомоги. Пацієнт вибере заклад, в якому хоче лікуватися, а НСЗУ заплатить за це лікування закладу за договором. Тариф включає діагностику, лікування в амбулаторних умовах та умовах стаціонару. Лікарські засоби закуповуються за централізованими програмами Міністерства охорони здоров'я.

Але на кінець 2020 року видно певні прорахунки медреформи у зв'язку із залученням до її розробки експертів. Залучалися економісти, які брали чужі економічні моделі і дивилися, як їх можна адаптувати до умов України.

З одного боку, це правильно і прогресивно, але, з іншого боку, оскільки реформа не врахувала нюанси і на неї наклалася пандемія COVID-19— це значно обмежило доступність допомоги для пацієнтів з туберкульозом.

Проблема медреформи для сфери послуг лікування туберкульозу в тому, що до неї готувався тільки центральний рівень, з регіонами і на рівні регіонів ніхто не працював. Районних фтизіатрів скоротили, на них не виділили фінансування, а сімейні лікарі виявились не готовими до цієї роботи. Це великий удар по системі виявлення і подальшого доліковування пацієнтів. Найболючішим в контексті дитячого туберкульозу залишається питання лікувальних та профілактичних заходів у регіонах країни. За останній рік фактично знищено мережу санаторних закладів для дітей, що складалася із 51 закладу.

*Метою роботи* є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо створення профілактичних заходів та організації системного лікування туберкульозу у дітей та підлітків.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі задачі:

- проаналізовано особливості епідеміологічної ситуації на туберкульоз серед дитячого населення в Україні та Сумській області за період 2015-2019 роки;

- вивчено Державну стратегію реформування та розвитку фтизіатричної галузі України;

- досліджено організацію та показники діяльності комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій»;

- проаналізовано результати протидії туберкульозу в Україні за 2020 рік в умовах реформування фтизіатричної галузі;

- розроблено та обґрунтовано шляхи вирішення питання збереження регіональних дитячих протитуберкульозних санаторіїв, зокрема Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію, в умовах реформування галузі.

*Предметом дослідження є система медичного обслуговування відповідно до державної стратегії лікування дитячого туберкульозу та перспективи створення профілактичних та лікувальних протитуберкульозних закладів на регіональному рівні.*

*Об'єктом дослідження є діяльність комунального лікувально-профілактичного закладу Сумської обласної ради «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій».*

# **РОЗДІЛ І ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ ТА СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

## **1.1 Аналіз епідемічної ситуація з дитячого туберкульозу в Україні**

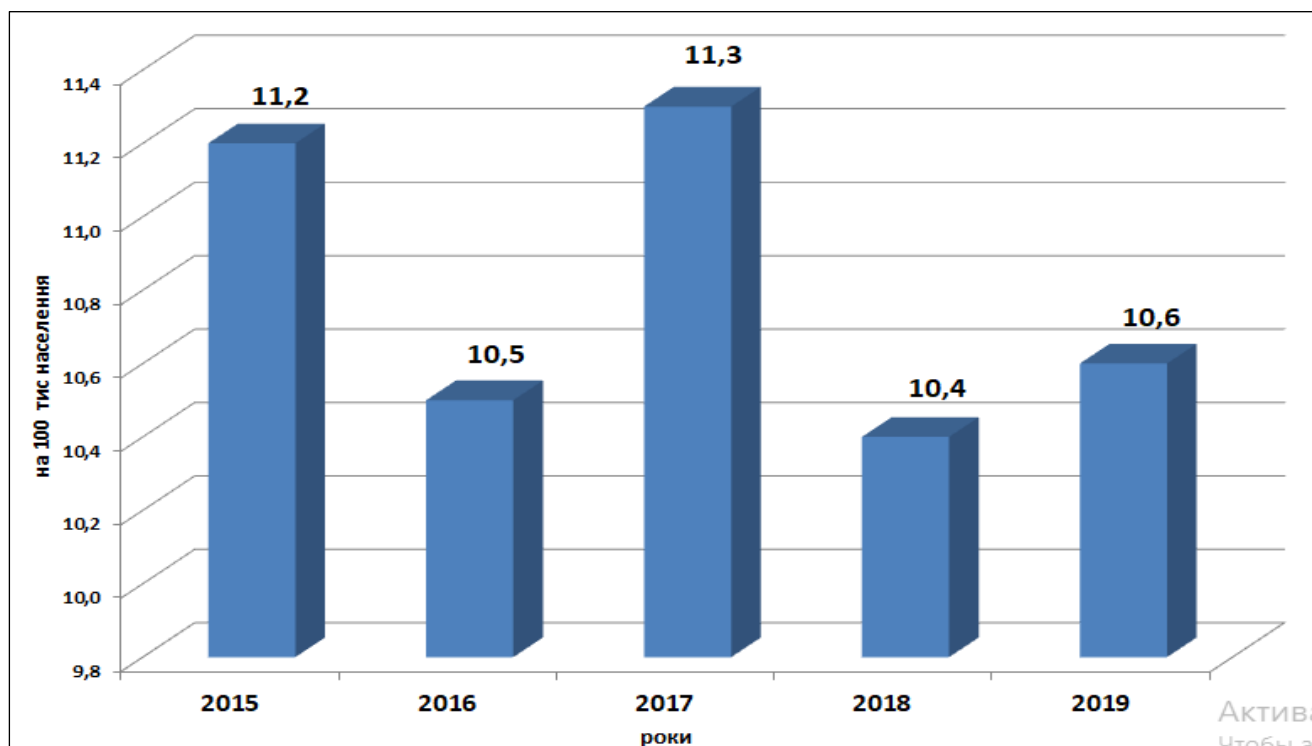
Туберкульоз у дітей та підлітків в Україні залишається серйозною медикобіологічною та соціальною проблемою, значущість якої суттєво збільшилась в умовах епідемії туберкульозу, яка триває в Україні з 1995 року.

Зростання захворюваності дітей та підлітків відбувається паралельно з динамікою цих показників у дорослих, але, в той же час, має суттєві відмінності.

Стан здоров'я дітей є своєрідним віддзеркаленням, наслідком глобальних соціальних, екологічних та медичних проблем дорослого населення. Внаслідок біологічних особливостей адаптаційні можливості дитячого організму є обмеженими, а чутливість до екзогенних та ендогенних факторів підвищена. Тому діти першими реагують на соціально-економічне неблагополуччя, а їх здоров'я є своєрідним індикатором епідемічного стану суспільства. Зростання захворюваності дорослого населення в період епідемії спричинило збільшення рівня інфікування туберкульозом дітей та підлітків. За даними ВООЗ, країна вважається благополучною щодо туберкульозу, якщо інфікованість мікобактеріями туберкульозу дітей віком від 1 до 14 років не перевищує 1%, а щорічний можливий приріст цього показника становить близько 0,1%. Збільшення захворюваності дітей на туберкульоз в Україні за даними офіційної статистики почалося з 1990 р. і цей показник становив на той час 4,6 на 100 тис. дитячого населення (з 1990 р. захворюваність дітей збільшилась більше ніж на 100 % ).

За даними 2019 року відмічається незначне збільшення частки випадків дитячого ТБ (віком до 17 років) серед усіх нових випадків захворювання та рецидивів: в 2019 році показник по Україні склав 10,6 на 100 тис. нас. проти 10,4 за 2018 рік. За останні 5 років найбільшим був показник 2017 року – 11,3. Всього захворіло у 2019р -803 дитини проти 788 у 2018 році.

**Рисунок 1.1** Захворюваність на ТБ дітей віком від 0-17 років включно, що включає нові випадки та рецидиви, Україна, 2015-2019 р р., на 100 тис. населення



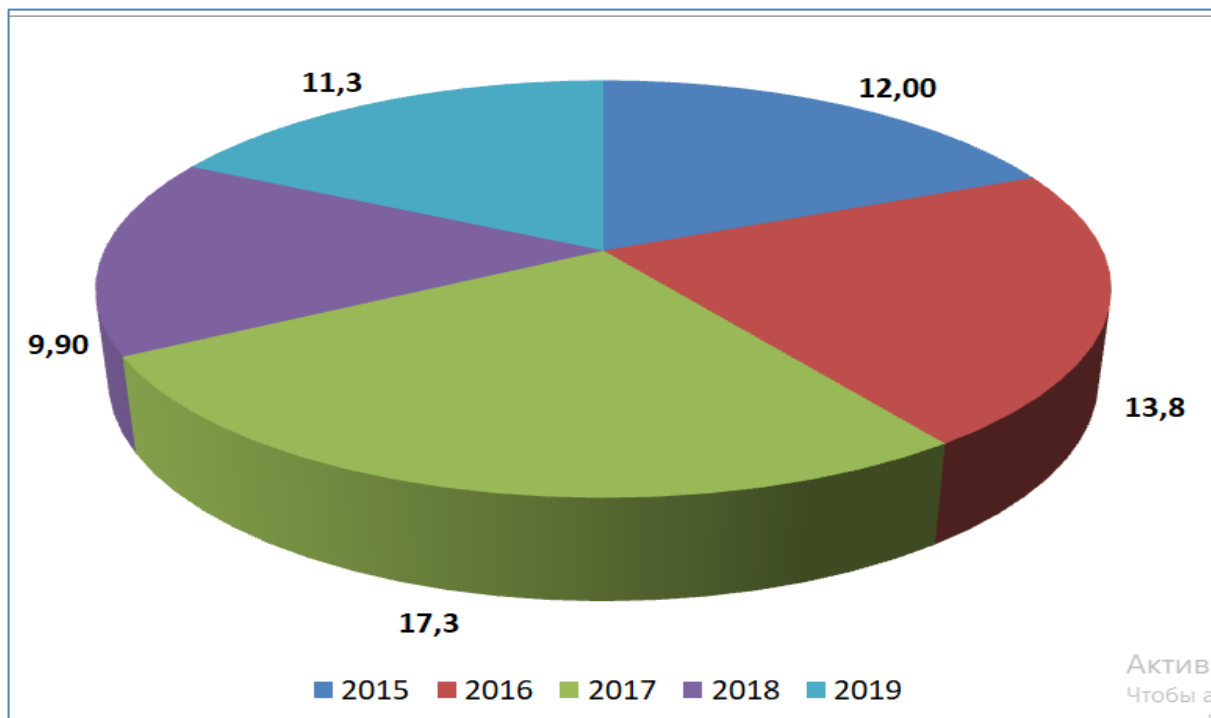
Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

У регіонах України спостерігається значне коливання захворюваності на ТБ (від 2,7 до 24,6 на 100 тис. дитячого населення віком від 0-17 років). Найвищі показники захворюваності на ТБ у 2019 році зареєстровані у Запорізькій (24,6), Дніпропетровській (17,4), Херсонській (16,3) областях; найнижчі – Чернівецькій (2,7), Тернопільській (3,1) та Миколаївській(4,8) областях.

Сумська область має середні показники. Кількість дітей віком до 17 років за період 2015-2019 рр становила: 2015р – 21 чол, 2016р – 24 чол, 2017р – 30 чол, 2018р – 17 чол, 2019р – 19 чол.

**Рисунок 1.2** Захворюваність на ТБ дітей Сумської області віком від 0-17

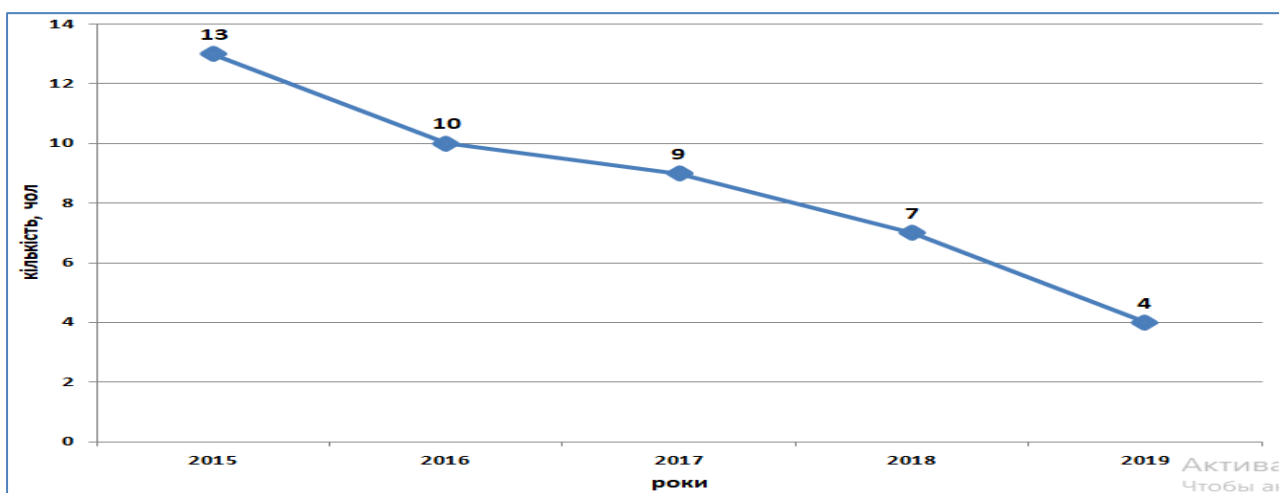
років включно, що включає нові випадки та рецидиви, Україна, 2015-2019 р р., на 100 тис. населення



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

За останнє п'ятиріччя в Україні спостерігалась тенденція до зниження рівня дитячої смертності від туберкульозу. У 2019 році порівняно з 2015 роком рівень смертності від ТБ знизився на 69,3 % та склала 0,012 проти 0,17 на 100 тис. населення.

**Рисунок 1.3 Показники смертності дітей віком від 0-17 років (за даними Держстату України), абсолютна кількість.**



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

Всього за період 2015-2019 рр в Україні зареєстровано 43 випадки дитячої смертності від туберкульозу. Найвищі показники зареєстровані у Львівській (7 чол) та Дніпропетровській (6 чол) областях; у Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Херсонській та Чернігівській областях за вказаний період летальних випадків не було.

В Сумській області мав місце лише 1 випадок смерті дитини у 2017 році.

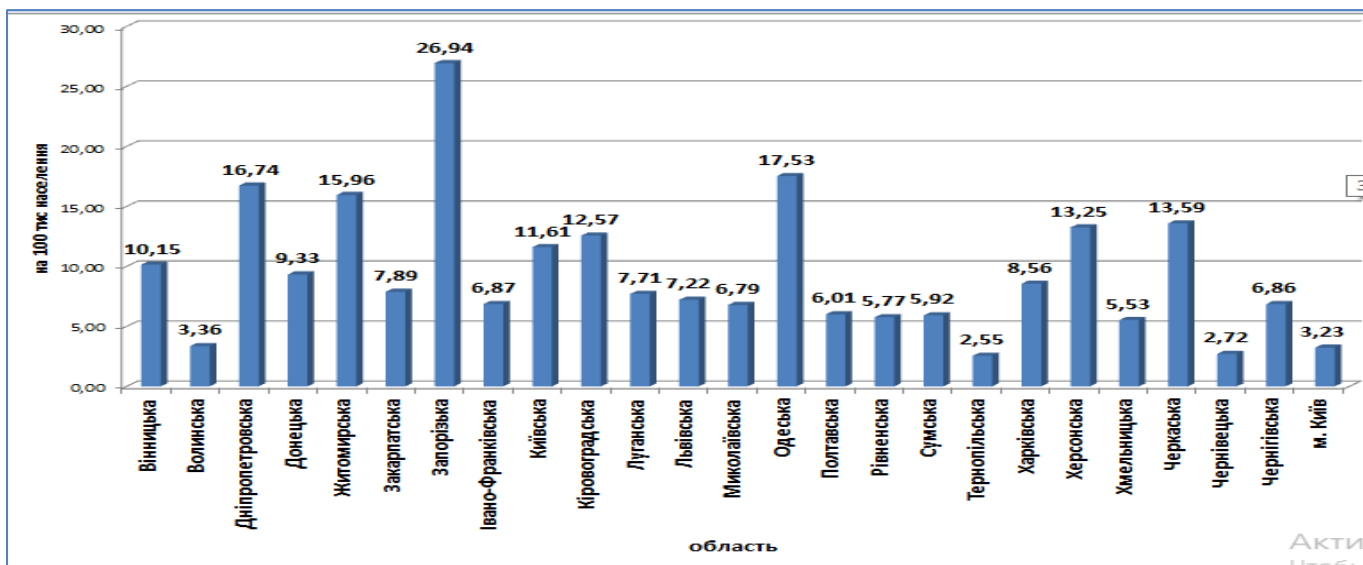
**Таблиця 1.1 Розподіл хворих віком від 0-17 років, які померли від туберкульозу, за віком і статтю (за даними Держстату України)**

№ з/п	Вік	Абсолютна кількість									
		чоловіки					жінки				
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
1	До 1 року	3	0	1	1	1	1	1	1	0	0
2	1-4 роки	1	2	2	3	0	6	5	1	2	1
3	5-9 років	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
4	10-14 років	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
5	15-17 років	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1

У 2019 році на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України та під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 703 дитини віком від 0-17 років хворих на всі форми активного ТБ (у 2015 році – 761). Показник поширеності ТБ складав 9,27 на 100 тис. населення проти 10,0 в 2015 році та став на 8 % нижче.

У регіонах України спостерігається значне коливання захворюваності на ТБ (у 2019 році від 3,23 до 26,94 на 100 тис. населення). Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровані у Запорізькій (26,94), Одеській (17,53) Дніпропетровській (16,74) областях; найнижчі – Тернопільській (2,55), Чернівецькій (2,72) областях та в м. Києві (3,23).

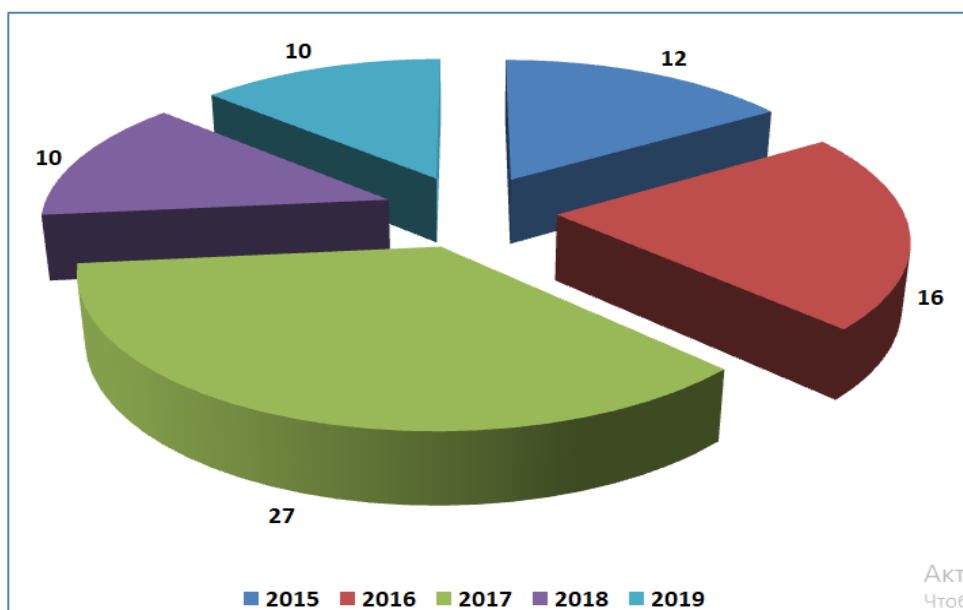
**Рисунок 1.4** Поширеність всіх форм активного туберкульозу серед дітей віком 0-17 років, по регіонах України, 2015-2019 рр., на 100 тис. населення.



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

В Сумській області за період 2015-2019 року на обліку в медзакладах перебувало 5,8 (2018р) до 15,5 (2017р) на 100 тис. дитячого населення.

**Рисунок 1.5** Поширеність всіх форм активного туберкульозу серед дітей Сумської області віком 0-17 років включно, абсолютна кількість.

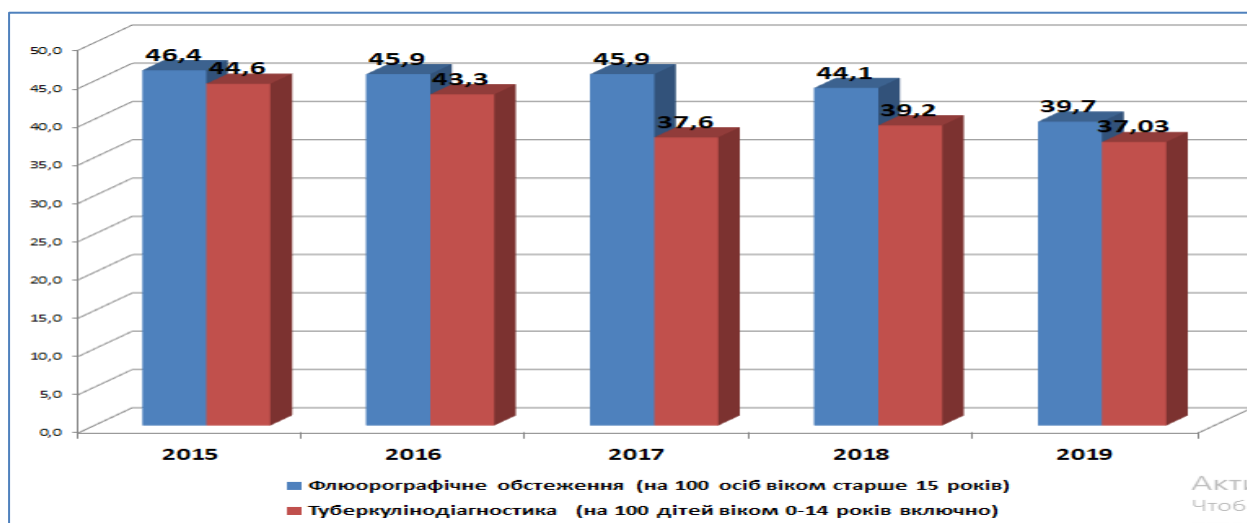




## 1.2 Фінансові та медичні перспективи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз

Основним методом, що дозволяє виявити у дитини захворювання на туберкульозінфікованість є туберкулінодіагностика (проба Манту з 2 ТО). У зв'язку з тим, що рентгенофлюорографічне обстеження проводять серед підлітків лише з 15-ти років, для раннього виявлення інфікованості серед дітей застосовують щорічну постановку туберкулінової проби Манту.

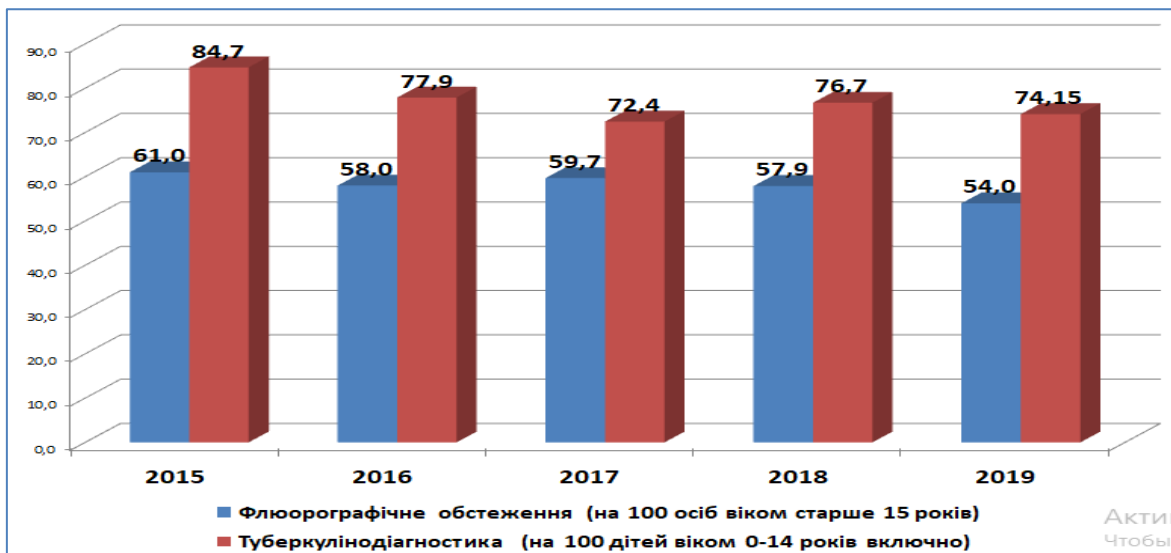
**Рисунок 1.6 Показники профілактичних оглядів з метою виявлення хворих на туберкульоз дітей у закладах охорони здоров'я.**



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

Проба Манту проводиться з метою відбору контингенту серед дітей для раннього виявлення початкових і локальних форм туберкульозу, визначення інфікованості дитячого населення, відбору контингентів для ревакцинації проти туберкульозу(до 2018р.)

**Рисунок 1.7 Показники профілактичних оглядів з метою виявлення хворих на туберкульоз дітей у закладах охорони здоров'я Сумської області.**



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

За останні роки виникають багато дискусій щодо проведення туберкулінодіагностики, які обумовлені низькою поінформованістю батьків стосовно важливості даного методу виявлення туберкульозу та інфікованості. Туберкулінодіагностиці на сьогоднішній день альтернативи немає. Алерген туберкульозний очищений, який застосовується для постановки проби Манту, не є шкідливим для здоров'я дітей, що підтверджується тривалим періодом його застосування.

Слід зазначити, що клінічні прояви ТБ у дітей часто мають неспецифічний характер. На перший план виступають симптоми туберкульозної інтоксикації – субфебрильна лихоманка, зниження маси тіла (у дітей раннього віку – уповільнення набору ваги), пітливість, периферична лімфаденопатія, тощо. Тому лікарям-педіатрам первинної ланки необхідно приділяти особливу увагу подібним скаргам у дітей з різко позитивним результатом туберкулінових тестів.

Ще більш складною є діагностика позалегенового ТБ та хіміорезистентного ТБ у пацієнтів дитячого віку. Через те, що переважна більшість дітей мають негативний мазок та культуру мокротиння – провести

рутинний тест медикаментозної чутливості неможливо. Дещо розширює можливості лікарів застосування молекулярно-генетичних методів верифікації ТБ, таких як система “GeneXpert”. Тому у всіх випадках активного ТБ у дітей слід у першу чергу застосовувати молекулярно-генетичні методи діагностики. Але незважаючи на це, досить велику частку пацієнтів доводиться лікувати емпірично, орієнтуючись на результати тесту медикаментозної чутливості джерела інфекції. Тому для лікарів-фтизіопедіатрів вкрай важливою є робота у осередку захворювання.

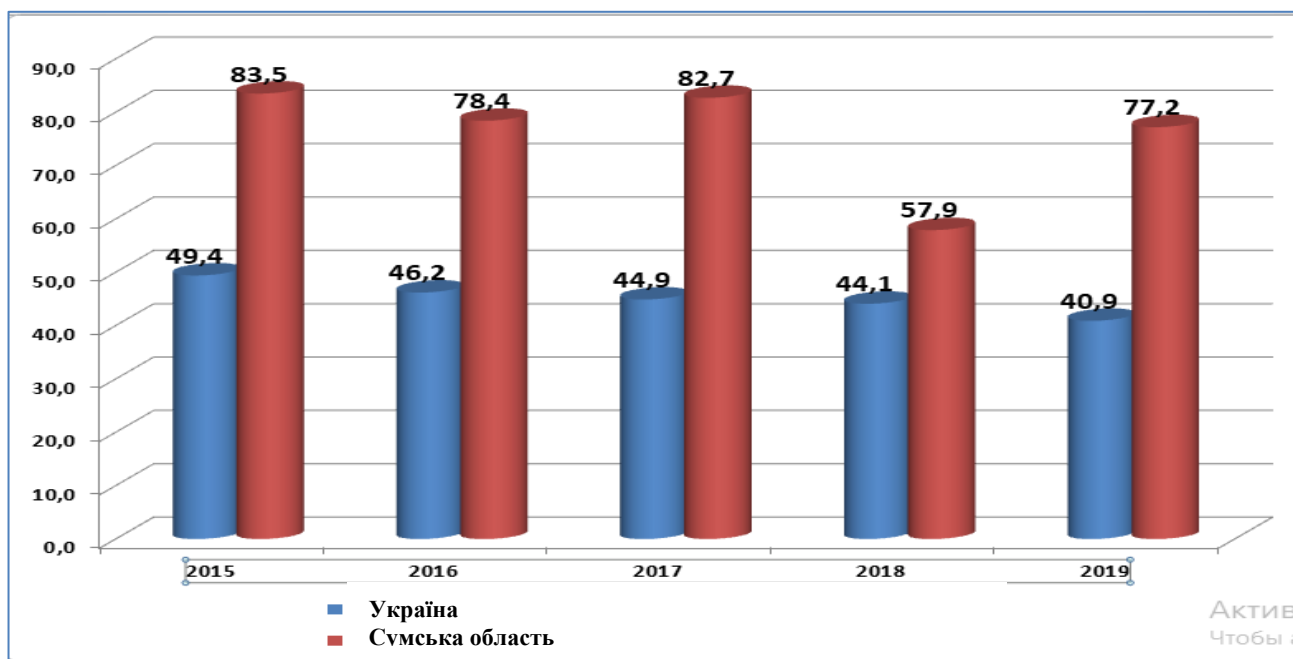
**Рисунок 1.8 Виявлення хворих на туберкульоз при профілактичних оглядах в Україні (% до загальної кількості нових випадків туберкульозу)**



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

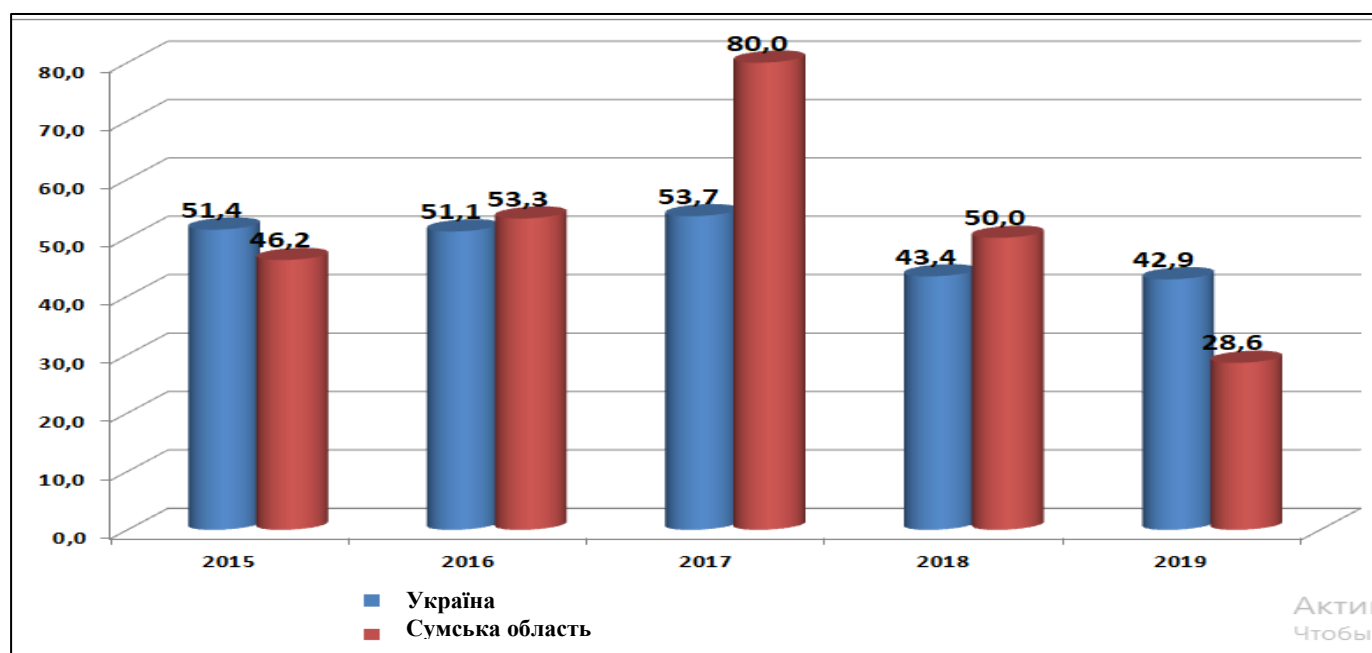
Показники виявлення хворих на туберкульоз дітей при профілактичних оглядах в Сумській області за період 2015-2019 рр значно перевищує загальнодержавні, що характеризує роботу фтизіатричної галузі регіону як вчасну та якісну.

**Рисунок 1.9 Порівняльний аналіз виявлення хворих на туберкульоз при флюорографічних оглядах населення старше 15 років) в Україні та Сумській області (% до загальної кількості нових випадків туберкульозу)**



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

**Рисунок 1.10 Порівняльний аналіз виявлення хворих на туберкульоз при туберкулінодіагностиці (населення 0-14 років) в Україні та Сумській області (% до загальної кількості нових випадків туберкульозу)**



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

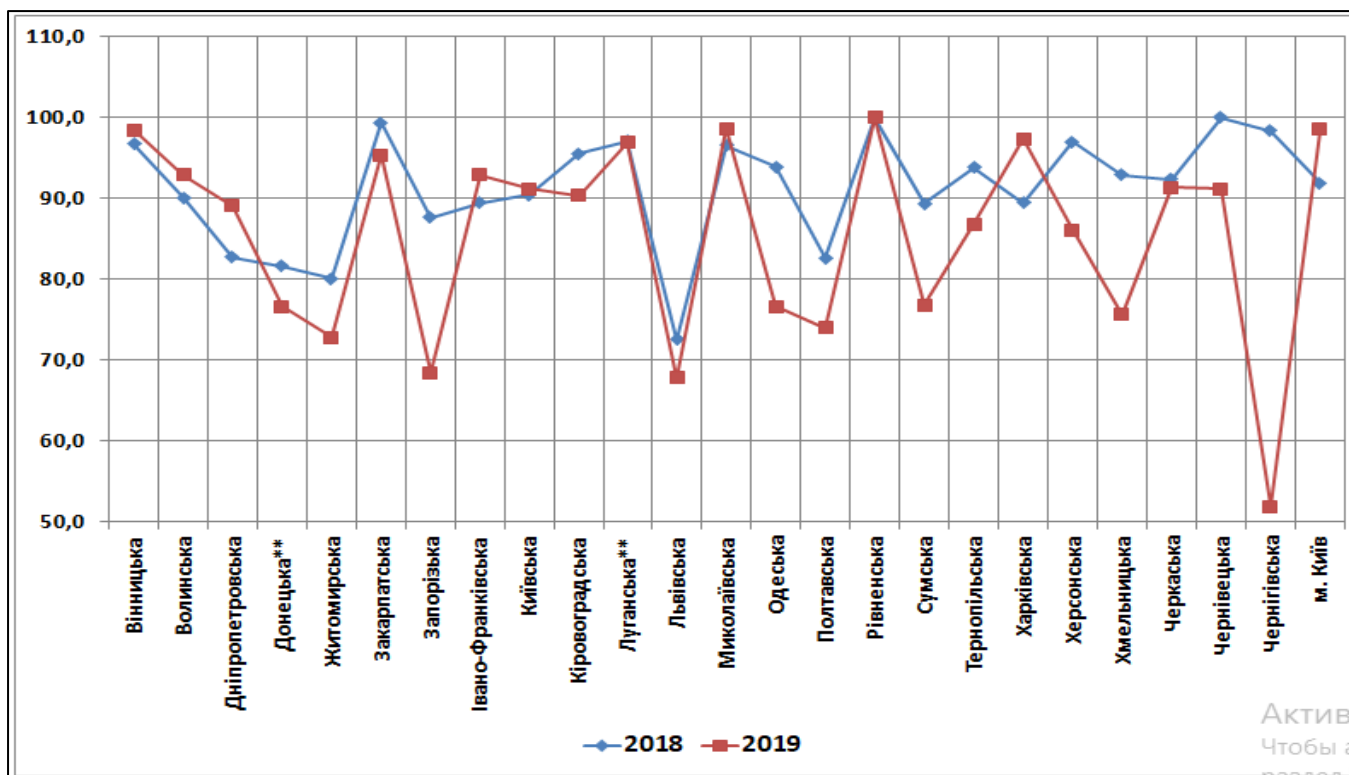
Показником, що відображає епідеміологічне неблагополуччя в країні, є кількість дітей груп ризику захворювання на туберкульоз (насамперед із латентною туберкульозною інфекцією), які потребують обстеження, диспансерного нагляду у дитячого фтизіатра та проведення профілактичного лікування протягом 3–6 місяців.

Найбільш уразливими контингентами у вогнищах туберкульозної інфекції залишаються підлітки, які захворюють в 2 рази частіше, ніж дорослі, і в 3 рази — ніж діти .

Питання проведення профілактичного лікування у дітей та підлітків, що перебували у контакті з хворими на ТБ та у яких виявлено «віраж»(вперше позитивну) туберкулінових проб залишається дуже актуальним. На сьогодні в Україні та більшості країн світу превентивне лікування латентної туберкульозної інфекції проводиться за допомогою комбінації препаратів І ряду. Натомість, зважаючи на стрімке розповсюдження штамів МБТ з мультирезистентністю та розширеною резистентністю, є гостра необхідність у розробці індивідуальних режимів хіміопрофілактики, зважаючи на тест медикаментозної чутливості джерела інфекції. За даними досліджень, режимами хіміопрофілактики, що включають фторхінолони, ефективно попереджують захворювання на мультирезистентний туберкульоз дітей, які контактували з іншими хворими на ТБ, у більш ніж 90% випадків. У якості профілактичного лікування підлітків з МРТБ-контакту розглядаються схеми з включенням клофазиміну або деламаніду.

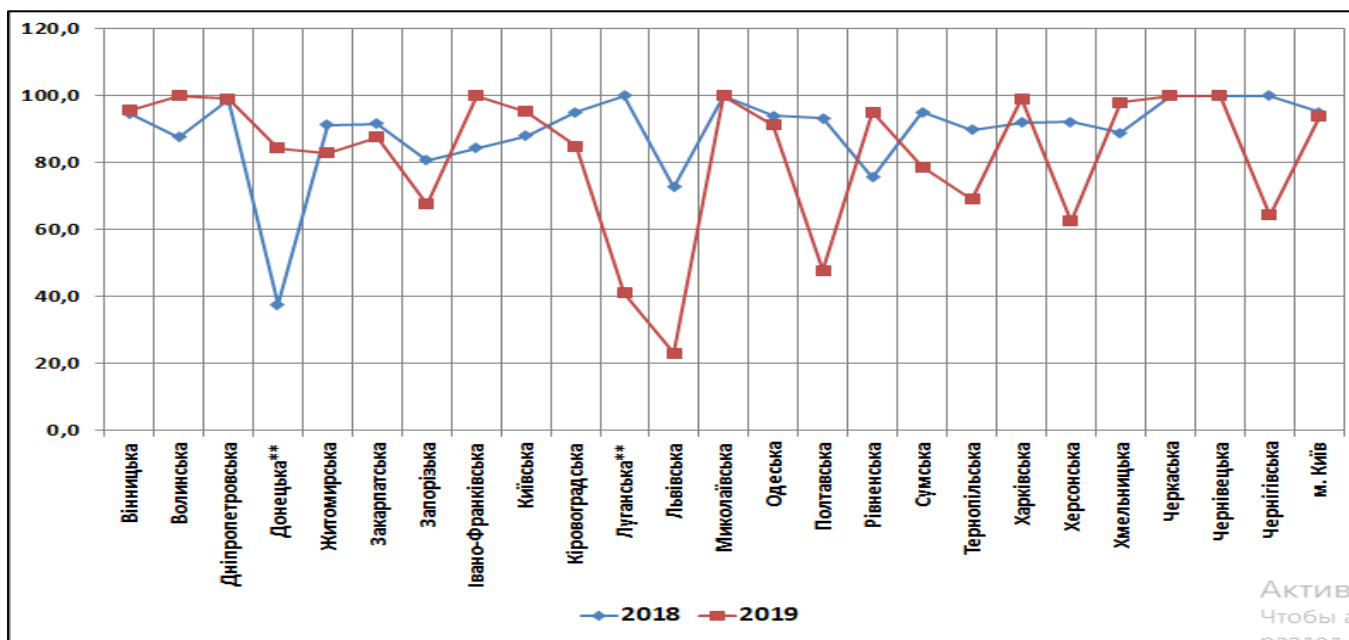
За даними 2019 року, порівняно з 2018 роком, відмічається зменшення відсотка дітей, що пройшли хіміопрофілактику від загальної кількості дитячого населення, що підлягало. 100% дитячого населення віком 0-14 років у 2018 та 2019рр було охоплено лише у Рівненській області, 15-17 років – у Миколаївській, Черкаській та Чернівецькій областях.

**Рисунок 1.11** Відсоток дітей віком 0-14 років, що пройшли курс лікування від загальної кількості тих, що підлягали хіміопрофілактиці по регіонах.



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

**Рисунок 1.12** Відсоток дітей віком 15-17 років, що пройшли курс лікування від загальної кількості тих, що підлягали хіміопрофілактиці по регіонах.



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

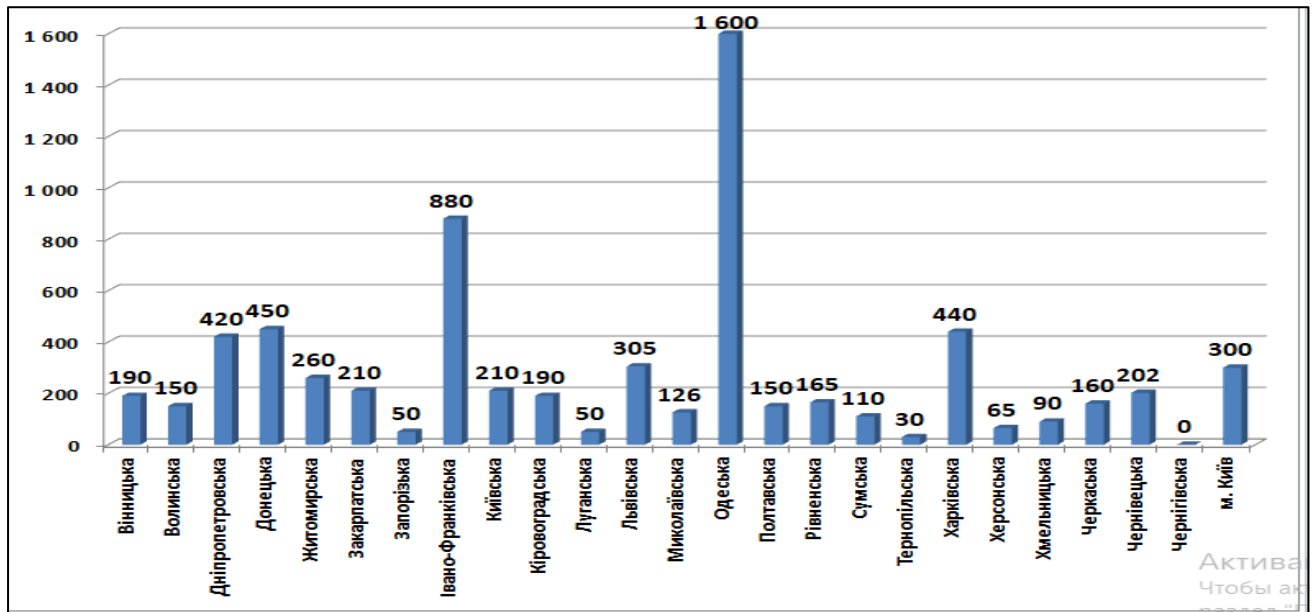
У Сумській області хоча і прослідковується зниження показників, курс хіміопрофілактики пройшли більше 75% дітей та підлітків з числа тих, що підлягали її проведенню.

**Таблиця 1.2 Хіміопрофілактика дитячого населення, 2018-2019 рр**

Дітям віком 0-14 років включно				
	2018 р		2019р	
	Сумська область	Україна	Сумська область	Україна
підлягало хіміопрофілактиці	159	8226	367	8377
пройшли курс хіміопрофілактики	142	7376	282	7066
%	89,3%	89,7%	76,8%	84,4%
Дітям віком 15-17 років включно				
	2018 р		2019р	
	Сумська область	Україна	Сумська область	Україна
підлягало хіміопрофілактиці	20	2523	42	2492
пройшли курс хіміопрофілактики	19	2305	33	2090
%	95%	91,4%	78,6%	83,9%

Викликає занепокоєння зменшення кількості дитячих протитуберкульозних санаторіїв, в яких проводиться дійсно контрольована хіміопрофілактика у групах ризику та лікування хворих (переважно після курсу інтенсивної хіміотерапії в умовах стаціонару). Загальна кількість дитячих санаторіїв скоротилась на 12 % (з 57 у 1995 р. до 54 у 2019р.). Ліжковий фонд: в цілому у порівнянні з 1995 р. зменшився на 20 % (з 8510 до 6803 ліжок).

**Рисунок 1.13 Санаторії для хворих на туберкульоз, кількість ліжок станом на 2019рік.**



Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2019 рік Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

Дитяча фтизіатрія є невід'ємною складовою фтизіатричної служби України, тому її подальший розвиток пов'язаний, насамперед, із розвитком пріоритетних напрямків фтизіатричної служби країни.

Однак, особливості перебігу захворювання, відмінні клінічні форми, особливості раннього виявлення, профілактики, лікування, диспансерного нагляду та наявності належності до груп ризику захворювання на туберкульоз суттєво відрізняють форми контролю за туберкульозом у дітей та дорослих.

Слід відзначити, що в Україні існує функціонально виправдана система раннього виявлення, профілактики та лікування туберкульозу, яка дозволяє стримувати зростання захворюваності на туберкульоз у найбільш уразливої до цієї інфекції верстви населення — дітей та підлітків.

Тому в умовах епідемії туберкульозу необхідно приділити увагу таким напрямкам:

1. Збереження та вдосконалення існуючої системи раннього виявлення, профілактики та лікування туберкульозу у дітей зі збереженням інфраструктури фтизіатричної служби з урахуванням потреби в лікарях — дитячих фтизіатрах.



2. Підвищення рівня матеріальнотехнічного забезпечення, оснащення діагностичним та лікувальним обладнанням дитячих протитуберкульозних закладів (стаціонарів, диспансерів, санаторіїв та ін.).

3. Збереження дитячих протитуберкульозних санаторіїв (МОЗ України та регіональних), у яких реально здійснюється, насамперед, контрольоване профілактичне лікування дітей та підлітків із груп ризику захворювання на туберкульоз (їх кількість тільки на диспансерному спостереженні у дитячих фтизіатрів у 2004 р. склала більше ніж 250000 осіб) та доліковування хворих із локальними формами туберкульозу.

4. Створення Українського Центру кістковосуглобового туберкульозу у дітей.

5. З метою зменшення променевого навантаження на дітей та підлітків під час профілактичного та діагностичного обстежень максимально використовувати цифрові рентгенапарати.

6. Налагодити систему розрахунків потреби, закупівлі та розподілу вакцини БЦЖ та БЦЖ М по адміністративних територіях України.

7. Здійснювати ретельний аналіз випадків ускладнень щеплень БЦЖ із обов'язковим заповненням існуючих реєстраційних форм і наданням відповідної інформації в Інститут фтизіатрії і пульмонології АМН України.

8. Включити в нову Національну програму боротьби з туберкульозом пріоритетні напрямки розвитку контролю за туберкульозом у дітей в Україні.

9. Сприяти міжнародному співробітництву у здійсненні програм контролю за туберкульозом у дітей.

### **1.3 Перспективи державної політики протидії туберкульозу в Україні**

Новий етап протидії ТБ на глобальному рівні розпочато у травні 2014 р., коли Всесвітня асамблея охорони здоров'я (м. Женева, Швейцарія) схвалила Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» на період 2016 – 2035 рр., що узгоджується із завданнями Цілей сталого розвитку до 2030 року, прийнятих Організацією Об'єднаних Націй.

Головним завданням в рамках реалізації нової Глобальної стратегії ВООЗ з протидії ТБ до 2035 року є звільнення світу від ТБ з досягненням нульового рівня захворюваності, смертності та жодна з постраждалих сімей не повинна нести катастрофічні витрати, пов'язані з ТБ (тобто коли родина витрачає більше половини родинного бюджету на лікування хворого члена родини)

Цільовими показниками для досягнення мети в рамках нової Стратегії є зниження рівня захворюваності на ТБ нижче 10 випадків на 100 000 населення, скорочення числа смертей від ТБ на 95% (в порівнянні з 2015 роком), скорочення показника захворюваності на ТБ на 90% (порівняно з 2015 роком).

Реалізація стратегії «Покласти край ТБ» буде відбуватися в декілька етапів.

Перший етап – оптимальне використання вже наявних і нових лікарських засобів, забезпечення загального доступу населення до послуг з охорони здоров'я та соціальний захист. Його реалізація повинна дозволити до 2020 року досягнути зниження рівня захворюваності на ТБ в середньому на 10% щороку. З 2014 по 2015 рік темпи зниження захворюваності ТБ склали в усьому світі лише 1,5%, а це означає, що з такими темпами досягнення мети потребуватиме десятиліть, а не 15 років, передбачених Ціллю сталого розвитку. Щоб досягти перших проміжних результатів Стратегії ВООЗ темпи скорочення повинні зрости до кінця 2020 р до 4-5% на рік.

Другий етап – впровадження нових засобів профілактики, лікування та проведення діагностики безпосередньо наближено до місця надання медичної допомоги, в тому числі на первинному рівні. Завдяки цьому до 2025 року зниження рівня захворюваності буде відбуватися в середньому на 17% в рік.

Політична воля держави, інтегрована і орієнтована на пацієнта протитуберкульозна допомога, інтенсифікацію досліджень та інновації, як третій етап реалізації стратегії, дозволять досягнути кінцевої мети стратегії до 2035 року – покінчити з глобальною епідемією туберкульозу в світі.

Реалізація плану ВООЗ дозволить за розрахунками врятувати 1 089 308 життів, зекономити за рахунок попередження смерті хворих від ТБ 13 805 доларів США за кожну особу та за рахунок попередження інвалідності 657 доларів США на особу в рік. Загальна ефективність від реалізації цієї програми оцінюється у 48 мільярдів доларів США.

Питання протидії ТБ в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань.

Уряд схвалив Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року та Державну стратегію розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню (розпорядження від 27 грудня 2017 р. № 1011-р), метою якої є стабілізація рівня захворюваності, зменшення рівня смертності та підвищення ефективності лікування хворих.

Питання подолання епідемії туберкульозу базується на засадах Глобальної стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу до 2035 року. Головними підпунктами до виконання визначено удосконалення системи організації та надання протитуберкульозної допомоги.

Стратегія реформування та розвитку фтизіатричної і пульмонологічної галузі й науки до 2022 року (далі – Стратегія) розроблена на виконання постанови № 1 Загальних зборів Національної академії медичних наук України (далі – НАМН) від 20 червня 2018 року; з урахуванням:

- Стратегії реформування та розвитку Національної академії медичних наук України на період до 2022 року, затверджена Бюро Президії НАМН України від 28 вересня 2017 року № 21/1;

- Закону України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» від 11 липня 2001 року № 2623-III (із змінами і доповненнями);
- Постанови Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року № 1338- VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1011-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки»;
- Глобальної стратегії і цілей щодо профілактики, лікування і боротьби з туберкульозом на період після 2015 року від 29 листопада 2013 року № EB 134/12;
- Наказу МОЗ України від 16 серпня 2004 року № 414 «Про затвердження Стратегії розвитку медичної статистики»;
- чинних клінічних протоколів і стандартів щодо туберкульозу і неспецифічних захворювань легень. І з врегулюванням з Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Податковим кодексом України, бюджетними кодексами України та іншими нормативно-правовими актами.

Розробка цієї Стратегії зумовлена незадовільним функціонуванням фтизіатричної та пульмонологічної служб в Україні, а також неможливістю повноцінного функціонування Інституту в умовах недостатнього фінансування. Хоч за 2010–2017 роки захворюваність на всі форми активного туберкульозу в Україні зменшилася в 1,54 рази, але захворюваність усіх контактних осіб з хворими у вогнищах туберкульозу на 1000 контактних зростає в 1,46 рази, зростає захворюваність на всі форми активного туберкульозу серед медичних працівників (на 5,18 % за 2015 – 2017 роки), що свідчить про незадовільні профілактичні заходи. Проблемою проблем є зростання захворюваності на

хіміорезистентний туберкульоз, ко-інфекцію туберкульоз / ВІЛ, рецидиви туберкульозу. На цьому тлі зменшується ефективність антимікобактеріального і хірургічного лікування зазначених хворих, збільшення тривалості лікування. Хоч смертність від усіх форм туберкульозу за 2007–2017 роки зменшилася в 2,38 рази, але кількість померлих від туберкульозу дітей віком 0–17 років збільшилася на 9,09 %, а питома вага померлих від туберкульозу до одного року спостереження зросла в 1,75 рази. На цьому тлі, на жаль, хаотично скорочуються лікарняні ліжка при неналагодженому амбулаторному лікуванні хворих, зменшується кількість лікарів-фтизіатрів, занедбана профілактична робота щодо туберкульозу. За останні роки намітилася тенденція до збільшення захворюваності хворобами органів дихання дорослого населення (на 0,69 %). Якщо за 2010–2017 роки смертність від хвороб органів дихання зменшилася в 1,48 рази, то смертність від пневмонії зросла на 13,59 %, а лікарняна летальність від цієї недуги збільшилася 0,59 %, як і при інших обструктивних хворобах легень (на 0,56 %). На цьому тлі збільшується середня тривалість перебування хворого на торакальному ліжку, зменшується кількість пульмонологічних ліжок для дітей і дорослих (на 40,86 %) та ліжок торакальної хірургії для дітей і дорослих (на 29,06 %), а також хаотично закриваються пульмонологічні кабінети (їх стало в 1,44 разу менше).

Зазначені вище передумови щодо туберкульозу і неспецифічних захворювань легень і діяльності Інституту мотивували розробити цю Стратегію. Стратегія складається з трьох розділів:

- 1) реформування та розвиток фтизіатричної галузі;
- 2) реформування та розвиток пульмонологічної галузі;
- 3) реформування та розвиток ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України» і науки в Україні.

Метою реформування системи надання протитуберкульозної та пульмонологічної допомоги населенню і поліпшення функціонування Інституту є здійснення реформування, реорганізації та реструктуризації зазначених

систем та Інституту, зокрема щодо управління системами, забезпечення їх відповідними ресурсами, фінансуванням і вдосконалення заходів профілактики, виявлення, діагностики, лікування і медико-соціальної реабілітації хворих на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень (НЗЛ) на всіх рівнях надання медичної допомоги – від сімейного лікаря і до Інституту.

Строки реалізації Стратегії: 2019 – 2022 роки. Залежно від реформування охорони здоров'я загалом Стратегія у будь-який час повинна коригуватися, щоб не суперечити тим реформам, що будуть проводитися в українській охороні здоров'я.

### **Управління системою надання протитуберкульозної допомоги**

Постійна, кожні три роки, сертифікація протитуберкульозного закладу і кожного медичного працівника профільною Асоціацією на предмет його кваліфікації і допуску до роботи, у тому числі переобирання керівників протитуберкульозних закладів.

Реорганізація протитуберкульозних закладів у державні та комунальні некомерційні підприємства, що дозволить їм повноцінно вести господарську діяльність.

Об'єднання всіх закладів, які надають допомогу хворим на туберкульоз (диспансери, туберкульозні відділення в лікарнях загального профілю, туберкульозні санаторії тощо), під єдине управління в межах адміністративної території чи її частини для злагодженого і повноцінного надання ними протитуберкульозної допомоги.

Протитуберкульозні заклади упродовж 3 місяців після реорганізації повинні провести реструктуризацію своєї мережі, кількості ліжок і штату, визначити напрями діяльності залежно від зареєстрованої кількості хворих і тенденції епідеміологічних показників з туберкульозу. Вони повинні здійснити перерозподіл фтизіатрів та медсестер зі стаціонарних до амбулаторних відділень залежно від кількості хворих на туберкульоз.

Діяльність фтизіатричної служби повинна бути інтегрована з діяльністю первинної медичної допомоги, центрів СНІДу та громадськими організаціями, які надають медико-соціальну допомогу.

У системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню передбачається створення єдиної системи надання послуг, включаючи лабораторну діагностику, як для цивільної системи охорони здоров'я так і для відомчих систем охорони здоров'я, закріпивши за ними виявлення хворих на туберкульоз.

Профілактика туберкульозу, виявлення хворих на цю недугу, діагностика, лікування і медико-соціальна реабілітація хворих на туберкульоз здійснюється за чинними українськими клінічними протоколами щодо туберкульозу, а за їх відсутності за чинними міжнародними протоколами країні Євросоюзу або США.

Амбулаторне чи стаціонарне лікування хворого на туберкульоз повинно включати етіотропне антимікобактеріальне лікування основного захворювання та його ускладнень, лікування супутньої патології та її ускладнень, хірургічне і симптоматичне лікування, а також медико-соціальну реабілітацію хворих на тлі здійснення психологічних, консультаційних, соціальних та інших послуг.

Запровадити удосконалені електронні інформаційні системи для єдиної методики реєстрації та звітності в системі надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню на основі електронної системи е-ТБ менеджер.

Українські клінічні протоколи переглядаються кожні два-три роки у міру появи нових наукових знань.

Протитуберкульозні заходи реалізуються в рамках ухвалених Загальнодержавних програм протидії захворюванню на туберкульоз на відповідні роки.

### **Фінансування протитуберкульозних заходів.**

Зважаючи, що надання протитуберкульозної допомоги у всіх країнах світу і в Україні є прерогативою держави, то й фінансування протитуберкульозних заходів має здійснюватися з Державного і місцевих бюджетів різних рівнів.

Виявлення і діагностика туберкульозу, його контрольоване лікування сімейними лікарями здійснюється за їхні кошти, які вони отримують при укладанні угод з пацієнтами. Лікувально-профілактичні заклади загального профілю, які здійснюють виявлення, діагностику і контрольоване лікування хворих на туберкульоз здійснюється за кошти місцевих бюджетів, які виділяють для цих медичних закладів відповідні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування.

Всі витрати об'єднаних обласних (міжрайонних) протитуберкульозних закладів, до складу яких входять заклади I, II, III рівнів, які проводять виявлення і діагностику, надають амбулаторне і/або стаціонарне лікування, фінансуються з трьох джерел: обласний, районний бюджет, Національна служба здоров'я України. Об'єднаний обласний (міжрайонний) протитуберкульозний центр стає єдиним розпорядником бюджету для надання послуг в системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню, кошти з якого йдуть за пацієнтом. Він повинен мати можливість здійснювати закупівлю амбулаторних послуг в системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Розподіл коштів для об'єданого протитуберкульозного центру розраховується на три роки наперед, щоб забезпечити безперервність фінансування.

У перспективі замовником послуг в системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню стає Національна служба здоров'я України. Лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі передбачає укладення контракту з надавачами амбулаторних послуг протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Для кожного випадку лікування туберкульозу в амбулаторних умовах обов'язковим є укладення договорів про медичне обслуговування населення з Національною службою здоров'я України.

Стаціонарне лікування, що надається протитуберкульозними диспансерами Об'єданого обласного (міжрайонного) протитуберкульозного диспансеру, здійснюється на підставі договору про медичне обслуговування населення за наперед розрахованими тарифами. Національна служба охорони



здоров'я щорічно встановлює граничний рівень витрат на вторинну стаціонарну протитуберкульозну допомогу, в межах якого будуть оплачуватись надані послуги.

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського Національної академії медичних наук України», який надає високоспеціалізовану, високотехнологічну допомогу найтяжчим хворим на туберкульоз зі всієї України цілковито фінансується з державного бюджету України.

### **Очікувані результати та показники розвитку**

Виконання зазначеної Стратегії дозволить досягти Цілей плану дій щодо боротьби з туберкульозом у Європейському регіоні на 2016–2020 роки, а саме:

- до 2035 року на 95 відсотків зменшити смертність від туберкульозу порівняно з 2015 роком, досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тис. населення та нульового рівня страждань від туберкульозу;
- до 2050 року досягти нульового рівня смертності від туберкульозу, нульового рівня захворюваності на туберкульоз та нульового рівня страждань від туберкульозу.

Кінцева мета – зупинити епідемію туберкульозу на засадах стратегії «Покласти край туберкульозу» і домогтися того, щоб жодна із сімей, хворих на туберкульоз, не зазнавала катастрофічних витрат, пов'язаних з цією хворобою.

# **РОЗДІЛ II АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ШОСТКИНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ДИТЯЧИЙ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ САНАТОРІЙ»**

## **2.1 Характеристика закладу**

Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій є некомерційним комунальним лікувально-профілактичним закладом, належить до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Сумської області та перебуває в управлінні Сумської обласної ради, уповноваженим розпорядником майна якої є управління майном та перебуває у функціональному підпорядкуванні управління охорони здоров'я облдержадміністрації. Санаторій є складовою частиною системи лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Сумської області, створений згідно рішення дев'ятої сесії Сумської обласної ради двадцять другого скликання від 24.04.1996 року відповідно до закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Заклад неприбуткова установа, що працює цілорічно, фінансування проводилося за рахунок обласного та державного бюджету.

Розташований в лісовій зоні у мальовничому сосновому бору мікрорайону Капсуль, що знаходиться на відстані 5 км від центру міста.

Найкращі результати лікування у дітей, які хворіють на туберкульоз, спостерігаються в місцевих кліматичних умовах, так як дитячий організм негативно реагує на дальні переїзди, акліматизацію та зміну обстановки.

Територія санаторію – 2,4га. Будівлі спального корпусу та школи – двоповерхові, з'єднані теплим переходом.

На території санаторію розташовані ігрові площадки, альтанки, лави для відпочинку, квітники. Двір санаторію заасфальтований, добре освітлений.

Опалення, водопостачання та каналізація – централізовані, харчоблок та пральня електрифіковані.

Санаторій розгорнутий на 110 ліжок, приймає дітей Сумської області від 4 до 18 років. Організований для лікування дітей, хворих на активні форми туберкульозу, а також приймає дітей за розширеними показаннями, в яких найбільше місце відводиться дітям із «групи ризику».

### **Напрямки діяльності**

#### ***Діагностична робота***

До санаторію поступають діти за направленням лікарів протитуберкульозних диспансерів та кабінетів області з різними проявами туберкульозної інфекції для уточнення діагнозу, визначення антигенності туберкульозного процесу та лікування. Кожна дитина, яка потрапила до санаторію, проходить огляд лікаря відділення не пізніше наступного дня. Протягом тижня всебічно обстежується, а за необхідності консультується у спеціалістів відповідного профілю.

Обстеження дитини, яка поступила на лікування до санаторію включає обов'язкову антропометрію, згідно якої проводиться оцінка фізичного розвитку дитини по методиці лінійних діаграм, які розроблені харківським науково - дослідним інститутом охорони дітей та підлітків, крім того проводиться спірометрія, пневмотахометрія, динамометрія, підрахунок пульсу, кількості дихання, вимірювання артеріального тиску. При необхідності проводяться функціональні проби.

Діагностична робота забезпечується крім клінічного обстеження, рентгенкабінетом, кабінетами комп'ютерної томографії та туберкулінодіагностики, лабораторією (клінічною, біохімічною), кабінетом функціональної діагностики, стоматкабінетом.

Застосовується обов'язковий діагностичний мінімум, який включає: клінічне обстеження, оглядову рентгенограму органів грудної клітини, при необхідності – комп'ютерну томограму, внутрішньо шкірну пробу Манту з 2ТО, клінічні аналізи, обстеження харкотиння бактеріоскопічно та за показами для висіву на МБТ матеріал направляється в бактеріологічну лабораторію.

Всі діти оглядаються лікарями спеціалістами: ЛОРом, окулістом, ендокринологом, ортопедом, невропатологом міської дитячої лікарні. Стоматолог, який є в штаті санаторію, складає план санації ротової порожнини всім дітям, які потребують лікування та проводить його.

Дітей з відхиленням фізичного розвитку оглядає лікар ЛФК, призначається група для заняття лікувальною фізкультурою, масаж частини тіла або загальний масаж тіла.

Завдяки діагностичній службі та регулярному огляду дітей спеціалістами дитячої лікарні великий відсоток супутньої патології виявляється в умовах санаторію. Досить часто зустрічається поєднана патологія.

**Таблиця 2.1 Таблиця супутніх захворювань**

№ п/п	Супутня патологія	2017 рік		2018 рік		2019 рік	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Бронхолегеневі захворювання неспецифічної етіології	16	2,8	19	3,4	16	2,7
2	ЛОР- патологія	165	28,8	104	18,8	162	27
3	Захворювання опорно-рухового апарату	114	19,9	171	30,9	184	30,7
4	Захворювання серцево-судинної системи	35	6,1	22	3,9	35	5,8
5	Патологія очей	77	13,5	50	9	62	10,4
6	Шкірні захворювання	22	3,8	16	2,9	20	3,3
7	Захворювання шлунково - кишкового тракту	26	4,5	22	3,9	17	2,8
8	Патологія нервової системи	21	3,7	29	5,3	37	6,2
9	Малокрів'я	37	6,5	30	5,4	81	13,5
10	Патологія ендокринної системи	71	12,4	78	14,1	51	8,5
11	Гельмінтози	111	18,6	78	14,1	127	22,2
12	Нічний енурез	30	5,2	14	2,5	60	10
13	Часто та тривало хворіючі	218	3,8	219	39,7	237	39,4
14	Порушення сечовивідної системи	9	1,6	3	0,5	12	2

Відсоток практично здорових дітей без супутніх захворювань коливається в діапазоні 3-5%. Найчастіше зустрічається хронічна патологія ЛОР-органів (хронічні тонзиліти), захворювання опорно-рухового апарату (сколіоз та порушення осанки), патологія ендокринної системи (ГЩЗ I-II ст.), патологія нервової системи (нічний енурез). Із року в рік збільшується кількість випадків

малокрів'я та гельмінтозів. Залишається високою кількість дітей, які часто та тривало хворіють застудними захворюванням.

На підставі клінічного обстеження та клінічної інтерпретації даних комплексного обстеження обґрунтовується основний та супутній діагнози. Складається план лікування, визначається термін перебування дитини в санаторії з урахуванням діагнозу, клінічної форми, фази процесу, супутньої патології та інших факторів.

При виявленні локальної форми туберкульозу, не діагностованої раніше, для підтвердження діагнозу документи направляються на підтвердження до обласного туберкульозного диспансеру обласному дитячому фтизіатру.

### ***Лікувальна робота***

Показами для направлення дітей в КЛПЗ СОР «Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій» згідно з вимогами додатків 6, 7 до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2012 №1091 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі» є:

1. Хворі діти з вперше діагностованим туберкульозом (легеневі і позалегеневі форми, категорії 1,3,4 ) на етапі підтримуючої фази терапії.
2. Хворі на туберкульоз діти , які отримують лікування з приводу рецидиву туберкульозу, повторного лікування, перерваного лікування, по невдачі лікування (категорія 2) на етапі підтримуючої фази терапії.
3. Хворі на вперше діагностований туберкульоз без бактеріовиділення, з обмеженим процесом в легенях (з ураженням менше 2 сегментів), з туберкульозною інтоксикацією та позалегеневим туберкульозом, який не віднесено до 1 категорії на етапі інтенсивної та підтримуючої фаз основного курсу лікування.
4. Вперше виявлені особи з залишковими змінами післявилікування туберкульозу різної локалізації (спонтанневилікування туберкульозу кат.5, гр.5.1а) для проведення протирецидивного лікування і оздоровлення.

5. Діти, переведені в 5 категорію (5.1б гр. ДО) після закінчення основного курсу лікування з 1,2,3,4 категорії з залишковими змінами для проведення протирецидивного лікування, реабілітації і оздоровлення.
6. Діти, які перебувають в побутовому контакті (сімейному, квартирному, родинному) із хворим на туберкульоз бактеріовиділювачем, або активний туберкульоз без бактеріовиділення для проведення профілактичного курсу лікування, роз'єднання тубконтакту, оздоровлення.
7. Діти, які були в контакті з бактеріовиділювачами, виявленими в дитячих колективах для проведення превентивного лікування, роз'єднання тубконтакту, оздоровлення.
8. Діти з групи ризику по захворюванню на туберкульоз, виявлені після проведення туберкулінодіагностики: з віражем туберкулінових проб, наростанням чутливості до туберкуліну, гіперергічною реакцією на туберкулін.
9. Діти з монотонною чутливістю до туберкуліну, які мають фактори ризику щодо захворюваності на туберкульоз.
10. Діти з супутньою патологією – хронічні та рецидивуючі захворювання органів дихання, бронхіальна астма, алергічні дерматити, хронічний гепатит, цукровий діабет, неврологічна патологія, виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки, інфекції сечовивідних шляхів та інші в стадії стійкої ремісії; діти, які мають часті гострі респіраторні вірусні захворювання в анамнезі (група часто хворіючих дітей), для проведення профілактичного лікування, лікування супутньої патології і оздоровлення.
11. Діти з ВІЛ- інфекцією; з імунодефіцитними станами (первинні та вторинні), які приймають препарати з імунодепресивною дією та мають позитивну пробу Манту з 2ТО.
12. Діти з багатодітних сімей, з низьким рівнем матеріального забезпечення родини; з сімей мігрантів, біженці з позитивною пробєю Манту 2ТО для оздоровлення.

Головним завданням санаторного лікування є:

- проведення під контролем хіміотерапії хворим на туберкульоз, які продовжують основний курс лікування після стаціонару;
- проведення протирецидивних курсів хіміотерапії;
- проведення під контролем хіміопрфілактики дітям високого ризику захворювання на туберкульоз ;
- патогенетичне лікування;
- вітамінотерапія;
- забезпечення санаторного (охоронного ) режиму;
- дієтичне харчування;
- фізіотерапевтичні методи лікування та ЛФК;
- санітарно – гігієнічне виховання пацієнтів;
- педагогічні, виховні та трудові заходи.

Лікування дітей починається з призначення правильного режиму. В санаторії в основному застосовуються 4 рухливих режими, які відрізняються за фізичним навантаженням, об'ємом клімато-терапевтичної дії, прийманням участі в суспільно-корисній праці. Дітям з процесом в легенях і вираженими симптомами інтоксикації, ослабленим, із супутніми захворюванням, призначається щадящий режим. Ці діти звільняються від уроків фізкультури, довготривалих прогулянок, садово – паркових робіт. Фізичне навантаження для них включає гігієнічну гімнастику, індивідуальні або групові заняття ЛФК із зменшеним навантаженням

Більша частина дітей в санаторії знаходиться на тонізуючому режимі. Цим дітям дозволяється вранішня гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура із середнім навантаженням, рухливі та спортивні ігри, прогулянки на відстані до 3 км.

При тривалому перебуванні дітей в санаторії, по мірі видужування , вони переводяться на тренуючий режим. Збільшується навантаження спортивних ігор, дозволяються прогулянки на відстань до 5 км, заняття на тренажерах в залі ЛФК.

Всі діти в першу половину дня знаходяться в школі. Санаторна школа відрізняється від інших тим, що основною формою роботи є урок, термін якого 35 хвилин. Школа працює за діючими програмами Міністерства освіти та науки України.

При виникненні неспецифічного захворювання в гострий період призначається ліжковий режим.

В режимі дня велике значення приділяється сну, який забезпечує спокій клітинам головного мозку, відновлює їх працездатність. Для всіх дітей обов'язковий денний сон при відчинених фрамугах в теплу пору року, та в добре провітрених палатах в зимовий час.

Одним із важливих елементів санаторного лікування є повноцінне харчування, так як хронічний перебіг туберкульозного процесу порушує обмінні процеси в організмі. Харчування в санаторії 5 разове (стіл №11).

При виявленні у дитини супутньої патології призначається відповідна дієта: стіл № 5,7 або 8.

Згідно постанови КМ України від 27.12.2001р. № 1752 «Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу» встановлені норми харчування. По нормативу діти повинні отримувати кожен день фрукти та вітамінні соки, але на жаль, фінансування не дає змоги виконувати нормативи. Згідно економічних розрахунків потреба в коштах на придбання продуктів харчування та медикаментів становила по роках відповідно 3036тис.грн; 3036тис.грн; 5031тис.грн. та 900тис.грн; 1102тис.грн; 596тис.грн.

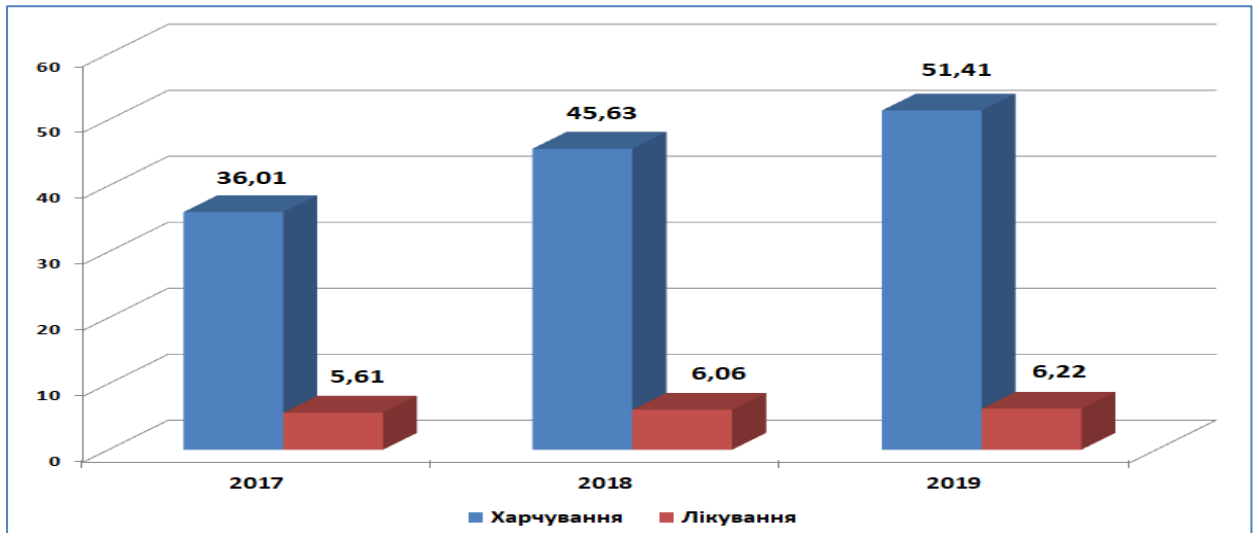
**Таблиця 2.2 Вартість харчування та лікування за період 2017-2019рр, гривень на лішко/день**

Роки	2017	2018	2019
Харчування	36,1	45,63	51,41
Потреба	92	92	152,47
% від потреби	31,7	41,2	24,8
Лікування	5,61	6,06	6,22



Потреба	27,3	33,4	18,08
% від потреби	20,5	18,15	29,8

**Рисунок 2.1 Витрати на лікування та харчування пацієнтів у період 2017-2019 рр, грн**



Аналізуючи дані, зрозуміло, що коштів на харчування виділялось більше із року в рік, але якість харчування погіршувалась за рахунок підвищення цін на продукти. При складанні меню перевага надавалась м'ясу та м'ясопродуктам, рибі та сирам. Адже білки являються незамінними компонентами харчування. Вони виконують пластичну, каталітичну та енергетичну функції в організмі. Хворим на туберкульоз дітям необхідний повноцінний білок, який містить всі незамінні і замінні амінокислоти, в достатній кількості і оптимальному співвідношенні для синтезу білку тканин та органів. Повноцінний білок міститься у продуктах тваринного походження та в картоплі.

На сучасному етапі в комплексному лікуванні туберкульозу головна роль відводиться антибактеріальній терапії. З нею пов'язані найбільші успіхи в області лікування хворих. Ефективність протитуберкульозних препаратів залежить не тільки від їх туберкулостатичної активності, але і стану мікроорганізму і чутливості до препаратів бактеріальної популяції хворого організму. Препарати володіють не тільки різними механізмами дії на

мікобактерії туберкульозу, але і по різному впливають на органи та системи хворого.

Антибактеріальні препарати призначаються дітям тільки після повного клінічного та рентгенологічного обстеження. Надається перевага більш ефективним препаратам – ізоніазід, рифампіцин; та середньої ефективності – етамбутол, протионамід, піразінамід. При призначенні антибактеріальних препаратів враховується активність туберкульозних процесів, індивідуальна переносимість препаратів з урахуванням проведеного лікування в стаціонарі, стан дитячого організму, супутні захворювання.

При активності туберкульозного процесу частіше всього призначається комбінація двох або трьох препаратів в оптимальній дозі з урахуванням механізмів дії та можливої стійкості мікобактерії.

Призначаючи хіміотерапію або хіміопрофілактику, дотримуємось головних принципів – тривалість, безперервність та скомбінованість в лікуванні, що зумовлено тканинним характером тубінфекції, вираженою тенденцією до некрозу та схильністю до продуктивних реакцій, розвитку фіброзу та інкапсуляції вогнища. Короткі або тривалі, але з перервами курси хіміотерапії не забезпечують вилікування туберкульозу.

Дітям із тубконтактів і груп високого ризику захворювання призначається хіміопрофілактика одним або двома антибактеріальними препаратами. Широко застосовується диференційна хіміопрофілактика. Інтенсивна хіміопрофілактика двома найбільш ефективними препаратами особливо оправдана в вогнищах туберкульозної інфекції, а також при комбінації високого ризику захворювання з бронхолегеневими захворюваннями неспецифічної етіології.

**Таблиця 2.3 Застосування антибактеріальних препаратів**

№ п/п	Проведена хіміопрофілактика антибактеріальними препаратами	2017 рік	2018 рік	2019 рік
1	Отримали ХП (всього)	450(78,6%)	458(83%)	441(73,7%)
2	Отримали 1 препарат	251(43,9%)	226(40,9%)	208(34,8%)
3	Отримали 2 препарати	189(33%)	220(39,8)	216(36,1%)

4	Отримали 3 препарати	10(1.7%)	12(2.3%)	17(2.8%)
5	Не отримували ХП	122(21,4%)	94(17%)	157(26,3%)

Збільшується кількість дітей із тубконтактів із вираженим та тубінфікуванням із різко вираженою чутливістю до туберкуліну, тому зростає кількість дітей, які отримують хіміопрофілактику двома протитуберкульозними препаратами.

Для попередження токсикоалергійних реакцій та нормалізації окисно-відновлювальних процесів широко призначаються гепатопротектори: карсил, дарсил, есенціале. На фоні хіміопрофілактики постійно призначається десенсибілізуюча терапія, включаючи підшкірно 0,25% розчин хлористого кальцію за схемою. Підліткам з гіперергічними реакціями на туберкулін проводиться електрофорез з туберкуліном 2ГО за схемою (рекомендації ХМАПО).

Для первинної та вторинної профілактики побічних дій хіміопрепаратів особливу роль відіграють вітаміни. Туберкулостатичні препарати пригнічують бактеріальний синтез вітамінів в кишечнику, знижують активність ферментних систем та інтенсивність біохімічних реакцій, які необхідно усунути. Кожній дитині призначаються вітаміни групи В, а також аскорбінова кислота, вітамін А, А+Е.

В санаторії велика увага приділяється загальнозакріплюючій терапії. Широко використовуються кліматичні фактори, фізіотерапевтичне лікування, лікувальна фізкультура, фітотерапія. Із кліматичних факторів – аеротерапія на протязі цілого року ( санаторій розташований в лісовій зоні). Влітку проводяться сонячні, повітряні ванни, купання дітей в річці. За останні 3 роки в санаторії стали широко використовувати фітотерапію та аромотерапію. Для підвищення захисних сил організму всім дітям призначаються адаптогени. В санаторних умовах широко використовуються комплекси ЛФК, точечний самомасаж обличчя за методикою Толкачева, масаж грудної клітини та загальний масаж тулуба.

Через 2 місяці лікування пишеться етапний епікриз з висвітленням досягнутих результатів, відмічається загальне самопочуття дитини, її поведінка і успішність в школі, переносимість антибактеріальних препаратів, при необхідності проводиться корекція лікування.

Зміною термінів лікування, тобто їх продовженням займається лікувально – санаторна комісія в складі головного лікаря, зав. відділенням та лікарів дитячих фтизіатрів. Тривалість лікування протитуберкульозними препаратами та перебування в санаторії залежить від діагнозу, матеріально – побутових умов в сім'ї, наявності чи відсутності контакту із хворими на туберкульоз членами сім'ї. Курс лікування в умовах санаторію від 1 до 6 місяців.

### **Характеристика організаційної структура санаторію**

Формування структури штату санаторію здійснюється відповідно до профілю діяльності закладу, покладених на нього завдань, кваліфікаційних вимог до персоналу та вимог законодавства. Штатний розклад затверджується начальником управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Кожний структурний підрозділ керується в своїй діяльності Положенням про відповідний структурний підрозділ, яке затверджується головним лікарем.

#### **Структура санаторію:**

##### **1. Адміністративна частина**

- головний лікар, зав лікувальним відділенням, зав учбовою частиною, головний бухгалтер, завгосп;
- відділ кадрів.

##### **2. Лікувальне відділення**

- кабінет лікувальної фізкультури,
- клінічна лабораторія,
- фізіотерапевтичний кабінет,
- кабінет з масажу,
- маніпуляційний кабінет,
- кабінет фітотерапії,
- кабінет функціональної діагностики,

- стоматологічний кабінет,
- ізолятор,
- два цілодобових пости палатних медичних сестер.

#### 1. Школа

- навчально-виховна частина,
- кабінет психологічної підтримки,
- бібліотека.

#### 2. Господарча частина

- технічний відділ,
- банно-пральний комплекс,
- харчоблок.

#### 3. Бухгалтерсько-економічний відділ

**Таблиця 2.4 Кадрове забезпечення, кількість посад**

	Лікарів	Серед медичних працівників	Молодших медичних працівників	Педагогічних працівників	Іншого персоналу
За штатним розкладом	8,5	22,5	23,75	29	26,25
Зайнято	8,0	21,25	23,75	29	25,75
Фізичних осіб	5,0	20,0	21	28	25

### **Функціональні завдання структурних підрозділів**

#### ***Лікувальне відділення***

Безпосередньо за організацією роботи відділення та керівництво і контроль за лікувально-оздоровчим процесом здійснює завідувач відділенням, який відповідає за його якість.

Відділення забезпечує санаторне лікування відповідно до сучасних вимог згідно локальних протоколів, погоджених з управлінням охорони здоров'я Сумської облдержадміністрації, що включає:

- продовження основного курсу лікування з приводу активного туберкульозу у дітей та підлітків, переведених із дитячого протитуберкульозного

відділення та стаціонару обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру;

- профілактичні курси у вперше виявлених із залишковими туберкульозними змінами та проти рецидивні курси хіміотерапії;
- профілактичні курси лікування дітям з груп ризику;
- санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів та обслуговуючого персоналу;
- заходи по підвищенню кваліфікації медичного персоналу;
- зміцнення матеріально - технічної бази відділення.

Лікувальне відділення функціонує цілорічно, розгорнуте на 110 ліжок і функціонує 300 днів на рік (річна норма ліжка днів 33000).

По закінченню терміну путівки перед випискою дитини лікар проводить докладний огляд, складає епікриз і видає виписку хвороби для повернення в районну поліклініку за місцем проживання дитини з рекомендаціями.

### ***Навчальна частина***

Загальноосвітня школа I – III ступенів, організована Управлінням охорони здоров'я Сумської держадміністрації за погодженням з МОЗ України, є структурним підрозділом санаторію. Навчання організовано відповідно до «Інструкції про організацію педагогічної роботи в санаторіях туберкульозного та нетуберкульозного профілів для дітей та підлітків шкільного віку» та «Положення про загальноосвітню школу дитячого та підліткового санаторію туберкульозного та нетуберкульозного профілів», затверджених Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.1992р №118.

Школа розрахована на 110 учнів 1 – 11 класів (віком до 18 років) і працює за програмами Міністерства освіти та науки України та за щорічними робочими навчальними планами, складеними на основі Типових навчальних планів загальноосвітніх шкіл з українською мовою навчання.

Навчально-виховний процес організовано відповідно вимогам Нової української школи:

- створено сучасний освітній простір для інтерактивного навчання з використанням інформаційно-комунікативних технологій та аудіовізуальних засобів – комп'ютерний клас; інтерактивні комплекси, вільний доступ до мережі Інтернет /WI-FI покриття/, мультимедійні проектори; сучасні телевізори;
- 100% забезпечення підручниками відповідно до Нового державного стандарту освіти;
- психосоціальна допомога пацієнтам та членам їх сімей;
- підтримка всіх учасників навчально-лікувального процесу практичним психологом;
- капітальний ремонт приміщення школи, навчальних класів, музичної та фізкультурної зали.

До штату педагогічної частини входять вчителі, вихователі, практичний психолог, музичний керівник, бібліотекар, педагог-організатор та завідуючий педагогічною частиною.

У зв'язку з тим, що діти в санаторії проходять курс лікування, навчальні плани скорочені, але програми при цьому не скорочуються.

В позаурочний час діти розподілені на 4 загони за віком. Домашні завдання виконуються учнями під керівництвом вихователя.

Для них організуються різноманітні заходи: ігри та спортивні змагання, свята на свіжому повітрі, екскурсії, концерти, бесіди, зустрічі, постійно діючі виставки дитячої творчості, конкурси, вікторини.

Всі виховні заходи проводяться з урахуванням рекомендацій лікарів щодо стану здоров'я дітей, їх індивідуальних психофізіологічних, вікових особливостей та можливостей, режиму лікувального процесу.

Оцінки, отримані в період перебування в санаторії, виставляються в довідку, яку кожен учень отримує при виписці і передає в школу, де вчився до лікування. Атестується учень за рік та переводиться у наступний клас педколективом школи, звідки прибув на лікування, з урахуванням оцінок, одержаних в санаторії.

### ***Господарча частина***

Даний структурний підрозділ забезпечує дотримання комфортних умов перебування дітей в закладі та дотримання санітарно-гігієнічних норм. Відділення має їдальню на 110 місць, 3 умивальні кімнати, душову, кімнату гігієни, пральний комплекс, забезпечений сучасними пральними машинами та прасувальними апаратами.

### ***Бухгалтерсько-економічний відділ***

Здійснює фінансово-аналітичну та бухгалтерську діяльність. До складу входять головний бухгалтер, економіст, бухгалтер.



## 2.2 Аналіз основних показників діяльності Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію

Розподіл путівок до санаторію проходить згідно наказу управління охорони здоров'я Сумської облдержадміністрації від 10.02.2012 р. №109 «Про закріплення дитячих санаторних ліжок обласних дитячих санаторіїв за містами та районами області».

Перевагою на отримання путівок користуються такі категорії дітей: сироти та позбавлені батьківського піклування, з багатодітних, малозабезпечених та неповних сімей, постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, інваліди, діти загиблих працівників МВС та учасників Афганської війни, АТО, вихованці дитячих будинків сімейного типу та шкіл-інтернатів.

Згідно рознарядки путівки відправляються в райони області на адресу центральних районних лікарень. При необхідності надаються додаткові путівки на окремі райони. Облік використання путівок ведеться постійно.

**Таблиця 2.5 Показники роботи ШОДПС за період 2017-2019 рр.**

	2017 рік	2018 рік	2019 рік
Проліковано дітей	572 чол	552 чол.	598 чол.
Кошторис на рік (тис. грн)	9536,4	11084,6	12716
% від потреби	60,5	69	48,1
В тому числі (тис. грн)			
- харчування	961,6	1250	1250
- медикаменти	176	178	178
- комунальні послуги	1029,8	1084,5	1834,8
- заробітна плата	5919,7	6777	7530,4
Виконано ліжок/днів	28822	25829	28184
% виконання ліжок/днів	87,3	78,3	85,4
Вартість 1 ліжка/дня (грн)	329,97	419,32	434,4

**Таблиця 2.6 Структура дітей пролікованих в санаторії за період 2017-2019 рр за діагнозами:**

№ п/п	Діагноз	2017 рік		2018 рік		2019 рік	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Локальні форми – всього	12	2	9	1,6	19	3,2
	Із них:						
	-первинний туб комплекс	3		1		3	
	- туберкульоз внутрішньо грудних лімфовузлів	7		5		6	

	-туберкульоз периферичних лімфовузлів	-	-	-	-	-	-
	- вогнищевий туберкульоз	-	-	1	-	2	
	- ексудативний плеврит	1		2		4	
	- інфільтративний туберкульоз	-	-	-	-	1	
	- дисемінований туберкульоз	-	-	-	-	-	-
	- туберкульоз кісток	1		-		3	
2	Інфікування МБТ (всього) із них	411	73,4	410	77,2	419	70
	з гіперергічною реакцією	10	25	13	18	10	10
	з наростанням чутливості	20	29	20	38	22	32
3	Післявакцинальна алергія	18	3,2	12	2,2	22	3,7
4	Тубконтакти (всього)	131	23,4	121	22,8	138	23,1
	інфіковані діти	88		82		91	
	неінфіковані	43		39		47	
	Всього	572		552		598	

Як видно із таблиці кількість локальних форм туберкульозу у дітей та підлітків із року в рік зростає, із них переважну кількість складає туберкульоз внутрішньогрудних лімфовузлів, первинний туберкульозний комплекс, ексудативний плеврит. Інші форми туберкульозу зустрічались в одиничних випадках.

В більшості випадків локальних форм туберкульозу як свіжі так і старі протікали з мало вираженими клінічними проявами на фоні помірної чутливості до туберкуліну та виявлені рентгенологічним та томографічним обстеженням. Основну групу склали діти із групи ризику (із первинним тубінфікуванням, давно інфіковані туберкульозом з супутньою патологією та діти із туб контактів).

Серед 40 дітей з локальними формами туберкульозу - 15 чол. з активним процесом. В основному це діти, переведені із обласного дитячого туберкульозного відділення для продовження курсу лікування.

**Таблиця 2.7 Вікова структура дітей за період 2017-20019 рр, %**

	2017 рік	2018 рік	2019 рік
4-7 рр.	12%	14%	18%
8-14 рр.	78%	75%	73%
15-18 рр.	10%	11%	9%

Найбільшою часткою із загальної кількості є діти віком від 8 до 14 років. За даними д.м.н., професора ХМАПО І.О. Сіренко незважаючи на ревакцинацію БЦЖ дітям в 7 років, їх інфікованість МБТ з віком продовжує збільшуватися і в 13-14 років її рівень складає 74,1-79,1% по Україні, тобто до підліткового віку більшість дітей інфіковані МБТ. Дані, приведені в таблиці, співпадають з показниками по Україні.

**Таблиця 2.8 Структура по статті та місцю проживання дітей, %**

Рік	Хлопчики	Дівчатка	Місто	Село
	%	%	%	%
2017	51	49	61,6	38,4
2018	52,8	47,2	65,5	34,5
2019	50,5	49,5	59,6	40,4

Скупченість населення, краще медичне обслуговування і як наслідок більший відсоток виявлення дітей із групи ризику - все це зумовлює більшу частку дітей із міст, що підтверджується загальними показниками по закладу.

**Таблиця 2.9 Структура пролікованих дітей із групи ризику, %**

Групи ризику	2017 р	2018 р	2019 р
	%	%	%
5.2 А	16,3	13,8	8,9
5.2 Б	3,4	5,7	12,3
5.4 А	17,4	13,8	12,3
5.4 Б <sub>1</sub>	9,3	6,9	6,7
5.4 Б <sub>2</sub>	13,9	11,4	12,3
5.4 Б <sub>3</sub>	36,0	41,4	40,4
5.3	3,4	6,9	6,7

На сьогоднішній день більш ніж 90% дітей мають супутні захворювання, то ж значна частка дітей припадає на групу 5.4 Б<sub>3</sub> (інфікування МБТ із супутньою патологією).

Близько 20% в структурі групи ризику діти із туб контактів( група 5.2). Це зумовлено необхідністю ізолювати пацієнтів від джерела інфекції.

Аналізуючи контингент пацієнтів за період 2017-2019 рр, очевидний підсумок: хлопчиків більше ніж дівчаток, інфікованість МБТ збільшується у дітей від 8 до 14 років, значна частка пацієнтів з інфікуванням МБТ, які мають

супутню патологію та із тубконтактів. У структурі клінічних форм ВДТБ переважають туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, первинний туберкульозний комплекс та ексудативний плеврит.

**Таблиця 2.10 Показники діяльності санаторію за 2017-2019 рр**

№ п/п	Показники	2017 рік	2018 рік	2019 рік
1	План ліжко – днів на рік	33000	33000	33000
2	Виконано за рік	28822	25829	28184
	%	87,3	78,3	85,4
3	Робота ліжка за рік	295,7	293	292
4	Оборот ліжка	5,2	5,0	5,43
5	Середня тривалість перебування на ліжку	56,8	58,4	53,7

Недовиконання плану ліжко-днів пов'язане із недостатністю фінансування на харчування та епідемією грипу взимку 2019р., що не дало можливості проводити в школах туберкулінодіагностику. Середня тривалість перебування на ліжку відповідає середньому строку проведення курсу хіміопрофілактики. Але в залежності від діагнозу тривалість перебування в санаторії різна:

**Таблиця 2.11 Тривалість лікування, ліжко/дні**

№ п/п	Діагноз	2017	2018	2019
1	Локальні форми	127 л/днів	117 л/днів	143 л/днів
2	Віраж тубреакції	82 л/днів	71 л/днів	92 л/днів
3	Тубінфікування	90,5 л/днів	61 л/днів	87 л/днів
4	Тубконтакт	67 л/днів	50 л/днів	39 л/днів

**Таблиця 2.12 Результати лікування локальних форм туберкульозу 2017-2019рр (дітей ШОДПС)**

№		2017	2018	2019
1	Клінічне виліковування з повним розсмоктуванням	2	2	2
2	Клінічне виліковування:			
	- з малими залишковими змінами в легенях	5	5	10
	- з помірними залишковими змінами в легенях	2	-	1
3	Стабілізація процесу			
	-з обмеженими залишковими змінами в легенях	3	2	4
	-з розповсюдженими залишковими змінами в легенях	-	-	-
4	Вперше діагностовано і переведено в туб. відділення			2
	Всього	12	9	19

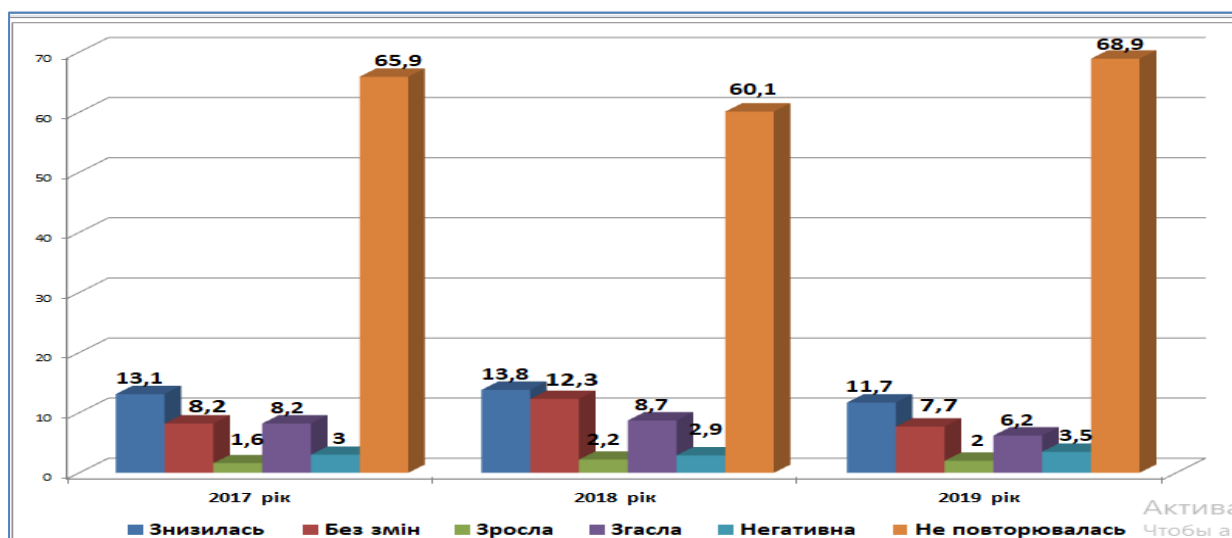
Діти з локальними формами виписуються в основному із клінічним виліковуванням або стабілізацією процесу. За звітний період випадків прогресування процесу не було.

Проведення контролю результатів р.Манту являється відносним показником результатів хіміотерапії та хіміопрофілактики, тому досить часто повтор реакції Манту лікарі санаторію рекомендують в амбулаторних умовах по місцю проживання через деякий час після закінченого лікування. Цим пояснюється велика кількість дітей, яким не проводиться контроль реакції Манту в умовах санаторію.

**Таблиця 2.13 Відносний показник результатів проведеного лікування в умовах санаторію (стан реакції чутливості до туберкуліну)**

№ п/п	Результати проби Манту	2017 рік		2018 рік		2019 рік	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Знизилась	75	13,1	76	13,8	70	11,7
2	Без змін	47	8,2	68	12,3	46	7,7
3	Зросла	9	1,6	12	2,2	12	2
4	Згасла	50	8,2	48	8,7	37	6,2
5	Негативна	17	3	16	2,9	21	3,5
6	не повторювалась	374	65,9	332	60,1	412	68,9

**Рисунок 2.2 Відносний показник результатів проведеного лікування в умовах санаторію (стан реакції чутливості до туберкуліну), %**



Аналізуючи роботу закладу можна зробити висновки:

1. Відсутній контингент дітей без показань для перебування в санаторії.
2. Зростає кількість дітей з локальними формами туберкульозу.
3. Збільшилась кількість дітей, інфікованих мікобактеріями туберкульозу з гіперчутливістю до туберкуліну.
4. Виріс відсоток хворих дітей із туберкульозних вогнищ з активним туберкульозом легенів у батьків або близьких родичів.
5. Згідно 100% обхвату огляду дітей “вузькими” спеціалістами значно покращилась санація хронічних вогнищ інфекції у дітей.
6. Термін перебування дітей в санаторії наближається до нормативного (середньої тривалості хіміопрофілактики). Достроковий від’їзд дітей носить одиничний характер.
7. 95% дітей виписуються з клінічним вилікуванням та закінченим курсом хіміопрофілактики.

Статистичні дані закладу відображають демографічну та епідемічну ситуацію в області та по всій Україні.

Проблеми профілактичного лікування дітей та підлітків в Україні висвітлюються у профільних періодичних виданнях. Особливості структури інфікованих МБТ дітей, пролікованих в Шосткинському обласному дитячому протитуберкульозному санаторії проаналізовано та відображено у статті «Інфікованість МБТ дітей: профілактичне лікування в санаторії Сумської області» українського науково-практичного спеціалізованого журналу «Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція», №1(8) // 2012.

Командою лікарів на чолі з головним лікарем закладу визначено основні чинники ризику інфікованості та розвитку хвороби. Наведено результати профілактичного лікування дітей в умовах санаторію.

## 2.3 Результати протидії туберкульозу в Україні на 2020

Попри зниження захворюваності на туберкульоз епідемія в Україні не подолана. Протидія хворобі протягом останніх років була неефективною. Таких висновків Рахункова палата дійшла за підсумками аудиту ефективності виконання заходів з протидії захворюванню на туберкульоз. Відповідальний за його проведення – член Рахункової палати Василь Невідомий.

Як зазначається у звіті, впродовж останніх років спостерігається зменшення темпів захворювання на туберкульоз (з 67,6 випадків у 2016 році до 60,1 випадків на 100 тис. населення у 2019-му). Так, зменшилася кількість випадків чутливого до лікування та мультирезистентного (стійкого до двох препаратів) туберкульозу. Проте збільшилася частка хворих на туберкульоз з розширеною резистентністю (стійкого до більшості препаратів).

Рахункова палата звертає увагу, що рівень захворюваності, як і 25 років тому, перевищує епідемічний поріг (50 випадків на 100 тис. населення). При цьому, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 25% випадків захворювання на туберкульоз не виявляється. Це сприяє подальшому його поширенню.

Минулого року найвищі показники були в Одеській (138,5 випадків на 100 тис. населення), Дніпропетровській (79,1), Херсонській (77,9), Кіровоградській (75,3), Запорізькій (71,7) та Київській (71,3) областях.

Разом з тим зменшується смертність від туберкульозу. Торік вона становила 8,7 випадків при 9,5 випадків на 100 тис. населення у 2016-му.

Вищий орган аудиту звертає увагу на необхідність переглянути державну політику з протидії туберкульозу в Україні.

За висновками Рахункової палати, інформування населення щодо протидії захворюванню було неналежним. Це стало однією з причин низької ефективності лікування, стигматизації і дискримінації хворих, недостатньої мотивації до своєчасної діагностики та лікування.

Неналежною була також профілактика захворюваності. Так, МОЗ не володіє інформацією про результати обов'язкових профілактичних медоглядів

на туберкульоз серед груп ризику та осіб, сфера діяльності яких може призвести до його поширення. Рівень виявлення хвороби під час таких оглядів, за даними обл(міськ)держадміністрацій, склав лише 0,2% від кількості обстежених осіб. Водночас в межах реформування закладів первинної медичної допомоги МОЗ не визначив алгоритму їх дій для попередження розвитку цього захворювання.

Аудит засвідчив малий обсяг обстежень контактних осіб з хворими на туберкульоз. У 2018–2019 роках в Україні такий показник становив 1,4–1,6 контактів. У той же час ВООЗ рекомендує обстежувати 5–6 контактів на 1 випадок захворювання. Лікуванням охоплено відповідно 84 і 80% цієї категорії осіб за рекомендованого ВООЗ показника 100%.

Показники успішності лікування, визначені ВООЗ, в Україні не досягнуті. Як приклад, ефективність лікування пацієнтів з чутливим до медичних препаратів туберкульозом, які розпочали його у 2016–2018 роках, складала 73% – 74%, рекомендований показник – 85%. Основні причини низької ефективності – невдале або перерване лікування та смерть хворих на туберкульоз від супутніх захворювань.

Разом з тим медико-соціальний супровід (підтримка пацієнта для недопущення переривання лікування) суттєво покращував ефективність лікування. Однак аудитори вказують на недосконалі критерії відбору пацієнтів для такого супроводу.

Як засвідчив аудит, МОЗ та «Центр громадського здоров'я» протягом 2018–2019 років не здійснили перехід від донорського фінансування програм з протидії туберкульозу до фінансування їх коштами держбюджету.

Отже, існують ризики неналежного фінансування боротьби із захворюванням в подальшому, якщо обсяг безповоротної допомоги Глобального фонду буде зменшуватися. У 2018–2020 роках на протидію туберкульозу фонд надав \$55,6 мільйонів. При цьому МОЗ не моніторило використання допомоги.



За висновком аудиторів, МОЗ та «Центр громадського здоров'я» не мають інформації про загальний обсяг коштів, використаних протягом 2018–2019 на протидію туберкульозу. Установи також належно не моніторили забезпеченість потреби регіонів України в засобах для діагностики та лікування хвороби.

Як наслідок, через закінчення терміну придатності ліки від туберкульозу, закуплені коштом Глобального фонду на 20,9 млн грн та державного бюджету – на 1,7 млн грн, не були використані. Окрім того, існує ризик невикористання ліків ще на 52,8 млн грн до завершення терміну придатності, придбаних за бюджетні кошти.

Кількість протитуберкульозних закладів у межах їх реформування протягом 2018–2019 років зменшилася з 169 до 137, а ліжковий фонд скоротився на 3371 ліжко (16%). У 2020 році планується скорочення ще 3254 ліжок (29%).

Нова модель фінансування за надані медичні послуги створює ризики закриття протитуберкульозних закладів у зв'язку з недостатністю коштів місцевих бюджетів на їх утримання. А це може обмежити доступ хворих до медичної допомоги та погіршити епідемічну ситуацію в країні.

Рахункова палата зазначає, що без зміни існуючих підходів до протидії захворюванню на туберкульоз неможливо досягнути цільових показників Глобальної стратегії ВООЗ «Покласти край туберкульозу» на 2016–2035 роки. Йдеться про зменшення рівня захворюваності нижче 10 випадків на 100 тис. населення, зменшення кількості смертей від туберкульозу на 95% і зниження показника захворюваності на 90% в порівнянні з 2015 роком.

Звіт та рішення за підсумками аудиту будуть опубліковані на офіційному вебсайті Рахункової палати.

Аудит проводився паралельно з ВОА Азербайджану, Білорусі, Вірменії, Грузії в межах проекту Німецького товариства міжнародного співробітництва (GIZ) «Посилення спроможності вищих органів аудиту країн східного партнерства здійснювати моніторинг досягнення цілей сталого розвитку порядку денного ООН на період до 2030 року».

## **РОЗДІЛ III РЕКОМЕНДАЦІЇ РОЗВИТКУ ФТИЗИАТРИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СТРАТЕГІЇ**

### **3.1 Проблеми Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію в умовах реформування галузі та шляхи їх вирішення**

Санаторій надає лікувально-профілактичні послуги з протидії дитячому туберкульозу та з оздоровлення дітей і підлітків області протягом декількох десятиліть. До переваг в роботі закладу можна віднести:

1. Професійність кадрів.

Заклад має два структурних підрозділи: лікувальний та навчальний. В лікувальному медичні послуги надають 4 лікаря-фтизіатра, з яких 2 мають вищу кваліфікаційну категорію, 2 – I категорію. В навчальному працюють 21 педагог, з яких 5 мають вищу кваліфікаційну категорію, 7 – I категорію, 6 – II категорію і 3 – молоді спеціалісти.

2. Сучасне технологічне медичне обладнання.

Заклад має сучасну, тричі атестовану лабораторію, що проводить всі необхідні аналізи для виявлення туберкульозу та супутніх хвороб; фізіотерапевтичний кабінет з сучасними апаратами профілактики та лікування легеневих захворювань; сучасний стоматологічний кабінет; кабінет лікувальної фізкультури, тренажерну залу.

3. Зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг.

Заклад розташований в місті Шостка Сумської області. Це районне місто, що має зручне транспортне сполучення з населеними пунктами області, у лісовій частині мікрорайону Капсуль біля озера.

4. Позитивні відгуки пацієнтів.

Пацієнтами закладу є діти віком від 4 до 18 років. Санаторій має 4 відзнаки Управління охорони здоров'я Сумської області різних років за високий рівень професіоналізму колективу. Крім того, на сайті закладу та в інтернет-середовищі пацієнти та їх батьки залишають гарні відгуки про перебування в закладі.

## 5. Знання потреб клієнтів.

До закладу потрапляють діти та підлітки, що потребують медичної допомоги з профілактики та лікування туберкульозу. Термін перебування залежить від призначення лікаря, але становить не менше 2 місяців. Більшість дітей шкільного віку. Тому заклад – це єдина медико-педагогічна система, що надає лікувальні та освітні послуги, забезпечує всебічний розвиток кожної дитини з врахуванням вікових, психологічних та психічних особливостей.

## 6. Встановлені позиції на ринку.

Санаторій єдиний в області, що забезпечує профілактику, лікування та реабілітацію за призначенням лікаря-фтизіатра.

## 7. Розширення спектру послуг.

В літній період в санаторії проходять оздоровлення діти всієї Сумської області. Лікарі-фтизіатри надають кваліфіковану допомогу та індивідуальні консультації.

Але заклад має і проблеми, обумовлені сучасним станом дитячої фтизіатрії, а саме:

1. Невідповідність нормативам фактичного рівня фінансування.
2. Відсутність в деяких районах області дитячих фтизіатрів, до обов'язків яких входить обстеження та направлення на лікування до санаторію дітей із зони ризику захворюваності на туберкульоз.
3. Віддаленість від деяких районів області.

На даний час позиції закладу є досить слабкими та нестабільними, не зважаючи на збільшення попиту населення на протитуберкульозні послуги дітям та підліткам. Протягом 2020 року санаторій під загрозою закриття у зв'язку з відсутністю закладів подібного профілю на II етапі реформування медицини.

Подальше функціонування як Шосткинського обласного дитячого протитуберкульозного санаторію, так і профільних регіональних санаторіїв з інших областей України, можливе лише за таких умов:

1. Внесення послуг закладу до списку Пакетів, з якими підписує договори на державне фінансування Національна служба здоров'я України.
2. Підписання договору на закупівлю послуг закладу з НЦЗУ.
3. Продаж послуг, що приносять дохід та виходять за рамки медичного страхування.
4. Передбачуване підвищення заробітної плати медичних працівників.

Фтизіатрична служба, як і вся медична галузь України, знаходиться у стадії реформування. Поняття профілактики захворювання вилучено з медичних послуг, що закуповуються службою НЦЗУ. Тому, не зважаючи на те, що Шосткинський обласний дитячий протитуберкульозний санаторій є єдиним в Сумській області, забезпечений відповідною матеріальною базою та кваліфікованими кадрами, має позитивні відгуки про свою діяльність серед населення, виконує не лише профілактичну, діяльність, а й проводить оздоровлення дітей, доля закладу не визначена.

### **3.2 Рекомендації розвитку фтизіатричної галузі**

Враховуючи, що епідемія туберкульозу в Україні має надзвичайний характер, що наносить суттєвої шкоди генофонду, економіці, національній безпеці, та виходячи із того, що Україна є унітарною державою, вважати за необхідне збереження подальшої централізації планування всіх заходів протидії захворюванню на туберкульоз, в тому числі – на регіональному рівні, та жорсткий державний контроль за їх виконанням аж до моменту досягнення показників часу оголошення епідемії у 1995 році. З метою забезпечення всеохоплюючого та комплексного характеру виконання загальнодержавної програми, після розробки та затвердження Концепції, програма має формуватися за принципом «знизу – доверху» та на горизонтальному міжвідомчому рівні на основі повної оцінки всіх наявних ресурсів, чіткого визначення алгоритму її впровадження та надання чітких рекомендацій всім її виконавцям. В процесі досягнення позитивних результатів у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, підкріплених відповідними позитивними результатами адміністративної та бюджетної реформи поступово переходи до принципу відповідальності громад та соціальної мобілізації на протидію туберкульозу на рівні громад. З цією метою:

1. Визнати на державному рівні, що туберкульоз в Україні є складною комплексною політичною, економічною, соціальною, медичною, гуманітарною, культурною тощо проблемою, вирішення якої засобами одного лише галузевого медичного впливу та управління не є ефективним.

2. Здійснити в Україні ефективну адміністративно-територіальну та пов'язану із нею бюджетну реформу із визначенням базового рівня місцевого самоврядування в Україні, що дозволить ефективно впливати на протидію туберкульозу на місцевому рівні із залученням всіх необхідних для цього ресурсів.

3. Створити міжсекторальну робочу групу для проведення комплексної оцінки небезпеки туберкульозу, його викликів та соціально-економічних наслідків для України і розробити пропозиції, в яких мали бути б визначені та

проаналізовані економічні, соціальні, правові, освітні, культурні, комунікативні, медичні, наукові проблеми, без вирішення яких реальне зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ефективний контроль за туберкульозом не можливий.

4. Президентіві України визначити сфери відповідальності різних центральних органів виконавчої влади за дотримання епідемічного благополуччя населення та протидію захворюванню на туберкульоз та внести відповідні зміни та доповнення в положення про них. При цьому, саме галузеве державне управління у сфері протидії захворюванню на туберкульоз повинно здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання.

5. З огляду на комплексний характер державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, внести необхідні зміни і доповнення до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», як базового закону, в частині визначення поняття державної політики та встановлення компетенції різних органів державної влади у визначеній сфері.

6. Визначити перелік, розробити та внести зміни і доповнення до галузевих законів, державних цільових програм, підзаконних актів та іншої діючої нормативно-правової бази в частині, що спрямована на забезпечення комплексного міжгалузевого вирішення проблеми туберкульозу. Для координації відповідної діяльності утворити при Державній службі України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально небезпечних захворювань спеціальне управління. Національна координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД, як постійно діючий дорадчий орган за участі всіх зацікавлених сторін, обговорює проекти таких змін і доповнень та вносить їх на розгляд до Кабінету Міністрів України.

Зокрема, в Закон України «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей» має бути додане положення про те, що бездомність несе в собі ознаку того, що така особа може хворіти на туберкульоз та інші соціально небезпечні хвороби, а також встановлена вимога до бездомних осіб

щорічно проходити обов'язкові профілактичні огляди та визначена відповідальність в разі ухилення від цього.

Наприклад, в Державній цільовій соціальній програмі подолання та запобігання бідності на період до 2015 року, затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 31 серпня 2011 року варто зазначити, що бідність є одним із чинників поширення туберкульозу та інших соціально небезпечних захворювань, що бідні верстви населення є групами підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, який важким тягарем лежить на економіці України. Тому в тексті програми та в заходах, спрямованих на її виконання, варто відобразити необхідність проведення профілактичної роботи в середовищі сімей з дітьми, особливо багатодітних, дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, безпритульних дітей, безробітних, інвалідів, пенсіонерів, бездомних осіб та інших соціально вразливих категорій громадян, а також передбачити фінансування відповідних заходів з державного бюджету України, що має стати важливим фактором подолання туберкульозу та інших соціально небезпечних захворювань і суттєвим фактором впливу на розв'язання проблеми бідності.

Інший приклад. Указом Президента України від 08.04.2013 року затверджено «Стратегію захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 року». Нажаль, в документі відсутня згадка про те, що найважливішою причиною високого рівня загальної захворюваності серед ромів становлять ризики хвороб соціального характеру, тобто такі, які обумовлені способом життя. Насамперед, йдеться про захворювання, обумовлені низьким рівнем життя – недоїданням, переохолодженням, незадовільними житловими і санітарно-гігієнічними нормами проживання, в першу чергу – туберкульозу. В указі існує директива Кабінету Міністрів України затвердити у шестимісячний строк план заходів щодо реалізації Стратегії. Із наведеного очевидно, що в Указ Президента мають бути внесені доповнення щодо захворювань, обумовлених низьким рівнем

життя ромів, що має знайти відображення у відповідному Плані заходів Кабінету Міністрів України щодо реалізації Стратегії.

7. Державні цільові програми протидії захворюванню на туберкульоз повинні розроблятися як міжгалузеві комплексні соціально-економічні програми із забезпеченням фінансування всіх її заходів для всіх виконавців захищеними статтями державного бюджету України. При цьому вони повинні включати в себе:

7.1. Визначення поняття «туберкульоз в Україні».

7.2. Оцінку того, що було зроблено для подолання епідемії туберкульозу в Україні, починаючи із 1995 року, включаючи попередній звітний період.

7.3. Характеристику соціально-економічних чинників епідемії туберкульозу в Україні, в тому числі – оцінку груп ризику захворювання на туберкульоз.

7.4. Визначення медичних чинників (недоліків у профілактиці, лікуванні, забезпеченні протитуберкульозних установ, підготовці кадрів тощо) туберкульозу в Україні.

7.5. Загальну характеристику чинної державної політики у сфері протидії епідемії туберкульозу в Україні, її досягнень та недоліків.

7.6. Загальну оцінку регіональних політик у сфері протидії туберкульозу, їх досягнень та недоліків.

7.7. Визначення масштабів проблеми у випадку її неналежного вирішення; оцінку викликів, перспектив розвитку ситуації та ризиків, що її супроводжують.

7.8. Визначення новизни та іноваційності проблеми, на вирішення якої спрямовано програму та шляхів її вирішення.

7.9. Обґрунтування мети держави у протидії туберкульозу на визначений термін.

7.10. Постановку загальних завдань у подоланні епідемії туберкульозу на визначений термін:

7.10.1. на загальнодержавному рівні;



7.10.2. на місцевому рівні.

7.11. Оцінку наявних фінансових, матеріальних та людських ресурсів, необхідних для досягнення мети та завдань.

7.12. Визначення кола центральних органів державної влади та їх завдань у сфері протидії захворюванню на туберкульоз на визначений термін.

7.13. Визначення завдань місцевих органів державної влади у сфері протидії захворюванню на туберкульоз на визначений термін.

7.14. Характеристику механізму фінансового забезпечення заходів із протидії захворюванню на туберкульоз:

7.14.1 центральним органам державної влади за кошти Державного бюджету України.

7.14.2. місцевим органам державної влади за кошти Державного бюджету України.

7.14.3. місцевим органам державної влади за кошти обласних та інших місцевих бюджетів України.

7.14.4. за кошти міжнародної допомоги.

7.15. Визначення очікуваних результатів.

7.16. Додатки.

8. Внести зміни до процедури розробки загальнодержавних цільових програм протидії захворюванню на туберкульоз. Для забезпечення всеохоплюючого та комплексного характеру її виконання після розробки та затвердження Концепції, саму програму необхідно формувати на основі повної оцінки всіх наявних ресурсів, чіткого визначення алгоритму її впровадження та надання чітких рекомендацій всім її виконавцям. З цією метою мають бути визначені загальні вимоги центральним органам виконавчої влади, обласним державним адміністраціям та НУО щодо подання ними пропозицій стосовно змістовного наповнення програми та фінансового забезпечення відповідних заходів з різних джерел фінансування. Так, наприклад, обласні державні адміністрації повинні надати проекти своїх регіональних програм із визначенням потреб забезпечення надання населенню протитуберкульозної

допомоги на території відповідної області, зазначенням проблемних питань, вирішення яких передбачає місцеве, державне, або змішане втручання та фінансування, переліком конкретних об'єктів та заходів, які передбачається профінансувати в рамках програми, в тому числі – за кошти районних та міських бюджетів областей, тощо. Оцінка проектів регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз на етапі розробки загальнодержавної програми дозволить чітко усвідомити наявний потенціал в державі для цього, визначити проблемні моменти, передбачити можливі ризики та упередити їх. Таким чином, загальнодержавна програма повинна формуватися на основі її концепції та попередньо розробленої структури змішаним методом: «знизу – доверху» для адміністративно-територіальних одиниць та «горизонтально» для визначення завдань та заходів зацікавлених центральних органів виконавчої влади, міжнародних організацій та неурядового сектору.

#### **Базові очікувані результати.**

1. Внаслідок впровадження пропозицій буде реформовано державну політику у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.
2. Буде проведено комплексу оцінку небезпеки туберкульозу, його викликів та соціально-економічних наслідків для України і розробити пропозиції, в яких мали бути б визначені та проаналізовані економічні, соціальні, правові, освітні, культурні, комунікативні, медичні, наукові проблеми, без вирішення яких реальне зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ефективний контроль за туберкульозом не можливий.
3. Державна політика протидії захворюванню на туберкульоз буде спиратися не лише на вирішення медичних проблем, а й охопить економічні, соціальні, гуманітарні, культурні, етнічні та інші чинники епідемії туберкульозу в Україні.
4. Буде досягнуто розмежування сфери відповідальності різних органів державної влади за дотримання епідемічного благополуччя населення у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.

5. Будуть визначені сфери відповідальності різних центральних органів виконавчої влади за дотримання епідемічного благополуччя населення та протидію захворюванню на туберкульоз та внесені відповідні зміни та доповнення в положення про них.

6. Буде забезпечено оптимальну оцінку та залучення необхідних для виконання завдань протидії захворюванню на туберкульоз програми фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів.

7. Державні цільові програми протидії захворюванню на туберкульоз будуть розроблятися як міжгалузеві комплексні соціально-економічні програми із забезпеченням фінансування всіх їх заходів для всіх виконавців захищеними статтями державного бюджету України.

8. Будуть внесені зміни до процедури розробки загальнодержавних цільових програм протидії захворюванню на туберкульоз, а саме: для забезпечення всеохоплюючого та комплексного характеру її виконання після розробки та затвердження Концепції, програма буде формуватися за принципом «знизу – доверху» на основі повної оцінки всіх наявних ресурсів, чіткого визначення алгоритму її впровадження та надання чітких рекомендацій всім її виконавцям.

## ВИСНОВКИ

На сьогодні проблема туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу. Туберкульоз - це інфекційна хвороба, схильна до хронічного перебігу, небезпечна для оточуючих, особливо дітей, яка потребує довготривалого та контрольованого лікування. У разі захворювання батьків на туберкульоз, діти потребують, насамперед, ізоляції з вогнища туберкульозу, обстеження, проходження профілактичного лікування під наглядом професійних медичних працівників, зменшення психоемоційного тиску, забезпечення повноцінного харчування, організацію освітнього процесу на рівні Державних стандартів загальної середньої освіти та змістовного дозвілля дітей.

Сьогодні показує, що така загрозна інфекційна хвороба, як туберкульоз, не шкодує нікого. Але, особливо це актуально в разі, коли сім'я перебуває у складних життєвих обставинах, і дитина через захворювання батьків на туберкульоз залишається на довготривалий час наодинці, без батьківського піклування та спеціалізованого лікування. Найкоротша схема лікування туберкульозу триває 6 місяців, а лікування стійких форм - до 20 місяців.

В процесі реформування медичної галузі було припинено існування відділів обслуговування організованого дитинства, які безпосередньо виконували та контролювали вакцинацію дітей, профогляди, своєчасне направлення до протитуберкульозних закладів, роботу з обстеження на туберкульоз (реакція Манту), профілактичну роботу в осередках туберкульозу в закладах загальної середньої освіти. Дану функцію переклали на сімейних лікарів.

Сьогодні дитина буде обстежена на виявлення випадку туберкульозу:

- якщо батьки не відмовились від проведення реакції Манту і вона змінена;
- якщо у садочку чи школі є медичний працівник, який це виявить та направить до протитуберкульозної служби;

- якщо лікар з надання первинної медичної допомоги (лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт) виявить та направить до протитуберкульозної служби.

Як наслідок вище зазначеного, маємо недовиявлення випадків туберкульозу у дітей, що підтверджується змінами у структурі захворювання дітей зниженням рівня виявлення первинних форм туберкульозу та підвищення рівня виявлення хвороби на більш пізніх стадіях за клінічними проявами.

Внаслідок цього, у структурі клінічних форм з'явилися розповсюджені легеневі форми туберкульозу, які у подальшому зовсім замінять малі. Практично половина випадків туберкульозу вже має стійкість до протитуберкульозних препаратів. У більшості випадків, лікування в амбулаторних умовах здійснюється без контролю медичних працівників. За умови, що батьки не відмовляються від лікування - вони отримують протитуберкульозні препарати, які дають дитині вдома протягом 3 – 6 – 9 місяців. Ефективність такого лікування залежить безпосередньо від відповідальності батьків.

Під час профілактичного лікування застосовують найбільш ефективні препарати, тому, з метою запобігання виникнення стійкості до них, вкрай важливо не переривати лікування. Лише за 2019 рік в Україні підлягало профілактичному лікуванню контактних дітей віком від 0 - 14 років - 9115.

Вкрай небезпечна ситуація складається з приводу виявлення стійких форм туберкульозу. В Україні за 2018 рік виявлено 6336 нових випадків МРТБ, що складає 30% від вперше виявлених випадків (21314), з них з розширеною резистентністю (РРТБ) – 1204, з них НЕ приступило до лікування 242. А кожний нелікований випадок туберкульозу лише за рік дає 5 нових випадків. Ефективність лікування нових стійких форм туберкульозу (МРТБ) складає 49%, а повторно лікованих - лише 37%. Під неефективністю вважається продовження бактеріовиділення через 10 місяців лікування (тобто інсинуації експертів, що через тиждень хворий не є заразним не підтверджує статистика).

Отже, половина хворих МРТБ щороку буде повертатись до своїх родин з невилікуваним туберкульозом та малими шансами до можливого подальшого лікування. А, отже, дітям у таких родинах не можливо провести профілактичне лікування.

Якщо держава, або регіон у тому числі, не надасть можливість ізоляції дітей з таких контактів, ці діти у більшості випадків захворіють та не будуть мати шансів на одужання.

Саме для надання спеціалізованої медичної допомоги дітям з активними формами туберкульозу та дітям з груп ризику стосовно захворюваності на туберкульоз, для забезпечення ефективності медичної реабілітації, тривалості та стійкості її результатів були створені регіональні дитячі спеціалізовані протитуберкульозні санаторії, які в деяких регіонах країни вже передчасно рішеннями сесій обласних рад було перейменовано у центри з різноманітними назвами зі збереженням статутної діяльності або ні.

З 01.04.2020 в Бюджетному кодексі України вилучено видатки, що здійснюються з обласних бюджетів (ст. 90 ч. 1 п. в) «санаторно-курортна допомога (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації). До програми медичних гарантій 2020 у розділі вторинна (спеціалізована) медична допомога не включена санаторна – курортна допомога для дітей та підлітків, з активними формами туберкульозу та дітям з груп ризику.

В той же час, діє Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» від 05.07.2001 р. № 2586-III, який визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, забезпечення медичної допомоги хворим на туберкульоз, і встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.

За змістом статті 4 цього Закону медична допомога, туберкулінодіагностика, хіміопротифілактика туберкульозу та санаторно-

курортне лікування хворих на туберкульоз у державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснюються безоплатно.

Під час лікування хворі на туберкульоз безперебійно та безоплатно забезпечуються протитуберкульозними препаратами відповідно до їх переліку і обсягів, затверджених МОЗ України.

Статтею 20 цього Закону визначено, що хворі на туберкульоз та інфіковані мікобактеріями туберкульозу мають право, зокрема, на:

- безоплатну медичну допомогу та належні відповідно до санітарних норм умови перебування під час лікування у протитуберкульозних закладах;
- безоплатне санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань в межах коштів, виділених бюджетом.

Ст. 24, 25 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р. № 1645-III визначено, зокрема, що особи, які хворіють на соціально небезпечні інфекційні хвороби, підлягають своєчасному та якісному лікуванню, періодичним обстеженням і медичному нагляду. Оздоровлення хворих на туберкульоз проводиться у спеціалізованих протитуберкульозних санаторіях безоплатно (за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів).

У Державній стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню, яка схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1414-р, передбачено врегулювання нормативних та фінансових механізмів передачі функцій на первинну ланку, навчання сімейних лікарів, тощо протягом 2020-2023 років.

Тому рішення щодо ліквідації, злиття, приєднання чи перетворення регіональних дитячих протитуберкульозних санаторіїв зі сталою нормативно – правовою базою та спеціалізованих центрів із аналогічною статутною діяльністю є передчасним, недоцільним та економічно необґрунтованим.

Поєднання медичної, освітньої та соціальної складових у санаторіях (центрах) забезпечить збереження здоров'я дітей нашої країни.

Відсутність у структурі педагогічного персоналу (вчителів та вихователів) фактично призупинить діяльність санаторіїв (центрів). Батьки не залишать дитину на такий тривалий час без освітніх послуг та змістовного дозвілля. У зв'язку з неможливістю застосування інституційних форм навчання (очної, дистанційної) є потреба в збереженні педагогічних частин як структурних підрозділів санаторіїв (центрів).

Тому для надання якісних послуг з профілактики дитячого туберкульозу необхідно:

1. Зберегти регіональні дитячі протитуберкульозні санаторії та спеціалізовані Центри з лікування та реабілітації дітей, хворих на туберкульоз та з груп ризику як самостійні юридичні особи у зв'язку з унікальними місцями розташування, наявними матеріально – технічними базами, професійними мультидисциплінарними командами. В подальшому це надасть можливість, при зменшенні показників захворюваності на туберкульоз та успішної реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню перепрофілювати статутну діяльність цих закладів без зміни назви підприємств.

2. Розглянути питання внесення змін до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1121 щодо закупівлі послуг з санаторного лікування дітей, хворих на туберкульоз та з груп ризику.

3. Забезпечити фінансуванням регіональних дитячих протитуберкульозних санаторіїв та спеціалізованих Центрів з лікування та реабілітації дітей, хворих на туберкульоз та з груп ризику за рахунок субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я.

4. На період реформування галузі забезпечити фінансування за рахунок видатків, що здійснюються з обласних бюджетів на регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами



права спільної власності територіальних громад, сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад відповідно до пп. «д» п.3 ч.1 ст. 90 або регіональні програми громадського здоров'я відповідно пп. «д» п.3 ч.1 ст. 90 Бюджетного кодексу України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бліхар Є. Фтізіатрія: Підручник,- Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - 372с.
2. П'ятночка І. Т. , Беденюк А. Д. , Корнога С. І. , П'ятночка В. І.  
Туберкульоз органів травлення. - Тернопіль : Укрмедкнига , 2004 - 56с.
3. Стандарти діагностики і лікування туберкульозу. - Київ, 2004. - 67с.-  
(Методичні рекомендації; Інститут фтізіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського).
4. Фецищенко Ю. І. , Мельник В. М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу.- Київ: Здоров'я, 2002.- 904 с.
5. П'ятночка І. Т., Корнога С. І., П'ятночка В. І., Мазур П.Є. -Туберкульоз :  
Підручник. -Тернопіль, ТДМУ, 2005.- 280 с.
6. Фецищенко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню - К.: Здоров'я, 2006.
7. Петренко В.І. Фтізіатрія: підр. / За ред. Петренко В.І. – Київ. ВСВ  
«Медицина», 2015
8. Алгоритм лабораторной диагностики и мониторинга лечения туберкулеза легких и туберкулеза с лекарственной устойчивостью на основе применения современных быстрых молекулярных методов. Європейське бюро ВООЗ, 2017.
9. Фтізіатрія. Навчальний посібник / За ред. проф. Москаленка В.Ф., проф. Петренко В.І., доц. Тимошенко Г.О. – К: Медицина, 2010. – 199 с.
10. Фтізіатрія: Навчальний посібник для самостійної роботи студентів старших курсів, лікарів інтернів та практичних лікарів / За ред. проф. Л.Д. Тодоріко. – Чернівці: Медуніверситет, 2012. – 521 с.
11. Пульмонологія та фтізіатрія (у двох томах) [Текст]: національний підручник для лікарів інтернів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації / під ред. Ю. І. Фецищенка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ-Львів : ПРАТ “Львівська книжкова фабрика “Атлас”, 2011. – 1363 с.
12. Фецищенко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню: сучасні підходи. – К: Здоров'я, 2012. – 655 с.

13. Фещенко Ю.І. Організація контролю за хіміорезистентним туберкульозом. Виробниче видання. – К.: Здоров'я, 2013. – 704 с.
14. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД. В.Ф. Москаленко, Р.Г. Процюк, В.І. Петренко та ін. Медицина, Київ-2010. – 423 с.
15. ТБ/ВІЛ: діагностика, лікування, профілактика: навчальний посібник / О.С. Шальмін, О.М. Рознатовська, О.А. Растворов та ін. Запоріжжя, 2013р. – 91 с.
16. Закон України № 4565-VI від 22.03.2012 «Про протидію захворюванню на туберкульоз».
17. Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги (високоспеціалізованої). Туберкульоз».
18. Пульмонологія та фтизіатрія: Підручник: у 2-х т. / За ред. Фещенко Ю.І., Ільницького І.Г., Мельника В.П. – Київ, Львів: Атлас. – 2009. – 1336 с.
19. Практикум з внутрішньої медицини. Пульмонологія. — Вінниця.: ПП Балюк І.Б., 2010. — С. 29–52.
20. Внутрішні хвороби: Підручник: в 2-х т./ За редакцією А. И. Мартинова, Н.А.Мухіна, В.С. Моїсєєва, А.С. Галявичка. Т. 1. - 2005. - С. 310-327;
21. Групи ризику щодо визначення мультирезистентності МБТ у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які раніше лікувались, та рецидиви захворювання / С. О. Черенько [та ін.] // Збірн. наук. праць співроб. НМАПО ім. П. А. Шупика. – 2008. – Вип. 17., кн. 2. – С. 693–698.
22. Александріна Т.А. Особливості епідемії туберкульозу в Україні / Т.А. Александріна // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.-2012.-№2.- С.7-13.
23. Мельник В.М. Історія виникнення і розвитку хіміорезистентного туберкульозу / В.М. Мельник, А.М. Приходько, Л.В. Ареф'єва // Укр. пульмон. ж.-2012.-№2.-С.59-61.

24. Радиш Г.В. Потенційний прорив у лікуванні хіміорезистентного туберкульозу / Г.В.Радиш // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.-2012.-№23-С.106-107.
25. Світлична С.Г. Туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією: особливості діагностики та лікування в умовах стаціонару / С.Г. Світлична // Укр. пульмон. журн.-2007.-№7.-С.14-15.
26. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник), 2018.
27. Стандарти і контрольні показники для систем епіднадзора за туберкульозом та систем реєстраціїактів цивільного стану громадян, Всесвітня організація охорони здоров'я, 2014  
<http://www.who.int/tb/publications/standardsandbenchmarks/en/>
28. Сайт Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» <https://phc.org.ua/>
29. Статистична інформація ТБ. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.  
URL:<https://old.phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information>
30. Населення України. Державна служба статистики України. URL:  
<http://www.ukrstat.gov.ua>
31. Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ  
Режим доступу : <http://tb.ucdc.gov.ua/navchannyaonlayn>
32. Петренко В.І. Фтизіатрія. – Режим доступу :  
<http://biblioteka.cc/index.php?newsid=54274> або  
[http://medobook.ru/load/medicina/pulmonologija\\_i\\_ftiziatrija/ftiziatrija\\_ftiziatrija\\_petrenko\\_v\\_i\\_petr\\_enko\\_v\\_i\\_2006\\_g/31-1-0-2181](http://medobook.ru/load/medicina/pulmonologija_i_ftiziatrija/ftiziatrija_ftiziatrija_petrenko_v_i_petr_enko_v_i_2006_g/31-1-0-2181)
33. Копылова И.Ф., Смердин С.В., Вертячих М.Г. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: учебное пособие – Режим доступу :  
<http://rushares.org/f/159216>

34. Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ  
України: навчання он-лайн. – Режим доступу :  
<http://tb.ucdc.gov.ua/navchannya-onlayn>