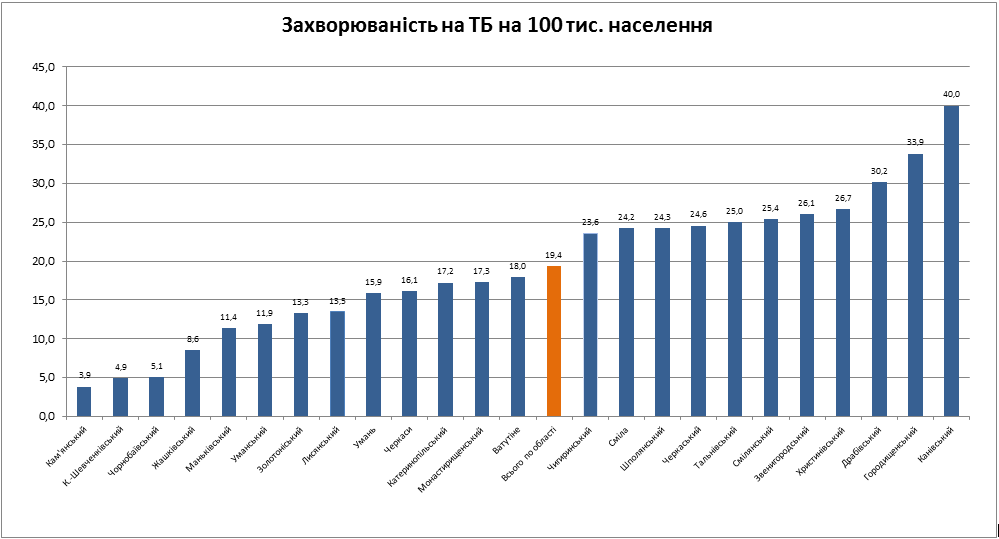
**Аналіз показників та індикаторів моніторингу та оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз за І півріччя 2021 року**

За даними форми № 33 "Звіт про захворювання на активний ТБ" у І півріччі 2021 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення Черкаської області становить **19,6** **на 100 тис. населення**   
(І півріччя 2019 р. – 29,8, І півріччя 2020 р. – 24,2, Україна – І півріччя 2021 р. – 21,2). Показник захворюваності зменшився на 19% порівняно з аналогічним періодом 2020 р.

У регіонах області спостерігається значне коливання захворюваності на ТБ (від 3,9 до 40,0 на 100 тис. населення). Найвищі показники захворюваності ТБ зареєстровані у Канівській (40,0), Городищенській (33,9), Драбівській (30,2), Христинівській (26,7), Звенигородській (26,1), Смілянській (25,4), Тальнівській (25,0), Черкаській (24,6), Шполянській (24,3), Чигиринській (23,6) територіальних громадах та м. Сміла (24,3); найнижчі – **Кам’янській**(**3,9**), Корсунь-Шевченківській (4,9), Чорнобаївській (5,1), Жашківській (8,6), **Маньківській** (**11,4**) територіальних громадах.

*Малюнок 1. Захворюваність на ТБ (впершедіагностований та рецидиви ТБ), 100 тис. населення, І півріччя 2021 р.*



Як видно з діаграми, в області наявні регіони із значними коливаннями захворюваності.

У І півріччі 2021 р. в більшості регіонів області показник захворюваності зменшився, в деяких значно, що вказує на значне недовиявлення хворих на ТБ. Особливе занепокоєння викликають Жашківська, Золотоніська, Корсунь-Шевченківська, **Кам’янська,** Катеринопільська, **Лисянська,** **Маньківська,** Уманська та Чорнобаївська територіальні громади.

Даний факт підтверджується хвилеподібною зміною показника захворюваності на ТБ, включно з новими випадками та рецидивами, серед дітей (0-14 роки). За І півріччя 2021 р. показник становить **4,9 на 100 тис.** **відповідного населення**, проти 6,0 на 100 тис. дитячого населення за І півріччя 2020 р.   
(І півріччя 2019 р. – 4,7, Україна – І півріччя 2021 р. – 3,6). Серед підлітків (15-17 років) - **6,5 на 100 тис.** **відповідного** **населення**, проти 16,6 на 100 тис. підліткового населення за І півріччя 2020 р. (І півріччя 2019 р. – 16,6, Україна – І півріччя 2021 р. – 6,8).

Серед усіх осіб, які захворіли на ТБ, 59,4% складають непрацюючі особи працездатного віку (18-54 років), в тому числі вікова групу 25-44 роки складає 54,5%, що свідчить про високий соціальний вплив та економічне навантаження, що спричинює ТБ в області.

Аналіз соціальної структури нових випадків ТБ у І півріччі 2021 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на ТБ, майже 76,5% становлять представники соціально незахищених верств населення (59,4% – непрацюючі працездатного віку, 10,2% – пенсіонери, 1% – особи, які повернулися з місць позбавлення волі, 2% – особи без постійного місця проживання).

Серед нових випадків ТБ 24,4% становлять хворі, які зловживають алкоголем та 3,0% – споживачі ін’єкційних наркотиків, що свідчить про нагальну потребу подальшого розвитку в області освітньо-профілактичних програм та заходів із соціальної підтримки пацієнтів із забезпеченням активної участі інститутів громадянського суспільства.

Показник захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у І півріччі 2021 р. становить **3,3** **на 100 тис. населення** (І півріччя 2019 р. – 5,4, І півріччя 2020 р. – 4,9, Україна – І півріччя 2021 р. – 3,3). Смертність від зазначеної патології   
у І півріччі 2021 р. становить **0,2 на 100 тис. населення** (І півріччя 2019 р. – 1,2, І півріччя 2020 р. – 0,8).

Показник смертності від ТБ в області впродовж останніх 5 років має тенденцію до зниження (2011 р. – 10,5 на 100 тис. населення, 2016 р. – 9,3, 2017 р. – 9,8, 2018 р. – 8,4, 2019 р. – 7,3, І півріччя 2019 р. – 3,05, І півріччя 2020 р. – 3,25). Разом з тим, рівень смертності від ТБ у І півріччі 2021 р. зріс на **6,6%** порівняно   
з аналогічним періодом минулого року і становить **3,25** **на 100 тис. населення**.

Найвищий рівень смертності від ТБ у І півріччі 2021 р. зареєстровано   
у Смілянській (9,68 на 100 тис. населення), Христинівській (9,02), **Маньківській (7,69)** територіальних громадах**.**

Звертає на себе увагу зростання смертності до 1 року спостереження, а саме даний показник в І півріччі 2021 року зріс в **1,7 рази** порівняно з аналогічним періодом минулого року і становить **1,3 на 100 тис. населення** проти 0,75   
(І півріччя 2019 р. – 0,58).

**Виявлення та діагностика ТБ**

Одним із основних завдань щодо забезпечення контролю над ТБ є раннє виявлення випадків захворювання.

Основну роль у ранньому виявленні туберкульозу серед населення області відіграють у першу чергу медичні працівники центрів ПМСД, роль яких полягає у виявленні симптомів туберкульозу, в т.ч. з використанням скринінгового анкетування, насамперед осіб віднесених до груп ризику, а також залучення до виявлення та обстеження контактних по туберкульозу осіб спільно із фтизіатричною службою (наказ МОЗ України від 25.02.2020 № 530 та наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504). Важливо розуміти, що своєчасне виявлення симптомів туберкульозу та скерування на діагностику туберкульозу – завдання всіх рівнів надання медичної допомоги.

За результатами моніторингових візитів в заклади області протягом І півріччя 2021 р. (**Лисянська,** **Кам’янська,** Смілянська, Чигиринська, **Маньківська** територіальні громади) – в 100% випадків відсутні данні (як паперові,   
так і електронні), щодо формування та обстеження груп ризику з ТБ на рівні ЦПМСД.

Також, на рівні вказаних ЦПМСД відсутній облік та робота з контактними особами. Спостереження дітей з туб вогнищ та з латентною туберкульозною інфекцією здійснюється сімейними лікарями, але облік та документація відсутні (у 60% закладів ЦПМСД, в регіонах представлених до розгляду на засіданні – 100%). Відслідкувати призначення та проходження профілактичного лікування вищезазначеним особам на рівні ЦПМСД, що розглядаються, неможливо.

Згідно п.1, п.2, п.8 та, особливо п. 13 *(Профілактика, діагностика та раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі, латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо). Обстеження контактних щодо туберкульозу осіб та видача направлення для надання вторинної (спеціалізованої) та/або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Взаємодія з лікарем-фтизіатром та/або лікарем-фтизіатром дитячим щодо діагностики та лікування пацієнтів із туберкульозом.)* Специфікації надання медичних послуг за напрямом «ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА», а також п 2. Додатку 1 до Порядку надання первинної медичної допомоги (пункт 1 розділу ІІ), затвердженого наказом МОЗ України від 19.03.2018 №504 – проведення профілактичних втручань забезпечується закладами охорони здоров’я первинного рівня надання медичної допомоги з подальшою переадресацією пацієнта, при необхідності,   
на вищий рівень надання медичної допомоги та/або до лікаря-фтизіатра для виключення активних туберкульозних змін та призначення лікування латентної туберкульозної інфекції.

Для оцінки якості ефективності діагностичних процедур використовується показник «Виявлення нових випадків та рецидивів з КСБ "+" (за Цілем - Нільсеном) у осіб, обстежених в лабораторіях з мікробіологічної діагностики ТБ І рівня» (цільове значення – від 5% до 10%).

За результатами І півріччя 2021 р., оцінюючи регіони в цілому, досягнуто показник щодо виявлення КСБ+ в Звенигородській (5,56%), **Лисянській (5,88%)**, **Маньківській (6,67%)**, Катеринопільській (9,38%), Тальнівській (5,56%), Чорнобаївській (9,52%), Шполянській (6,02%) територіальних громадах.

Не досягнуто показника м. Черкаси (3,45%), м. Ватутіне (3,39%), м. Сміла (3,5%). Золотоніській (2,67%), Смілянській (1,59%), Уманській (3,33%) територіальних громадах.

Такі регіони, як Жашківська, Корсунь-Шевченківська, Канівська, Монастирищенська та Чигиринська територіальні громади – взагалі за І півріччя 2021 року не виявили жодного бактерівиділювача.

Низький показник виявлення бактеріовиділювачів або їх відсутність може вказувати на:

- недостатньо коректний відбір пацієнтів для даного методу обстеження;

- неконтрольований збір та/або збір неякісного біоматеріалу для дослідження (робота пунктів збору мокроти);

- проблеми при проведенні дослідження та низький рівень кваліфікації лаборанта.

Перевищено показник більше 10% по м. Умань (12,56%). Городищенській (23,3%), Драбівській (28,6%), **Кам’янській (20%)**, Христинівській (14,2%), Черкаській (20%) територіальних громадах. Перевищення показника більше 10% вказує про недостатні обсяги обстеження населення даним методом, насамперед груп ризику з ТБ, порушення алгоритму виявлення ТБ, дефекти роботи пунктів збору мокроти тощо.

Для забезпечення безперервності та сталості послуг з діагностики ТБ в області з червня 2020 р. в рамках проекту «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» (Support TB Control Efforts in Ukraine), який реалізується в області міжнародною організацією «РАТН» (Програма оптимальних технологій в охороні здоров’я) розроблені маршрути транспортування біоматеріалу та курсує автомобіль, який відвідує кожний регіон 1 раз на тиждень. Послуга транспортування на сьогоднішній день є високовартісною та потребує додаткового фінансового навантаження, проте вона не включена в пакети надання послуг в рамках Програми медичних гарантій.

**Разом з тим, даний ресур використовується регіонами вкрай незадовільно.**

Так, за І півріччя 2021 р. доставлено 343 зразки біоматеріалу, в тому числі   
з діагностичною метою – 300 (виявлено – 8,0% бактеріовиділювачів).

У розрізі регіонів в абсолютних числах за І півріччя 2021 р.:

З наведеного графіка необхідно відзначити Драбівську, Уманську та, особливо, Шполянську територіальні громади, де не тільки організована робота по збору та транспортуванню біоматеріалу на відносно задовільному рівні, а також зроблений акцент саме на ті контингенти осіб, де прогнозовано можна виявити бактеріовиділювача.

По регіонам, що розглядаються, вражає організація роботи в напрямку виявлення бактеріовиділювачів у **Маньківській** територіальній громаді.   
А саме, за І півріччя 2021 р., шляхом транспортування направлено лише 3 зразки, і жодного бакетріовиділювача не виявлено.

Також необхідно звернути увагу на обсяги обстежень з метою виявлення бактеріовиділювачів направлених з первинної ланки після скринінгового анкетування та виявлення на вторинній ланці.

По регіонам, що розглядаються на засіданні:

Низька кількість обстежених осіб, які направлені з первинної ланки, а також виявлення бактеріовиділювачів переважно за направленнями вторинної ланки, вказує на порушення алгоритму виявлення хворих на ТБ і, як наслідок, недовиявлення хворих на ТБ, в тому числі на заразні форми. Недовиявлення хворих на ТБ підтверджується також і тим, що кількість занедбаних форм ТБ, які призводять до смертності від ТБ до 1 року спостереження, на фоні зниження захворюваності має стабільно високий показник і становить 3,6 на 100 тис. населення, що в 2 рази більше ніж в І півріччі 2020 р., коли показник становив 1,78 на 100 тис. населення.

Зменшення абсолютної кількості виявлених хворих на ТБ, на фоні зростання кількості занедбаних форм, що призводять до зростання показника смертності, впливають на рівень оплати коштів з боку НСЗУ як на заклад третинного рівня, так і на заклади первинного рівня.

Так, стан фінансування КНП «ЧОПТД ЧОР» за основним пакетом залежить від кількості зареєстрованих пацієнтів, тому прогнозовано очікується зменшення кількості видатків на 2022 р. з боку НСЗУ для закладу внаслідок недовиявлення пацієнтів, що є неприпустимим!

Разом з тим, у 2021 р. на пакет «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»законтрактовано 20 закладів ЦПМСД на загальну суму 3 млн. грн. до кінця 2021 р.

В період з квітня по серпень 2021 р. закладами ЦПМСД отримано лише 137,756 тис. грн. за даним напрямком (**Лисянський ЦПМСД – 7756 грн.**, **Кам’янський ЦПМСД – 4650 грн.**, **Маньківський ЦПМСД – 1744 грн**.).

Отримана сума коштів закладами ЦПМСД за 5 місяців 2021 р. вказує на вкрай незадовільні обсяги охоплення амбулаторним лікуванням пацієнтів за пакетом «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ», що може бути пов’язано з наступними причинами:

1. Відсутність декларацій з сімейними лікарями у наявних пацієнтів.

2. Зниження абсолютної кількості пацієнтів внаслідок недовиявлення хворих на ТБ.

Як висновок, фінансове забезпечення КНП «ЧОПТД ЧОР» та ЦПМСД ( по пакету «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ») залежить від організації ефективного раннього виявлення, яке є пріоритетним завданням ЦПМСД за основним пакетом НСЗУ **(«ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА»).**

Головний позаштатний фтизіатр УОЗ ОДА Д.О.Левандовська

|  |  |
| --- | --- |
| До проекту рішення:  Заслухавши і обговоривши доповідь головного позаштатного фтизіатра Управління охорони здоров’я Левандовської Д.О., відзначається, що в цілому  по області проводиться робота по виконанню заходів протидії захворюванню  на туберкульоз, направлених на поліпшення раннього виявлення хворих  на туберкульоз. Разом з тим, наявний ряд недоліків, а саме:  1. Відсутність системного підходу в формуванні та обстеженні груп ризику  з туберкульозу на первинному рівні надання медичної допомоги.  2. Переважання пасивного виявлення хворих на туберкульоз серед груп ризику щодо захворювання на туберкульоз.  3. Недотриманий в повній мірі алгоритм виявлення хворих на туберкульоз.  4. Незадовільний диспансерний нагляд за особами, віднесеними до груп ризику щодо захворювання на туберкульоз.  5. Недостатній контроль за лікуванням хворих на амбулаторному етапі та проведення хіміопрофілактики, особам що її потребують.  Враховуючи вищезазначене пропонується внести до проекту рішення наступне:  1. Інформацію головного позаштатного фтизіатра Левандовської Д.О. прийняти до відома.  2. **Департаменту охорони здоров’я та медичних послуг Черкаської міської ради, керівникам міських, районних медичних установ вторинної ланки, центрів первинної медико-санітарної допомоги** забезпечити:  2.1. Коректне формування, облік та активне виявлення туберкульозу серед контингентів віднесених до груп ризику щодо захворювання на туберкульоз.  2.2. Дотримання в повному обсязі лікувально-діагностичних заходів на вторинному рівні.  2.3. Контроль за дотриманням алгоритму виявлення хворих на ТБ відповідно до галузевого стандарту (наказ МОЗ України від 25.02.2020 № 530 в редакції наказу МОЗ України від 06.10.2021 №2161).  2.4. Активізацію роботи щодо збору та доставки біоматеріалу для дослідження на виявлення кислотостійких паличок з досягненням показника виявлення бактеріовиділювачів не менше 5% та не більше 10% до обстежених.  2.5. Організацію контрольованого амбулаторного лікування хворих на туберкульоз та моніторинг лікування відповідно до наказу МОЗ України від 25.02.2020 № 530, в редакції наказу МОЗ України від 06.10.2021 № 2161, «Про затвердження стандартів охорони здоров’я при туберкульозі», наказів Управління охорони здоров’я обласної державної адміністрації від 20.05.2020 № 625 «Про впровадження наказу МОЗ України від 25.02.2020 № 530 «Про затвердження стандартів охорони здоров’я при туберкульозі», від 25.02.2019 № 220 «Про впровадження пацієнт-орієнтованих амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз, зокрема хіміорезистентний туберкульоз  та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ в Черкаській області».  2.6. Повний обсяг моніторингу клінічних показників пацієнтів, хворих на туберкульоз, що знаходяться на амбулаторному лікуванні відповідно до наказу МОЗ України від 25.02.2020 № 530, в редакції наказу МОЗ України від 06.10.2021 № 2161 «Про затвердження стандартів охорони здоров’я при туберкульозі» та відповідного наказу Управління охорони здоров’я обласної державної адміністрації від 20.05.2020 № 625 «Про впровадження наказу МОЗ України від 25.02.2020 №530 «Про затвердження стандартів охорони здоров’я при туберкульозі».  2.7. Виконання наказу МОЗ України від 15.05.2014 № 327 «Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу».  **Терміново і постійно**  3. **Головному позаштатному фтизіатру Управління охорони здоров’я обласної державної адміністрації** здійснювати організаційно-методичний супровід та роз’яснювальну роботу щодо формування та обстеження груп ризику з туберкульозу.  **Постійно** |  |