



# «АНАЛІЗ ПРОГАЛИН У ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ»

**ФІНАЛЬНИЙ ЗВІТ ПРОЕКТУ**

**01 December 2016**

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by NGO Center "Social Indicators"

**Дослідницька група:**

Артем Мирошніченко  
Есма Аджієва

Алла Аухадієва  
Лілія Мамотенко

Андрій Мамотенко  
Юлія Загута

Євгенія-Галина Лукаш  
Єгор Славуцький  
Дарина Кутузова

Менеджер проекту  
Координатор дослідження

Лікар-фтизіатр, старший дослідник  
Лікар-фтизіатр, дослідник

Лікар-фтизіатр, дослідник  
Лікар-фтизіатр, дослідник

Молодший дослідник  
Молодший дослідник  
Молодший дослідник

# «АНАЛІЗ ПРОГАЛИН У ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ»

**ФІНАЛЬНИЙ ЗВІТ ПРОЕКТУ  
GRANT-03-OR**

**Contract No. AID-GHN-I-00-09-00004  
Task Order No. AID-121-TO-12-00001**

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.



# ЗМІСТ

Вступ .....	1
Цілі та завдання дослідження.....	3
Огляд літератури .....	4
Поширеність МРТБ в Україні та світі.....	4
Фактори, що призводять до невдач лікування туберкульозу .....	5
Методологія дослідження .....	8
Кількісний компонент дослідження.....	8
Якісний компонент дослідження.....	9
Результати кількісного дослідження .....	11
Результати якісного дослідження .....	15
Обговорення результатів дослідження.....	23
Висновки .....	26
Рекомендації .....	27
Список використаної літератури .....	28
Додатки:	
Додаток А .....	30
Додаток Б .....	34
Додаток В .....	38
Додаток Г .....	40

## **ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
МРТБ	Мультирезистентний туберкульоз
НЛТБ	Невдача лікування випадку туберкульозу
ПТП,	Протитуберкульозні препарати
РРТБ	Туберкульоз з розширеною резистентністю
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
УКПМД	Уніфікований протокол медичної допомоги

## ВСТУП

Туберкульоз є актуальною медико-соціальною проблемою у всьому світі. У 2014 році Україна вперше ввійшла до 5 країн світу з найвищим тягарем МРТБ<sup>1</sup>. У 2015 році показник захворюваності на ТБ склав 91 випадок на 100 тис населення, у той час як захворюваність на резистентні форми туберкульозу складала 49 випадків на 100 тис населення<sup>2</sup>. За даними ВООЗ, в Україні наразі нараховується 1206 пацієнтів, які знаходяться на лікуванні з розширеною медикаментозною резистентністю (РРТБ)<sup>3</sup>. Хоча, кількість зареєстрованих нових випадків ТБ впродовж 2009-2014 років залишається стабільною, проте визначається збільшення раніше пролікованих випадків ТБ у період 2010-2014 рр. (27%-35%).

Несвоєчасне та неналежне лікування активної форми ТБ, поєднання форм ВІЛ/ТБ є основними причинами подальшого поширення ТБ в Україні, розвитку МРТБ та смертності. Наприклад, перерване лікування реєструється у 18,8% випадків вперше діагностованого МРТБ, 32,2% - рецидивів<sup>4</sup>. Попри досягнення щодо зниження захворюваності туберкульозом, ефективність лікування хворих на вперше діагностований ТБ легень з позитивним мазком за підсумками 2013 року складала 60%. При цьому критерієм ефективності програми боротьби з ТБ за ВООЗ є показник виліковування хворих  $\geq 85\%$ <sup>5</sup>.

Для хворих на ТБ характерним залишається високий рівень смертності в когортах (від 6,9% до 15,5% для нових випадків туберкульозу легень та майже 37% для

---

<sup>1</sup> Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник./ МОЗ України. ДУ "Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами МОЗ України"//Київ: "Бланк-Прес", 2015. – Режим доступу: [http://www.slideshare.net/Ukraine\\_CDC/2014-52881494](http://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/2014-52881494).

<sup>2</sup> WHO's Global TB database

[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=UA&LAN=RU&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=UA&LAN=RU&outtype=html)

<sup>3</sup> WHO. (2016). Global Tuberculosis Report 2014 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2016. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>.

<sup>4</sup> Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник./ МОЗ України. ДУ "Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами МОЗ України"//Київ: "Бланк-Прес", 2015. – Режим доступу: [http://www.slideshare.net/Ukraine\\_CDC/2014-52881494](http://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/2014-52881494).

<sup>5</sup> Всемирная организация здравоохранения "Дорожная карта по профилактике и борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом: комплексный план действий по профилактике и борьбе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011-2015 гг. Режим доступу: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169704/e95786r.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169704/e95786r.pdf).

випадків МРТБ діагностованих після перерви у лікуванні та після повторного курсу хіміотерапії). Значна частка випадків лікування ТБ завершується невдало.

Показники відривів від лікування, відсоток невдалого лікування та смерть, за 2013 рік лише для нових випадків туберкульозу легень є нижчими від цільового показника на 10%<sup>6</sup>, встановленого у Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки, для решти випадків цей показник є вищим, особливо для випадків МРТБ. Окрім того, якщо до показників перерваного лікування додати показник щодо вибулих/переведених пацієнтів, про результат лікування яких немає відомостей, то для багатьох категорій ТБ сукупний показник неефективного лікування ТБ сягатиме 30-70%.

Основні чинники, які можуть впливати на ефективність лікування пацієнтів можна згрупувати у чотири основні категорії:

- 1) особливості ТБ: форма, тип випадку, категорія, стійкість до протитуберкульозних препаратів, досвід попереднього лікування ТБ;
- 2) особисті характеристики пацієнта: вік, стать, вага, шкідливі звички, психологічний стан, алкогольна чи наркотична залежність, додаткові/супутні захворювання, прихильність до лікування;
- 3) соціальний статус: місце проживання, освіта, наявність та сукупний дохід сім'ї, працевлаштованість, безпритульність, досвід перебування у місцях позбавлення волі, тощо;
- 4) організація лікування ТБ: тривалість і вид діагностики ТБ, витрати часу до призначення лікування, курси лікування, тривалість інтенсивної та підтримуючої фази лікування, наявність побічних ефектів, дотримання контрольованого лікування, забезпечення протитуберкульозними препаратами, забезпечення харчовими пайками, комфортність лікування для пацієнта.

---

<sup>6</sup> Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник (Таб.53)./ МОЗ України. ДУ "Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами МОЗ України"//Київ: "Бланк-Прес", 2015. – Режим доступу: [http://www.slideshare.net/Ukraine\\_CDC/2014-52881494](http://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/2014-52881494).



Оскільки показник неефективного результату лікування значною мірою залежить від типу випадку туберкульозу, ймовірно перелічені чинники матимуть різне значення для результатів лікування різних типів випадків туберкульозу.

## **ЦІЛІ ТА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Визначити основні чинники, які мають зв'язок з неефективним результатом лікування за результатами аналізу медичних записів щодо хворих на ТБ різних форм та типів захворювання:

- Вивчити медичні картки пацієнтів, які закінчилися невдачею лікування, смертю пацієнтів, перериванням лікування, або вибулих пацієнтів.
- Провести інтерв'ювання пацієнтів в ході лікування яких були короткі перериви в прийомі ПТП, або відриви від лікування.
- Проаналізувати можливі затримки початку лікування, виконання діагностичних процедур, прийому препаратів під час інтенсивної та підтримуючої фази.
- Проаналізувати відповідність призначень діагностики/лікування до УКПМД.
- Вивчити основні фактори, які характеризують осіб, у яких лікування не було ефективним (в розрізі різних типів випадків).
- Вивчити основні фактори, які характеризують осіб, які перервали лікування (в розрізі різних типів випадків).

## ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### Поширеність МРТБ в Україні та світі

У 2015 році за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я 10,4 млн. людей захворіли на туберкульоз, 1,8 млн. померли<sup>7</sup>. Україна входить до переліку з 30 країн, із найбільшим тягарем мультирезистентних форм туберкульозу у світі. У 2015 році тільки в чотирьох з 30 країн з великим тягарем туберкульозу зростання захворюваності було більш, ніж на 20% (крім України, це Китай, Нігерія і Філіппіни)<sup>8</sup>. В Україні мультирезистентний туберкульоз мають 22% хворих, яким вперше встановили діагноз туберкульоз, та 58% хворих з рецидивом<sup>9</sup>. Така ситуація сприяє збільшенню частки хворих, що вперше звертаються до лікаря з симптомами туберкульозу, але одразу ж мають стійку форму.

Лікування мультирезистентного туберкульозу триває у три рази довше, а саме 20 місяців, ніж лікування чутливої форми та є значно дорожчим. Таким чином, для контролю епідемії МРТБ важливе правильне лікування, виявлення усіх випадків туберкульозу і профілактика серед близького оточення пацієнтів з діагностованим МРТБ. Згідно Глобальної доповіді ВООЗ за 2016 рік, ефективність лікування туберкульозу в Україні, яка є взагалі низькою за мультирезистентності збудника є найнижчою серед 30 країн із високим тягарем МРТБ і становить 39%.

Минулого року ВООЗ у своїй доповіді вже звертало увагу на погіршення загальної ефективності лікування ТБ/ВІЛ у Європі, яке є наслідком виключно низької ефективності лікування в Україні (44%) у сполученні із великою кількістю хворих. У 2016 році ефективність лікування поєднаної інфекції в країні ще погіршилася і становить 35%, за середньосвітовим показником у 75%. У світі немає країн з такою

---

<sup>7</sup> WHO. (2015). Global Tuberculosis Report 2015 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2015. – Mode of access : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf)

<sup>8</sup> WHO. (2014). Global Tuberculosis Report 2014 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2014. – Mode of access : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf)

<sup>9</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Ко-інфекція (Туберкульоз/ ВІЛ-інфекція/ СНІД)» - 2014 [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn\\_20141231\\_1039dod.pdf](http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20141231_1039dod.pdf).

низькою ефективністю лікування, окрім тих, де ТБ/ВІЛ є спорадичним захворюванням, на кшталт Саудівської Аравії, де протягом року зареєстровано 63 випадки проти 1603 в Україні.

### **Фактори, що призводять до невдач лікування туберкульозу**

Україна входить до четвірки країн Європейського регіону із найбільшим показником невдалого лікування 8,5%<sup>10</sup>. Одною з головних причин невдачі лікування є низька прихильність до лікування (соціальний статус, вживання алкоголю та наркотичних речовин). Наприклад, за даними Центру Громадського Здоов'я МОЗ України, аналіз соціальної структури вказує на те, що 70 % вперше діагностованих хворих у 2015 році складають представники соціально-незахищених верств населення<sup>11</sup>:

- 58,4 % – безробітні особи працездатного віку
- 12,2 % – пенсіонери
- 2,5 % – особи без постійного місця проживання
- 1,0 % – особи, які повернулись з місць позбавлення волі

Також, велику частку вперше діагностованих хворих на туберкульоз складають споживачі ін'єкційних наркотиків (3,0%) та люди, які вживають алкоголь (12,5%), що свідчить про потребу подальшого розвитку програм соціальної підтримки пацієнтів. Отже, для більшості із зазначених груп здоров'я або не є пріоритетною цінністю, або вони не мають можливості звернутись до лікаря, тому вони можуть не зважати на наявні симптоми протягом тривалого часу.

Крім того, низька прихильність до лікування, що спричиняє нерегулярний прийом, пропуски, або ж вибіркового прийому препаратів, призводить до розширення

---

<sup>10</sup> Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe [Electronic resource] // World Health Organization. 2015. Mode of access: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2014.pdf>.

<sup>11</sup> Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник./ МОЗ и МОЗу: "Туберкульоз в Україні України. ДУ "Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами МОЗ України"//Київ: "Бланк-Прес", 2015. – Режим доступу: [http://www.slideshare.net/Ukraine\\_CDC/2014-52881494](http://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/2014-52881494).

резистентності. Дослідження показує, що фактором ризику для невдалого лікування було саме пропуск вживання ПТП протягом 14 днів<sup>12</sup>.

Насамперед для того, щобвилікувати ТБ потрібно, щоб лікування було розпочато вчасно. Стиль життя є важливим фактором, що може вплинути на те, наскільки вдалим буде лікування ТБ. Пацієнти, що зловживають алкоголем або є споживачами наркотичних речовин, менш схильні до того, щоб піклуватись про власне здоров'я та здоров'я оточуючих. Дослідження, проведене в Марокко, виявило, що паління впливає на результат лікування. 727 пацієнтів взяли участь у цьому дослідженні, що проводилось з 2004 по 2009 роки. Соціально-демографічні характеристики були зібрані завдяки анкетуванню. Середній вік респондентів склав 35 років. Рівень невдалого лікування склав 6.9% відсотків. Для пацієнтів, що регулярно палять, цей показник був у два рази вищий, ніж для тих, хто не палить. Також фактором ризику була виявлена алкогольна залежність, що підвищувала більше, ніж у три рази ймовірність невдалого лікування. Важливим фактором ризику також виявився рівень прибутків: респонденти з тижневим прибутком у 180 доларів мали у 2.5 рази більшу схильність до перерви у лікуванні<sup>13</sup>.

Також проблемою є те, що основні симптоми туберкульозу, такі як: тривалий кашель, втрата ваги можуть бути пояснені на обставини, в яких проживають хворі. Тому звернення до лікаря частіш за все відкладається, або ж взагалі не відбувається. Важливим фактором є взаємозв'язок усіх ланок системи охорони здоров'я. Вкрай важливим є організація процесу діагностування та ведення пацієнта таким чином, щоб зменшити ризик втрати пацієнта та його відриву від лікування.

---

12 Savadogo B. Risk factors for tuberculosis treatment failure among pulmonary tuberculosis patients in four health regions of Burkina [Electronic source] / B. Sawadogo, Khin San Tint, M. Tshimanga, L. Kuonza, L. Ouedraogo // PanAfrican Medical Journal. – 2015. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546781/pdf/PAMJ-21-152.pdf>.

13 Tachfouti, N. Association between smoking status, other factors and tuberculosis treatment failure in Morocco [Electronic source] / N. Tachfouti, C. Nejari, MC. Benjelloun, M. Berraho, S. Elfakir, K. Slama. // Int J Tuberc Lung Dis. – 2011. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21575308>.

Згідно ВООЗ, прийнятним показником вдалого лікування туберкульозу є рівень 85% та більше. Низька ефективність лікування може бути зумовлена призначенням неправильного режиму лікування; відсутність безпосереднього нагляду за прийомом протитуберкульозних препаратів, невірними даними щодо історії попереднього лікування протитуберкульозними препаратами; стійкістю до протитуберкульозних препаратів.

Факторами невдач лікування ТБ з боку системи охорони здоров'я можуть бути такі фактори, як некоректні алгоритми діагностики і лікування, або їхня відсутність, недотримання алгоритму, низька якість або недостатня кількість ліків, резистентність до протитуберкульозних препаратів.

До факторів, що ведуть до невдалого лікування з боку пацієнта відносяться: недостатні знання, брак грошей на транспорт, побічні ефекти, недостатня прихильність до тривалого лікування та несприйняття ліків.

Тривале лікування (6-20 місяців), необхідність прийому ліків під щоденним наглядом погіршує прихильність навіть серед хворих із низьким ризиком відриву.

Під час проходження лікування важливим фактором є тяжкість захворювання, адже за умови наявності резистентної форми ТБ, тривалість лікування може досягати 20 місяців. Фактором відриву може бути недостатня мотивація, відсутність підтримки з боку рідних, неприємна та щоденна процедура прийому ліків. Дослідження, проведене у Південній Індії виявило вплив статі, зловживання алкоголем та мультирезистентності на частоту відривів. Серед 676 досліджуваних пацієнтів 74% вдало вилікувались, 17% перервали лікування, 5% померло та для 4% лікування було невдалим. Чоловіки відривались від лікування у 3,4 рази частіше, ніж жінки. Фактором впливу також виявився алкоголь. Також було встановлено, що пацієнти зі стійкими формами ТБ були більш схильні до відриву від лікування.

## **МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Дослідження було проведене ГО Центр «Соціальні індикатори» у період з 05 травня по 26 серпня 2016 року у 4 лікувальних установах ТМО «Фтизіатрія» у місті Києві. Для виконання завдань та досягнення мети дослідження було обрано змішаний дизайн дослідження. Були використані якісні та кількісні методи збору та аналізу даних.

### **Кількісний компонент дослідження**

Дані для кількісної частини дослідження були отримані двома шляхами:

- аналіз записів з медичних карток пацієнтів
- анкетування пацієнтів

Картки пацієнтів були отримані у диспансерних відділеннях ТМО «Фтизіатрія». Відповідальним за аналіз інформації з медичних карток були визначені члени дослідницької команди, які є практикуючими лікарями - фтизіатрами. Були проаналізовані медичні записи всіх хворих, зареєстрованих у 2014-2016 роках як випадки невдачі лікування (269 медичних карток). Жодні особисті дані пацієнтів, за якими можна було б визначити особу, не використовувалися під час аналізу. Отримані результати були представлені в узагальненому вигляді.

Аналіз карток відбувався з допомогою заздалегідь підготовлених таблиць (додаток А), в які вносились інформація про резистентність МБТ, наявність супутніх захворювань, дані про переносимість протитуберкульозних препаратів та інформацію про відриви від лікування.

З метою виявлення чинників ризику відриву вже на початку лікування було проведено анкетування 42 хворих із вперше встановленим діагнозом туберкульозу. Був розроблений інструмент збору кількісних даних – анкета (додаток Б). Анкета заповнювалася респондентом особисто.

Отримані дані були внесені у програму Microsoft Excel, де було підраховано кількість кожної з обраних інформантами відповідей і таким чином проаналізовано більш та менш характерні варіанти поведінки, характеристики та фактори, які дозволяють виявити можливі ризики відривів від лікування та прогнозувати невдачі лікування на його початкових кроках.

### **Якісний компонент дослідження**

Якісна частина дослідження складалася з інтерв'ю з двома групами респондентів: пацієнтами з невдачею лікування туберкульозу та лікарями-фтизіатрами. Для кожної групи респондентів був розроблений гайд інтерв'ю (додаток В та Г, відповідно).

Інтерв'ю були проведені з 40 пацієнтами з невдачею лікування туберкульозу. Це були пацієнти, хворі на легеневу форму туберкульозу, у яких в анамнезі був епізод невдачі лікування, відрив від лікування або неефективність 1 курсу лікування. На момент інтерв'ювання вони проходили лікування амбулаторно або у стаціонарі. У процесі аналізу даних, результати 10 інтерв'ю виявилися неінформативними через різні причини (відмова пацієнта на 11 питанні, глухота пацієнта, психічні розлади).

Також були проведені інтерв'ю з 20 лікарями-фтизіатрами. Це практикуючі лікарі протитуберкульозних диспансерів і відділень легеневого туберкульозу ТМО «Фтизіатрія» м. Києва.

Гайд інтерв'ю з лікарями також мав окремі тематичні блоки:

- вік та стаж лікарів
- спосіб планування лікування та ведення пацієнта
- ризики та інші фактори, що впливають на перебіг лікування пацієнта

Інтерв'ю записувалися на диктофон. Всі інтерв'ю були транскрибовані та пізніше внесені у файл Excel для подальшого аналізу. Під час аналізу відповіді були

згруповані за змістом. Таким чином, були визначені поширені серед учасників дослідження думки та практики. Крім цього, були співставлені відповіді на схожі запитання респондентів різних груп.

На початку гайдів для проведення інтерв'ю з обома групами був розташований короткий текст з гарантією анонімності та підтвердженням розуміння та згоди респондентів щодо участі у дослідженні, що засвідчувалися підписом респондента. В ході проведення дослідження, інтерв'юер дотримувався морально-етичних норм комунікації.

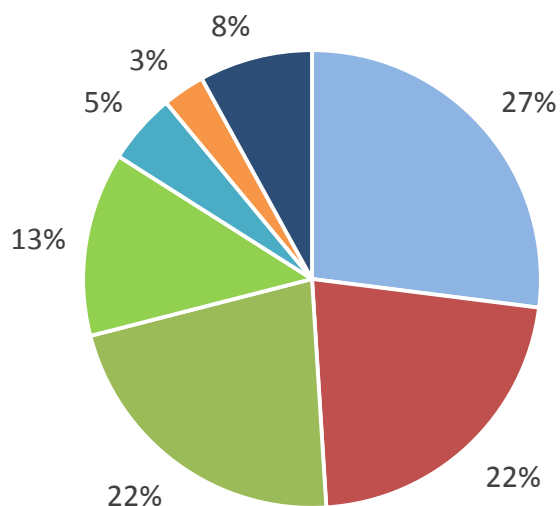


## РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Всього було проаналізовано дані з 269 медичних карт пацієнтів.

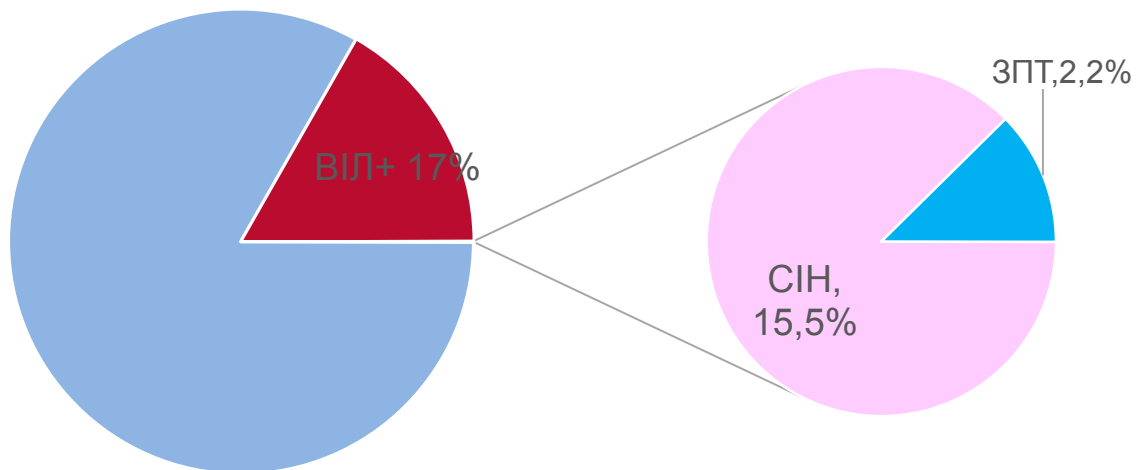
Згідно із зазначеними даними в картах, 1/5 пацієнтів з другої лікувальної категорії не має будь-яких передумов для неефективного лікування. Із 269 проаналізованих медичних карток осіб, які були зареєстровані з діагнозом НЛТБ було встановлено, що 118 пацієнтів не мали передумов для невдач лікування – була збережена чутливість МБТ до всіх ПТП, відсутні будь-які супутні захворювання. Також більша частина людей з цієї групи, за даними медичної документації, не пропускали прийом препаратів (73 особи).

Під час дослідження виявилось, що серед 269 осіб з діагнозом НЛТБ у 100 пацієнтів були відмічені різні за терміном пропуски лікування: 27% респондентів пропускали до 5-ти днів поспіль, 22% на 5-10 днів, 22% на 10-20 днів, 13% респондентів переривало лікування на 20-30 днів, 5% на 30-40 днів, 3% на 40-50 днів, 8% на 50-60 днів.



■ до 5днів ■ 5-10 днів ■ 10-20 днів ■ 20-30 днів ■ 30-40 днів ■ 40-50 днів ■ 50-60 днів

Було встановлено, що серед 269 пацієнтів 45 осіб були ВІЛ-позитивними (17%). При цьому в документації була інформація, що у групі НЛТБ з ВІЛ із 45 осіб 7 були споживачами ін'єкційних опіоїдних наркотиків і тільки 1 особа була на програмі ЗПТ.



50% хворих з ВІЛ/ТБ АРТ не отримували, а у 13% осіб рівень СД4 невідомий, у 22% хворих СД4 менше, ніж 100 кл/мл. Також, 1/2 хворих з ко-інфекцією при переведенні в другу лікувальну категорію (а це мінімум 5 місяців спостереження у фтизіатра) не отримували АРТ з різко вираженою імуносупресією.

У хворих з встановленим діагнозом «наркоманія» немає зазначених даних про наявність ЗПТ. Крім того, у медичних картах, в описовій частині ведення хворих з ВІЛ інфекцією і людей, які споживають наркотичні речовини спостерігаються ознаки стигматизації.

З використанням анкети було опитано 42 пацієнти з вперше діагностованим туберкульозом. Серед них було 11 респондентів, яким було від 18 до 35 років, 24 респонденти віком від 35 до 55 та 6 – старші 55 років. 28 респондентів, які взяли участь у опитуванні, мали вищу освіту, 7 – середню, ще у 7 дані про рівень освіти відсутні.

Лише 12 з 42 пацієнтів звернулися до лікаря протягом першого місяця після появи симптомів захворювання, інші 30 або не відчували симптомів взагалі (9 осіб), або звернулися до лікаря пізніше ніж через місяць після появи перших симптомів (21 осіб).

Серед пацієнтів з вперше діагностованим туберкульозом тільки 19 осіб проходили флюорографічне обстеження менше ніж рік тому. 9 осіб обстежувалися більше року тому, 14 - більше двох років тому.

Лише 3 з 42 опитаних респондентів зазначили, що їх стосунки з родичами та друзями погіршилися через хворобу, у інших стосунки або не змінилися (12 осіб) або респонденти зазначали, що родичі та друзі почали підтримувати їх (27 осіб). Втім, 30 респондентів зазначили, що відчувають необхідність у моральній підтримці під час початку свого лікування.

27 респондентів зазначили, що не вживають алкоголь взагалі, 15 обрали варіант “вживаю” з періодичністю від одного разу на тиждень до невизначених значень на зразок “рідко”, “залежить від настрою” тощо.

Жоден з респондентів не зазначив, що вживає наркотичні речовини у період лікування, 5 зазначили, що вживали раніше, всі інші відзначили, що ніколи не вживали. З опитаних 42 респондентів 15 є активними курцями, 19 ніколи раніше не палили та 8 раніше палили, а зараз кинули.

Щодо готовності до обговорення проблем в інтимному житті, думки респондентів розділилися, хоча більшість респондентів (27 осіб) визначають, що мають таку готовність, деяка частка (15 осіб) стверджують, що не готові обговорювати це питання з лікарями.

32 респонденти вірять, що з початком лікування їх життя зміниться в кращу сторону, хоча 33 респонденти зазначили, що щоденні візити для отримання

протитуберкульозних препаратів є не дуже зручними, та вони розуміють важливість лікування. 33 респонденти мають оптимістичне бачення власного майбутнього та впевнені у власному одужанні. 41 респондент з 42 зазначив, що вважає прийом ПТП доцільним та довіряє своєму лікарю.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Було проаналізовано дані отримані з інтерв'ю з лікарями-фтизіатрами (20 осіб) та пацієнтами з невдачею лікування туберкульозу (30 осіб).

З 30 опитаних пацієнтів, в кожного з яких були відриви або перерви в лікуванні, більшість були віком від 35 до 55 років (21 респондент), 7 респондентів - від 18 до 35 років, 1 – старше 55 років, також, у одного інформанта інформація про вік відсутня. Середню освіту мають 23 респонденти, неповну середню освіту мають 2, у той час як вищу освіту мають 4 респонденти.

Інтерв'ю були проведені із лікарями різного віку та з різною кількістю років професійного стажу у фтизіатричній службі. Наймолодшому лікарю-фтизіатру було 27 років, найстаршому – 77 років. Троє лікарів були молодші 35 років, 12 лікарів були віком від 35 до 55, та 5 лікарів віком старше 55 років. Середній стаж роботи у фтизіатричній службі складає 20,4 роки.

Під час аналізу даних було виявлено, що деякі лікарі вважають за можливе неконтрольоване лікування (видача ПТП на руки), що суперечить принципам контрольованого безперервного лікування. Наприклад, пацієнти, яким був поставлений діагноз НЛТБ зазначили, що у них є запаси препаратів вдома. Під час обговорення з лікарями ситуації, коли пацієнти попереджають про нетривалий період неконтрольованого лікування, більшість лікарів визначають власні дії залежно від суб'єктивних характеристик пацієнтів («свідомі», «відповідальні»). Лікарі зазначають, що за умов «достатньої прихильності», ПТП можуть бути отримані на строк до 3-х днів. Лікарі-фтизіатри зазначають, що пацієнтом має бути написана заява для отримання препаратів для неконтрольованого лікування. Також, мотивацією для отримання ПТП щоденно може бути те, що хворий отримує ЗПТ. Так, один із респондентів зазначає:

*«Я вот было 1 раз в 10 дней себе забирал препараты, потом я начал ходить каждый день. За счет ЗТ мотивация появилась. Я знал, что если я не буду ходить за препаратами, мне отменяют ЗТ»*

З 30 опитаних пацієнтів з відривами або перервами в лікуванні 21 інформант вірить у те, що зможевилікуватись та мотивований на продовження лікування (*«тому що є надія та віра у одужання»*), 9 респондентів не вірять у вдалий сценарій та вважають туберкульоз невиліковним.

Половина лікарів (10 осіб) визначає високий відсоток хворих (за оцінками, більше 80%), які зберігають прихильність протягом лікування. 7 з 20 лікарів зазначають, що відсоток таких пацієнтів складає від 60% до 80%. Троє з 20 лікарів зазначають, що прихильність зберігається у половини або навіть меншої частки пацієнтів (40-50%).

При опитуванні лікарів про механізм спільного ведення хворих з ко-інфекцією більшість лікарів відповіли, що пацієнти отримують консультацію інфекціоніста в протитуберкульозній службі або у Центрі профілактики і боротьби зі СНІДом і тільки 1 лікар відповів, що тісно співпрацює з інфекціоністами, які ведуть хворих з ко-інфекцією.

Незалежно від того, чи є в штаті інфекціоніст, більшість лікарів не вважають ускладненим ведення пацієнтів з ко-інфекцією.. Лише один лікар наголосив, що з того часу, як немає інфекціоніста, пацієнти мають самотійно їздити в інфекційну лікарню для отримання консультацій та призначень.

5 з 20 лікарів-фтизіатрів зазначили, що контактують із наркологом, решта лікарів стверджували, що контактують за потребою, тому пацієнти переважно самотійно відвідують цього фахівця.

Під час інтерв'ю лікарі наголошують на особистих, поведінкових характеристиках пацієнтів (таких як наркотична чи алкогольна залежність, або відсутність постійного місця проживання). Обговорюючи невдачі лікування лікар зазначила: *«в основном это алкоголики и бомжи. Бомжи. Бомжи! Вот это бомжи, да. Если его уже и направили в стационар, то после стационара он сюда уже не возвращается, на амбулаторное лечение. Возвращаются единицы, которые долечатся, а в основном после стационара они где-то расползаются, а сюда они уже придут, когда уже ему плохо. Вот, бомжи...»*

Найбільш згадуваною характеристикою пацієнтів, які мають ризики відриву була наявність різних видів залежності (алкогольна, наркотична). Наприклад лікар, яка брала участь у дослідженні, описує характеристики пацієнтів з категорій відриву від лікування так:

*“алкоголики, наркоманы, асоциальные люди, которые не понимают рисков, которые халатно относятся к своему заболеванию”.*

Усі лікарі (20 осіб) вважають залежність, в тому числі наркотичну, основною причиною відривів і невдач лікування у хворих на туберкульоз, проте, обстеження у нарколога розглядається факультативним фактором. Крім того, 6 респондентів-пацієнтів, які вживають наркотичні речовини вважають, що це впливає негативно на процес лікування. Також, 14 респондентів регулярно вживають алкоголь. З них 5 вважає, що це негативно впливає на процес лікування, 9 вважає, що ні.

У інтерв'ю лікарів спостерігається стигматизація пацієнтів через їх поведінку, як представлено у цитатах вище. Також, на стигматизацію вказують самі пацієнти: вони зазначають, що ставлення з боку оточуючих погіршилось після визначення діагнозу, 5 хворих вважають, що через це втратили зв'язок із сім'єю. Також пацієнти ілюструють самостигматизацію через власну хворобу.

*«Семья распалась не то слово, я сам понимаю, что не могу подойти к ребенку близко. Он тоже таблетки получал, но я сам в этом виноват».*

Обговорюючи значення ставлення оточуючих, лікарі-фтизіатри фокусуються на стосунках з родичами, які на їх думку є важливими для покращення прихильності. Проте, під час опитування пацієнтів 21 респондент позиціонує себе як людину у якої немає партнерів, а 5 є самотніми. При цьому, всі респонденти-пацієнти стверджували, що довіряють лікарям (тільки один респондент вказав, що мав конфлікт зі співробітниками протитуберкульозної служби).

*«...тут чесно, как к быдлу относятся эти медсестры, я уже шоколадки приносил».*

Різні інформанти підкреслювали різні складові стосунків: довіра, повага до лікаря, увага до пацієнта, контакт. Одна з лікарів, наприклад, стверджувала:

*«Отношения должны быть доверительные [...] нам же больные... мы как родственники, мы про них все знаем – они про нас.»*

Переважна більшість лікарів розуміють, що взаємодія «лікар - пацієнт» суттєво впливає на ефективність лікування. Лікарі усвідомлюють, що на довгий час стають єдиним партнером для хворого.

У більшості закладів з лікування туберкульозу лікарі зазначали про відсутність штатного психолога (14 з 20). Лікарі-фтизіатри вважають, що функції психолога виконує лікар, або викликають психолога за потребою. Хоча більшість лікарів вказували, що депресивні та субдепресивні стани, «трапляються» або рідко зустрічаються, ці ускладнення були визначені як один із факторів відриву від лікування. Пацієнти під час інтерв'ю демонстрували самотигматизуючі думки: *«Всегда чувствую себя из-за своего диагноза недоделком каким-то, сам себя караю»*

Хоча б одноразово, соціальну підтримку отримало 14 респондентів. Допомога, як правило, носила несистемний характер. При цьому, на питання, що могло б полегшити лікування, на першому місці були поставлені такі фактори як покращення умов перебування у стаціонарі (10 респондентів), покращення фінансового стану (10 респондентів), при цьому респонденти вказують на



необхідність покращення харчування (7 респондентів), симптоматичної та патогенетичної терапії (6 респондентів).

Також була піднята тема ТБ пацієнтів із іншими супутніми захворюваннями (цукровий діабет, системні захворювання сполучної тканини, злоякісні новоутворення). Всі лікарі стверджували, що консультуються із вузькими спеціалістами щодо таких хворих і разом планують лікування.

Та не лише характеристики хворих на ТБ були зазначені як фактори відриву. Слід підкреслити, що 2 з 20 лікарів, з якими були проведені інтерв'ю зазначали відсутність у пацієнтів розуміння та знань про ризики ТБ. Це добре ілюструє думка одного з пацієнтів, який брав участь у дослідженні:

*«Я прервал, потому что начал себя хорошо чувствовать, думал, иммунитет поборет эту болячку»*

Також пацієнти висловлювали такі думки:

*«Препараты можно совсем не пить, ну, только если начнут появляться какие-то симптомы»*

Також одним лікарем був зазначений такий бар'єр як проживання в іншому місті хворого на ТБ пацієнта. І пацієнти описували ситуації з подібними труднощами для продовження лікування:

*«По работе нужно было уехать в Чернигов, попросил дать таблетки на месяц, ну, она не дала, так я пропускал, потому что времени ехать не было»*

З приводу відривів від лікування осіб, які намагалися влаштуватися на роботу, всі опитані лікарі не розглядають соціальну підтримку як дієву альтернативу заробітку (у відповідях лікарів немає згадок про соціальні послуги, визначення груп інвалідності тощо). Більшість лікарів переконували пацієнта у відмові від роботи для продовження лікування, у таких випадках.

Пацієнти подекуди не в змозі оцінити ризики, які пов'язані навіть з короткостроковими відривами від лікування. Деякі лікарі розповідали про ситуації, коли пацієнти не вірили у свій діагноз. Ілюстративним прикладом був один з респондентів-пацієнтів, який зазначав:

*«Я знав, что у меня туберкулез, просто не хотел в это верить, вот и затягивал» (пацієнт з діагнозом НЛТБ)*

Така ситуація може бути спричинена недостатнім рівнем знань щодо туберкульозу та симптоматики захворювання серед пацієнтів. Так, наприклад, серед опитаних було троє пацієнтів з досвідом лікування туберкульозу нетрадиційними методами (наприклад, борсучим жиром, восковою мілляю, гомеопатичними препаратами), або ж одна пацієнтка приймала вітаміни, замість того, щоби звернутись по медичну допомогу, що призвело до погіршення стану здоров'я.

Слід зазначити, що всі респонденти-пацієнти є курцями як мінімум протягом 5 років, а найбільший стаж куріння - 40 років. Це збільшує ризик відкладення звернення за допомогою через схожу симптоматику наслідків тривалого куріння та перших симптомів туберкульозу.

Серед пацієнтів, яким був встановлений діагноз НЛТБ, у 29 респондентів із 30 були помічені побічні ефекти лікування від туберкульозу (зниження апетиту, проблеми з травною системою, висипання, відчуття тривоги, погіршення пам'яті, зору, слуху, болі у суглобах). 19 респондентів з 30 зіткнулись як мінімум з 4 з 10 побічними ефектами препаратів. 12 респондентів мають 6 або більше побічних ефектів від лікування. Також, пацієнти відмічають суттєві зміни у вазі (різке збільшення маси тіла або схуднення). За результатами інтерв'ю проведених з лікарями, побічні реакції та несприйняття препаратів є факторами для зменшення прихильності до лікування. Це підтверджують і пацієнти. Так на думку одного з респондентів-пацієнтів:

*«Когда мне поставили диагноз «устойчивый», потом поменяли препараты, я чуть не умер от нимида и от ПАСКа, я, буквально выпил, меня еле спасли,*

*отказали ноги, я не мог ходить, облезла кожа на всех слизистых, страшнейшая аллергия меня ударила...никто пробу на таблетированные препараты не делает» (пацієнт з НЛТБ).*

Лікарі зазначали різні стратегії інформування про побічні ефекти. Переважна більшість лікарів (16 з 20) попереджають пацієнтів одразу про можливі побічні реакції. 2 з 20 лікарів обирають стратегію залежно від пацієнта, а інші 2 лікарів обговорюють побічні реакції при їх появі.

Ще однією причиною відриву від лікування, яку зазначали лікарі є вживання великої кількості препаратів одночасно через лікування туберкульозу та супутніх захворювань. За результатами опитування пацієнтів з діагнозом НЛТБ, деякі зазначають, що проходять також курс АРТ.

У переважній більшості випадків лікарі самі не уточнювали інформацію про сексуальні розлади на тлі прийому ПТП, при цьому самі хворі, під час інтерв'ю відзначали порушення потенції у третини чоловіків. Лікарі-фтизіатри недооцінювали цей фактор, як можливу причину відривів і нерегулярного прийому препаратів. 19 з 20 лікарів, зазначали, що самі не питають про проблеми пов'язані із інтимною частиною життя, лише один лікар зазначила, що ініціює цю тему з жінками стосовно вагітності. Більшість лікарів стверджують, що і самі пацієнти рідко піднімають цю тему.

Більшість респондентів-пацієнтів, яким був поставлений діагноз НЛТБ, вважають, що для покращення результатів лікування їм бракує якісного харчування, інших препаратів (*«ті що лікують ТБ швидше»*), налагодження системи вчасної доставки препаратів, покращення умов перебування в лікарні, можливості отримувати лікування на дому (амбулаторно), терапії супутніх захворювань. Умови перебування у лікарні респондент-пацієнт описує так:

*«Мне вообще кажется, что матрасы там не проходят тепловую обработку, ничего не кварцуется. Просто на том матрасе были декалитры мочи, что на нем грибок цветет черный».*

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати дослідження ілюструють найбільш нагальну проблему серед пацієнтів – відсутність належного медико-соціального супроводу. Така тенденція також прослідковувалась і в попередньому операційному дослідженні «Вплив застосування різних моделей амбулаторного лікування туберкульозу на результат лікування у місті Києві». За результатами цього дослідження, лише 1,5% хворих у м. Києві отримували будь-який медико-соціальний супровід, який у свою чергу впливає на підвищення прихильності<sup>14</sup>.

Пацієнти всіляко демонструють потребу у консультації штатного психолога. Це виявляється у тому, що респонденти не тільки відчувають стигматизацію з боку медичних працівників, а й самостигматизацію, що призводить до депресії. Є указання на те, що не лише пацієнти з туберкульозом, а й лікарі потребують психологічної допомоги. Адже більшість лікарів, що взяли участь в дослідженні були пенсійного віку, що вказує на можливість професійного вигорання. Штатний психолог може стати «ланцюжком», який пов'язує пацієнта та лікаря, сприяє їхньому взаєморозумінню та врешті-решт ефективнішому лікуванню. Хоча пацієнти зазначали повну довіру своєму лікарю, не завжди лікар міг надати пацієнтові професійну психологічну допомогу.

Також, згідно з даними про вік лікарів, можна припустити, що ментальний підхід у роботі лікарів з пацієнтами сформований на основі радянських цінностей. Вплив багаточисленних тренінгів, які були направлені на введення ДОТ-стратегії в Україні сформували думку лікарів про те, що лікування повинно бути неперервним, контрольованим. Проте, пацієнти зазначали, що отримують ліки на руки, якщо вони домовляться з лікарем або медсестрою. Лікарі усвідомили, що ПТП не можна видавати на руки, але все ж порушують принципи ДОТ.

---

<sup>14</sup> Ющенко А. Вплив застосування різних моделей амбулаторного лікування туберкульозу на результати лікування у місті Києві / [Електронний ресурс] //А.Ющенко, Ю. Барська, А.Тишкевич, Д., М. Долинська Кутузова, І. Бриндас, О. Гуз, С. Заремба / Режим доступу: [http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2016/08/STbCU\\_GRA4\\_DOT\\_report\\_final.pdf](http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2016/08/STbCU_GRA4_DOT_report_final.pdf).

Доведено, що недостатні знання пацієнтів про туберкульоз впливають на прихильність до лікування<sup>15</sup>. Хоча пацієнти зазначали, що розуміють, що треба приймати ПТП щоденно, але тим не менш були описані випадки пропуску прийомів препаратів через поліпшення стану або повне зникнення симптомів, частина пацієнтів більш довіряла народним методам.

Більшість респондентів-пацієнтів мали вищу освіту та були працездатного віку, проте пропускали прийом ліків. Це може бути пояснено тим, що незважаючи на розуміння потреби у повному завершеному лікуванні, пацієнти все ж переривають лікування через незнання наслідків такого рішення.

Наркотична та алкогольна залежність були визначені причиною, яка знижує прихильність до лікування, що може призвести до рецидиву хвороби і навіть до летальних випадків. Пацієнти, які мали характеристики так званих груп ризику (споживачі опіоїдних наркотиків, мали алкогольну залежність) самі відзначають, що вони не піклуються про власне здоров'я та схильні до частого пропуску прийому ПТП. Водночас це є додатковим свідченням про самостигматизацію. Так само і лікарі під час інтерв'ю демонстрували стигматизацію. Причин такого ставлення лікарів може бути декілька, але слід враховувати, що лікарі описували труднощі, з якими вони стикалися в роботі. Тож, незалежно від причини (ретроградність лікарів та наслідки радянської підготовки чи неадекватна та невідповідальна поведінка пацієнтів), алгоритм роботи із пацієнтами, які вживають наркотики та алкоголь, має значні недоліки.

Доповнюючи тематику прогалин алгоритму роботи з пацієнтами із залежностями, слід підкреслити проблему взаємодії протитуберкульозної служби та сайтів замісної підтримуючої терапії. Питання отримання ЗПТ пацієнти вирішують самостійно і лікарі-фтизіатри не користуються таким механізмом, як організація ДОТ на сайті ЗПТ. Наркологи, в свою чергу, також не зацікавлені у виявленні

---

<sup>15</sup> Чорна Ю. Існуючі підходи до навчання пацієнтів та їх впливу на формування прихильності до лікування туберкульозу на формування прихильності до лікування туберкульозу на амбулаторному етапі [Електронний ресурс] / Ю. Чорна, Ю. Пилипас, О. Нечосіна, А. Мирошніченко, Т. Петренко, В. Штанько, М. Долинська // Режим доступу: [http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2016/05/zvit\\_press.pdf](http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2016/05/zvit_press.pdf).

туберкульозу серед своїх пацієнтів, що є порушенням діючого протоколу та наражає на ризик учасників ЗПТ програм. Через проблеми взаємодії не проводиться коригування доз препаратів ЗПТ, ефект яких може знижуватись на фоні прийому рифампіцина.

Слід додати, що з аналізу медичних карток пацієнтів помітна наявність прогалин у алгоритмі роботи із пацієнтами є потрійною проблемою. Половина пацієнтів з ко-інфекцією не отримували АРТ препарати, та лише один споживач опіоїдних наркотиків стояв на програмі ЗПТ. Тобто, робота в рамках так званої “потрійної проблеми” має недоліки. У національному протоколі інтегрована допомога не представлена в розгорнутому вигляді, а це означає, що немає чітких алгоритмів ведення подібних хворих.

## ВИСНОВКИ

1. Уявлення про маргіналізацію хворих на туберкульоз і погану кооперацію медичних працівників не відповідає реальній ситуації: більшість хворих на туберкульоз у проведеному дослідженні мали вищу освіту і є працездатного віку. Майже половина пацієнтів з невдачею у лікуванні на момент початку лікування не мали факторів ризику, 1/4 – не пропускали прийом протитуберкульозних препаратів. Також більшість пацієнтів не зловживають алкоголем, наркотичними речовинами та не палять.
2. Хворі з вперше діагностованим туберкульозом мають високий рівень довіри до лікаря та готовність обговорювати з ним всі питання пов'язані з лікуванням та соціо-психологічними проблемами.
3. Пацієнти з НЛТБ мають низький рівень освіти, демонструють ризиковані практики, слабку соціальну адаптацію. Кожен третій хворий з неефективністю лікування мав в анамнезі перерви у лікуванні в тому числі 27% із хіміорезистентним туберкульозом.
4. Лікарі демонструють недовіру до хворих, що сприяє виникненню та поширенню стигматизації та самостигматизації. Лікарі не концентруються на вирішенні проблем психологічного характеру та лікуванні супутніх патологій.
5. Як лікарі, так і хворі відзначають важливість контрольованого лікування. Водночас, лікарі вважають себе достатньо компетентними для прогнозування рівня прихильності хворого та, відповідно, необхідності спостереження за прийомом ліків.
6. Виявлено стійке «старіння фтизіатрів» більшість з яких є у глибокому пенсійному віці, що призводить до зниження ефективності праці, стійкій стигматизації та підтриманню стереотипів щодо пацієнтів, низькій мотивації до підвищення кваліфікації (в тому числі самоосвіті).
7. Недостатньо розроблена тактика створення та підтримання прихильності до лікування, профілактики відривів від лікування.



## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Включення у програму післядипломного навчання циклу про найбільш актуальні для української фтизіатрії проблеми – ведення пацієнтів з «подвійною» та «потрійною» проблемою.
- Організація центрів інтегрованої допомоги на базі протитуберкульозних диспансерів або сайтів ЗПТ, для підвищення прихильності лікування хворих з «потрійною» проблемою, з ефективною своєчасною діагностикою та профілактикою туберкульозу.
- Рішення якомога більшої кількості соціальних проблем, а також урахування факторів ризику відриву від лікування допоможе покращити прихильність.
- Знаючи про високі ризики відриву від лікування і невдач лікування соціально дезадаптованих осіб, на першому ЦВКК необхідно організовувати кризовий профіль пацієнта для максимально ефективного плану заходів для профілактики НЛТБ та відривів від лікування.
- Максимально підключати психологів при веденні хворого на туберкульоз для роботи з пацієнтом, лікарем та формування тісного контакту між медпрацівниками та пацієнтами.
- Необхідно посилити контроль зі сторони адміністрації та керівників підрозділів за веденням хворих на туберкульоз.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Всемирная организация здравоохранения “Дорожная карта по профилактике и борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом: комплексный план действий по профилактике и борьбе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011-2015 гг. Режим доступа:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169704/e95786r.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169704/e95786r.pdf). -
2. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник./ МОЗ и МОЗу: “Туберкульоз в Україні України. ДУ “Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами МОЗ України”//Київ: “Бланк-Прес”, 2015. – Режим доступа: [http://www.slideshare.net/Ukraine\\_CDC/2014-52881494](http://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/2014-52881494).
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Ко-інфекція(Туберкульоз/ ВІЛ-інфекція/ СНІД)» - 2014 [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України – Режим доступа:  
[http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn\\_20141231\\_1039dod.pdf](http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20141231_1039dod.pdf).
4. Чорна Ю. Існуючі підходи до навчання пацієнтів та їх впливу на формування прихильності до лікування туберкульозу на формування прихильності до лікування туберкульозу на амбулаторному етапі [Електронний ресурс] / Ю. Чорна, Ю. Пилипас, О. Нечосіна, А. Мирошниченко, Т.Петренко, В. Штанько, М.Долинська // Режим доступа:  
[http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2016/05/zvit\\_press.pdf](http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2016/05/zvit_press.pdf).
5. Savadogo B.Risk factors for tuberculosis treatment failure among pulmonary tuberculosis patients in four health regions of Burkina [Electronic source] /B. Sawadogo, Khin San Tint, M. Tshimanga, L. Kuonza, L. Ouedraogo //

PanAfrican Medical Journal. – 2015. – Mode of access:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546781/pdf/PAMJ-21-152.pdf>.

6. Tachfouti, N. Association between smoking status, other factors and tuberculosis treatment failure in Morocco [Electronic source] / N. Tachfouti, C. Nejari, MC. Benjelloun, M. Berraho, S. Elfakir, K. Slama. // Int J Tuberc Lung Dis. – 2011. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21575308>. -
7. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe [Electronic resource] // World Health Organization. – 2015. Mode of access: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2014.pdf>.
8. WHO. (2014). Global Tuberculosis Report 2014 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2014. – Mode of access : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf).
9. WHO. (2015). Global Tuberculosis Report 2015 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2015. – Mode of access : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf)
10. WHO. (2016). Global Tuberculosis Report 2014 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2016. – Mode of access: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394_eng.pdf?ua=1).
11. WHO's Global TB database  
[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=UA&LAN=RU&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=UA&LAN=RU&outtype=html)

## ДОДАТКИ

Додаток А

### Таблиці для аналізу медичних карток пацієнтів

Таблиця №1. Резистентність КСП

Пацієнт	H	HE	HZ	HS	HEZ	HTZS	E	EZ	EZS	ZS	R	RZ	RE	REZ	REZS

Таблиця №2.

Супутня патологія, виявлена у хворих з 0-5 міс протитуберкульозної терапії (ПТТ)

№1

Пацієнт	HIV	HIV APT «-»	HIV APT «+»	HIV					Коррекція APT на фоні ПТТ
				CD<5 0	CD 50- 100	CD 100- 200	CD200- 350	CD>350	

№2

Пацієнт	ЗПТ	ЗПТ		Корекція ЗПТ	Доза Метадона				Доза Еднока	
		Метадон	Еднок		До 20мг	20- 60 мг	60- 80 мг	>80мг	До10 мг	Більше 10 мг

## №3

Пацієнт	ЦД	Лікування ЦД		Коррекція Терапії ЦД	Посилення терапії ЦД		
		Таблетоване	Інсулін		Збільшення дози табл. препарату	Перехід до інсуліну	Збільшення доз інсуліну

## №4

Пацієнт	Гепатит (Вірусний, токсичний)	Рівень трансаміназ Мкмоль/млг				Превентивне призначення гепатопротекторів	Гепатопротектори для лікування		
		<1	1-3	3-5	>5		Препарати розторопші плямистої	Препарати фосфоліпідів	Препарати урсодезоксихолевої кислоти

## №5

Пацієнт	ВХШ і 12-ПК	Проведення терапії ВХШ і 12-ПК	Інші супутні захворювання

Таблиця №3  
Погана переносимість ПТП

Пацієнт	В анамнезі медикаментозна алергія	В анамнезі харчова алергія	В анамнезі інші види алергії	В анамнезі немає відомостей про алергічний статус	Повнота схем лікування	Зміна дозування і препаратів в схемі лікування	Короткочасні перерви в лікуванні, пов'язані з поганою переносимістю ПТП	Схема лікування формувалася	Превентивне призначення десенсибілізуючих засобів на старті ПТП	Випорожнення			Патологія шкіри		Патологія сечовивідної системи	
								Одномоментно призначення відразу всіх ПТП в максимальних дозах	Поетапне призначення ПТП	Пронос	Щодня	Схильність до закрелів	На початку лікування	Під час прийому	На початку лікування	Під час прийому

Таблиця №4.  
Короткі перерви в лікуванні

Пацієнт	Перерва лікування до 5 днів	Перерва лікування від 5 до 10 днів	Перерва лікування від 10 до 20 днів	Перерва лікування від 20 до 30 днів	Перерва лікування від 30 до 40 днів	Перерва лікування від 40 до 50 днів	Перерва лікування від 50 до 60 днів	Перерва лікування тільки на «вихідних»

**Анкета для пацієнта (первинний прийом)**

**Я ознайомлений (а) з правилами анонімності справжнього анкетування, всі питання і терміни мені зрозумілі. Добровільно даю свою згоду на участь в анкетуванні.**

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2016 р.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_

Код пацієнта \_\_\_\_\_

Дата заповнення \_\_\_\_\_

Вік:            18-35 років                     35-55 років                     старше 55 років

Освіта:    середня                     вища

Склад сім'ї: \_\_\_\_\_

1. Скільки часу пройшло з моменту, коли Ви вперше відчули симптоми захворювання (кашель, втрата ваги, підвищення температури тіла) до моменту звернення до лікаря?
  - Менше 1 тижня
  - 1 тиждень – 1 місяць
  - Більше 1 місяця
  - Я не відчував симптомів захворювання
  
2. Коли останній раз Ви проходили флюорографію?
  - Менше 1 року тому
  - Більше 1 року тому
  - Більше 2 років тому
  
3. Як вплинуло захворювання на ставлення з родичами, друзями?
  - Підтримують мене
  - Віднеслись негативно, стосунки погіршилися
  - Ніяк не вплинуло
  
4. Ви вживаєте алкоголь? Якщо так, то як часто?
  - Не вживаю зовсім
  - Вживаю, \_\_\_\_\_



5. Ви коли-небудь вживали наркотичні засоби, чи вживаєте зараз ?
- Ніколи не вживав
  - Вживав раніше
  - Вживаю зараз
6. Ви палите? На протязі якого часу
- Ніколи не палив
  - Палив раніше на протязі \_\_\_ років
  - Палю зараз, стаж паління \_\_\_ років
7. Чи є медикаменти , які ви вживаєте постійно?
- Ні
  - Так, приймаю \_\_\_\_\_
8. Чи є у Вас непереносимість/алергія на медикаменти або їжу?
- Ні, ніколи подібного не помічав
  - Так (перерахуйте)\_\_\_\_\_
  - Так, але не можу відповісти на що саме
9. Чи є у Вас захворювання сечовивідної системи (часті сечовипускання, болі / різі при сечовипусканні)?
- Так
  - Ні
  - Періодично виникають
10. Чи є у Вас захворювання шкіри (висипання, свербіж)?
- Так
  - Ні
  - Періодично виникають
11. Чи відчуваєте Ви проблеми зі стільцем? (запори, проноси)
- Так
  - Ні
  - Періодично виникають
12. Чи є у Вас проблеми зі шлунком або кишечником? (Виразка, гастрит та інше)
- Так
  - Ні
  - Важко відповісти

13. Чи є у Вас проблеми з печінкою, відчуваєте Ви болі в правому підребер'ї, нудоту, порушення апетиту?

- Так
- Ні
- Періодично виникають

14. Чи страждаєте ви цукровим діабетом?

- Так
- Ні

15. Чи страждаєте Ви головними болями?

- Так
- Ні
- Періодично

16. Чи страждаєте Ви порушеннями слуху?

- Так, у мене були порушення слуху до початку лікування
- Так, у мене з'явилися порушення слуху в процесі лікування
- Ні

17. Чи є у Вас порушення зору?

- Так, у мене були порушення зору до початку лікування
- Так, у мене з'явилися порушення зору в процесі лікування
- Ні

18. Чи страждаєте Ви безсонням?

- Так, у мене була безсоння до початку лікування
- Так у мене з'явилася безсоння в процесі лікування
- Ні

19. Чи бувають у Вас проблеми з пам'яттю?

- Так, були до початку лікування
- Так, з'явилися в процесі лікування
- Ні

20. Чи готові Ви обговорювати з Вашим лікуючим лікарем проблеми в інтимному житті, контрацепції?

- Так
- Ні

21. Як Ви вважаєте, чи зміниться Ваше життя після лікування?

- Так, зміниться в кращу сторону

- Так, зміниться в гірший бік
- Не зміниться

22. Чи відчуваєте Ви необхідність в моральній підтримці у зв'язку з початком лікування?

- Так
- Ні

23. Як вплине необхідність щоденного візиту за протитуберкульозними препаратами на Ваш звичний ритм життя і роботи?

- Не вплине
- Щоденний візит не зовсім зручний, але я розумію важливість лікування
- Я не впевнений в тому, що можу щодня ходити за таблетками

24. Наскільки Ви впевнені в своєму одужанні?

- Я впевнений, що вилікуюсь повністю
- Сумніваюся в своєму повному одужанні
- Важко відповісти

25. Чи вважаєте Ви за доцільне прийом протитуберкульозних препаратів?

- Так
- Ні

26. Доверяєте ли Вы своему врачу? Чи довіряєте Ви своєму лікарю?

- Так
- Ні
- На даний момент важко відповісти

**Гайд інтерв'ю пацієнта з НЛТБ.**

**Я ознайомлений (а) з правилами анонімності справжнього інтерв'ю, всі питання і терміни, усні інструкції і пояснення мені зрозумілі. Добровільно даю свою згоду на участь в інтерв'юванні.**

"\_\_" \_\_\_\_\_ 2016 р. Підпис пацієнта \_\_\_\_\_

Код пацієнта \_\_\_\_\_

Дата заповнення \_\_\_\_\_

Вік: 18-35 років  35-55 років  старше 55 років

Освіта: середня  вища

Склад сім'ї: \_\_\_\_\_

Схема лікування: \_\_\_\_\_

1. Як довго Ви приймаєте протитуберкульозну терапію?
2. Як змінилася якість Вашого життя після початку прийому протитуберкульозних препаратів?
3. Ви приймали будь-яке інше лікування крім протитуберкульозних препаратів?
4. Як вплинуло Ваше захворювання на відносини з родичами, друзями, колегами?
5. Як Ви оцінюєте зміну свого стану за останній місяць?
6. До того як Вам поставили діагноз НЛТБ, відчували Ви зміни вашого стану після початку прийому протитуберкульозних препаратів або воно залишалося без змін?
7. Чи відчуваєте Ви незручності від прийому препаратів? (Не підходить графік прийому, не хочу щоб оточуючі знали про прийом протитуберкульозних препаратів і т.п.)
8. Чи часто у вас буває нудота або блювота, зниження апетиту, пронос?
9. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви поява висипань на шкірі або свербіж?
10. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви появу безсоння або сонливості, часту зміну настрою?
11. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви необгрунтоване почуття тривоги, страху?

12. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви погіршення пам'яті?
13. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви погіршення зору?
14. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви погіршення слуху?
15. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви появу болю в суглобах, м'язах, поява тремору?
16. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви появу болю в правому підребер'ї?
17. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви складності в інтимному житті? (для чоловіків)
18. Чи дотримуєтеся Ви рекомендації лікаря по харчуванню?
19. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви зміну маси тіла?
20. Ви курите? Протягом якого часу?
21. Чи вживаєте ви алкоголь, якщо так, то як це відбивається регулярності прийому протитуберкульозних препаратів?
22. Ви коли-небудь вживали наркотичні засоби, якщо так, то як це відбивається на регулярності прийому протитуберкульозних препаратів?
23. Якщо Ви працюєте, то як відбився прийом протитуберкульозних препаратів на вашій продуктивності?
24. Чи є для Вас обов'язковим прийом протитуберкульозних препаратів кожен день?
25. За яким графіком ви приймаєте препарати?
26. На який період часу допускається перервати прийом протитуберкульозних препаратів?
27. Як часто ви пропускаєте прийом препаратів і з яких причин?
28. Що Ви зробите, якщо не можете прийти на прийом протитуберкульозних препаратів?
29. Як змінилося Ваше життя після початку прийому протитуберкульозних препаратів?
30. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів, чи отримували Ви будь-яку підтримку (моральну або матеріальну) від соціальних служб?
31. Наскільки Ви впевнені в успіху Вашого лікування і чому?
32. На Ваш погляд, що могло б полегшити Ваше лікування?
33. Наскільки у Вас склалися довірчі відносини з медичними працівниками протитуберкульозного диспансеру?

**Гайд інтерв'ю пацієнта з НЛТБ.**

**Я ознайомлений (а) з правилами анонімності справжнього інтерв'ю, всі питання і терміни, усні інструкції і пояснення мені зрозумілі. Добровільно даю свою згоду на участь в інтерв'юванні.**

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2016 р.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_

Код пацієнта \_\_\_\_\_

Дата заповнення \_\_\_\_\_

Вік: 18-35років  35-55років  старше 55 років

Освіта: середня  вища

Склад сім'ї: \_\_\_\_\_

Схема лікування: \_\_\_\_\_

1. Як довго Ви приймаєте протитуберкульозну терапію?
2. Як змінилася якість Вашого життя після початку прийому протитуберкульозних препаратів?
3. Ви приймали будь-яке інше лікування крім протитуберкульозних препаратів?
4. Як вплинуло Ваше захворювання на відносини з родичами, друзями, колегами?
5. Як Ви оцінюєте зміну свого стану за останній місяць?
6. До того як Вам поставили діагноз НЛТБ, відчували Ви зміни вашого стану після початку прийому протитуберкульозних препаратів або воно залишалося без змін?
7. Чи відчуваєте Ви незручності від прийому препаратів? (Не підходить графік прийому, не хочу щоб оточуючі знали про прийом протитуберкульозних препаратів і т.п.)
8. Чи часто у вас буває нудота або блювота, зниження апетиту, пронос?
9. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви поява висипань на шкірі або свербіж?
10. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви появу безсоння або сонливості, часту зміну настрою?
11. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви необгрунтоване почуття тривоги, страху?

12. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви погіршення пам'яті?
13. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви погіршення зору?
14. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви погіршення слуху?
15. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви появу болю в суглобах, м'язах, поява тремору?
16. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви появу болю в правому підребер'ї?
17. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви складності в інтимному житті? (для чоловіків)
18. Чи дотримуєтеся Ви рекомендації лікаря по харчуванню?
19. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів відзначаєте Ви зміну маси тіла?
20. Ви курите? Протягом якого часу?
21. Чи вживаєте ви алкоголь, якщо так, то як це відбивається регулярності прийому протитуберкульозних препаратів?
22. Ви коли-небудь вживали наркотичні засоби, якщо так, то як це відбивається на регулярності прийому протитуберкульозних препаратів?
23. Якщо Ви працюєте, то як відбився прийом протитуберкульозних препаратів на вашій продуктивності?
24. Чи є для Вас обов'язковим прийом протитуберкульозних препаратів кожен день?
25. За яким графіком ви приймаєте препарати?
26. На який період часу допускається перервати прийом протитуберкульозних препаратів?
27. Як часто ви пропускаєте прийом препаратів і з яких причин?
28. Що Ви зробите, якщо не можете прийти на прийом протитуберкульозних препаратів?
29. Як змінилося Ваше життя після початку прийому протитуберкульозних препаратів?
30. Після початку прийому протитуберкульозних препаратів, чи отримували Ви будь-яку підтримку (моральну або матеріальну) від соціальних служб?
31. Наскільки Ви впевнені в успіху Вашого лікування і чому?
32. На Ваш погляд, що могло б полегшити Ваше лікування?
33. Наскільки у Вас склалися довірчі відносини з медичними працівниками протитуберкульозного диспансеру?