

ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько чверті населення світу мають ТБ-інфекцію (інфіковані мікобактеріями туберкульозу), яка клінічно не проявляється. Водночас за даними Глобального звіту ВООЗ за 2024 рік насправді людей, інфікованих ТБ-інфекцією, ще більше.

Симптоми туберкульозу на ранніх стадіях часто маскуються під інші захворювання, що ускладнює його своєчасне виявлення. Багато хворих можуть навіть не підозрювати про наявність інфекції, оскільки симптоми спершу виражені слабо або зовсім відсутні.

Основні ознаки туберкульозу, на які варто звернути увагу на початкових етапах:

Клінічні симптоми та прояви	Туберкульоз (легеневий)
Початок захворювання	Як правило, поступовий протягом кількох тижнів, інколи — місяців
Загальноінтоксикаційний синдром	Зниження працездатності, загальна втомлюваність
Підвищення температура тіла	Як правило, незначний підйом температури тіла до 37–37,2 °С, за тяжких форм — виражена гарячка
Підвищена пітливість вночі	Характерна
Зниження маси тіла без визначеної причини	Характерно
Кашель	Триває понад 2 тижні, періодичний, зазвичай з мокротинням
Задишка (утруднене і прискорене дихання)	З'являється внаслідок фізичного навантаження. Виражена задишка характерна для тяжких поширених форм туберкульозу зі значним ураженням легеневої тканини
Кровохаркання	Характерне для тяжких поширених форм туберкульозу зі значним ураженням легеневої тканини

- Через «слабкість» симптомів багато людей не звертаються до лікаря на ранніх стадіях, що сприяє поширенню інфекції та ускладнює лікування.

Як передається туберкульоз?

Основні шляхи зараження туберкульозом – тісні контакти з хворими, адже захворювання відбувається повітряно-крапельним механізмом передачі. Хвороба поширюється, коли інфікована людина з активною формою туберкульозу кашляє, чхає, говорить або навіть сміється, викидаючи в повітря мікроскопічні краплі, що містять мікобактерії. Ці краплі можуть залишатися в повітрі протягом тривалого часу, особливо в приміщеннях із поганою вентиляцією.

Інкубаційний період туберкульозу зазвичай складає 2–12 тижнів, залежно від стану імунної системи людини.

Форми туберкульозу

Туберкульоз може приймати різні форми в залежності від того, які органи вражені і в якому стані перебуває інфекція.

Розрізняють дві основні форми туберкульозу: легеневий і позалегеновий туберкульоз.

1. Легеневий туберкульоз – найпоширеніша форма захворювання, що вражає легені. У більшості випадків захворювання починається саме в легенях, і хворі є найбільш заразними для оточуючих. До основних симптомів належать кашель, кровохаркання, біль у грудях, задишка та загальні симптоми, такі як втома, лихоманка і нічна пітливість.

2. Позалегеновий туберкульоз – форма захворювання, при якій інфекція поширюється за межі легень. Вона може вражати будь-які органи:

- туберкульоз лімфатичних вузлів — найпоширеніша форма позалегенового туберкульозу, яка часто проявляється збільшенням лімфовузлів, особливо в області шиї;
- кістковий туберкульоз — вражає кісткову тканину, зокрема хребет, що призводить до сильного болю, обмеження рухливості та навіть деформації;
- туберкульоз нирок — може спричинити кров у сечі та ниркову недостатність;
- туберкульоз шкіри — рідкісна форма, що проявляється у вигляді виразок або ущільнень на шкірі.

3. Міліарний туберкульоз – це системна форма туберкульозу, коли бактерії поширюються через кров до багатьох органів і тканин одночасно. Міліарний туберкульоз є однією з найважчих форм захворювання і може бути смертельним без негайного лікування. До симптомів належать лихоманка, сильна слабкість, втрата ваги та ураження кількох органів.

4. Латентний туберкульоз – форма, при якій туберкульозні бактерії можуть залишатися в організмі в неактивному стані. Такі люди хворі не є заразними для оточуючих, однак при ослабленні імунної системи латентний туберкульоз може активізуватися і стати активною формою.

Вторинні форми туберкульозу виникають у людей, які раніше перенесли первинну інфекцію, але знову інфікувалися або активувалася латентна інфекція. Характеризуються важкими ураженнями легеневої тканини, утворенням порожнин (каверн), інфільтратів і розповсюдженням інфекції на інші органи. До вторинних форм належать фіброзно-кавернозний, дисемінований туберкульоз і інфільтративний туберкульоз.

Діагностика туберкульозу

Діагностика туберкульозу є складним процесом, оскільки симптоми захворювання можуть бути схожими на інші хвороби, а на початкових стадіях інфекція часто протікає безсимптомно. Для виявлення туберкульозу використовуються різні методи, які допомагають підтвердити наявність бактерій у організмі та оцінити ступінь ураження органів, в тому числі і лабораторну діагностику туберкульозу (аналіз на туберкульоз).

Тести на туберкульоз

Проба Манту – це один з найстаріших і найвідоміших шкірних тестів для виявлення туберкульозної інфекції. Він застосовується переважно для діагностики туберкульозу у дітей, а також як профілактичний метод серед дорослих. Дослідження полягає у введенні під шкіру (в область передпліччя) спеціального препарату – туберкуліну, який містить фрагменти збудника туберкульозу. Через 48-72 години після введення туберкуліну вимірюють розмір реакції на шкірі.

Як інтерпретувати результати проби Манту?

- негативна реакція (розмір папули 0-4 мм) свідчить про відсутність інфекції або про те, що людина раніше не була інфікована туберкульозом;

- сумнівна реакція (5-9 мм) – результат, який потребує додаткових тестів і обстежень;
- позитивна реакція (10 мм і більше) свідчить про те, що організм контактував з туберкульозними бактеріями. Це не завжди означає активну форму хвороби, але може свідчити про латентну інфекцію або попередню вакцинацію БЦЖ. Однак, проба Манту має обмеження. Цей тест на туберкульоз може давати хибнопозитивні результати у вакцинованих людей або тих, хто контактував з іншими видами мікобактерій, не пов'язаних із туберкульозом.

Квантифероновий тест — це сучасна альтернатива пробі Манту. Також він відомий як тест на гамма-інтерферон. Дослідження визначає реакцію імунної системи на специфічні туберкульозні антигени. На відміну від проби Манту, він не дає хибнопозитивних результатів через попередню вакцинацію БЦЖ. Результати можна отримати за короткий час, а сам тест є більш точним у порівнянні з пробою Манту

Аналізи на туберкульоз:

Окрім проби Манту і квантиферонового тесту, існує ряд аналізів на туберкульоз, які використовуються для лабораторної діагностики туберкульозу, особливо у випадках активної інфекції.

1. Мікробіологічна діагностика туберкульозу є одним з основних методів підтвердження туберкульозу, оскільки дозволяє безпосередньо виявити збудника хвороби – мікобактерію туберкульозу (*Mycobacterium tuberculosis*). Цей метод не лише підтверджує діагноз, але й допомагає оцінити чутливість бактерій до лікарських препаратів, що важливо для вибору ефективного лікування.

2. Аналізи крові на туберкульоз

- ПЛР-тест (ДНК *Mycobacterium tuberculosis*): Метод полімеразної ланцюгової реакції, що виявляє ДНК збудника безпосередньо в крові на ранніх стадіях захворювання.

- Аналіз крові на туберкульоз (переважно Квантифероновий тест або IGRA) — це високоточний сучасний метод діагностики, який вимірює гама-інтерферон, що виробляється Т-лімфоцитами у відповідь на мікобактерії туберкульозу. Він ефективніший за пробу Манту, не залежить від вакцинації БЦЖ і особливо актуальний для людей з підозрою на латентний туберкульоз, а також тих хто нещодавно контактував з хворими на активний туберкульоз.

- Імуноферментний аналіз (ІФА) на антитіла (IgG, IgM, IgA)

Виявляє імунну відповідь, допомагає при діагностиці, але є менш специфічним, ніж IGRA

Переваги аналізів крові

- **Висока специфічність:** 98-100% для Квантиферонового тесту.
- **Не залежить від БЦЖ:** Результат не буде хибнопозитивним через раніше зроблене щеплення, на відміну від проби Манту.
- **Швидкість:** Результат зазвичай готовий за кілька днів (на відміну від посіву мокротиння).
- **Безпека:** Не вимагає введення препаратів під шкіру.

Коли призначають

1. Діагностика латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ), коли симптомів немає, але був контакт із хворим.
2. Високий ризик захворювання (ВІЛ, цукровий діабет, трансплантація).
3. Підозра на позалегенові форми туберкульозу.
4. Протипоказання до шкірних проб (дерматити, алергії).
 - Здавати кров рекомендується вранці, натщесерце (8-12 годин голодування).
 - За 30 хвилин до процедури не палити.
 - Виключити фізичні та емоційні навантаження.

Важливо: Позитивний результат тесту свідчить про наявність інфекції (активної або прихованої), але остаточний діагноз встановлює лікар на основі комплексу обстежень (рентген/КТ, аналіз мокротиння).

Променева діагностика туберкульозу

Променева діагностика є головним методом для виявлення уражень легенів та інших органів при туберкульозі, а також для моніторингу ефективності лікування. Основними методами є:

1. Рентгенографія грудної клітки – найпоширеніший спосіб, що допомагає виявити ущільнення, порожнини та інші ознаки туберкульозу в легенях.
2. Комп'ютерна томографія (КТ) – дозволяє отримати більш детальні зображення для виявлення навіть невеликих змін, непомітних на рентгені.
3. Ультразвукове дослідження (УЗД) – використовується для діагностики позалегенових форм туберкульозу, таких як ураження лімфовузлів або черевної порожнини.
4. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – застосовується для діагностики складних випадків позалегенового туберкульозу, зокрема при ураженні нервової системи або кісток.

Лікування туберкульозу

Туберкульоз розвивається у майже 10% людей, інфікованих бактеріями туберкульозу. Особливо чутливі до туберкульозу люди з ослабленою імунною системою (через хронічні захворювання чи прийом певних ліків) та маленькі діти, оскільки їхня імунна система ще не сформована.

Антибактеріальна терапія є основним методом лікування туберкульозу будь-якої локалізації. Іноді застосовують одночасно до чотирьох видів протитуберкульозних препаратів. Якщо лікування є ефективним, можливе повне видужання і загосння пошкоджених мікобактеріями туберкульозу ділянок тканин організму.

Тривалість лікування туберкульозу зазвичай становить від 6 до 9 місяців, але у випадках стійких або складних форм може продовжуватися до 18–24 місяців.

Туберкульоз — виліковне захворювання, успіх лікування залежить від вчасно розпочатого прийому ефективних медпрепаратів і дисципліни пацієнта у дотриманні всіх рекомендацій лікаря та регулярності прийому ліків.

Дуже важливою є також дезінфекція при туберкульозі: провітрювання приміщень, вологе прибирання з використанням дезінфікуючих засобів (хлорвмісних або інших), а також обробка предметів, з якими контактував хворий

Протитуберкульозні препарати

Протитуберкульозні препарати діляться на дві основні групи: препарати 1 ряду та 2 ряду. Препарати першого використовуються для лікування звичайних форм туберкульозу, тоді як препарати другого застосовуються при лікуванні стійких форм захворювання.

Лікування туберкульозу завжди контролюється лікарем-фтизіатром і часто проводиться в спеціалізованих закладах.

Профілактика туберкульозу

Основна специфічна профілактика туберкульозу — вакцинація БЦЖ (бацила Кальметта — Жерена). БЦЖ є одними з найстаріших вакцин і вперше використовувались у 1921 році. Це жива вакцина, що містить ослаблений штам мікобактерій туберкульозу, який не викликає захворювання, але стимулює імунну систему виробляти захист від цієї інфекції. До недавнього часу зазвичай вважалося, що БЦЖ захищає лише від тяжкого перебігу ТБ у дітей, не запобігає первинному інфікуванню мікобактеріями туберкульозу. Проте дані останніх досліджень показують, що діти, вакциновані БЦЖ, які контактували з людиною, яка хворіє на ТБ, на 19% рідше інфікуються, ніж невакциновані діти. Окрім цього дослідження демонструють високу дієвість вакцини щодо зменшення тяжких форм ТБ і смертельно небезпечних форм, таких як туберкульозний менінгіт і міліарний туберкульоз у дітей (серед вакцинованих - на 85%.) Найбільший захист спостерігається

серед вакцинованих у неонатальний період (90% зниженням випадків тяжкого ТБ). Без щеплення вакциною БЦЖ у дитини, яка підхопить такий туберкульоз, зростає ризик смерті. Тому цю вакцину вводять так рано — на 3–5 день життя. Це рекомендований вік для вакцинації, однак діти старше 5 днів також можуть бути вакциновані, якщо раніше вони не були щеплені з об’єктивних причин.

Людина може захворіти на туберкульоз у будь-якому віці, але в перші роки життя вона не матиме генералізованої форми ТБ із множинним ураженням кількох органів.

Щепленню для профілактики туберкульозу підлягають усі новонароджені діти, що не мають до цього протипоказань. Діти, які не були щеплені в пологовому, підлягають вакцинації в закладах охорони здоров’я після консультації з сімейним лікарем, педіатром.

Тривалість захисту та ревакцинація

Системний аналіз показав, що захист після первинної вакцинації БЦЖ немовлят може тривати до 15 років. Більш тривалий захист було виявлено серед тих, хто отримав вакцинацію БЦЖ в неонатальному періоді. Було виявлено зниження захисту з часом, за даними низки досліджень захист від усіх форм туберкульозу знижувався через 20 років.

Щеплення вакциною БЦЖ проводиться один раз. Ефективність ревакцинації після первинної вакцинації при народженні як щодо інфікування, так і щодо захворювання не доведено.

Хіміопротифілактика туберкульозу полягає в призначенні протитуберкульозних препаратів людям з високим ризиком розвитку туберкульозу, зокрема із ослабленим імунітетом, тим, хто контактував із хворими на активну форму, або особам з латентною туберкульозною інфекцією, щоб запобігти переходу в активну форму захворювання.

До інших заходів неспецифічної профілактики туберкульозу належать:

- своєчасне виявлення і лікування хворих,
- контроль за умовами проживання,
- здоровий спосіб життя та уникнення контакту з інфікованими.

Здоровий спосіб життя

Відмова від куріння (95% хворих — курці), алкоголю та наркотиків, повноцінне харчування (білки, вітаміни), фізична активність

- Гігієна та безпека: Часто провітрювати приміщення, робити вологе прибирання, використовувати індивідуальні засоби гігієни.
- Захист від інфікування: Уникати тісного контакту з людьми, що мають кашель, використовувати маску при контакті з хворим.
- За наявності вказаних симптомів необхідно негайно звернутися до сімейного лікаря

Каскад надання медичної допомоги з приводу ТБІ



Діагностика та лікування ТБ-інфекції серед певної категорії населення

Перед початком профілактичного лікування важливо підтвердити наявність ТБ-інфекції, а також виключити активну форму захворювання. Проте це не стосується дітей до 5 років, та ЛЖВ, так як ці групи мають найвищий ризик розвитку ТБ, тому тестування на ТБ-

інфекцію в них є необов'язковим, а охоплення профілактичним лікуванням повинно наблизитись до 100 %.

Відповідно до Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз», діагностику ТБ-інфекції проводять за допомогою шкірних тестів або тестів вивільнення гамма-інтерферону на основі імуноферментного аналізу. Її рекомендовано проводити людям з високим ризиком прогресування захворювання, адже масовий скринінг і лікування ТБ-інфекції серед загального населення є недоцільним через недосконалість методів діагностики ЛТБІ, економічну нерентабельність та недоведений вплив на здоров'я населення.

Хто має вищий ризик розвитку туберкульозу

- 1) особи, які контактували з людьми, які хворіють на туберкульоз;
- 2) особи, які живуть з ВІЛ;
- 3) особи, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду кремнію (головним чином, шахтарі і працівники металургійної галузі);
- 4) особи, які перебувають в ізоляторі тимчасового утримання; особи, узяті під варту, або засудженні до позбавлення волі, які перебувають в слідчих ізоляторах/установах виконання покарань; особи, які звільнилися із місць позбавлення волі; персонал, в т.ч. медичний, слідчих ізоляторів та установ виконання покарань;
- 5) медичні працівники;
- 6) особи з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від туберкульозу;
- 7) особи з захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету (злоякісні новоутворення, цукровий діабет, отримання імуносупресивної терапії, отримання терапії інгібітором ФНП- α);
- 8) особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики;
- 9) мігранти, в тому числі, внутрішньо переміщені особи;
- 10) військовослужбовці;
- 11) особи, які перебувають за межею бідності (зокрема, особи, які перебувають на обліку як малозабезпечені);
- 12) особи без визначеного місця проживання;
- 13) особи, які раніше лікувались від туберкульозу;
- 14) особи з хронічними респіраторними захворюваннями;
- 15) особи із захворюванням на пневмонію;
- 16) курці;
- 17) особи із дефіцитом харчування або особи з ІМТ ≤ 18 ;
- 18) особи із гастректомією або шлунково-кишковим шунтуванням;
- 19) особи із хронічною нирковою недостатністю;
- 20) особи старше 60 років;
- 21) вагітні (а також жінки у післяпологовому періоді протягом 3 місяців після пологів);
- 22) особи, які перебувають у ЗОЗ психоневрологічного профілю;
- 23) особи, які живуть у притулках.

Коли не варто проводити тестування на виявлення ЛТБІ

1. Задokumentовані позитивні результати тестів на виявлення ТБ-інфекції, проведені раніше.
2. Протягом місяця після вакцинації з приводу будь-яких захворювань або перенесеного вірусного захворювання.
3. З метою обстеження дорослих та дітей для діагностики захворювання на ТБ або моніторингу лікування чи профілактичного лікування ТБ.
4. Наявність в анамнезі алергічних реакцій на ТШП (але IGRA можна використовувати).
5. Проблеми зі забором крові в дітей раннього віку під час застосування IGRA (але можна використовувати ТШП).

У чому важливість профілактичного лікування ТБ

Призначення профілактичного лікування має низку переваг, як-от:

- **Суттєве зниження ймовірності розвитку активного туберкульозу** в людей, які мають тривалий або інтенсивний контакт із людиною, яка хворіє на ТБ з бактеріовиділенням, і тому належать до груп підвищеного ризику інфікування ТБ-інфекцією.
- **Вагомий внесок у подолання туберкульозу.** Дослідження ВООЗ підтверджують, що профілактичне лікування значно знижує ризик прогресування інфекції в активну форму захворювання, тому воно є важливим елементом у стратегії до подолання туберкульозу на глобальному рівні.
- **Зменшення ризиків поширення ТБ під впливом війни.** Впровадження профілактичного лікування, особливо серед ключових груп і груп підвищеного ризику розвитку ТБ, знижує ризики неконтрольованого розповсюдження туберкульозу через масове переміщення населення всередині країни та за її межі.

Профілактичне лікування туберкульозу в Україні

Призначати ПЛІТ можуть лікарі загальної практики/сімейної медицини, педіатри, лікарі, які ведуть ВІЛ-інфекцію, фтизіатри. За потреби сімейний лікар/педіатр може проводити телемедичні або іншого доступного формату консультації з фтизіатром. Мультидисциплінарний підхід визначено найкращою формою взаємодії при прийнятті рішення про лікування ТБ-інфекції.

Перед початком профілактичного лікування важливо підтвердити наявність ТБ-інфекції, а також виключити активну форму захворювання. Проте лікування може бути призначене навіть без тестування, якщо є високий ризик інфікування та ймовірність розвитку активної форми туберкульозу із серйозними наслідками.

Попри військові виклики, в Україні забезпечено доступ до всіх найновіших режимів профілактичного лікування, що рекомендовані ВООЗ.

Відповідно до Стандартів, профілактичне лікування ТБ значно скоротилося з 6-9 місяців до 1-3 місяців, та включає схеми з рифапентином, що передбачають прийом препаратів один раз на тиждень протягом 3 місяців (ЗНР), або короткі 1-но місячні (1НР), що є більш зручним та значно підвищує прихильність людей до такого лікування.

Також для профілактики стійких форм ТБ Стандартом передбачено застосування 6 місяців левофлоксацину, що відповідно до останніх даних ВООЗ є сильною рекомендацією.

Таким чином країна розпочала інноваційну профілактику для контактних осіб з людьми, які хворіють на стійкий ТБ до нового керівництва ВООЗ та вже має досвід. Завдяки тому, що в країні впроваджено децентралізовані, людино-орієнтовані моделі надання послуг профілактики ТБ, людина може продовжувати жити повноцінним життям та отримувати профілактичне лікування за місцем проживання у свого сімейного лікаря.

При виборі схеми профілактичного лікування ТБ перевага віддається коротким режимам лікування.

Статистика з туберкульозу

Епідеміологічний нагляд — це систематичний та безперервний процес виявлення, збирання, складання, аналізу, тлумачення та поширення даних про здоров'я населення, захворювання та показники середовища життєдіяльності. Метою епідагляду є вивчення епідемічної ситуації, її прогнозування, виявлення причинно-наслідкових зв'язків між факторами ризику та наслідками конкретного впливу чи втручання для здоров'я, визначення характеру і масштабів необхідних медико-санітарних заходів, планування, реалізації та оцінювання відповідних заходів у секторі громадського здоров'я.

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» у 2025 році кількість уперше зареєстрованих в Україні захворювань на туберкульоз (ТБ), включно з його рецидивами, становила 15 564 випадків, або 38,0 на 100 000 населення*, що на 14% менше аналогічного показника 2024 року (18 140, або 44,2 на 100 000 населення*).

Показник захворюваності на ТБ серед дітей 0–14 років склав 6,0 на 100 000 дитячого населення* (в абсолютних значеннях — 368 випадків, що становить 2,4% від загальної кількості зареєстрованих випадків ТБ у 2025 році), що менше на 20,7% порівняно з показником 2024 року (7,6 на 100 000 дитячого населення*).

Показник захворюваності на ТБ серед підлітків (15–17 років включно) зменшився на 8,4% — із 14,4 до 13,2 на 100 000 осіб відповідної вікової групи (162 випадки у 2025 році проти 178 — у 2024).

Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я України у 2025 році зменшилась до 136 осіб (2024: 149).

Профіль України із захворюваності на туберкульоз

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВКЛЮЧАЮЧИ ЙОГО РЕЦИДИВИ

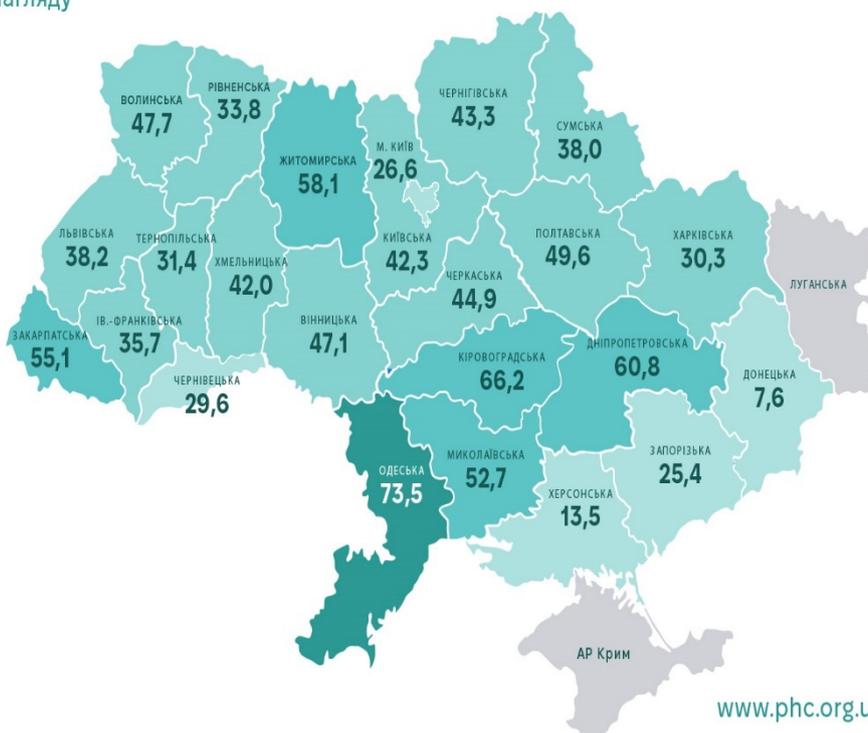
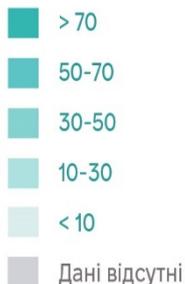


за даними медичного нагляду
на 100 000 населення
станом на 01.01.2026

ЗАГАЛОМ
ПО УКРАЇНІ

38,0

НА 100 000
НАСЕЛЕННЯ:



www.phc.org.ua

Інфекційний контроль туберкульозу

Інфекційний контроль за туберкульозом (ІК ТБ) передбачає комплекс заходів, спрямованих на мінімізацію ризику передавання *M. tuberculosis* у популяціях. Інфекція передається від особи з туберкульозом (зазвичай — легеневим) до сприйнятливої індивідуума через вдихання інфекційного аерозолу, тобто дрібних часточок, які зважені у повітрі та містять життєздатні мікобактерії туберкульозу. В ІК ТБ виділяють три рівні контролю: адміністративний, контроль навколишнього середовища (інженерний) та захист органів дихання.

Адміністративний контроль є першим і найважливішим рівнем інфекційного контролю. Це заходи управління, спрямовані на зниження ризику контакту з людьми з інфекційним туберкульозом.

Другий рівень системи полягає у використанні засобів контролю навколишнього середовища для запобігання поширенню аерозолів і зниження його концентрації.

*Третім рівнем є використання засобів захисту органів дихання в ситуаціях, що становлять високий ризик передавання *M. tuberculosis*.*

Профілактика туберкульозу шляхом дотримання заходів інфекційного контролю має бути пріоритетною у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз. Йдеться не лише про медичні заклади, а й про інші установи, які працюють з особами із груп високого ризику інфікування.

Керівні документи з туберкульозу

Чому ці документи важливі:

- визначають основні правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів державної влади, які безпосередньо відповідають за подолання туберкульозу в Україні;
- визначають права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб;
- містять актуальні дані про стан захворюваності на туберкульоз в Україні.

Закони України

- Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX [«Про систему громадського здоров'я»](#).
- Закон України від 14.07.2023 № 3269-IX [«Про подолання туберкульозу в Україні»](#).
- Закон України від 18.11.2003 № 1287-IV [«Про ратифікацію Угоди про позику \(Проект „Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні“\) між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку»](#).
- Закон України від 6.04.2000 1645-III [«Про захист населення від інфекційних хвороб»](#).
- Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII [«Основи законодавства України про охорону здоров'я»](#).

Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках».
- Розпорядження КМУ від 02 серпня 2024 р. №726-р Про схвалення Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 роки та затвердження операційного плану її реалізації.
- [Постанова Кабінету міністрів України від 09 липня 2024 р. № 802 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз, з числа осіб, взятих під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань»](#).
- Постанова Кабінету Міністрів України від 17 травня 2024 року № 571 «Про затвердження норм харчування у регіональних фтизіопульмонологічних центрах, реабілітаційних, паліативних та хоспісних відділеннях, що надають медичні послуги в умовах стаціонару для людей, які хворіють на туберкульоз».
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 червня 2024 р. №564-р "Про затвердження Операційного плану заходів з реалізації у 2024-2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

- Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року».

Накази Міністерства охорони здоров'я України

- Наказ МОЗ України від 27.01.2025 № 167 «Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 11 лютого 2025 року за № 207/43613.
- Наказ МОЗ України від 16.11.2024 №1923 «Про затвердження Порядку надання послуг з амбулаторного лікування людей, які хворіють на туберкульоз, у закладах первинної медичної допомоги».
- Наказ МОЗ України від 12.09.2024 р. №1585 "Про затвердження Державних санітарних норм і правил "Влаштування мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу та забезпечення біологічної безпеки в їхній роботі.
- Наказ МОЗ України від 01.04.2024 № 553 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 2022 року № 302, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 18 квітня 2024 р. за № 563/41908».
- Наказ МОЗ України від 7.04.2025 № 593 "Про затвердження Порядку допуску до відвідування закладів освіти та дитячих закладів оздоровлення та відпочинку здобувачів освіти, які хворіють на туберкульоз із бактеріовиділенням, до завершення ними лікування".
- Наказ МОЗ України від 11.08.2023 №1444 «Про затвердження Граничних тарифів на надання медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом».
- Наказ МОЗ України від 13.04.2023 №692 «Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом».
- Наказ МОЗ України від 04.04.2023 №632 «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом».
- Наказ МОЗ України від 01.08.2024 №1356 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 липня 2024 року № 1226».
- Наказ МОЗ України від 15.07.2024 № 1226 «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення та Інструкції щодо класифікації випадків туберкульозу, результатів його лікування».
- Наказ МОЗ України від 04.07.2024 № 1160 «Про затвердження Положення про мікробіологічну лабораторію з діагностики туберкульозу третього рівня».
- Наказ МОЗ України від 12.03.2024 № 422 «Деякі питання утворення трирівневої лабораторної мережі з діагностики туберкульозу у системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню».
- Наказ МОЗ України від 24.11.2023 № 2002 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08 листопада 2023 року № 1925».
- Наказ МОЗ України від 08.11.2023 № 1925 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280».
- Наказ МОЗ України від 19.01.2023 № 102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги „Туберкульоз“».

Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»

- Наказ МОЗ України від 25.07.2022 № 1317 «Про функціонування інформаційної системи „Моніторинг соціально значущих хвороб“».
- Наказ МОЗ України від 16.02.2022 № 302 «Про затвердження Порядку організації виявлення та діагностики туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції».

- Наказ МОЗ від 06.05.2021 № 882 «Про затвердження санітарно-протиепідемічних норм і правил використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів соціальних послуг/соціального захисту населення».
- Наказ МОЗ України від 09.03.2021 № 406 «Про затвердження Порядку епідеміологічного нагляду за туберкульозом та Зміни до критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації».
- Наказ МОЗ України від 28.08.2020 № 1975/62 «Про забезпечення функціонування Центральної референс-лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу Міністерства охорони здоров'я України».
- Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами»
- Наказ МОЗ від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні».
- Наказ МОЗ від 27.06.2019 № 1462 «Про затвердження Інструкції з мікробіологічної діагностики туберкульозу».
- Наказ МОЗ від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз».
- Наказ МОЗ від 28.07.2016 № 786 «Про затвердження Положення про систему управління якістю досліджень в лабораторіях, що здійснюють мікробіологічну діагностику туберкульозу».
- Наказ МОЗ України, МВС України та Мінсоцполітики України від 02.02.2015 № 41/119/95 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів та установ Державної міграційної служби, Державної прикордонної служби та державної служби зайнятості для організації надання медичної допомоги з туберкульозу іноземцям та особам без громадянства, які перебувають в Україні».
- Наказ МОЗ України від 15.05.2014 № 326 «Про відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз у протитуберкульозних закладах»
- Наказ МОЗ України від 11.06.2010 № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню "Хоспіс" (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз».
- Наказ МОЗ України від 10.12.2009 № 846 «Про організацію надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз та на заразну форму туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення про примусову госпіталізацію».
- Наказ МОЗ України від 16.07.2008 № 388 «Про затвердження Нормативів оснащення лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу 1-4 рівнів».

Рекомендації Центру громадського здоров'я

- Національні рекомендації з пацієнто-орієнтованої комунікації у сфері охорони здоров'я (ЦГЗ, 2025).
- Інформаційний путівник для тих, хто бореться з туберкульозом, та їхніх близьких
- Стандарт надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та лікарсько-стійким туберкульозом (ЦГЗ, 2025).
- Дорожня карта удосконалення організації та надання медико-психосоціального супроводу пацієнтів з туберкульозом в рамках різних джерел фінансування (ЦГЗ, 2026).
- Національні рекомендації щодо забезпечення безбар'єрного доступу до послуг громадського здоров'я з метою подолання туберкульозу (ЦГЗ, 2025).

- Стратегія, орієнтована на людину, для раннього початку лікування туберкульозу (ЦГЗ, 2024).
- Національні рекомендації дестигматизуючої термінології у сфері протидії туберкульозу (ЦГЗ, 2023).
- Національні рекомендації щодо діагностики та лікування латентної туберкульозної інфекції, на основі Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» (наказ МОЗ України від 19.01.2023 № 102), для закладів, що надають первинну медичну допомогу та вузьких фахівців (ЦГЗ, 2023).
- Рекомендації по роботі щодо подолання туберкульозу для органів місцевого самоврядування та їх виконавчих органів (ЦГЗ, 2023).
- Стратегічні напрямки реалізації заходів з покращення відстеження, обстеження та профілактичного лікування контактних осіб з індексним випадком туберкульозу (ЦГЗ, 2023).
- Національні рекомендації стосовно посилення заходів з профілактики, виявлення і ведення випадків туберкульозу серед внутрішньо переміщених осіб в умовах гуманітарної кризи, спричиненої збройною агресією росії в Україні (ЦГЗ, 2022)
- Рекомендації щодо обмеження поширення COVID-19 у ЗОЗ, що надають допомогу людям, які хворіють на туберкульоз (ЦГЗ, MSF).

Висновки

Туберкульоз (ТБ) є захворюванням, яке можна попередити і яке зазвичай піддається лікуванню. Проте щороку понад 10 млн людей продовжують хворіти на ТБ, а понад 1 млн помирають від цього, що робить її провідною причиною смертності від одного інфекційного агента у світі та однією з 10 основних причин смертності у світі. Після зараження ризик розвитку ТБ найвищий у перші 2 роки (приблизно 5 %), після чого він значно знижується (4). Деякі люди виліковуються від інфекції (5, 6). З загальної кількості людей, які щороку хворіють на ТБ, приблизно 90% становлять дорослі, причому серед чоловіків випадків захворювання більше, ніж серед жінок. Без лікування смертність від ТБ є високою (близько 50%) (7). За допомогою лікування, яке на даний момент рекомендує ВООЗ (курс протягом 4–6 міс), можнавилікувати близько 90% людей з ТБ. Для лікування ТБ-інфекції доступні схеми лікування тривалістю від 1 до 6 міс.

Деякі країни вже зменшили тягар захворюваності на ТБ до менше ніж 10 випадків і менше ніж 1 смертельного випадку на 100 000 нас на рік.

Для подальшого та швидшого зменшення тягаря ТБ необхідно покращити охоплення діагностикою, лікуванням та профілактичними заходами; вжити заходів щодо більш широких детермінант, які сприяють поширенню нових інфекцій або збільшують ризик розвитку захворювання після зараження; а також досягти технологічних проривів, таких як створення нової вакцини проти ТБ.

