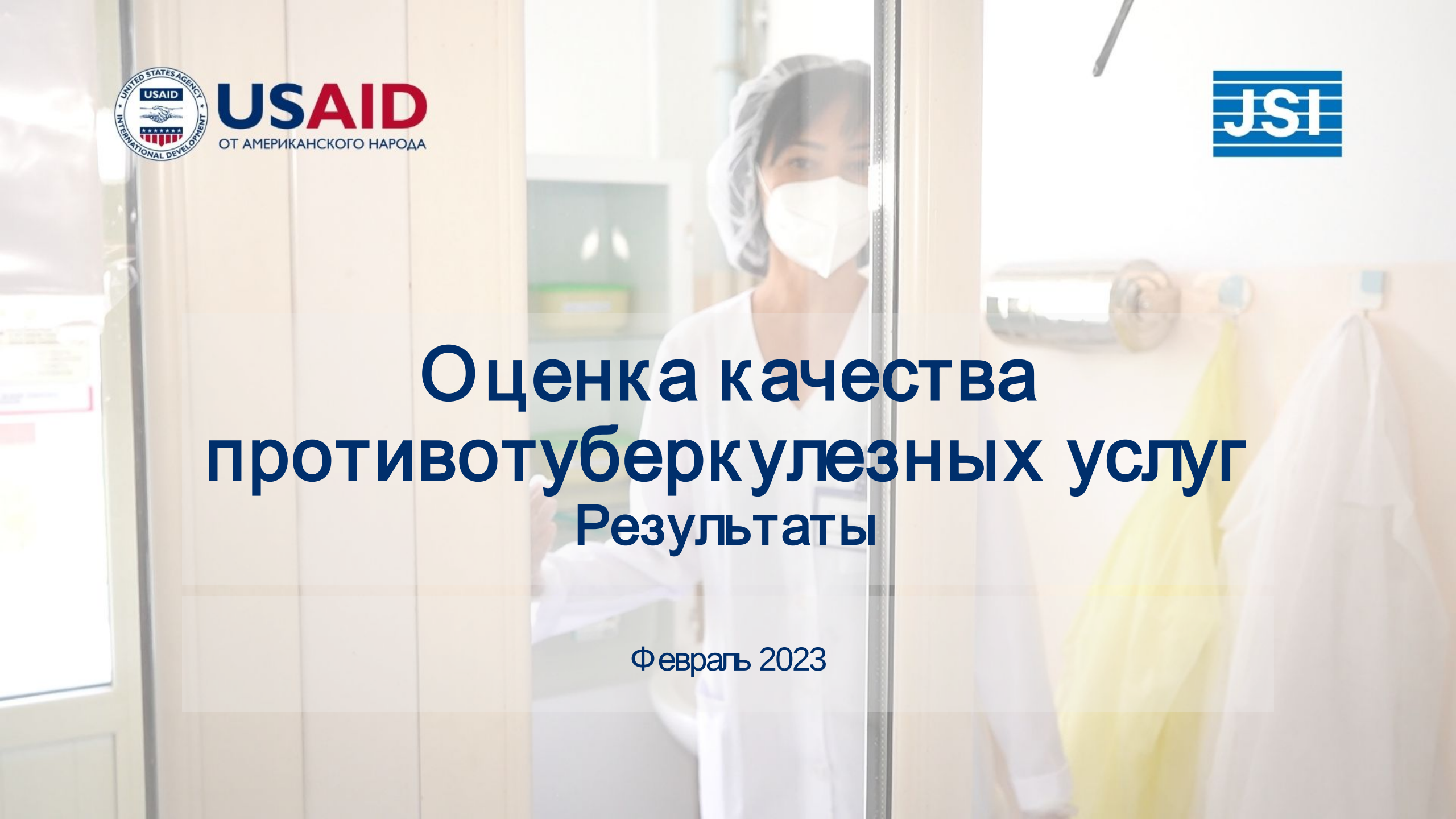


USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

JSI

Оценка качества противотуберкулезных услуг

Результаты

Февраль 2023

Введение

- **Оценка качества противотуберкулезных услуг (QTSA)** проводилась с начала 2021 и завершилась в 2022 с целью исследования всех аспектов системы противотуберкулезной службы в Кыргызской Республике с использованием стандартизированной методологии, разработанной проектом MEASURE Evaluation.

- Оценивались ресурсы учреждения, качество противотуберкулезных услуг, компетентность медработников, удовлетворенность пациентов и влияние COVID-19 на противотуберкулезные услуги (специально разработан модуль).

- Исследование проводилось в 27 районах во всех 7 областях КР и двух крупных городах, что составляет примерно 70% территории страны.

- **Впервые в Кыргызстане получены исчерпывающие, репрезентативные на национальном уровне данные о качестве противотуберкулезной помощи.**

Методы

Инструменты и объем выборки QTSA в Кыргызской Республике

Объем выборки

258 обзоров учреждений

350 интервью м/работников

740 интервью пациентов

33 обзора документации

Описание выборки

- **258 учреждений**, включая Национальный центр фтизиатрии (НЦФ) и все республиканские учреждения, все областные центры борьбы с туберкулезом (ОЦБТ), почти все противотуберкулезные больницы (ПТБ), а также учреждения ПМСП, включая ЦСМ и ФАПы:
  - 92% ПМСП, 6% вторичного уровня, 2% национального уровня

- **350 медицинских работников**: 90% женщин; 57% - со средним образованием и 35% - с высшим

- **740 пациентов с ТБ**: 56% мужчины. Большинство (63%) проживают в городской местности. Самая высокая доля (28%) старше 55 лет, 23% 25-34 лет, 18% 35-44 лет. 40% безработные, 17% пенсионеры и 15% дома/в отпуске.

Выявление случаев ТБ

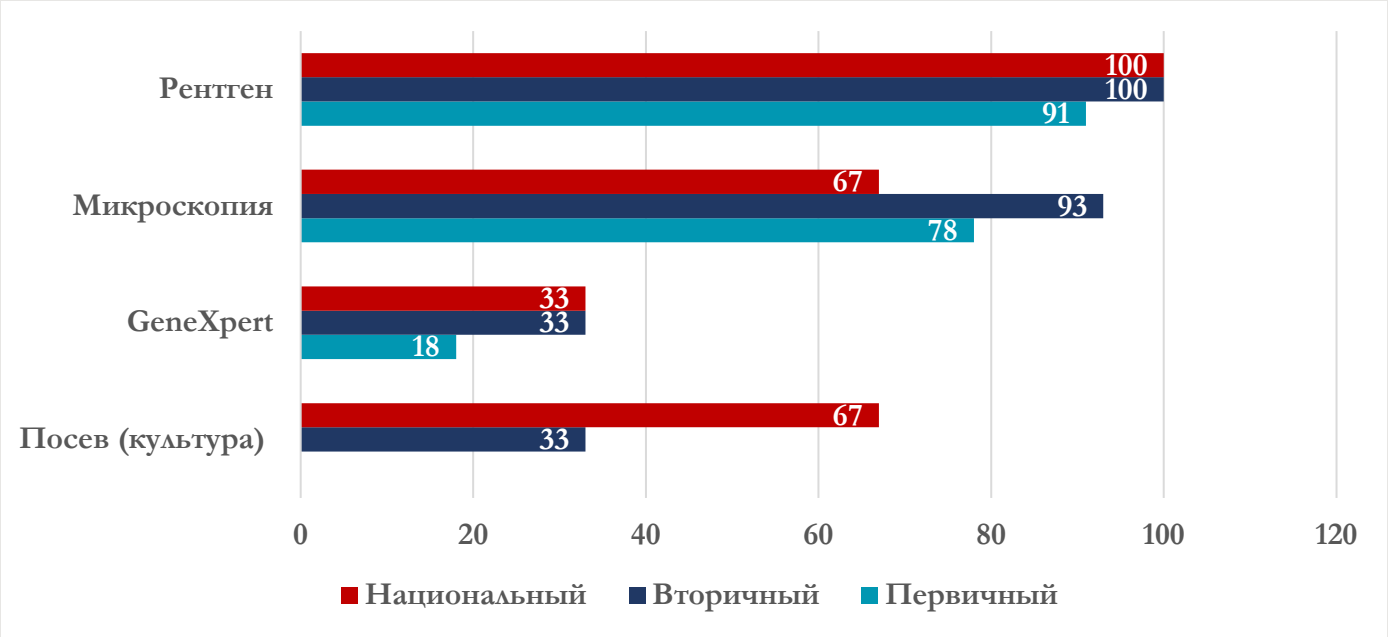
Сеть лабораторных и диагностических услуг

Диагностические услуги

- 87% учреждений сами проводят скрининг или диагностику ТБ. Доступность диагностических услуг отражает организацию сети лабораторий согласно диагностическому алгоритму – ОЗ уровнем ниже, или в которых нет лабораторий, отправляют образцы на исследование в другие лаборатории, используя транспортную систему.
- 67% учреждений, оказывающих диагностические услуги, отправляют образцы в другие лаборатории; 31% используют как свою, так и внешние лаборатории.

Наиболее широко для диагностики применяются рентген (93%) и микроскопия мазка (83%). GeneXpert доступен в 22% учреждений, посев проводится только на национальном и областном уровнях.

Методы диагностики ТБ в учреждениях разного уровня, осуществляющих диагностику ТБ (исключая ГСВ и ФАПы) (N=73) (%)



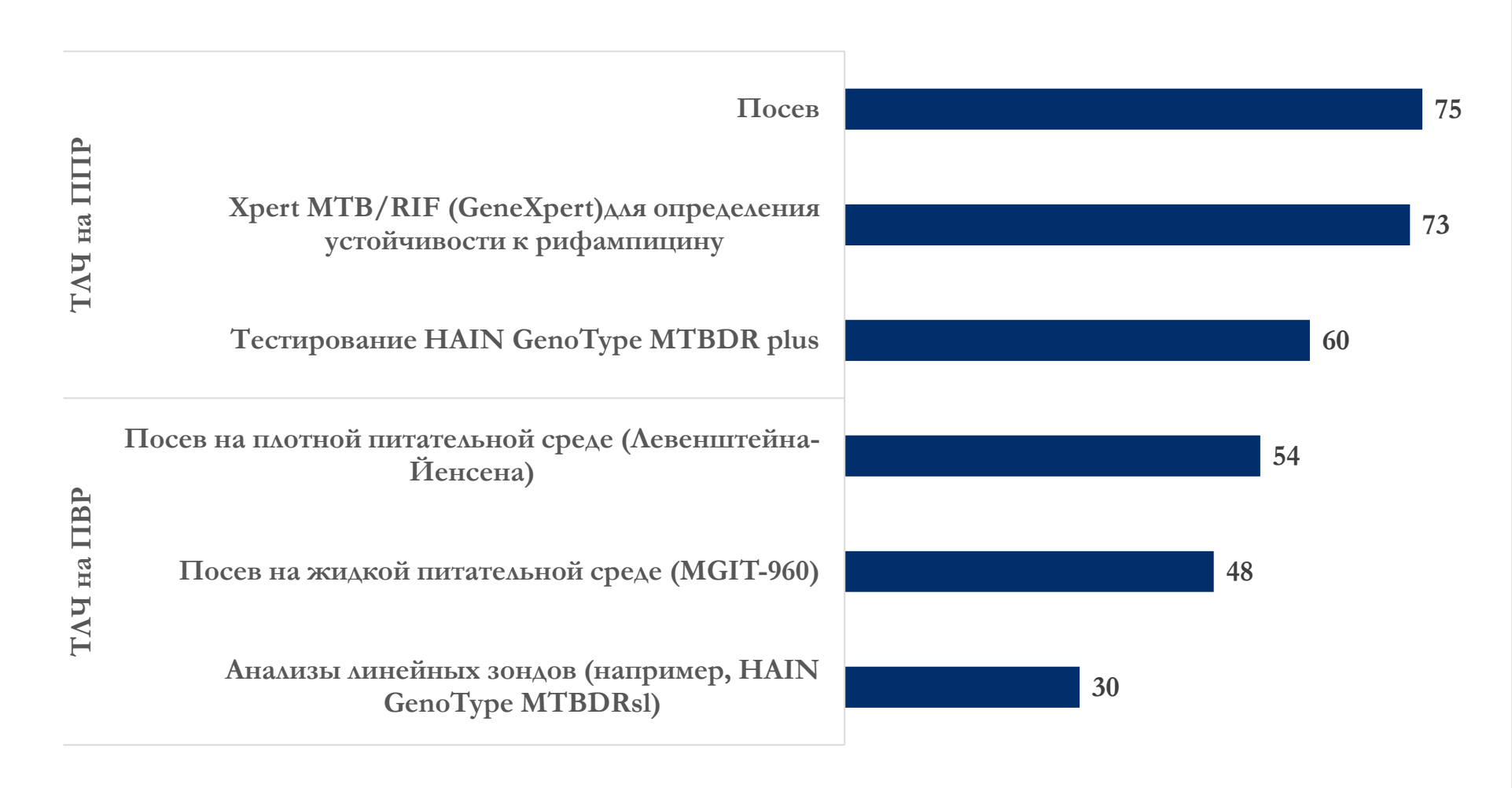
Диагностические услуги (продолжение)

- Все методы диагностики в основном применяются на областном и национальном уровне. При этом только НЦФ обладает полным диагностическим потенциалом.
- В учреждениях, выполняющих рентгенографию, в основном используется обычный рентген (85%) и флюорография (65%). Цифровой рентген используется в 37% учреждений, в основном на национальном уровне.
- **Результаты показывают, что учреждения по-прежнему приоритетно используют микроскопию мазка для диагностики, несмотря на то, что GeneXpert обязателен в качестве первоочередного теста.**
- **Ограниченное использование цифрового рентгена затрудняет возможность загрузки результатов исследования в ЭТБР. Необходимо прикладывать больше усилий для получения оцифрованных данных рентген обследования.**

Тестирование на лекарственную чувствительность (ТЛЧ)

- Почти три четверти (72-73%) опрошенных медработников, при проведении диагностики, направляли на исследование ТЛЧ первого или второго ряда за последние 12 месяцев (методы на следующем слайде).
- **Направление на ТЛЧ медработниками ПМСП в целом низкое, что свидетельствует о недостаточной осведомленности о необходимости проведения ТЛЧ, и неадекватном выполнении диагностического алгоритма** (100% образцов должны быть направлены на посев и ТЛЧ).

Методы определения устойчивости к ПТП I и II ряда, согласно опросу поставщиков медуслуг (среди всех учреждений, проводивших ТЛЧ первого и второго ряда за последние 12 месяцев соответственно, N=140 и N=208) (%)



Работа с биоматериалом и время получения результатов анализов (TAT)

- Для учреждений с собственными лабораториями, среднее время получения результатов микроскопии мазка составляет 2.3 часа, а для GeneXpert - 1.2 часа.
- Для учреждений, которые пользуются услугами других лабораторий, среднее время транспортировки образцов составляет 1.8 дней, что находится в **пределах международного стандарта для доставки мокроты - 72 часа . Это важное достижение благодаря внедрению системы транспортировки мокроты.**
- Среднее время получения результатов в учреждении из внешних лабораторий составляет 3,3 дня - **это огромное достижение благодаря внедрению Информационной системы управления лабораторными данными (ИСУЛД).**

Контроль качества и обеспечение качества (КК/ОК)

- Большинство учреждений, которые проводят микроскопию мазка в собственных лабораториях (72%), используют как внутренний, так и внешний КК/ОК; 13% используют только внутренний КК/ОК; и 5% используют только внешний QC/QA. Согласно Стандартам управления качеством, 100 % лабораторий должны использовать как внутренний, так и внешний контроль качества/обеспечение качества.
- **Эти результаты являются достаточно хорошими благодаря сильному руководству со стороны НРЛ, в том числе адвокатированию финансирования внешнего КК/ОК со стороны государства для обеспечения устойчивости процессов КК/ОК. Эти результаты необходимо поддерживать и улучшать, чтобы увеличить, по крайней мере, до 90%.**

ТБ/ВИЧ

- Почти все учреждения (97%) предоставляют услуги по лечению ТБ/ВИЧ; половина предоставляет услуги по лечению ТБ/ВИЧ по принципу «единого окна».
- 81% проводят тестирование на ВИЧ и консультируют пациентов с предполагаемым или подтвержденным ТБ. Согласно национальным руководствам, 100% больных ТБ должны быть протестированы на ВИЧ – самый низкий показатель тестирования в основном приходится на первичный уровень. **Тестирование на уровне ПМСП должно быть улучшено.**

Услуги по ТБ/ВИЧ, предоставленные поставщиками медуслуг за последние 12 месяцев до оценки (N=313) (%)

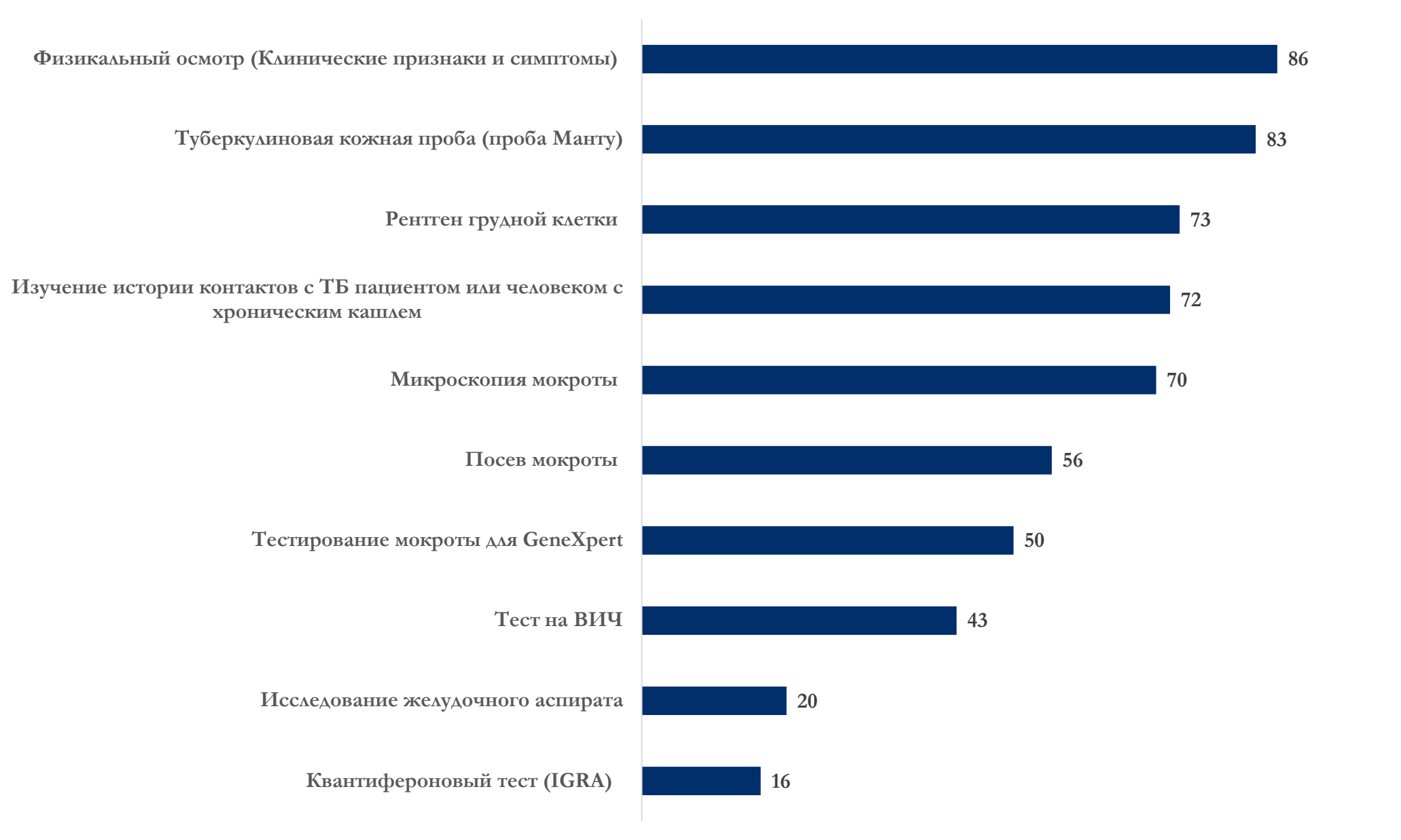
ТБ/ВИЧ (продолжение)

- Услуги по ТБ/ВИЧ предоставляются недостаточно на всех уровнях; низкий уровень тестирования на вирусную нагрузку (54%) отражает нехватку оборудования – хотя во многих противотуберкулезных учреждениях и учреждениях ПМСП есть аппараты GeneXpert, способные проводить тестирование на вирусную нагрузку, им не хватает программного обеспечения и картриджей для этого. Точно так же аппараты GX в учреждениях для ВИЧ-инфицированных не имеют возможности проводить тестирование на ТБ.
- **Это указывает на неэффективное использование платформ GX вертикальными программами — для более рационального использования следует увеличить использование GX-тов, включая тестирование на ТБ и тестирование на ВИЧ как во тубслужбе, так и в службе СПИД.**

Диагностика детского ТБ

- Более трех четвертей учреждений (78%) оказывают диагностические услуги для детей; среди них 95% проводят скрининг детей с предполагаемым туберкулезом.
- При скрининге детей в учреждениях чаще всего используются: клинический алгоритм (физикальный осмотр) (80%), рентген (45%), индукция мокроты (36%) и микроскопия мазка (30%).
- Анализ ситуации учреждений по уровням показывает, что условий и потенциала на уровне ПМСП для диагностики ТБ у детей всеми методами диагностики, крайне недостаточно. Возможности для рентгенографии, микроскопии мазка и методов ТЛЧ имеются не во всех лабораториях на ПМСП, а индукция мокроты и аспирация желудка требуют специальных навыков и оборудования, которого также нет на ПМСП.
- **Необходимо усиливать диагностику ТБ у детей в ОЗ ПМСП за счет расширения возможностей использования всех диагностических методов и внедрения новых, более простых и удобных для детей-пациентов диагностических методов, таких как стул-тест.**

Методы диагностики, применявшиеся при рутинном обследовании ребенка на ТБ (N=350) (%)



Диагностика детского ТБ (продолжение)

- На вопрос о тестировании на ВИЧ среди детей с ТБ 36% медицинских работников ответили, что они не направляют пациентов, и менее половины направляют пациентов с факторами риска, такими как мать с ВИЧ (49%), или признаками оппортунистических инфекций ВИЧ/СПИДа (30%).
- Большой разброс ответов указывает на то, что нет четких рекомендаций по тестированию на ВИЧ детей. Несмотря на то, что в рекомендациях для взрослых больных туберкулезом указано, что 100% должны пройти тестирование на ВИЧ, это не включено в рекомендации по педиатрическому туберкулезу.
- **Руководства по детскому ТБ следует пересмотреть, включив в них четкие рекомендации по консультированию и тестированию на ВИЧ, а также обучение медицинских работников.**

Знания медицинских работников о ТБ у детей

- Медицинские работники имеют лишь базовые знания о детском ТБ, и не всегда имеют верное представление о классических проявлениях ТБ среди детей, включая симптомы и передачу инфекции среди больных
- **Недостаточный уровень знаний о детском ТБ среди медицинских работников отмечается на всех уровнях, что требует повышения потенциала в этом направлении.**

Выявление и расследование контактов на уровне ПМСП

Расследование контактов

Процесс: 84% поставщиков медуслуг проводят расследование контактов больных ТБ (в основном на уровне ПМСП, 95%, поскольку ПМСП участвует за проведение расследования контактов).

Медработники выявляют контакты путем получения списка у пациентов ТБ (79%), когда пациенты приводят их с собой (59%), путем посещения домохозяйств (54%). И лишь 44% медработников указали, что выявление контактов основано на результатах эпидемиологического расследования СЭС, **что отражает низкое участие СЭС в этом процессе.**

Критерии больных ТБ для расследования контактов: ответы медработников о типах больных ТБ, которых следует включать в процесс расследования контактов (рис.), основаны на их знаниях прежнего/устаревшего подхода к расследованию контактов. **Согласно существующим требованиям критериями расследования контактов являются не все больные ТБ, а определенные ключевые группы.**

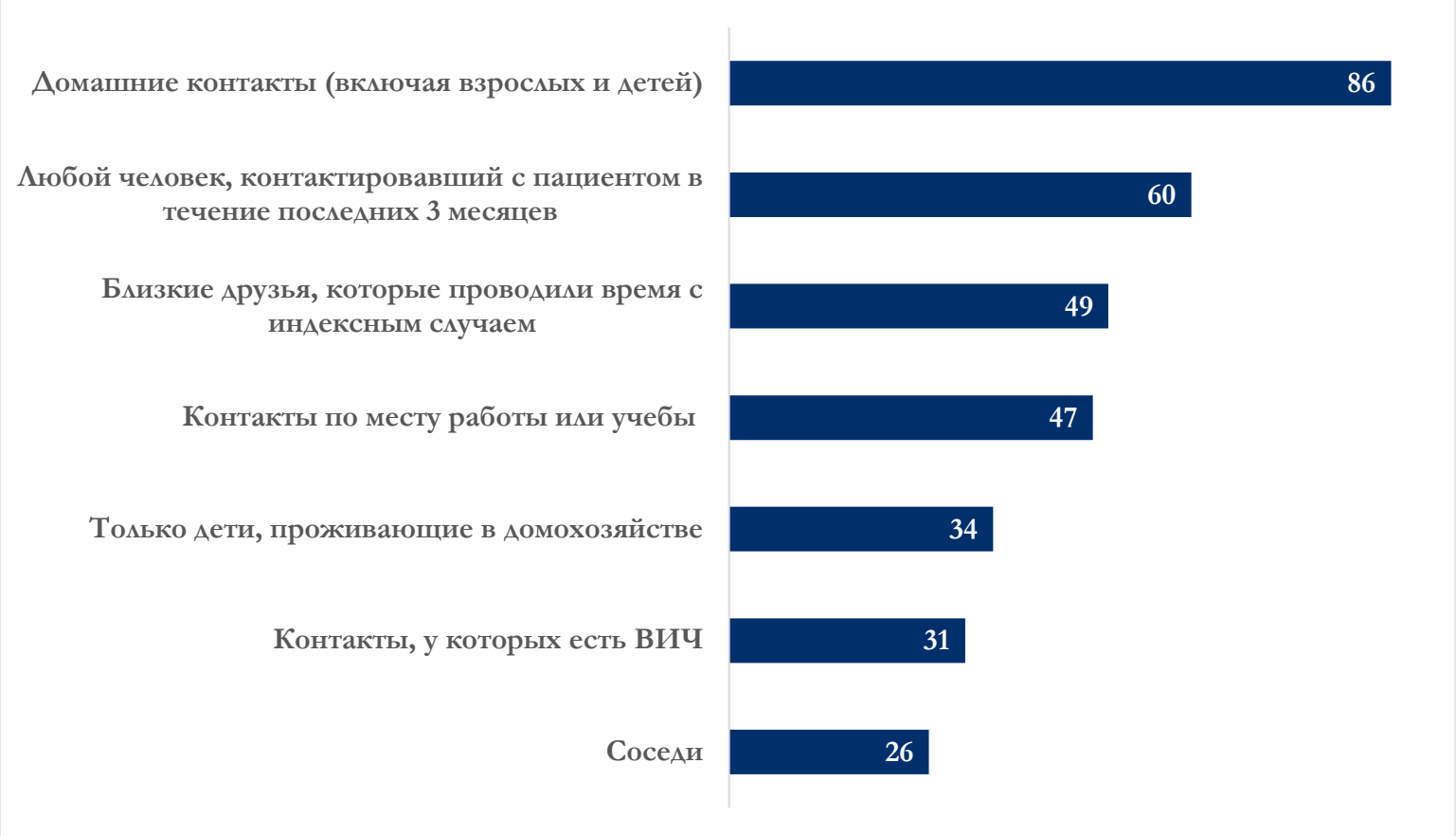
Результаты опроса поставщиков о критериях ТБ больных для расследования контактов (N = 296) (%)

Приоритизация контактов:

Медицинские работники хорошо осведомлены о необходимости расследования домашних контактов (86%), но гораздо меньше о других группах, таких как соседи или группы риска, включая людей, живущих с ВИЧ, и детей.

Ответы поставщиков медуслуг отражают знание прежнего подхода к расследованию контактов, при котором приоритет отдавался в основном домашним контактам; **по новым требованиям в расследование также включаются контакты с работы, школы и другие тесные контакты в зависимости от продолжительности и частоты контактов.**

Контакты, включенные в расследование (N=296) (%)



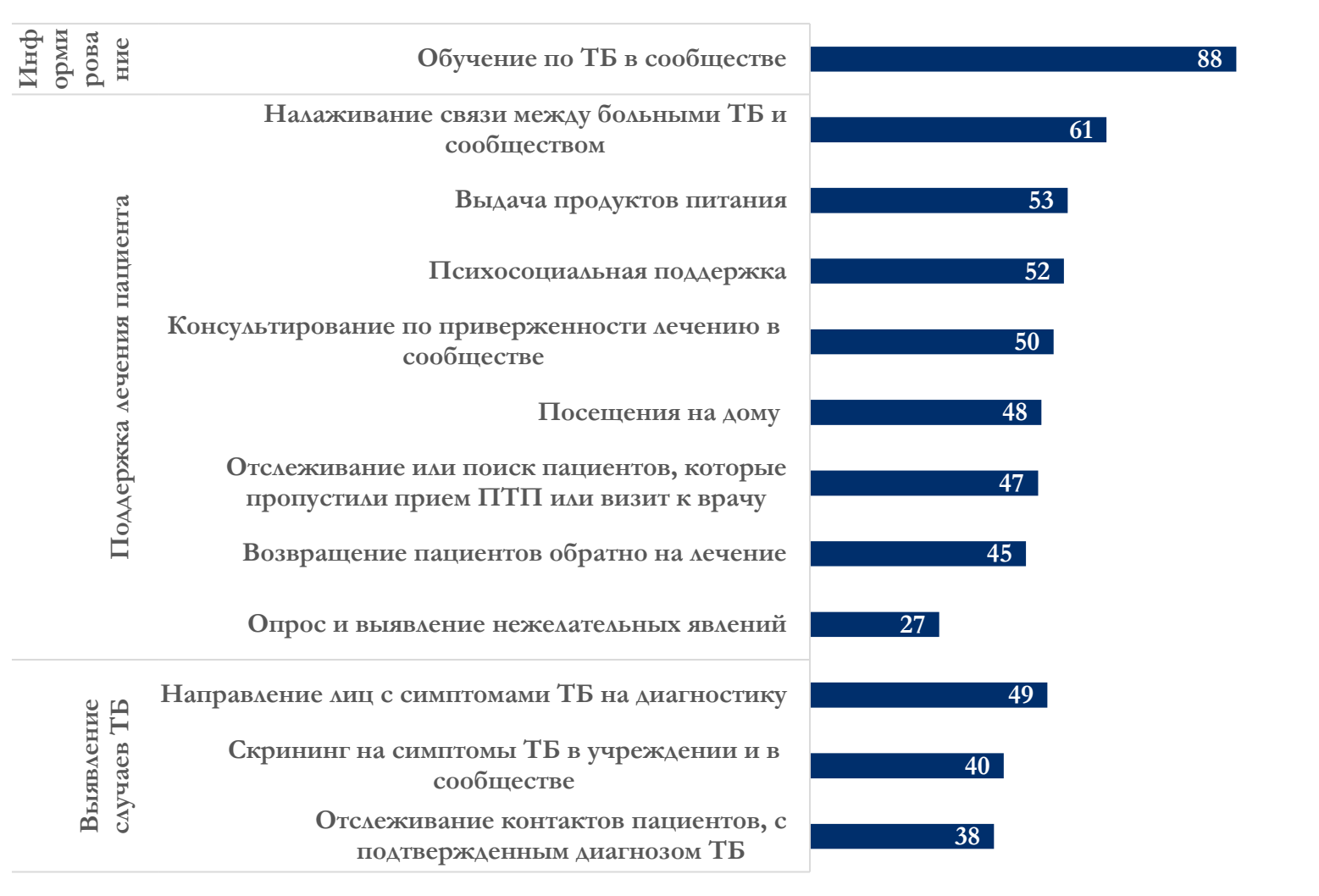
Учет данных по контактам:

Поставщики медуслуг ведут учет данных путем заполнения множества различных форм, **что отражает отсутствие стандартизированной системы регистрации данных по расследованию контактов.**

Вовлечение пациентов:

- Пациенты хорошо осведомлены и полностью понимают процесс расследования контактов; 97% были проинформированы о том, что их контакты необходимо проверить, и 98-99% поняли предоставленную им информацию и почему необходимо расследование контактов.
- 5% пациентов заявили, что среди их контактов (взрослых или детей) был диагностирован туберкулез; среди них - 91% сказали, что их взрослые контакты начали лечение.
- Почти две трети указали, что их контактам было рекомендовано получить профилактическое лечение ТБ (ПЛТ) — учитывая отсутствие стандартной регистрации и отчетности ПЛТ, полное представление об объемах профилактического лечения, можно получить из данных, полученных от пациентов.
- **Учитывая важную роль пациентов в расследовании контактов и их желание защитить своих близких, поставщики медицинских услуг должны улучшить консультирование пациентов с ТБ, чтобы больше вовлекать их в этот процесс.**

Связь ПМСП с сообществом



- Почти две трети (64%) ОЗ работают с сельскими комитетами здоровья, общественными помощниками в лечении или волонтерами, оказывающими поддержку пациентам, все это свидетельствует о большом участии со стороны сообщества
- Большинство ОЗ (88%) привлекают их к активностям, связанным с обучением населения
- Около половины ОЗ используют их для предоставления услуг по поддержке лечения пациентов.
- Менее половины ОЗ вовлекают в процесс выявления случаев
- **Это свидетельствует о возможности использовании потенциала со стороны сообщества и необходимости механизмов для их привлечения в расследование контактов**

Лечение туберкулеза

Лекарственный менеджмент и активный мониторинг безопасности ПТП

Наличие противотуберкулёзных препаратов (ПТП):

- Почти все препараты первого и второго ряда были доступны в учреждениях на всех уровнях
- 90% учреждений поддерживают минимальный уровень запасов ПТП
- Тем не менее, в 16% учреждений за последние 6 месяцев наблюдался дефицит (в основном на ПМСП и областном уровне, не на национальном уровне) – это привело к прерыванию лечения пациентов в 29% этих учреждений
- **Это указывает на проблемы с планированием и распределением организациям здравоохранения более низкого уровня; отсутствует национальная система управления логистикой (основной недостаток)**

Наличие медицинского оборудования:

- Почти все необходимое оборудование для диагностики и лечения ТБ в учреждениях имеется, кроме специализированного детского оборудования, которое в основном доступно на ПМСП, где оказывается педиатрическая помощь.
- Оборудование для ведения ЛУ-ТБ в основном доступно на вторичном и национальном уровне.
- Недостаточно оборудования для лечения НЯ; только 14% имеют аудиометры (но оно не будет применяться после исключения инъекционных препаратов из схем лечения); отмечается **плохая доступность и низкое использование ЭКГ, ситуация требует улучшения.**

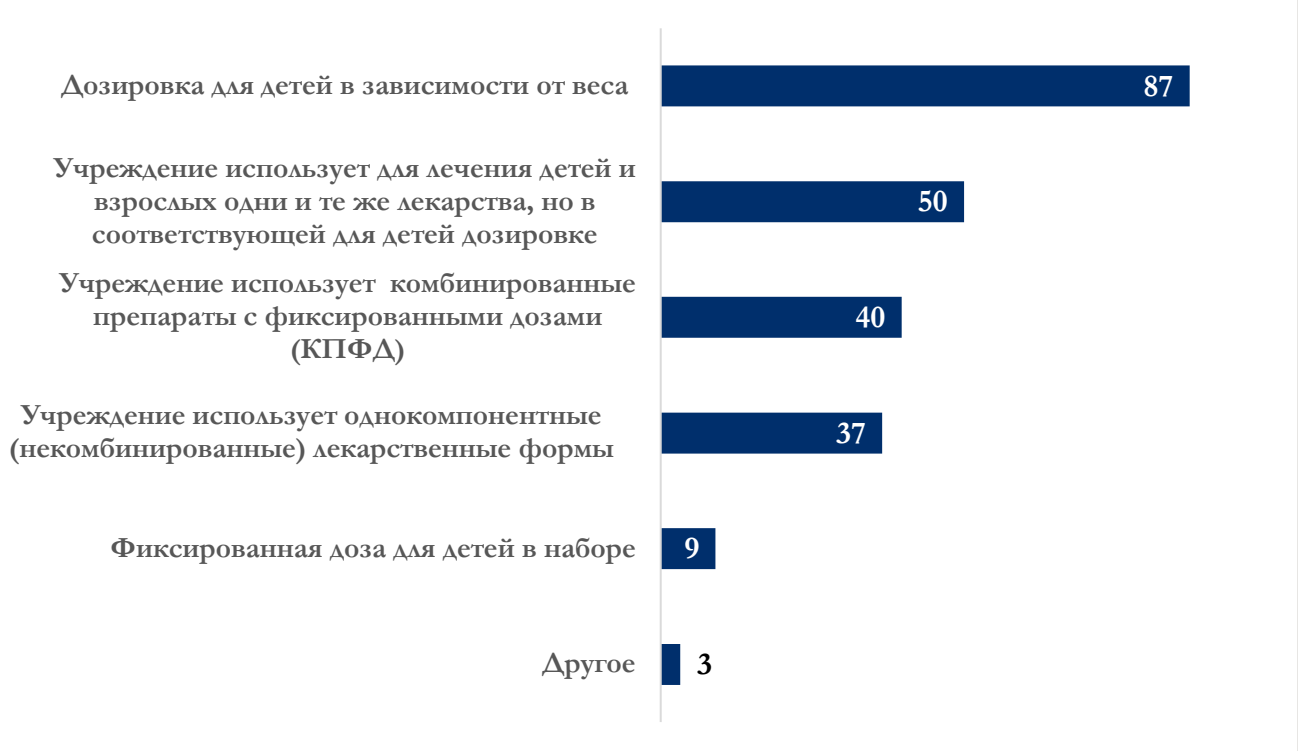
Схемы лечения и вспомогательные лекарственные препараты:

- В 85% учреждений, где проводится лечение ЛУ-ТБ, используются индивидуальные схемы лечения; 31% использовали короткие режимы с инъекционными препаратами – что говорит и постепенном отказе этого режима и переходе на индивидуальные пероральные схемы
- Во всех учреждениях есть набор основных, первоочередных препаратов и список для лечения побочных эффектов; отмечено, что не везде имеются в наличии психотропные средства из списка Б

Лечение детского ТБ:

- В 87% ОЗ дозировка ПТП рассчитывается правильно – по весу больного ребенка, но 50% медработников при лечении детей делят взрослые формы ПТП, причина – проблемы с правильным расчетом потребности в детских ПТП в связи с отсутствием адекватной логистической системы, и отчетных данных по результатам лечения в разбивке по возрастам.
- Переход на ведение электронных форм позволит дезагрегировать данные по возрасту, что также улучшит точность прогнозирования и планирования закупок ПТП.

Варианты лечения ТБ у детей в медицинских учреждениях, оказывающих услуги по лечению детского ТБ (N=156) (%)



Клинический менеджмент

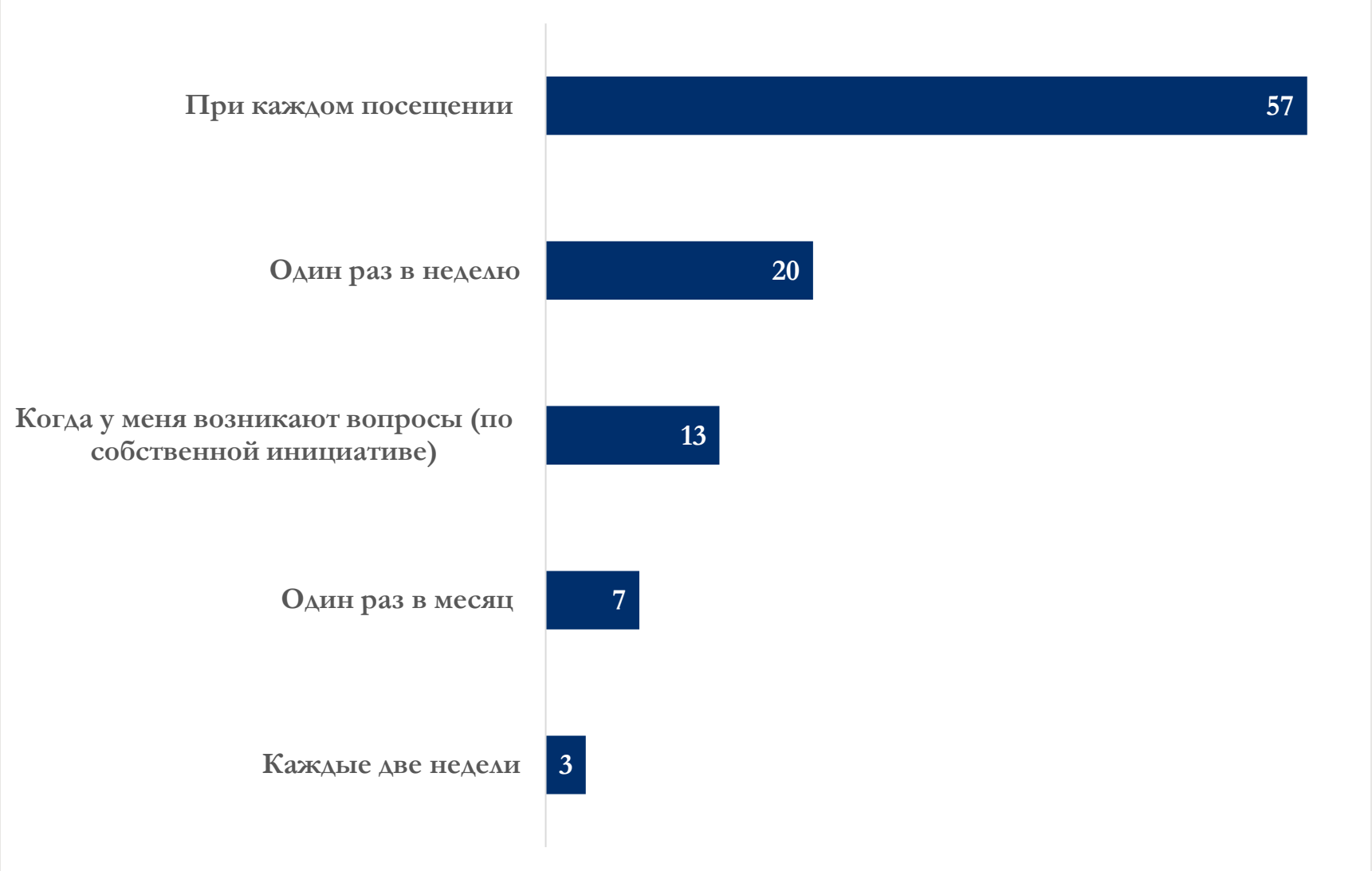
Услуги по лечению:

- ПТП назначаются в 70% учреждений ПМСП (исключая ГСВ и ФАП), 100% учреждений вторичного звена и 60% республиканских учреждений.
- 100% учреждений ПМСП оказывают амбулаторное лечение ТБ и контролируют лечение на поддерживающей фазе, но только 43% из них – лечат больных на интенсивной фазе – **это отражает то, что не повсеместно внедрено полное амбулаторное лечение ТБ.**
- Чаще всего НКЛ осуществляется на базе учреждения (90%), альтернативные методы используются реже: 32% учреждений предлагают группы поддержки пациентов, 28% - НКЛ с привлечением общественных помощников и 27% - используют возможности цифровых технологий.
- Тем не менее, видео контролируемое лечение в целом доступно в 74% учреждений, **что отражает быстрое переключение на использование ВКЛ во время пандемии COVID-19.**

Управление случаем и консультирование пациента:

- **Опрос пациентов**: подавляющее большинство пациентов (97-98%) указывают на то, что медработники все доступно разъясняют, и прислушиваются к их мнению касательно лечения.

Частота консультирования медработниками, согласно опросу пациентов, получающих регулярные консультации (N=708) (%)



Большинство пациентов (77%) регулярно получают консультации – еженедельно, либо при каждом посещении.

Качество консультирования и ключевые сообщения: имеются расхождения между тем, что медработники сообщают пациентам во время консультирования, и информацией, которую, по утверждению пациентов, они получили – **это показатель качества консультирования.** Во время консультирования медработники дают много общепринятой информации о ТБ, но не акцентируют **важные сообщения, которые могут повлиять на соблюдение режима лечения и приверженность.**

Сравнение ответов поставщиков и пациентов (спонтанные ответы) о содержании информации во время консультирования, от наибольшей разницы к наименьшей (N= 350 медработников; N=740 пациентов) (%)

К сообщениям с наибольшим расхождением между информацией, сообщаемой медработниками, и информацией, сообщаемой пациентами, относятся именно те **ключевые сообщения,** которые с наибольшей вероятностью могут повлиять на приверженность к лечению: важность завершения лечения, излечимость ТБ, продолжительность лечения и действия при наличии нежелательных явлений.

Пациент ориентированный подход:

Во время первичной оценки состояния пациента медработники предоставляют базовую информацию о ТБ, но к наименее обсуждаемым темам относится **важная информация о препятствиях для завершения лечения, и факторах, способствующих завершению лечения**:

- Барьеры для завершения лечения (отсутствие транспорта, удаленность до учреждений, отсутствие денег или документов/регистрации, семейные обстоятельства, инвалидность и т.д.) 41%
- Источники поддержки (семейные, социальные, финансовые): 45%
- Возможность следовать плану лечения: 49%
- Убеждения пациентов о возможности излечения: 51%

- Только треть медработников обсуждают статус или прогресс в ходе лечения (32%), привлечение помощников в лечении (30%) или варианты поддержки лечения (36%).

- Учебные материалы: в своих ответах пациенты отметили, что отлично понимают и оценивают полученные полученных образовательных материалов (97-99%), но только половина имела какие-либо материалы по факту (52-55%).

Управление случаем и консультирование - выводы:

- Необходимо улучшить качество консультирования, с тем чтобы акцентировать внимание **на ключевых сообщениях,** которые могут повлиять на приверженность лечению, и следует учитывать индивидуальные препятствия на пути к лечению, чтобы адаптировать пациент ориентированный подход к управлению случаем ТБ.
- Пациенты должны больше **вовлекаться в процесс лечения,** чтобы лучше понимать как лечение проходит, нести ответственность за него, а также лучше понимать варианты возможной поддержки лечения со стороны сообщества.
- Необходимо улучшить **навыки межличностного консультирования** медицинских работников, при этом консультирование должно сопровождаться более качественным обеспечением пациентов **информационными материалами.**

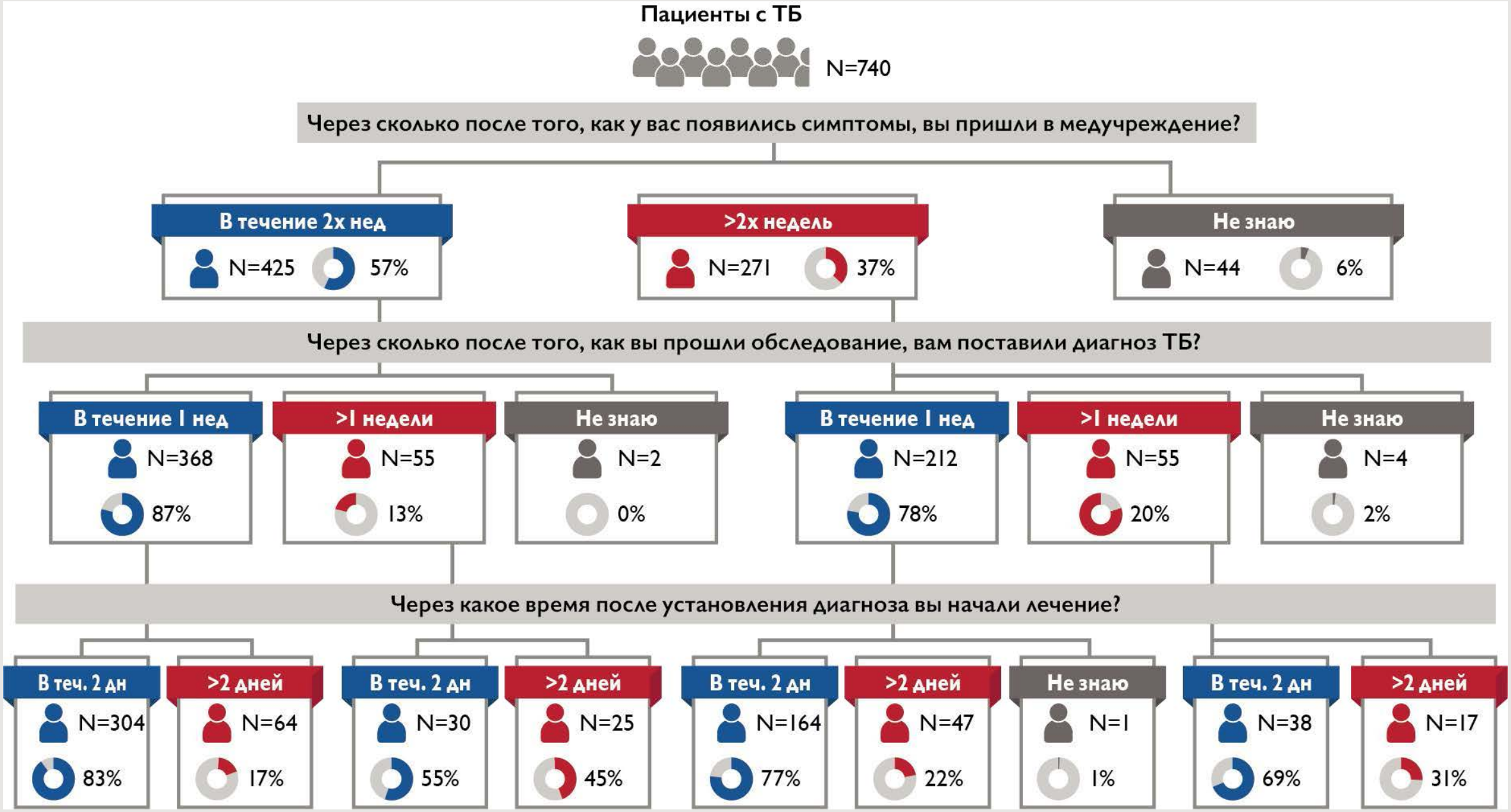
Мнение пациентов об услугах:

Пациенты удовлетворены полученными услугами, включая бесплатные ПТП и индивидуальные консультации медработниками, но отмечают неудовлетворенные потребности в питании и материальной поддержке, транспортной помощи, психосоциальной поддержке, или поддержке приверженности и реабилитационных услугах.

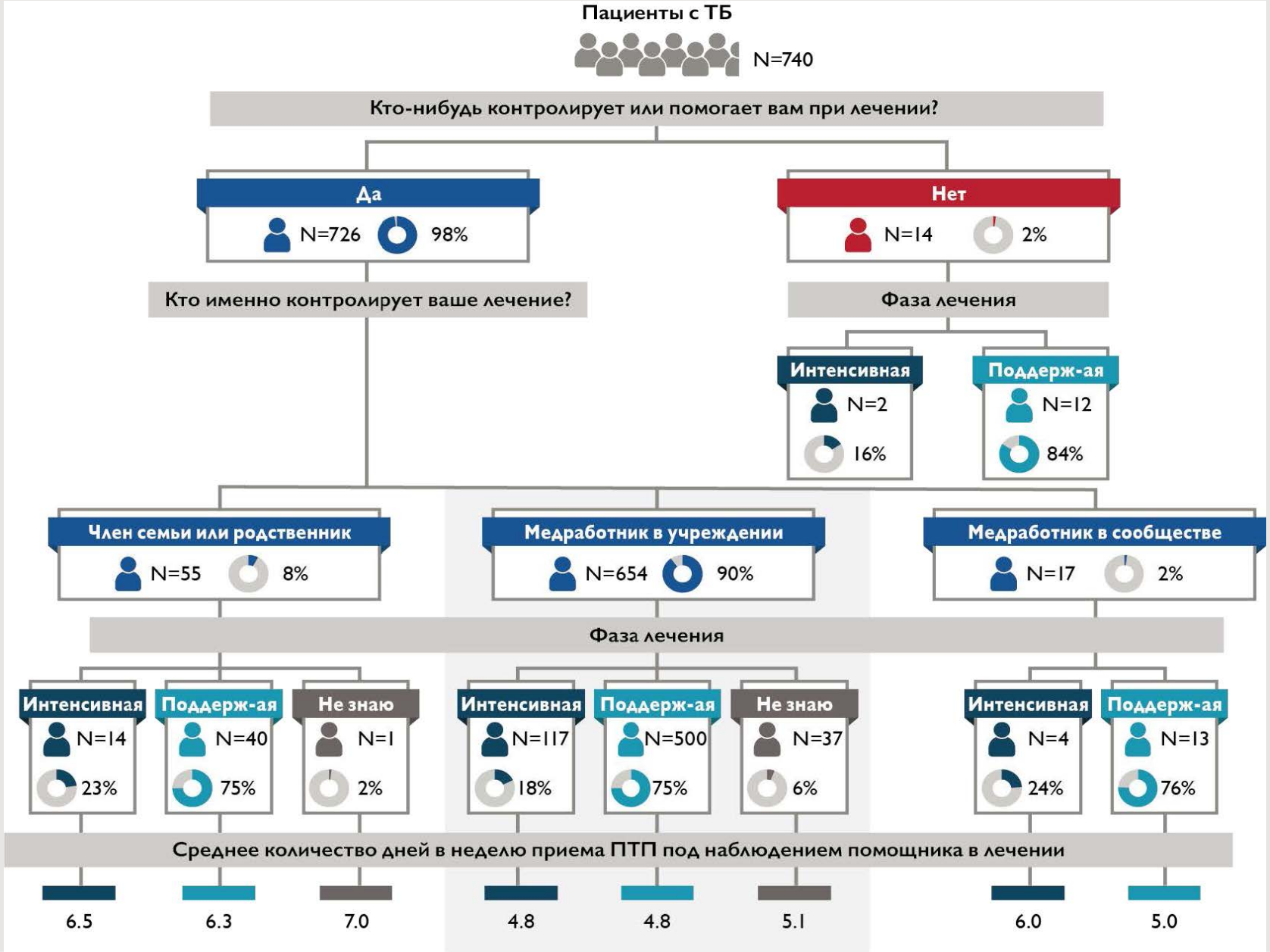
Пути пациента при обращении за медицинской помощью, диагностике и лечении:

- Пациенты своевременно получают как диагностику, так и лечение: более половины (57%) обратились за медицинской помощью в течение первых 2 недель после появления симптомов ТБ; 84% получили диагноз ТБ в течение одной недели после обращения за медицинской помощью; и 72% начали лечение в течение 2 дней после постановки диагноза.
- Но **задержки на одном этапе (обращение за медицинской помощью, диагностика или лечение) приводили к задержкам на последующих этапах.**

Путь пациента от появления симптомов туберкулеза до начала лечения (N=740)



Виды поддержки лечения и среднее количество дней в неделю, в течение которых больные ТБ принимали лекарства (N=740)



Большинство пациентов получают лечение под контролем медработников учреждения (90%), но пациенты, получающие лечение при участии членов семьи (8%), могут получать контролируемое лечение чаще:

- 6.4 дней в неделю - в случае семьи
- 5.3 дня – для патронажных работников
- 4.8 дней в неделю – для медработников ОЗ

Это демонстрирует **важную роль семейных и общественных помощников лечения,** которые могут обеспечить более регулярный контроль лечения пациентов.

Результаты лечения:

- При обзоре документации проанализированы результаты лечения пациентов из когорты больных ЛУ-ТБ 2018 г. и когорты ЛУ-ТБ 2017 г., находившихся на лечении в 33 обследованных учреждениях ПМСП районного уровня.

- Обзор показывает низкие показатели эффективности лечения, особенно в случае повторного лечения ЛУ-ТБ (51% успех лечения) и случаев ЛУ-ТБ (54% успеха лечения), с высокой долей потерянных для наблюдения, смертельных исходов и неэффективного лечения.

- Хотя исследование показывает, что диагностика и начало лечения осуществляются быстро, результаты лечения свидетельствуют о наличии проблем с качеством диагностики, выбором схем лечения, ведением случая и/или приверженностью пациентов лечению. **Это должно быть улучшено за счет улучшения качества диагностики (особенно использование ТЛЧ), консультирования медработниками и более активного участия ПМСП и гражданского общества в процессе ведения случаев ТБ.**

- Отмечается высокая доля случаев с незарегистрированными/неизвестными результатами лечения (19% для случаев повторного лечения ЧТБ), что указывает на проблемы с качеством регистрации результатов, учета и отчетности. Это может включать случаи, переведенные в другие учреждения (отсутствие автоматической системы уведомления о переводе в другое ОЗ). **Переход на электронный ТБ регистр должен устранить эту проблему.**

Профилактика инфекции туберкулеза

Инфекционный контроль и профилактика (ИКиП) в ОЗ

Руководящие принципы и практика ИКиП:

- Все показатели ИКиП были выше в ОЗ вторичного уровня, чем на уровне ПМСП, и самые высокие на национальном уровне. Учреждения ПМСП соответствовали общим требованиям ИКиП, но были менее оснащены необходимыми ресурсами и материалами в зонах, где производится осмотр и лечение пациентов.
- Более половины учреждений имели обновленный план ИКиП или чек-лист для самооценки мер ИКиП (61-62%). Примерно в трех четвертях медицинских учреждений зоны ожидания расположены на открытом воздухе или с хорошей вентиляцией (72%), или входы расположены отдельно, что позволяет принимать потенциально контагиозных пациентов изолированно (76%). В 92% медицинских учреждений проводится сортировка при наличии кашля у посетителей.
- В подавляющем большинстве ОЗ имелись хирургические маски для пациентов (93%) и респираторы N-95 или FFP2 для персонала, но лишь в 50% ОЗ персонал их регулярно использует. **Полное наличие СИЗ в ОЗ может быть связано с эпидемией COVID-19 в период оценки**.
- В большинстве ОЗ (82-85%) сбор образцов проводится на улице или в отдельном, хорошо проветриваемом помещении.
- В 84% ОЗ проводят скрининг персонала на ТБ; в 10% этих учреждений за последние 2 года были зарегистрированы случаи заболевания ТБ у персонала (20 сотрудников, из них 19 - на ПМСП).

Знания медработников и применение ими мер ИКиП на практике:

- Большинство медработников (85%) хотя бы раз прошли обучение по инфекционному контролю, чаще всего в течение последних 2 лет.
- Медицинские работники в целом были хорошо осведомлены о мерах ИКиП, но не всегда применяли свои знания в реальной практике.
- **Возможно, высокая осведомленность о мерах ИКиП объясняется тем, что опрос проводился в период COVID-19, когда увеличилось количество тренингов; важно всегда поддерживать уровень знаний и ресурсов для поддержания практики ИКиП.**

Профилактическое лечение ТБ (ПЛТ):

- При обзоре документации были проанализированы данные о предоставлении ПЛТ 490 детям, бывшими в контакте со взрослыми больными ТБ из когорты 2019 г. в 23 учреждениях.
- Информация о результатах завершения ПЛТ собиралась из разрозненной документации врачей тубкабинетов; **стандартизованной системы учета и отчетности проведения ПЛТ не существует.**
- По этим данным успешно завершили ПЛТ 91% детей; 4% - ПН; 2% прекратили ТРТ; у 2% - результат не оценен; у 1% развился активный туберкулез.
- **Для улучшения доступности к качественным данным по ПЛТ, необходимо разработать соответствующую систему регистрации и отчетности.**

Социальные и поведенческие изменения среди медработников, пациентов и групп риска в целях профилактики, выявления и лечения ТБ

Знания пациентов о ТБ:

- **О симптомах**: осведомленность о симптомах фрагментирована и включает в основном лишь общие сведения о ТБ.
- **Пути передачи и факторы риска**: Пациенты осведомлены в некоторой степени о ТБ, но при этом они имели такие неправильные представления, как передача ТБ через посуду/предметы обихода, что туберкулез возникает вследствие переохлаждения/сырости и передается по наследству. Пациенты из городской местности имеют более точные знания о ТБ, а в сельской местности распространены неправильные представления о ТБ.
- **Нежелательные явления**: лучше всего пациенты знают наиболее частые НЯ, такие как тошнота и рвота, но о других знают меньше.
- **Необходимо улучшать общее представление пациентов о симптомах туберкулеза, его передаче, факторах риска и НЯ лекарств**

Потенциал медработников:

- Согласно опросу, многие медработники за последние 2 года прошли обучение по некоторым направлениям, включая вопросы ТБ/ВИЧ, методы диагностики и лечения ТБ.
- Самый низкий уровень подготовки отмечается в ОЗ ПМСП, при этом набольшие пробелы – по вопросам лабораторной диагностики, коинфекции ТБ/ВИЧ, лечении побочных явлений, диагностики ТБ у детей, вопросов профилактики и консультирования. **Необходимо усилить обучение поставщиков ПМСП по этим вопросам.**

Создание благоприятствующих условий

Финансирование противотуберкулезных услуг

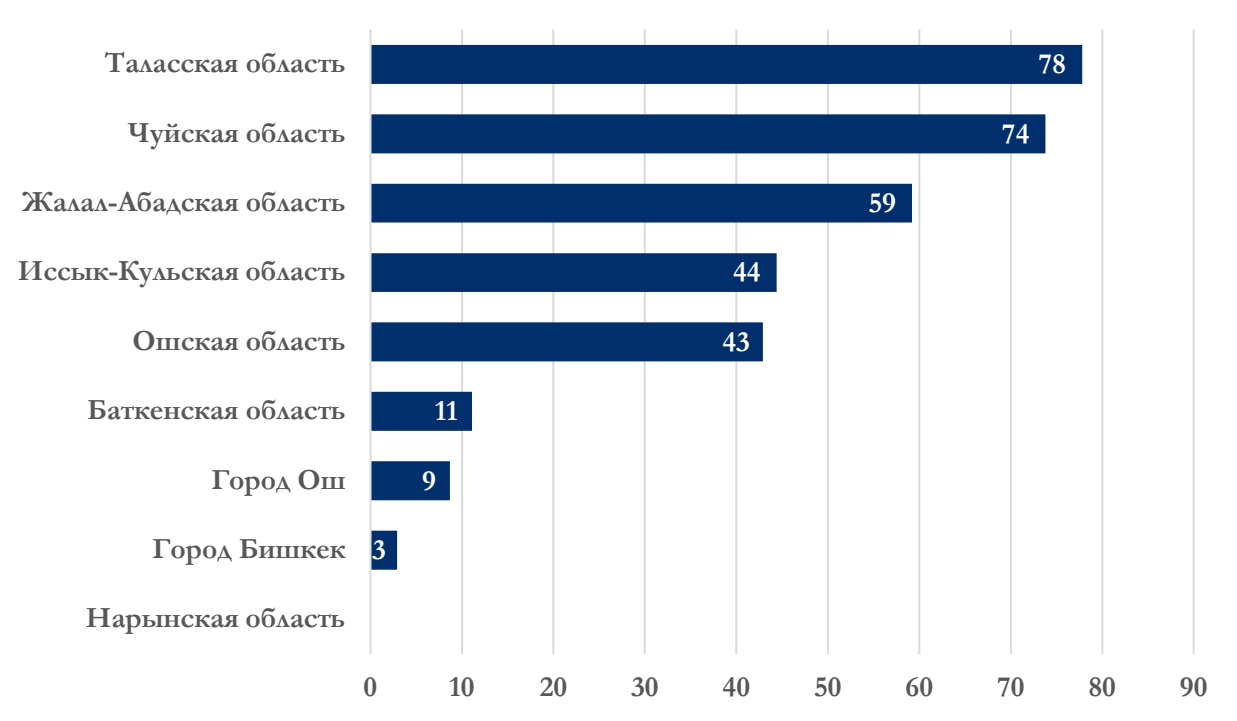
Оплата за услуги и доступность противотуберкулезной помощи для больных:

- 45% учреждений, которые делают рентген, взимают за это плату с пациентов; это подтвердили 22% пациентов. Рентгенография при КХТ в настоящее время включена в программу государственных гарантий, но при первичной диагностике – на платной основе. Это иногда является препятствием для пациентов при диагностике.
- Несколько пациентов также сообщили об оплате за анализ крови (9%) и анализ мокроты (6%). Анализ мокроты на ТБ - бесплатный по ПГГ; анализы крови могут быть платными в зависимости от цели.
- В 9% ОЗ опрос показал, что они взимают плату с пациентов ТБ за ПТП. Противотуберкулезные препараты в КР бесплатные, но некоторые препараты для лечения НЯ покупаются за счет самого пациента.
- **С целью улучшения доступа к ТБ услугам, необходимо включить в ПГГ бесплатное рентген-обследование для всех больных ТБ и контактных лиц. Также необходимо повышать осведомленность пациентов о том, какие услуги являются бесплатными.**

Система выплат за успешно пролеченный случай:

- 34% медработников ПМСП сообщили о получении оплаты за успешно пролеченные случаи ТБ, самый высокий показатель в Таласе и Чуйской области (где механизм был полностью внедрен) – **внедрение системы оплаты за пролеченный случай на ПМСП за счет финансирования из государственного бюджета является важным достижением НТП и показателем устойчивости данного механизма.**
- 21% медработников сообщили о получении выплат за управление случаем ТБ, а 19% получили поощрение за выявление случаев.

Получение выплаты за пролеченный случай в разрезе областей (N=270) (%)



Данные для принятия решений

Проблемы с качеством данных и система учета и отчетности:

- В ходе обзора документации в 33 учреждениях ПМСП было изучено 5 форм журналов; журнала регистрации случаев предполагаемого туберкулеза (ТБ15) нигде не было.
- Все журналы были доступны только в бумажной форме; кроме лабораторного регистра (ТВ04), который в 9% обследованных учреждений ПМСП был доступен как в бумажном, так и в электронном виде (на момент проведения исследования было ИСУЛД был внедрен не повсеместно) – **это свидетельствует о необходимости продолжения цифровизации и дальнейшего внедрения МИС ТБ по всей стране.**
- Результаты лечения зачастую плохо фиксировались в журналах, при этом большая часть случаев была с неизвестными исходами.

Данные по расследованию контактов и ПЛТ:

- Отсутствовали данные о ПЛТ среди медработников (не проводится) или ЛЖВ (данные собираются службой СПИД).
- Отмечены некоторые данные о ПЛТ среди детей, но учет ведется произвольной форме (нет стандартизированного формата).
- **Необходимо разработать систему учета и отчетности как для расследования контактов, так и для ПЛТ.**

Законодательные меры, принципы и подходы

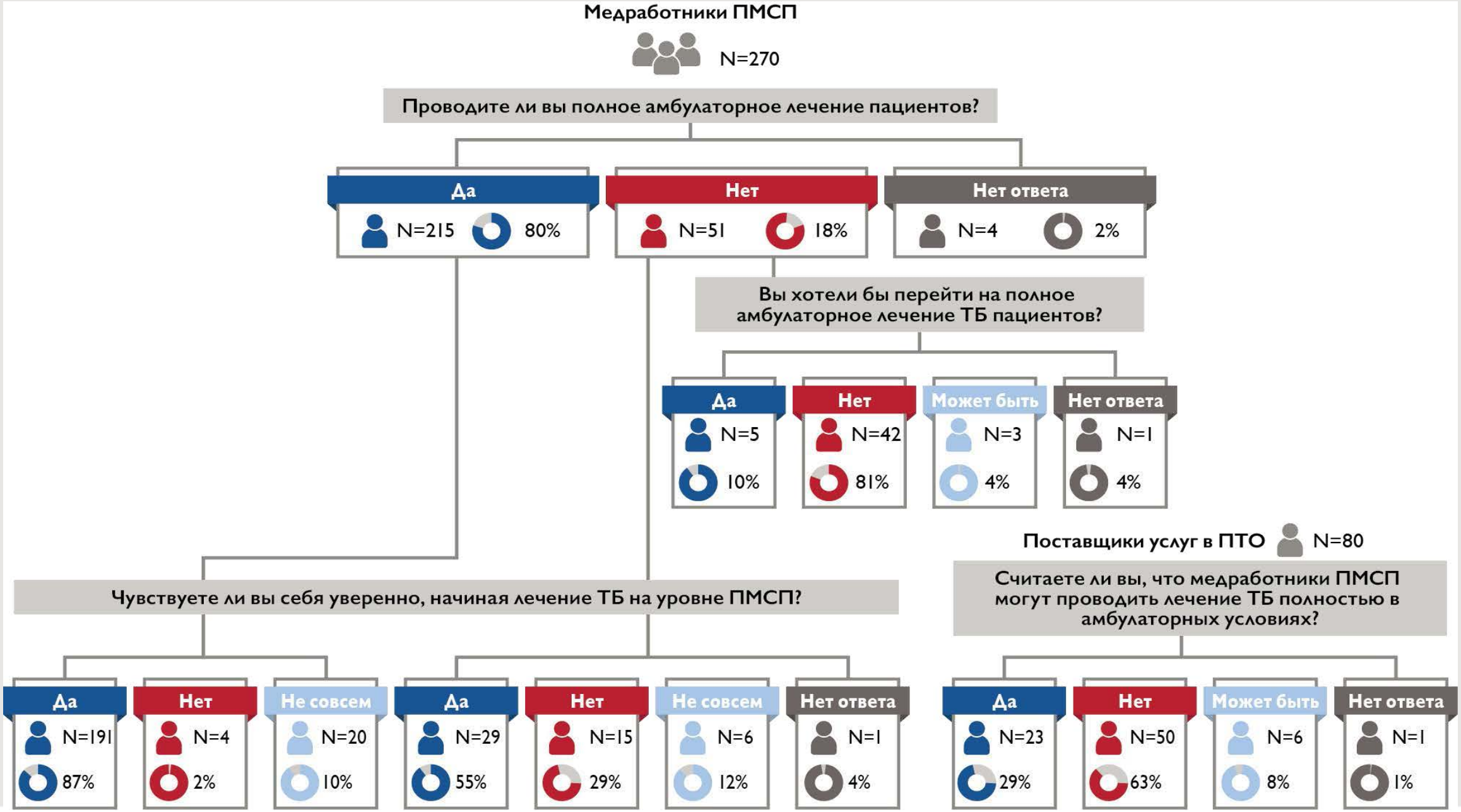
Организация противотуберкулезной службы и контроль деятельности ОЗ:

- Наилучшая доступность руководств и протоколов на национальном и вторичном уровнях; меньше - в сельских учреждениях – **следует уделять больше внимания разработке регулирующих рабочий процесс инструкций/памяток, особенно для сельских учреждений.**
- Опрос в ОЗ показал, что за последние 3 месяца у них были в среднем 1,7 кураторских визита из вышестоящих учреждений с целью МиО деятельности, но чаще всего - без обратной связи, т.е. без предоставления письменных комментариев по заполненным чек-листам **– необходимо наладить предоставление официальной обратной связи по итогам таких визитов.**

Отношение медицинских работников к полному амбулаторному лечению ТБ:

- Большинство медработников ПМСП (80%) ответили, что имели опыт амбулаторного лечения ТБ, начиная с интенсивной фазы; те, кто имел этот опыт чувствовали себя более уверенно (87%), начиная и проводя лечение ТБ в амбулаторных условиях, чем те, у кого этого опыта не было (55%).
- Медработники противотуберкулезных стационаров меньше всего были уверены в способности работников ПМСП лечить пациентов с ТБ полностью в амбулаторных условиях (29%).

Отношение медработников ПМСП и ПТО к полному амбулаторному лечению ТБ (N=350)



Причины обеспокоенности поставщиков ПМСП (N=270) и ПТО вторичного и национального уровня (N=80) в отношении полного амбулаторного лечения ТБ (%)

Отношение медработников к системе выплат на ПМСП и влияние оплаты за успешно пролеченный случай на лечение ТБ в амбулаторных условиях:

- В целом работники ПМСП гораздо более позитивно отзывались об амбулаторном лечении ТБ, чем работники противотуберкулезных организаций.
- Медработники ПМСП, получавшие оплату за успешно пролеченный случай, более позитивно относились к амбулаторному лечению ТБ, и в целом получили самые высокие оценки за качество коммуникации с пациентом, чем те, кто не получал оплату за пролеченный случай.
- **Эти результаты свидетельствуют о том, как оплата за успешно пролеченный случай, и непосредственно опыт лечения больных ТБ в амбулаторных условиях, влияет в целом на отношение медицинских работников к амбулаторному лечению.**
- **Результаты также предполагают, что изменение отношения медработников ПТО амбулаторному лечению является ключевым для более широкого перехода на лечение туберкулеза полностью в амбулаторных условиях.**

Ответы медработников ПМСП, согласившихся с утверждениями об амбулаторном лечении ТБ, из тех, кто получали выплаты и не получали выплаты за успешно пролеченные случаи (N=270) (%)

Стигма и дискриминация. Удовлетворенность пациентов медуслугами

Стигма со стороны медработников (шкала от 1 до 5):

- По отношению к пациентам ТБ: 2.6
- По отношению к другим медработникам с диагнозом ТБ: 2.6

Стигма среди пациентов ТБ (шкала от 1 до 5):

- В учреждениях здравоохранения: 2.0
- На уровне сообщества: 2.9
- Самостигматизация: 2.8

Стигма среди пациентов ниже в сельской местности, чем в городской; пациенты в городских районах с меньшей вероятностью расскажут о своем заболевании друзьям, чем пациенты в сельской местности – **чтобы уменьшить высокую стигму, наблюдаемую в городской местности, альтернативные стратегии снижения стигмы нужно сосредоточить в городских районах.**

Удовлетворенность пациентов услугами:

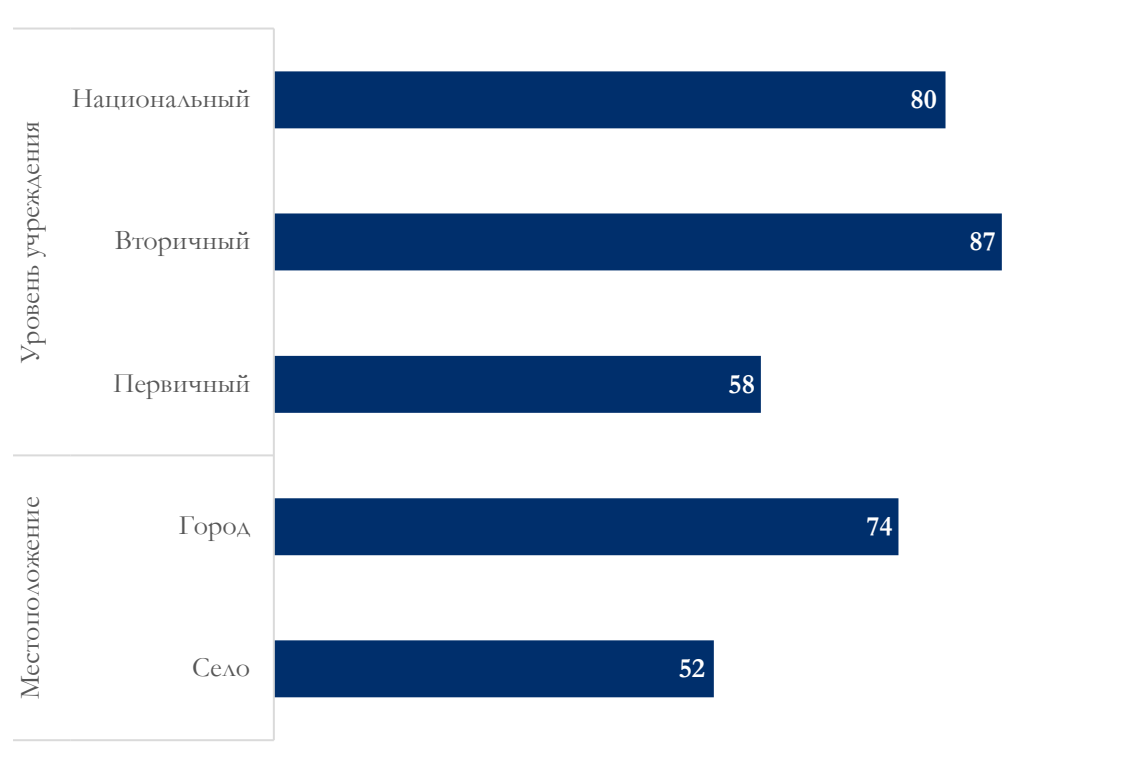
Общая удовлетворенность пациентов лечебными услугами была высокой (4,2 из 5); пациентов принимают быстро (среднее время ожидания 8 минут), а медицинские работники проводят с пациентами в среднем 20 минут.

Влияние COVID-19 на противотуберкулезные услуги

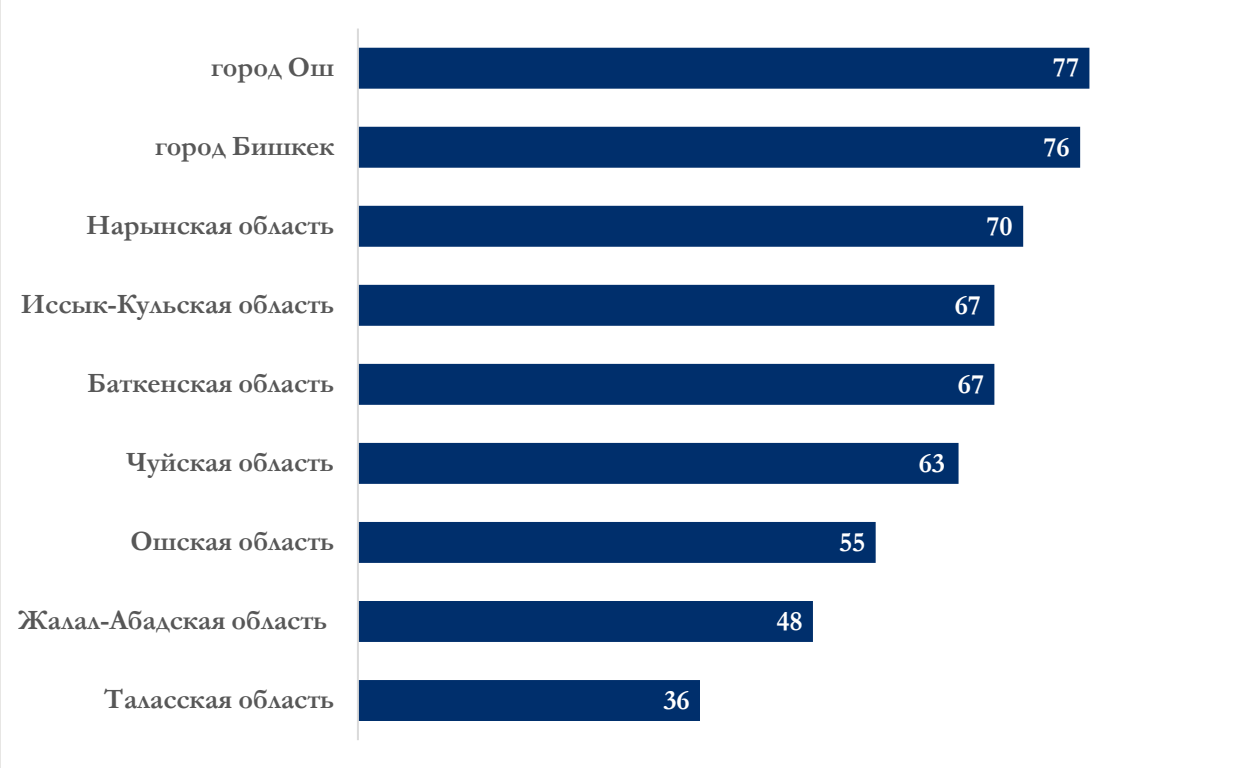
Влияние COVID-19 на противотуберкулезную службу

60% ОЗ по всей стране сообщили, что COVID-19 повлиял на оказание противотуберкулезных услуг, в основном на вторичном и национальном уровнях. Больше всего были затронуты городские районы, особенно города Ош и Бишкек.

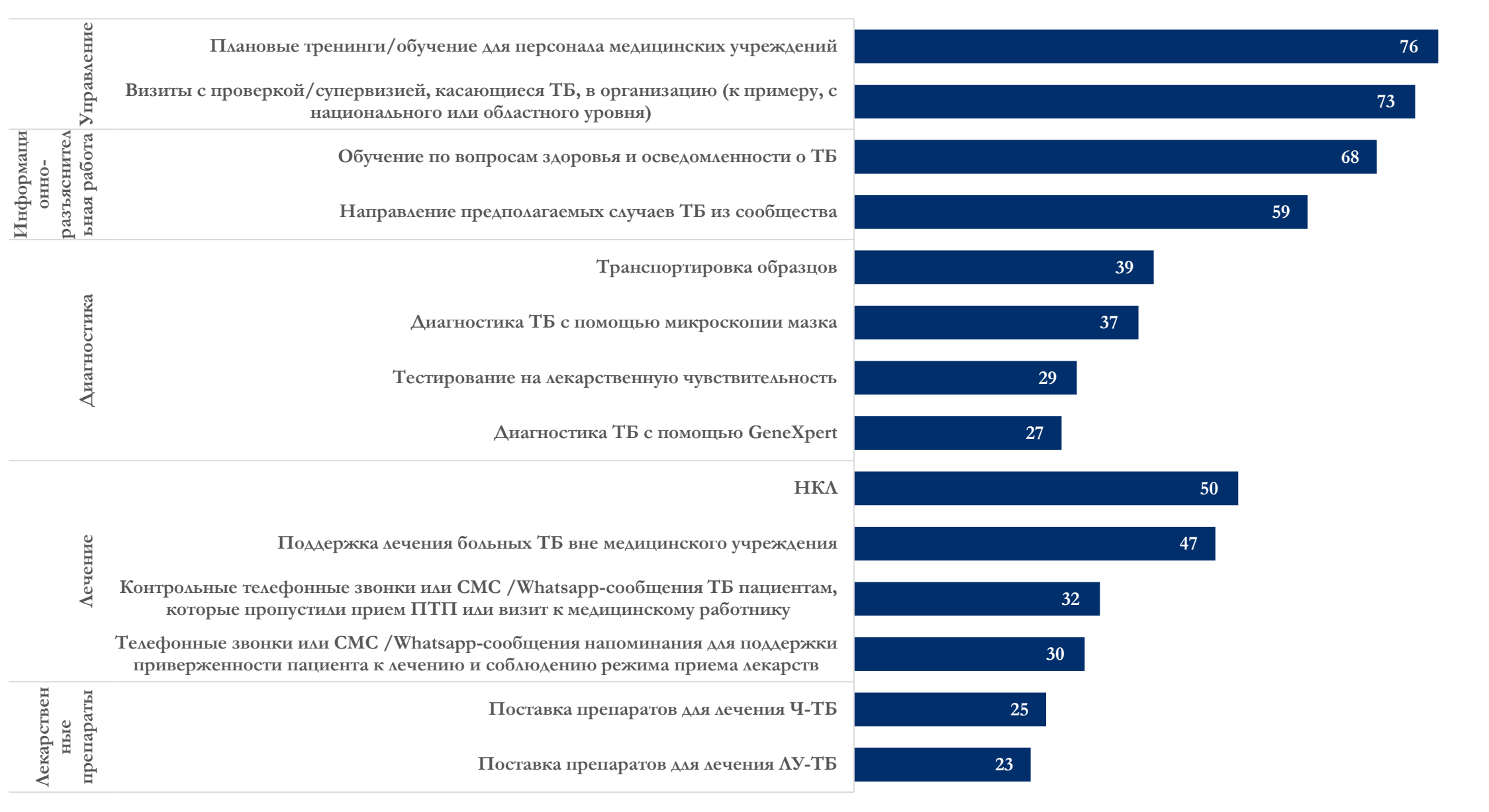
Влияние COVID-19 на оказание противотуберкулезных услуг по типам учреждений и местности (N=258) (%)



Влияние COVID-19 на оказание противотуберкулезных услуг по областям (N=258) (%)



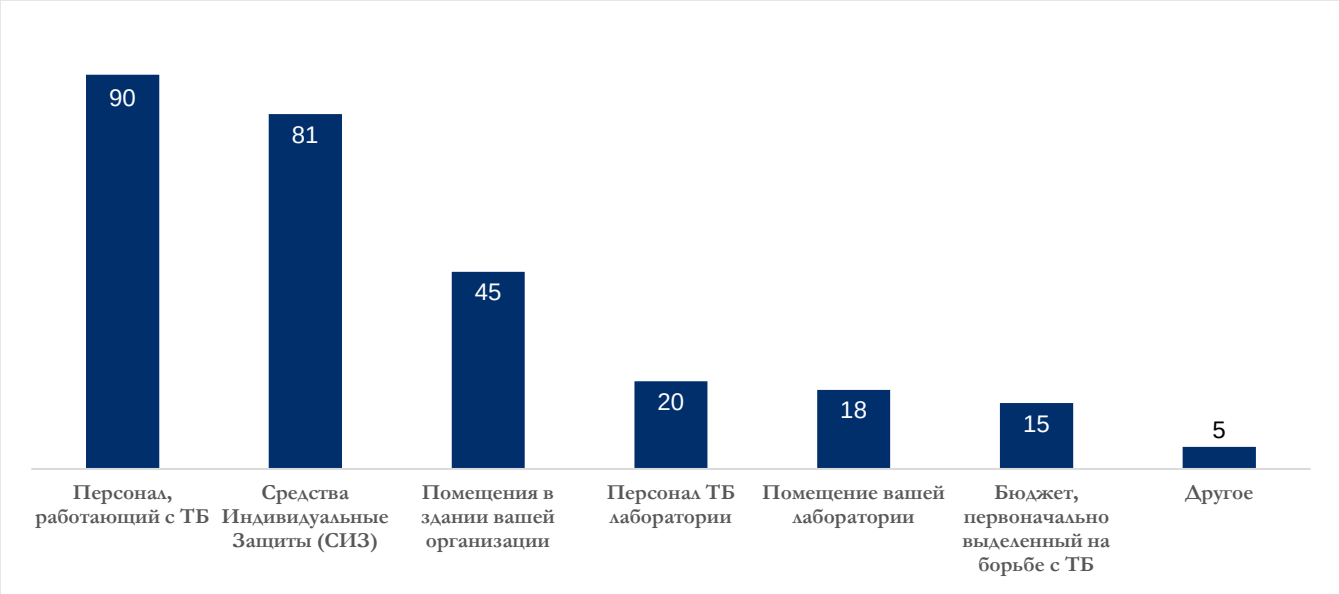
Противотуберкулезные службы, наиболее затронутые COVID-19 (N=155) (%)



Перераспределение ресурсов

Около трети учреждений (35%) перераспределили ресурсы противотуберкулезных служб на тестирование и/или лечение COVID-19, больше всего на национальном уровне.

Перераспределение ресурсов в ОЗ, по типам (N=89)



- В двух третях ОЗ (67%) медработники, оказывающие противотуберкулезные услуги перенаправлялись на борьбу с COVID-19, в том числе 100% национальных учреждений.
- Чуть менее половины (44 %) противотуберкулезных стационаров для ЧТБ и 47 % ТБ больниц с ЛУ-ТБ койками были вынуждены перераспределить места для пациентов с COVID-19.
- Примерно одна треть (31%) ОЗ, оказывающих противотуберкулезные услуги испытывали дефицит противотуберкулезных препаратов первого ряда, а в 27% ПТО, где лечились больные ЛУ-ТБ, наблюдался дефицит ПТП для лечения ЛУ-ТБ.

Влияние COVID-19 на диагностику ТБ и выявление случаев

- В целом, 41% учреждений сообщили о снижении тестирования на ТБ и диагностики ТБ в результате COVID-19.
- Среднесуточное число случаев с предполагаемым ТБ, регистрируемых в медучреждениях, сократилось более чем наполовину (56%), с 5,9 человек в день до COVID-19 до 2,6 человека в день во время COVID-19.
- 81% учреждений сообщили, что были задействованы в расследовании контактов на COVID-19, в основном на ПМСП. Среди них 46% указали, что это повлияло на расследование контактов на ТБ.

Влияние расследований контактов с COVID-19 на расследования контактов с ТБ (N=96)

Влияние COVID-19 на лечение ТБ и ведение больных

- В целом 43% учреждений указали, что число людей, начавших противотуберкулезное лечение, уменьшилось с момента появления COVID-19.
- Среднесуточное количество пациентов, обращавшихся в медицинские учреждения для наблюдения за лечением, снизилось на 62% - с 8,1 до COVID-19 до 3,1 во время COVID-19.
- Четверть учреждений сообщили о задержках в плановых визитах к врачу, 13% сообщили о задержках в назначении результатов лечения, а 14% сообщили о трудностях с получением контрольных мазков для мониторинга лечения.
- Что касается виртуальной работы Консилиумов ЛУ-ТБ, 57% соответствующих учреждений сообщили, что они могли удаленно участвовать в заседаниях консилиума, а 74% могли удаленно общаться с членами консилиума для получения рекомендаций и консультаций по случаям ТБ.
- По словам медработников, 3 основные причины, по которым пациенты реже обращались в учреждение, — это карантин и комендантский час (88%), страх заразиться COVID-19 (83%) и проблемы с транспортом (58%).
- На первичном уровне 23% учреждений сообщили, что медицинские работники инструктировали пациентов приходить реже.

Поведение пациентов, обращающихся за медицинской помощью, и доступ к услугам

- В целом, 18% пациентов сообщили, что COVID-19 повлиял на их решение или возможности получить противотуберкулезную помощь в медицинских учреждениях.
- Больше всего это затронуло такие услуги, как получение лекарств (53%), контрольные визиты при лечении (51%), услуги по диагностике ТБ (48%) и начало лечения ТБ (38%).
- Почти половина пациентов (47%) заявили, что стали реже приходить в учреждение за лекарствами или сдавать анализы во время эпидемии COVID-19.
- Причины, по которым пациенты реже посещали медучреждения, были аналогичны тем, которые приводили медработники, хотя страх перед COVID-19 и стигма были более сильными сдерживающими факторами для пациентов, чем предполагали медработники.

Причины, по которым пациенты реже посещали ОЗ для получения ТБ услуг во время вспышки COVID-19 (N=144) (%)

Изменения в управлении случаем и удаленная поддержка приверженности лечению

Изменения в работе ОЗ и меры предосторожности: около половины ОЗ сообщили об изменениях в их работе по оказанию противотуберкулезных услуг в результате COVID-19: 69% увеличили объем телефонного/онлайн-общения вместо личных посещений, 56% выдавали лекарства на более длительный период, 51 % увеличили удаленный мониторинг приверженности. Подавляющее большинство учреждений проинструктировали больных ТБ самоизолироваться дома и реже приходить в учреждения – это подтверждается большинством пациентов.

Выдача ПТП на руки: более трех четвертей ОЗ (79%) увеличили количество лекарств, которые выдавались больным ТБ для приема на дому: до 2 недель (69%), до одной недели (27%) или до одного месяца (4%). 50% пациентов подтвердили, что их врач увеличил количество выдаваемых на руки лекарств.

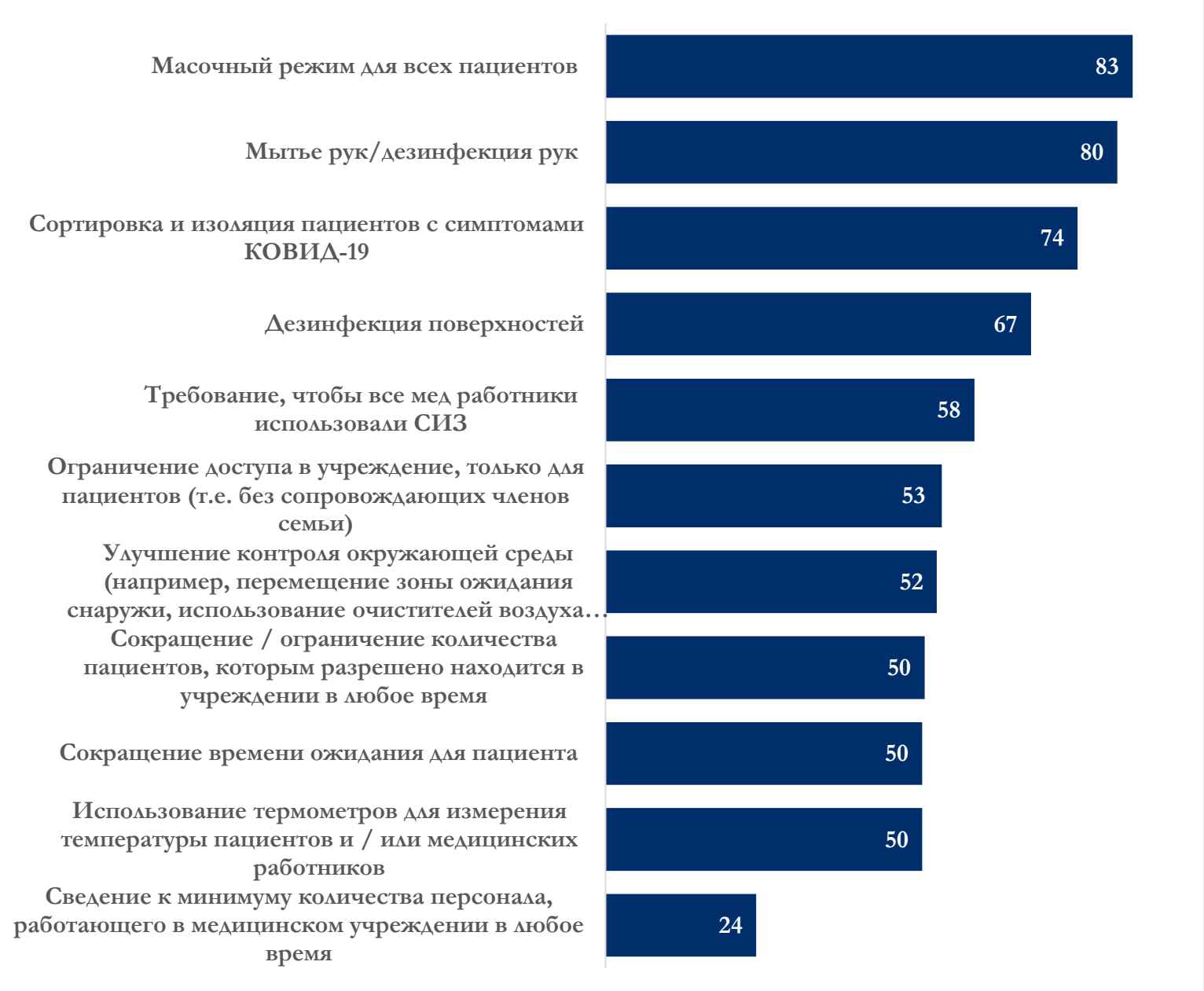
Доставка ПТП на дом и ОПЛ: половина (51%) амбулаторных учреждений заявили, что больные ТБ чаще номинировали членов своих семей забрать для них ПТП в период COVID-19; 21% пациентов при опросе сказали, что использовали этот вариант. Две трети амбулаторных учреждений (67%) сообщили, что доставка лекарств на дом осуществляется через патронажных медсестер (96%), ОПЛ (12%) или представителя СКЗ (1%). Около трети пациентов (35%) подтвердили, что доставка на дом была доступна по этим каналам.

Удаленная поддержка приверженности: более трех четвертей учреждений (77%) увеличили использование дистанционной поддержки больных ТБ. Почти две трети пациентов (67%) подтвердили, что получали такую поддержку через аналогичные каналы: телефонные звонки (89%), сообщения SMS/WhatsApp (53%), ВКЛ (53%) и он-лайн группы поддержки (25%).

Влияние на ИК ТБ

- Более половины учреждений (63%) внесли изменения в свою практику ИКиП с момента вспышки COVID-19.
- Почти все учреждения (97%) сообщили о достаточном количестве СИЗ.
- Почти три четверти учреждений (70%) регулярно тестируют персонал на COVID-19.

Меры, принятые ОЗ по минимизации распространения COVID-19 (N=258) (%)



Выводы по разделу COVID-19

- В целом, результаты QTSA по стране показывают о повсеместных сбоях в работе противотуберкулезной службы, произошедшим по всем направлениям в связи с эпидемией COVID-19:
    - Диагностика и выявление случаев заболевания, расследование контактов и доступ к услугам для пациентов:
        - Мировой опыт показывает, что снижение уровня выявления случаев может привести к всплеску заболеваемости туберкулезом в будущем.
    - Лечение и управление случаем ТБ.
    - Ресурсы и персонал системы здравоохранения перенаправлены на решение проблем, связанных с COVID-19 и инфекционным контролем
- Тем не менее, результаты оценки также показывают, что такие инициативы проекта «Вылечить туберкулез», как удаленная поддержка соблюдения режима лечения, виртуальные консилиумы и изменения в ИК ТБ, были реализованы в ответ на COVID-19 и повсеместно внедрены по всей стране.
- Многие из этих инициатив, возможно, смягчили воздействие на выявление и лечение случаев ТБ и помогли пациентам не прерывать свое лечение и продолжить его.
- Некоторые из этих инициатив сделали противотуберкулезные услуги более пациент ориентированными, в том числе за счет поддержки лечения на уровне сообщества, ВКЛ и он-лайн групп поддержки.
- После эпидемии COVID-19 необходимо снова сфокусировать усилия на борьбу с ТБ, увеличить инвестиции и устранить пробелы в противотуберкулезной службе, возникшие из-за COVID-19. Наряду с усилиями по восстановлению ТБ службы, необходимо сохранить положительные изменения, расширить и институционализировать пациент-ориентированные формы поддержки соблюдения режима лечения для получения хорошей, ориентированной на пациента системы оказания ТБ услуг.

Основные рекомендации (1)

- Улучшить соблюдение поставщиками диагностического алгоритма и следование новым рекомендациям, особенно в отношении проведения ТЛЧ. Улучшить первостепенное использование GeneXpert вместо микроскопии мазка и улучшить взаимодействие со службами ВИЧ/СПИД с целью более оптимального использования платформы GeneXpert. Улучшить доступ к цифровой рентгенографии для получения цифровых рентген данных.
- Улучшить расследование контактов путем дальнейшего распространения новых руководств по расследованию контактов, по приоритизации пациентов с ТБ для расследования их контактов, приоритетности самих контактов и их последующего мониторинга; улучшить консультирование по вопросам выявления контактов и разработать стандартизированную систему учета и отчетности.
- Улучшить систему лекарственного менеджмента, включая развитие национальной логистической ИС. Улучшить планирование и прогнозирование ПТП для детского ТБ путем перехода на электронный учет и отчетность с разбивкой по возрасту и анализа результатов лечения пациентов.
- Улучшить доступность и использование ЭКГ на всех уровнях системы для улучшения лечения ЛУ-ТБ и НЯ.
- Продолжить постепенный отказ от инъекционных препаратов и переход на полностью пероральные схемы лечения.
- Улучшить системы управления данными, регистрации и отчетности: разработать систему регистрации и отчетности по контактам и ПЛТ.
- Повысить потенциал работников ПМСП в области лабораторных методов диагностики, схем лечения, коинфекции ТБ/ВИЧ, детского ТБ, расследования контактов и ПЛТ.

Основные рекомендации (2)

- Улучшить ведение детского ТБ: улучшить диагностический потенциал, внедрить новые методы диагностики, такие как анализ стула, и пересмотреть руководства по детскому ТБ, включив в них тестирование на ВИЧ и консультирование.
- Повышение потенциала специалистов по диагностике и лечению ТБ на вторичном уровне.
- Улучшить навыки медработников по консультированию и качество коммуникации с пациентами: акцентировать внимание на ключевых сообщениях, оказывающих наибольшее влияние на приверженность лечению; оценить благоприятные факторы и барьеры для пациентов, чтобы подобрать лечение, ориентированное на пациента; вовлечь пациентов в процесс лечения, чтобы они полностью понимали свою роль в лечении; предоставить исчерпывающую информацию о НЯ; улучшить консультирование по симптомам, факторам риска и передаче инфекции; предложить варианты поддержки лечения на базе сообщества; обеспечить лучший доступ к образовательным материалам для пациентов; изучить способы удовлетворения потребностей пациентов (например, поддержка продуктами питания).
- Информационные кампании: повышение уровня осведомленности в сельской местности и сосредоточение на смягчении стигмы в городских районах; рассмотрение альтернативных форм работы с населением, таких как вмешательство на базе сообщества в сельской местности и привлечение молодежи и социальных медиа в городских районах.
- Расширить возможности поддержки лечения пациентов на базе сообществ, особенно семейной поддержки, учитывая ее способность увеличить частоту наблюдаемого лечения. Расширять взаимодействие между медицинскими учреждениями и общественными организациями. При консультировании пациентов давать информацию о всех вариантах поддержки лечения на базе сообщества.

Основные рекомендации (3)

- Поддерживать достижения ИКиП и продолжать совершенствовать ИКиП.
- Продолжать расширять систему оплаты за успешно пролеченные случаи ТБ на новые области, особенно учитывая ее способность улучшить отношение врачей к амбулаторной помощи и желание лечить больных ТБ.
- Улучшить ведение случаев ТБ, в том числе за счет более активного участия ПМСП, предоставления стимулов работникам ПМСП, более активного участия гражданского общества и снижения числа пациентов, потерянных для наблюдения.
- Поддерживать переход к лечению ТБ в амбулаторных условиях путем поэтапного внедрения комплекса структурных изменений, повышения потенциала и вовлечения ПМСП в оказание противотуберкулезных услуг.
- Пересмотреть пакет гарантированных льгот в ПГГ, включив в него бесплатное рентген обследование для больных туберкулезом и контактных лиц.
- Улучшить координацию и наставничество по вопросам ТБ в учреждениях: разработка информационных учебных пособий по работе, включающих блок-схемы, диаграммы и наглядные материалы, специально для сельских учреждений, а также электронных источников информации (электронная библиотека и веб-сайт НТП). Улучшить кураторские визиты в учреждениях с целью поддержки на местах, включая систематическое предоставление обратной связи и письменных комментариев для улучшения работы.
- Продолжить внедрение МИС ТБ, включая ИСУЛД и электронный ТБ регистр, для улучшения качества данных.
- Устранение пробелов в оказании противотуберкулезной помощи, вызванных КОВИД-19, при этом сохраняя и расширяя положительные изменения в пациент ориентированной помощи, включая дистанционное/удаленное обеспечение приверженности лечению и варианты поддержки на уровне сообщества и видео-КЛ

Выводы

- В целом, QTSA демонстрирует улучшение в областях, поддерживаемых долгосрочной технической помощью USAID:
  - Лабораторная диагностика, КК/ОК, сбор и транспортировка образцов, ИСУЛД и ОТ.
  - Лечение, включая новые подходы, такие как управление случаем, поддержка лечения на базе сообщества (ОПЛ) и видео-КЛ.
  - Выплаты за успешно пролеченный случай, которые способствовали переходу на амбулаторное лечение.
  - Стигма и дискриминация

- Основные выявленные пробелы относятся к тем областям, которые менее интенсивно охватывались технической помощью USAID, включая ко инфекцию ТБ/ВИЧ, детский ТБ, расследование контактов и ПЛТ. Помимо этого, по-прежнему необходимы улучшения в наращивании потенциала в области диагностики и схем лечения, консультирования пациентов, управления данными и систем регистрации и отчетности, управления лекарственными препаратами и материально-техническим обеспечением, а также по вопросам управления и координации внедрения НТП в учреждениях.
- Исследование также подчеркнуло способность форс-мажорных событий, таких как КОВИД-19, сильно нарушить работу системы. Система контроля за ТБ должна создать более устойчивые и подготовленные механизмы, чтобы противостоять будущим вызовам.