



Отчет
Факторы, влияющие на расширение охвата профилактическим
лечением ТБИ в Кыргызстане.

Бишкек, 2025

Отчет подготовила Мадыбаева Динара – главный исследователь ОФ «Ден Соолук Нуру» с привлечением Жирновой Лены, ответственной за проведение и анализ результатов глубинных интервью и координатора полевой части сбора данных.

Выражение признательности

Команда исследователей выражает искреннюю благодарность всем партнерам – Центру развития здравоохранения и медицинских технологий (ЦРЗиМТ), Национальному центру фтизиатрии (НЦФ), областным центрам по борьбе с ТБ, сотрудникам отдела программного менеджмента, а также врачам фтизиатрам за открытое сотрудничество и оказание содействия в проведении исследования.

Особую благодарность выражаем всем респондентам за участие в опросе и в интервью.

Отдельно хочется отметить интервьюеров, ответственных за проведение опроса респондентов.

Проведение исследования не было бы возможным без технической и финансовой поддержки ПРООН/ГФ.

Оглавление

Абстракт.....	5
1 Введение.....	6
2 Методология.....	6
2.1 Цели, задачи оценки.....	6
Дизайн исследования.	7
2.2 Выборка, критерии отбора.....	7
2.3 Формирование выборки.	8
2.3.1 Критерии включения:.....	9
2.3.2 Критерии исключения из исследования:.....	9
2.4 Сбор данных:.....	9
2.5 Процедура сбора данных:	10
2.5.1 Анализ.....	10
2.5.2 Конфиденциальность и этические нормы.....	11
3 Результаты	11
3.1 Опрос родителей контактных детей, подлежащих ПЛТ.	11
3.1.1 Социально-демографические характеристики респондентов.	11
3.1.2 Знания о ТБ и ПЛТ	15
3.1.3 Доступность услуг.....	15
3.1.4 Стигма.....	16
3.1.5 Опыт коммуникации с медперсоналом	17
3.1.6 Социально-культурные нормы.....	18
3.1.7 Причины отказов	19
3.1.8 Факторы, влияющие на охват ПЛТ.....	19
3.2 Интервью с сотрудниками фтизиатрической службы.	20
3.2.1 Текущая ситуация по работе с лицами, находившимися в контакте с больными ТБ 20	
3.2.2 Барьеры, ресурсы и отчетность.....	29
3.2.3 Рекомендации респондентов по расширению ПЛТ:	42
4 Обсуждение результатов	53
4.1 Ограничения исследования	55
5 Выводы.....	56
6 Рекомендации	59

7	Заключение	61
8	Глоссарий	62
9	Список рисунков и таблиц	63
10	Список литературы.....	64

Абстракт

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, миллионы людей по всему миру продолжают страдать от туберкулеза, что подчеркивает необходимость разработки эффективных стратегий профилактики (доклад ВОЗ, 2022). Профилактическое лечение ТБ, включая химиопрофилактику для людей с риском заболевания ТБ, является ключевым компонентом борьбы с распространением этой болезни (CDC, 2021). В Кыргызстане в 2019–2022 гг. среднее число лиц, имевших контакт с пациентами с бактериологически подтвержденным легочным туберкулезом и прошедших скрининг на туберкулез, составлял 3,2–3,5 чел. на один индексный случай, из которых дети составляют 35–37%.

Методология

Цель исследования заключается в анализе факторов, влияющих на повышение охвата профилактическим лечением ТБИ в Кыргызстане. Опрос проводился во всех областях, включая г.Бишкек, г.Ош. Дизайн исследования – кросс секционное, использовался количественный и качественный метод сбора данных, выборка респондентов осуществлялась простым случайным методом. Для анализа использовался метод описательной статистики и корреляционный анализ. Мы рассчитали хи-квадрат Пирсона и 95% доверительные интервалы как меры связи. Бинарный логистический регрессионный анализ использовался для анализа влияния факторов. Использовали статистическую базу SPSS (версия 22.0).

Результаты

Всего охвачено 289 респондентов — это родители контактных детей, подлежащих химиопрофилактике. Такие факторы как миграционный статус ($OR = 3,8$; $CI = 1,5–9,5$), религиозность ($OR = 3,0$; $CI = 1,5–6,0$), патриархальные устои семьи ($OR = 3,2$; $CI = 1,7–6,0$) и неполное информирование ($OR = 4,3$; $CI = 1,6–11,9$) оказались статистически значимыми факторами, влияющими на охват ПЛТ и увеличивают вероятность отказа или прерывания химиопрофилактики. Уровень образования родителей ($OR = 0,7$; $CI = 0,6–0,9$), осведомленность о ПЛТ ($OR = 0,5$; $CI = 0,3–0,9$), наличие общественного транспорта ($OR = 0,5$; $CI = 0,3–0,9$) уменьшают вероятность отказа и прерывания ПЛТ. Сложившийся алгоритм диагностики, а также процесс сдачи анализов и прохождения медицинских обследований остаются сложными для контактных детей, что может способствовать задержкам в выявлении активного ТБ, отказам от дальнейшего обследования и своевременном начале химиопрофилактики. Существует необходимость автоматизации и цифровизации учетных процессов.

Заключение

Барьеры профилактического лечения туберкулеза являются многофакторными и требуют комплексного подхода для их преодоления. Для успешной борьбы с туберкулёзом необходимо устранение этих барьеров путём облегчения механизмов обследования, усиления программ информирования населения, оказания психологической поддержки людей, затронутых ТБ и их семей, повышения финансирования и более эффективного управления профилактическими программами.

1 Введение

Туберкулёз (ТБ) остаётся одной из наиболее актуальных проблем глобального здравоохранения, несмотря на достижения в его диагностике и лечении. По данным Всемирной организации здравоохранения, миллионы людей по всему миру продолжают страдать от этого инфекционного заболевания, что подчеркивает необходимость разработки эффективных стратегий профилактики¹. Профилактическое лечение ТБ, включая химиопрофилактику для людей с риском заболевания ТБ, является ключевым компонентом борьбы с распространением этой болезни².

Все настоящее время приоритет в профилактическом лечении в стране отводился детям из контакта, использовался 6-месячный режим с изониазидом, в то время как современные рекомендации ВОЗ включают новые короткие режимы ПЛТ. В 2019-2022 гг. среднее число лиц, имевших контакт с пациентами с бактериологически подтвержденным легочным туберкулезом и прошедших скрининг на туберкулез, составлял 3,2–3,5 чел. на один индексный случай, из которых дети составляют 35-37%. По статистике, среднее число членов домохозяйств в Кыргызстане составляет 4,2 чел.³

Однако, несмотря на наличие эффективных методов профилактики, реализация этих стратегий часто сталкивается с множеством барьеров. К ним относятся как клинические, так и социальные факторы: от недостатка осведомлённости населения и медицинских работников о необходимости профилактического лечения до проблем с доступом к медицинским услугам и недостаточным финансированием программ.

В данной исследовании мы рассмотрим и проанализируем основные поведенческие барьеры, препятствующие его внедрению и эффективности в Кыргызской Республике. Понимание этих барьеров и разработка путей их преодоления являются необходимыми шагами для достижения целей по контролю и ликвидации туберкулёза на глобальном уровне.

До настоящего времени не было опубликовано предыдущих исследований по вызовам профилактического лечения ТБ в Кыргызстане. Такие данные полезны по двум причинам: (i) для выявления пробелов в существующих подходах профилактического лечения ТБ; (ii) для разработки рекомендаций по изменению выявленных поведенческих барьеров, для создания благоприятной среды способствующей расширению ПЛТИ среди людей, затронутых ТБ и их контактов.

2 Методология

2.1 Цели, задачи оценки

Цель исследования заключается в анализе факторов и барьеров (социальных, экономических, психологических и культурных), влияющих на повышение охвата профилактического лечения ТБИ в Кыргызстане.

Задачи исследования

¹ Всемирная организация здравоохранения (2022). Доклад о глобальной ситуации с ТБ

² Центр по контролю и профилактике заболеваний (CDC) (2021). Профилактика и контроль ТБ в Европе

³ Руководство по диагностике и профилактическому лечению туберкулезной инфекции, 2023

1. Оценить уровень знаний о туберкулезе и о профилактическом лечении среди родителей контактных детей, подлежащих ПЛТ.
2. Провести анализ факторов, влияющих на принятие либо отказ от лечения, включая определение культурных и социальных норм, людей затронутых ТБ и их контактов.
3. Определить нужды и потребности людей, затронутых ТБ, относительно улучшения системы поддержки и образовательных программ в сфере туберкулеза.
4. Разработать рекомендации по изменению выявленных поведенческих барьеров, для создания благоприятной среды способствующей расширению ПЛТИ людей, затронутых ТБ и их контактов.

Исследовательский вопрос – какие факторы, влияют на расширение охвата профилактическим лечением туберкулезной инфекции среди контактных детей людей, затронутых ТБ в КР?

Дизайн исследования.

Кросс-секционное (поперечное) исследование. Дизайн исследования выбран исходя из целей и задач исследования.

Сроки – октябрь 2024-январь 2025 (4 месяца)

География – все области Кыргызстана, г.Бишкек, г.Ош

2.2 Выборка, критерии отбора

Методология выборки для данного исследования определяется с учётом ресурсов и временных рамок.

Для проведения опроса был использован метод случайной выборки, что позволяет обеспечить репрезентативность выборки для общей совокупности исследуемых субъектов. В качестве рамки выборки был использован перечень контактных лиц, подлежащих профилактическому лечению, доступ к которому был обеспечен координаторами по туберкулезу в различных областях страны, а также в городах Бишкек и Ош. Этот список представляет собой совокупность лиц, которые имеют медицинские показания для профилактики туберкулеза, что позволяет отобрать респондентов, имеющих отношение к рассматриваемой проблеме, и гарантирует определенную целевую направленность исследования.

Из указанного перечня был осуществлен случайный отбор 289 респондента. Процесс случайного отбора осуществлялся с применением стандартных методов статистического случайного выбора, что исключает субъективные и систематические ошибки при определении состава выборки. Выборка состоит из респондентов, представляющих как крупные города, так и различные регионы, что делает результаты более универсальными и применимыми для общей популяции исследуемых лиц.

Таким образом, методология выборки в данном исследовании гарантирует высокую степень объективности и репрезентативности, что повышает надежность полученных результатов и их применимость для формирования рекомендаций по профилактике туберкулеза.

Следует отметить, что размер выборки и распределение по регионам был рассчитан Национальным центром фтизиатрии (далее НЦФ) исходя из эпидемиологической ситуации

и статистических данных, и изложен в техническом задании.

Итого 278 респондента – минимальный размер скорректированной выборки для репрезентативности результатов исследования.

Ниже представлена таблица Моргана по расчету размера выборки для количественных исследований:

Таблица 2-1. Основные элементы таблицы Моргана, описывающие размер выборки в зависимости от числа объектов в генеральной совокупности:*

Генеральная совокупность (N)	Размер выборки (n)
100	80
500	217
1000	278
5000	357
10	370
100	384
1,000,000	384

Эти данные основаны на 95%-ной доверительной вероятности и погрешности 5%.

*Таблица Моргана используется для определения минимально необходимого размера выборки в зависимости от размера генеральной совокупности. Она помогает исследователям определить, сколько человек или объектов нужно опросить или изучить, чтобы результаты были статистически значимыми.

2.3 Формирование выборки.

Из общего списка пациентов, подлежащих профилактическому лечению ТБ за последние 9 месяцев (январь – сентябрь 2024) отобрано 289 респондентов путем генерации случайных чисел.

Мы предварительно получили списки контактов, подлежащих профилактическому лечению, включая когорту детей: (1) получающих химиопрофилактику, (2) завершивших профилактическое лечение, (3) прервавших, (4) отказавшихся от лечения, а так же (5) категория детей, кому не назначили ПЛТ в период с января по сентябрь 2024 года (3 квартала 2024) без указания фамилий и персональных данных от областных координаторов или заведующих отдела программного менеджмента. Для равномерной пропорции людей, начавших лечение и отказавшихся от профлечения планировалось сформировать 2 списка группы людей и в каждой группе отобраны случайным образом нужное количество респондентов. Следует отметить, что на деле обнаружилось, что количество отказавшихся от лечения представляет собой небольшой процент из общего числа лиц, подлежащих ПЛТ. Этот факт подтвердился во время опроса респондентов глубинных интервью, областными ТБ координаторами и заведующими отделов программного менеджмента. В сложившейся ситуации было принято решение опросить всех отказавшихся и прервавших химиопрофилактику без выборки, далее в эксель документе путем генерализации случайный чисел сформирован список респондентов получающих и завершивших ПЛТ, согласно распределению по регионам.

В ходе проведения опроса учитывалось количество отказов от участия и формироваться дополнительный список респондентов, не вошедших в первую выборку.

2.3.1 Критерии включения:

- родители или опекуны детей, принимающие и завершившие ПЛТИ на момент проведения опроса*,
- родители или опекуны детей, подлежащие ПЛТИ, но отказавшиеся от лечения, либо прервавшие ПЛТИ*,
- врачи фтизиатры городских и областных ЦСМ (для глубинных интервью),
- респонденты старше 18 лет (родители* контактных детей, подлежащих профилактическому лечению).

*в случае если родители находятся в трудовой миграции, дети живут у родственников – опекунов, опрос проводится среди родственника, чьи контакты имеются у лечащего врача.

2.3.2 Критерии исключения из исследования:

- люди, живущие с ВИЧ* (ЛЖВ относятся к ключевой группе риска ТБИ, подлежат профилактическому лечению туберкулезной инфекции и являются отдельной целевой группой респондентов),
- люди, затронутые ТБ, получающие лечение ПТП 1 и 2 ряда* (исключили как отдельно взятую целевую группу лиц для исследования),
- родители контактных детей, подлежащие ПЛТИ, не достигшие 18-летнего возраста (лица, не достигшие 18-летнего возраста, считаются несовершеннолетними, исключаются по этическим нормам),
- родители контактных детей, подлежащие ПЛТИ, имеющие психические ограничения, препятствующие участию в исследовании (находящиеся в состоянии опьянения от ПАВ, невозможность воспринимать инструкции в период участия в исследовании и адекватно реагировать на них).

*в случае если родители или опекуны контактных детей, подлежащих ПЛТИ, принадлежали к данной категории лиц, они включались в исследование.

Необходимо подчеркнуть, что, согласно техническому заданию, люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ) исключены из исследования в связи с временными ограничениями исследования, которые не позволяют нам расширить выборку и включить дополнительную целевую группу людей, подлежащих профилактическому лечению, кроме контактных детей и подростков.

2.4 Сбор данных:

Для проведения опроса был разработан структурированный опросник, который представлен на двух языках: государственном (кыргызском) и официальном (русском). Опрос проводился обученными и квалифицированными интервьюерами, владеющими как кыргызским, так и русским языками. В целях минимизации рисков, связанных с техническими сбоями в процессе анкетирования, было принято решение не использовать онлайн-платформы для сбора данных, зависящие от постоянного интернет-соединения. Все ответы респондентов вводились вручную в заранее подготовленную форму, разработанную

в Microsoft Excel, что позволило обеспечить надежность и стабильность процесса сбора данных в условиях возможных перебоев с интернет-доступом.

Глубинные интервью сотрудников направлены на получение детализированной информации о текущих практиках и вызовах в области профилактического лечения. проведено глубинное интервью с 9 респондентами, представляющими медицинские учреждения на уровне областных, районных и городских ЦСМ. Респонденты отобраны на основе их профессиональной роли и опыта в области профилактического лечения. Интервью проводилось с использованием полуструктурированного гайда.

2.5 Процедура сбора данных:

Для сбора данных использованы количественные и качественные методы. Для количественного метода - применялся опрос «лицом к лицу» родителей детей, подходящих под критерии включения, всего 289 респондентов, для качественного метода – глубинные интервью врачей фтизиатров областных ЦСМ, всего 9 ключевых информаторов.

- Опрос «лицом к лицу» - родители контактных детей, которые подлежат профилактическому лечению ТБИ. После получения информированного согласия на участие в исследовании, от всех респондентов собиралась информация по специально разработанному структурированному вопроснику.
- Глубинное интервью ключевых информантов – врачи фтизиатры ПМСП (ЦСМ) и городского противотуберкулезного центра Бишкек, а также областные координаторы и заведующие отделов программного менеджмента. После получения информированного согласия интервьюер проводил интервью по разработанному полу структурированному опроснику (гайд прилагается).

Для рекрутинга респондентов привлечены сотрудники ПМСП (ЦСМ) и/или центров по борьбе с ТБ, учитывая рекрутинг респондентов это очень деликатный вопрос, так как в случае первичного контакта интервьюера напрямую с респондентом, могут возникнуть вопросы о конфиденциальности информации.

Основной инструмент сбора данных – структурированный опросник (анкета), так же применен полу структурированный опросник (гайд) для глубинных интервью. Перед началом исследования анкета для пациентов апробирована на 6 пациентах г.Бишкек.

Опросник включает социально-демографический раздел, раздел информированности о туберкулезе и профилактическом лечении, раздел социально – культуральных норм поведения, включая религиозные убеждения, вопросы о доступности услуг, качества обслуживания, а также отношение к здоровью, доверие системе здравоохранения.

В рамках глубинного интервью изучались вопросы, связанные с организацией мероприятий по ПЛТИ на местах, владеют ли медсотрудники материалом (руководства и протоколы) врачи фтизиатры в районных ЦСМ, с какими трудностями они сталкиваются, что вызывает наибольший интерес у пациентов и наоборот, какие решения на улучшение они предлагают и т.д).

2.5.1 Анализ

Для обработки и анализа количественных данных использовалась программа статистического анализа SPSS (версия 22.0). Для анализа данных использовались стандартные методы описательной статистики – анализ частотного распределения и таблицы сопряженности. Так же применен метод корреляционного анализа – анализ связей

между переменными и сравнения различий между группами. Корреляция использована для определения связей между социально-демографическими факторами (возраст, образование, семейное положение, культурные нормы семьи и т.д.), уровнем знаний о туберкулезе и отношением к здоровью, рискованным поведением и практикой своевременного обследования и ранней диагностики. Мы рассчитали хи-квадрат Пирсона и 95% доверительные интервалы как меры связности. Значение $p < 0,05$ считается статистически значимым. Бинарный логистический регрессионный анализ использовался для анализа воздействия факторов.

Анализ качественных данных проводился по принципу контент-анализа - тематическое кодирование.

2.5.2 Конфиденциальность и этические нормы

Разрешение на проведение исследования получено и одобрено Этическим комитетом Учреждения Редакции НПЖ «Здравоохранение Кыргызстана».

Информированное согласие на участие в исследовании получены индивидуально от каждого респондента, перед началом интервью (письменно и устно).

Участники проинформированы о целях сбора данных, что ожидается от каждого исследуемого, ожидаемые преимущества и риски для участника, и что участник может отказаться от участия на любом этапе оценки. В опроснике не упоминались персональные данные, по которым можно идентифицировать респондентов.

Респонденты из отдаленных и труднодоступных сел, опрос проводился по телефону.

Конфиденциальность участников была защищена на протяжении всего исследования, на протяжении анализа данных и в период распространения данных.

Персональные данные не использовались, в анализе и отчете использовались агрегированные данные. Доступ к ответам на вопросы и аудио записи, сделанные во время интервью, имеют только члены исследовательской команды.

3 Результаты

3.1 Опрос родителей контактных детей, подлежащих ПЛТ.

3.1.1 Социально-демографические характеристики респондентов.

Всего было опрошено 289 респондентов, в том числе Бишкек 13,8% (40/289), Ош и Ошская область 13,8% (40/289), Чуйская область 38,4% (111/289), Джалал-Абадская область 15,9% (46/289), Баткенская область 8,7% (25/289), Нарынская область 5,2% (15/289), Иссык-кульская область 2,4% (7/289), Таласская область 1,7% (5/289).

Таблица 3-1 Итоговая выборка, когорты контактных детей, подлежащих ПЛТ - январь-сентябрь 2024, n -289

Регион	Получает (%)	Завершил (%)	Отказ (%)	Прервал (%)	Не назначили (%)	Итого (%)
Бишкек	38 (21,3)	0	0	2 (18,2)	0	40 (13,8)
Ош	12 (6,7)	0	0	0	0	12 (4,2)
Баткенская область	2 (1,1)	9 (15,5)	1 (7,1)	0	13 (46,4)	25 (8,7)
Джалал-Абадская	22 (12,4)	10 (17,2)	3 (21,4)	6 (54,5)	5 (17,9)	46 (15,9)

область						
Нарынская область	1 (0,6)	5 (8,6)	1 (7,1)	0	8 (28,6)	15 (5,2)
Ошская область	28 (15,7)	0	0	0	0	28 (9,7)
Таласская область	2 (1,1)	0	1 (7,1)	0	2 (7,1)	5 (1,7)
Чуйская область	69 (38,8)	31 (53,4)	8 (57,1)	3 (27,3)	0	111 (38,4)
Иссык-Кульская область	4 (2,2)	3 (5,2)	0	0	0	7 (2,4)
Итого	178 (61,6)	58 (20,1)	14 (4,8)	11 (3,8)	28 (9,7)	289 (100)

Для проведения анализа данных и выявления связи между характеристиками и охватом профилактическим лечением все респонденты были разделены на 2 независимые группы: 1) охваченные ПЛТ, n-236/289 (81,6%) и 2) неохваченные ПЛТ, n-53/289 (18,4%).

Ниже в таблице представлена детальная характеристика социально-демографических параметров респондентов.

Таблица 3-2. Социально-демографические данные респондентов, (пол-возраст), n-289

Переменные	n -236 (охвачен ПЛТ*)	(%)	n -53 (не охвачен ПЛТ**)	(%)	χ^2	p-value
Возраст						
0-1 год	9	3,8%	6	11,3%	8,3	0,59
2-3 года	42	17,8%	10	18,9%		
4-5 лет	41	17,4%	10	18,9%	0,69	0,73
6-10	68	28,8%	12	22,6%		
11-14	62	26,3%	12	22,6%		
15 и старше	14	5,9%	3	5,7%		
Пол						
Мужской	124	52,5%	26	49,1%	0,69	0,73
Женский	112	47,5%	27	51,9%		
Занятость ребенка						
домашний уход	68	28,8%	21	39,6%	0,39	0,45
детсад	23	9,7%	6	11,3%		
школа	145	61,4%	26	49,1%		
БЦЖ						
не вакцинировался	3	1,3%	0		0,56	0,99
вакцинировался	229	97,0%	53	100%		
затрудняюсь	4	1,7%	0			

*охваченные ПЛТ мы включили всех респондентов, которые завершили ПЛТ или получали на момент опроса,

**не охваченные ПЛТ включены всех респонденты, которые отказались от лечения, прервали его или находились под наблюдением по совместному решению родителей и врача.

Поло-возрастной состав:

Как показано в таблице выше, проведенный анализ поло-возрастного состава не выявил статистически значимой зависимости между демографическими характеристиками и охватом ПЛТ ($p\text{-value} > 0,05$). Пропорции участников опроса были равномерно распределены между двумя группами, при этом все наблюдаемые различия не имели статистической значимости. Возрастная категория респондентов преимущественно составила 10-14 лет в обеих группах, большинство из которых обучались в школьных учреждениях и имели прививку БЦЖ.

Следует отметить, что доля детей в возрасте 0-5 лет больше превалирует в группе неохваченных ПЛТ, тогда как дети старше 5 лет больше в группе охваченных ПЛТ. Однако, корреляционный анализ не выявил статистически значимую взаимосвязь возрастного распределения и охвата ПЛТ.

Таблица 3-3. Социально-демографические данные респондентов (образование, статус, условия проживания и занятость), n-289

Переменные	n -236 (охвачен ПЛТ*)	(%)	n -53 (не охвачен ПЛТ**)	(%)	χ^2	p-value
Образование						
нет образование	3	1,3%	3	5,7%	11,5	0,04
начальное	1	0,4%	1	1,9%		
неполное среднее	9	3,8%	5	9,4%		
среднее	139	58,9%	33	62,3%		
среднеспециальное	35	14,8%	3	5,7%		
незаконченное высшее	8	3,4%	1	1,9%		
высшее	41	17,4%	7	13,2%		
Статус						
холост	4	1,7%	3	5,7%	6,2	0,44
женат/замужем	207	88,5%	46	86,8%		
гражданский брак	6	2,6%	0			
Разведен/а	8	3,4%	2	3,8%		
Вдовец/вдова	9	3,8%	2	3,8%		
Жилье						
собственное жилье	157	66,8%	31	58,5%	5,4	0,42
арендную одна	11	4,7%	1	1,9%		
арендную с другими	17	7,2%	2	3,8%		
с родителями/родственниками	50	21,3%	19	35,8%		
Занятость респондента						
учусь	5	2,4%	0		7,1	0,26
работаю	71	34,5%	13	26,0%		
самозанятый	41	19,9%	14	28,0%		
домохозяйка	89	43,2%	23	46,0%		
другое (пенсионер)	28	12,0%	2	3,8%		

Образование:

Большинство респондентов имели среднее образование — 172 из 289 (59,5%), несколько меньше — высшее или незаконченное высшее образование (57 из 289, или 19,7%), а также средне-специальное образование — 38 из 289 (13,1%). Сравнительный анализ двух групп показал разницу: доля респондентов со средне-специальным и высшим образованием в большей степени представлены в группе, охваченной ПЛТ (14,8% против 5,7%). В то же время доля респондентов с начальным и средним образованием чаще встречаются в группе, не охваченной ПЛТ. Анализ корреляции продемонстрировал статистически значимую зависимость между уровнем образования и охватом ПЛТ (p -value = 0,04).

Занятость:

На момент проведения опроса подавляющее большинство респондентов не занимались какой-либо деятельностью (43,2% и 46%), в то время как работали 34,5% и 26% участников, а самозанятые составили 19,9% и 28% соответственно. Сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между двумя группами.

Таблица 3-4. Другие социальные характеристики респондентов, n-289

Переменные	<i>n</i> -289 (охвачен ПЛТ*)	(%)	<i>n</i> -53 (не охвачен ПЛТ**)	(%)	χ^2	<i>p</i> -value
<i>Миграция</i>						
МиграцияВнешняя	18	7,6%	11	20,8%	8,2	0,004
МиграцияВнутренняя	12	5,1%	9	17,0%	9,1	0,006
ДоходРодители	47	19,9%	18	34,0%	4,9	0,03
ДоходМуж	105	44,5%	27	50,9%		
ДоходРабота	51	21,6%	6	11,3%		
ДоходПодработка	56	23,7%	19	35,8%		
ДоходАренда	3	1,3%	1	1,9%		
ДоходБизнес	34	14,4%	12	22,6%		
ДоходСоцВыплаты	40	16,9%	15	28,3%		
Сопутствующие заболевания	13	5,5%	3	5,7%	3,2	0,13

Факторы внешней и внутренней миграции оказывают значительное влияние на охват профилактическим лечением туберкулезной инфекции (ПЛТ). Проведенный анализ данных выявил статистически значимую связь между миграцией и уровнем охвата ПЛТ (p = 0,004). Кроме того, установлена корреляция между источником дохода и охватом ПЛТ. В частности, среди респондентов, не охваченных профилактическим лечением, наблюдалась более высокая доля участников, для которых единственным источником дохода являлся родительская помощь (p = 0,03).

Интересно, что такие социальные факторы, как пол, возраст, наличие БЦЖ, занятость, социальный статус, условия проживания и наличие сопутствующих заболеваний, не продемонстрировали статистически значимой связи с охватом ПЛТ. В то же время уровень образования, миграция и зависимость от родительского дохода продемонстрировали достоверную статистическую связь с исходной переменной-охватом ПЛТ (p < 0,05; ДИ 95%).

Полученные результаты подчеркивают необходимость учета социально-экономических и миграционных факторов при разработке программ, направленных на повышение охвата профилактическим лечением туберкулезной инфекции.

3.1.2 Знания о ТБ и ПЛТ

Уровень осведомленности респондентов о туберкулезной инфекции (ТБ) и целях профилактического лечения туберкулезной инфекции (ПЛТ) оказался значимым фактором, влияющим на охват ПЛТ. Анализ данных выявил, что участники с высоким уровнем информированности демонстрировали существенно более высокий уровень вовлеченности в профилактические мероприятия.

В таблице ниже представлены результаты анализа данных, включающие распределение респондентов по уровням осведомленности и их связь с охватом ПЛТ:

Таблица 3-5. Осведомленность о ТБ и ПЛТ, n-289

Переменные	n-236 (охвачен ПЛТ)		n-53 (не охвачен ПЛТ)		χ^2	P- value
<i>Знание о ТБ и ПЛТ</i>						
Симптомы ТБ	146	62,7%	36	67,9%	0,51	0,47
Пути заражения ТБ	147	62,8%	38	71,7%	1,5	0,2
Пути защиты ТБ	109	46,2%	24	45,3%	0,04	0,9
Излечим ли ТБ	209	88,6%	50	94,3%	1,9	0,8
Профилактическая цель ПЛТ	128	54,2%	17	32,1%	8,5	0,004
Длительность приема ПЛТ	211	89,4%	35	66,1%	16,8	0,001
Режим приема ПЛТ	224	94,9%	41	78,8%	18,8	0,001
Прерывание ПЛТ	206	87,7%	35	67,3%	12,1	0,001

Результаты демонстрируют, что высокий уровень осведомленности положительно коррелирует с охватом ПЛТ, что подчеркивает необходимость проведения образовательных мероприятий, направленных на повышение информированности населения о туберкулезе и его профилактике. Анализ показал, что уровень знаний о ТБ одинаково распределен между исследуемыми группами. Однако знания о ПЛТ продемонстрировали статистически значимые различия и коррелировали с охватом ПЛТ (p-value < 0,001).

Таким образом, консультации по ПЛТ целесообразно начинать на самых ранних этапах диагностического алгоритма среди контактных детей.

3.1.3 Доступность услуг.

Проведенный анализ выявил статистически значимые связи между рядом параметров доступности и охватом профилактическим лечением туберкулезной инфекции (ПЛТ) среди исследуемых групп. В частности, установлено, что такие факторы, как необходимость оплаты за транспорт (p = 0,03) и наличие доступного общественного транспорта (p = 0,01), оказывают существенное влияние на охват ПЛТ.

В то же время такие параметры, как знание места прикрепления к медицинской организации, расходы на проведение анализов и рентгенологические исследования, не продемонстрировали статистически значимой связи с уровнем охвата ПЛТ.

Эти результаты подчеркивают важность улучшения транспортной доступности для повышения эффективности программ профилактического лечения, что особенно актуально для социально уязвимых групп населения.

Таблица 3-6. Доступность услуг, n-289

Переменные	n-236 (охвачен ПЛТ)	(%)	n-53 (не охвачен ПЛТ)	(%)	χ^2	p- value
<i>Доступность ЦСМ</i>						
Платили за транспорт	161	68,2%	28	52,8%	4,5	0,03
Знание места приписки ЦСМ	225	93,5%	49	94,2%	2,4	0,47
Наличие общественного транспорта до ЦСМ	99	42,1%	9	17,0%	20,9	0,01
Время затраченное на посещение ЦСМ	213	90,3%	48	90,5%	4,3	0,4
Оплата за услуги	86	36,4%	16	30,2%	0,4	0,4

Большая половина всех пациентов (64,7%) не оплачивали услуги во время посещения, либо оплачивали услуги рентгена или КТ, при этом средний чек составил до 1000 сом, статистической разницы в группах не выявлено.

3.1.4 Стигма

Вопросы стигматизации и дискриминации показали существенную связь с охватом профилактическим лечением туберкулезной инфекции (ПЛТ). Согласно проведенному анализу, такие параметры, как отказ в госпитализации и предоставлении подробной информации, имели статистически значимую связь с охватом ПЛТ ($p < 0,001$ и $0,04$) и были больше представлены в группе с неохваченным ПЛТ (15,1% и 3,8% соответственно).

Большая часть респондентов, указавших на отказ, проживала в Баткенской, Джалал-Абадской и Чуйской областях, что может свидетельствовать о региональных особенностях в доступе к лечению.

Таблица 3-7. Вопросы стигмы и дискриминации, n-289

Переменные	n-236 (охваче н ПЛТ)	(%)	n-53 (не охваче н ПЛТ)	(%)	χ^2	<i>P</i> - value
<i>Стигма</i>						
Отказ в консультации	18	7,6%	4	7,5%	0,007	0,9
Отказ в госпитализации	9	3,8%	8	15,1%	7,5	0,006
Отказ в информации	15	6,4%	8	15,1%	3,8	0,04
Отказ в лечении	6	2,5%	4	7,5%	2,7	0,11

Смена Отношения медперсонала	14	5,9%	6	11,3%	1,8	0,18
Грубое и пренебрежительное отношение медперсонала	13	5,5%	6	11,3%	2,3	0,1

В то же время такие факторы, как изменение отношения медицинского персонала в зависимости от статуса пациента, а также грубое или пренебрежительное поведение со стороны медработников, не продемонстрировали статистически значимой связи с охватом ПЛТ.

Полученные результаты подчеркивают необходимость преодоления барьеров, связанных со стигмой и дискриминацией, для повышения доступности и эффективности профилактических программ. Необходимо подчеркнуть, что чаще всего респонденты сталкивались с грубым отношением медперсонала в вышеупомянутых областях.

3.1.5 Опыт коммуникации с медперсоналом

Данный раздел исследования был посвящен анализу коммуникаций между сотрудниками клиники и пациентами. Включенные вопросы охватывали такие аспекты, как качество взаимодействия, отношение медицинского персонала, уровень доверия пациентов к медицинским работникам, обратной связи от сотрудников, а также соблюдение принципов конфиденциальности.

Изучение этих факторов направлено на выявление барьеров в коммуникации и возможных причин снижения доверия, которые могут оказывать влияние на охват профилактическим лечением туберкулезной инфекции (ПЛТ). Особое внимание уделялось восприятию пациентами дружелюбности и качеству консультаций медицинского персонала.

Таблица 3-8. Опыт взаимодействия с медсотрудниками, n-289

Переменные	n-236 (охваче н ПЛТ)	(%)	n-53 (не охваче н ПЛТ)	(%)	χ^2	p- value
Опыт						
Прошел ли полное обследование	232	98,3%	48	90,6%	2,4	0,11
Получили обратную связь по результатам обследования	222	95,7%	44	83,0%	5,3	0,02
Консультация о значении ПЛТ (профилактика ТБ)	223	97,4%	30	56,6%	38	<0,001
Консультация о последствиях отказа от ПЛТ	227	96,6%	34	64,2%	27	<0,001
Консультация по режиму ПЛТ	220	95,7%	31	58,5%	27	<0,001
Ответил на все вопросы	223	96,5%	43	81,1%	2,1	0,14
Дружелюбность	224	96,6%	44	83,0%	2,1	0,1

Анализ данных, представленных в таблице выше, показал, что такие параметры, как обратная связь по результатам обследования, консультации медицинского персонала о

значимости профилактического лечения туберкулезной инфекции (ПЛТ) и информирование о возможных последствиях отказа от лечения, имели статистически значимую связь с охватом ПЛТ ($p < 0,001$).

Установлено, что группа респондентов, не охваченных ПЛТ, значительно реже получала указанные виды консультирования и информирования. Эти результаты подчеркивают важность своевременного качественного взаимодействия медицинского персонала с пациентами для повышения приверженности профилактическим программам. Необходимо подключать консультирование по вопросам ПЛТ еще на этапе эпидемиологического расследования, для большего понимания значимости профилактического лечения и последствий отказа от обследования и лечения.

3.1.6 Социально-культурные нормы

Социально-культурные нормы находятся в тесной взаимосвязи с религиозностью, гендерными аспектами, патриархальностью и психологическими установками, как на уровне общества в целом, так и на уровне индивидуумов.

Результаты опроса, представленные в таблице, демонстрируют взаимосвязь между рассматриваемыми переменными, а также их статистическую значимость. Анализ полученных данных демонстрирует наличие статистически значимой связи между религиозными аспектами и охватом программы профилактики ЛТ (ПЛТ). В частности, наблюдается, что доля лиц, не охваченных ПЛТ, существенно выше в группе, где показатели религиозности и патриархальности в семье оказываются более выраженными ($p = 0,001$).

Таблица 3-9. Социально-культурные нормы, n-289

Переменные	n -236 (охвачен ПЛТ)	(%)	n-53 (не охвачен ПЛТ)	(%)	χ^2	p- value
Социально-культурные нормы						
По религии пить лекарства нельзя	4	1,9%	4	7,5%	4,6	0,03
Только высшие силы знают сколько проживешь	77	35,6%	27	50,9%	10,7	0,001
Предпочитаю народные средства	15	6,9%	3	5,7%	0,06	0,9
Если суждено болеть ТБ, то ничто не спасет	25	12,0%	9	16,9%	2,5	0,1
Только молитва поможет исцелиться	22	10,4%	5	9,4%	0,1	0,7
Патриархальность	45	19,8%	22	41,5%	11,8	0,001
Доверяю интернет-источникам	46	20,5%	13	24,5%	1,9	0,1

Учитывая вышеописанный факт, при проведении консультирования следует обратить внимание на особенности семейной динамики, особенно в случаях, когда заболевание затрагивает молодую женщину, проживающую в семье мужа. Важно уточнить, кто в семье принимает ключевые решения относительно лечения. Рекомендуется проводить адресные консультации с главами семей, чтобы учесть социально-культурные и патриархальные

аспекты, влияющие на принятие решений, и обеспечить наиболее эффективное вмешательство.

3.1.7 Причины отказов

Мы просили респондентов указать основные причины, которые препятствовали началу или продолжению химиопрофилактики. На диаграмме, представленной ниже, отражены ключевые причины, влияющие на отказ от химиопрофилактики. Наиболее частой причиной оказались побочные эффекты, упомянутые большинством участников. Второй по популярности ответ — нежелание, чтобы информация о прохождении терапии стала известна другим. Третьим по значимости фактором оказалась недостаточная осведомленность респондентов о возможных последствиях отказа от химиопрофилактики.

Рисунок 3-1. Причины отказов или прерывания химиопрофилактики в Кыргызстане, n -25



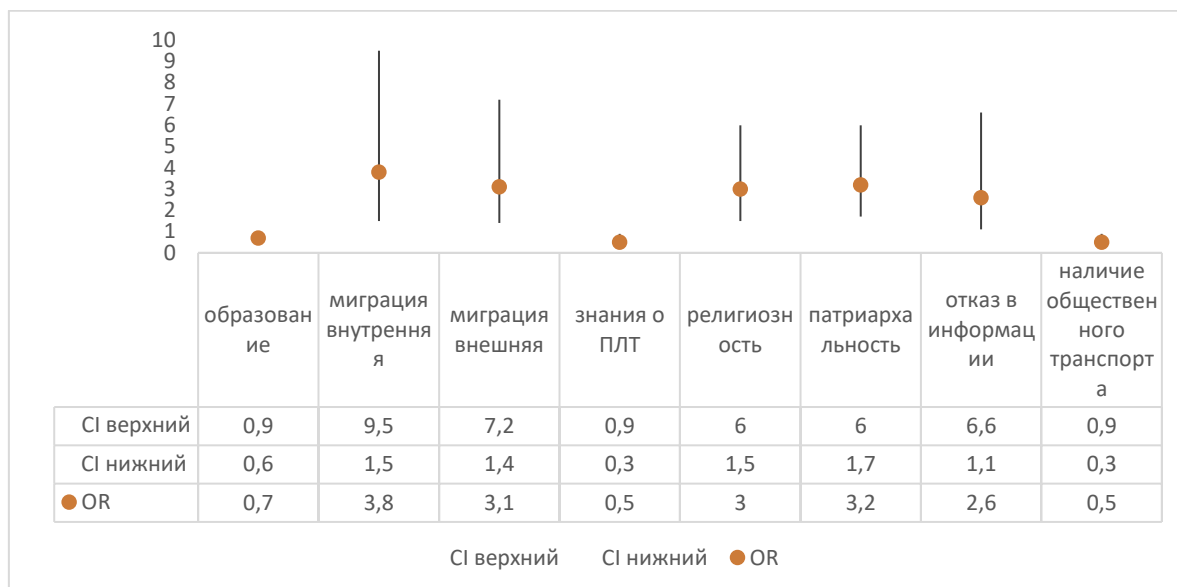
3.1.8 Факторы, влияющие на охват ПЛТ

После проведения корректировки был выполнен бинарный логистический регрессионный анализ для оценки факторов, влияющих на охват химиопрофилактикой ТБ (ПЛТ). Результаты, представленные на рисунке ниже, показали статистически значимые ассоциации ряда факторов с охватом ПЛТ.

В частности, такие факторы как миграционный статус ($OR = 3,8$; $CI = 1,5-9,5$), , религиозность ($OR = 3,0$; $CI = 1,5-6,0$), патриархальные устои семьи ($OR = 3,2$; $CI = 1,7-6,0$), и случаи отказа в информации ($OR = 4,3$; $CI = 1,6-11,9$) оказались значимыми факторами, влияющими на охват ПЛТ и увеличивают вероятность быть неохваченным ПЛТ.

Тогда как, факторы как уровень образования родителей ($OR = 0,7$; $CI = 0,6-0,9$), осведомленность о ПЛТ ($OR = 0,5$; $CI = 0,3-0,9$), наличие общественного транспорта ($OR = 0,5$; $CI = 0,3-0,9$) уменьшает вероятность оказаться в группе неохваченных ПЛТ.

Рисунок 3-2. Бинарный логистический анализ влияния факторов на охват ПЛТ, (CI 95%)



3.2 Интервью с сотрудниками фтизиатрической службы.

В глубинных интервью приняли участие 10 человек. Национальный центр фтизиатрии предоставил ОФ «Ден Соолук Нуру» список врачей противотуберкулезной службы, работающих в отделе программного менеджмента областных центров борьбы с туберкулезом в качестве рекомендации для проведения глубинных интервью с целью изучения вопросов профилактического лечения туберкулезной инфекции. Однако, для обеспечения многостороннего подхода для получения детализированной информации о текущих практиках и вызовах в области профилактического лечения, в состав респондентов вошли заместитель директора городской противотуберкулезной больницы, заведующие отделом программного менеджмента областных центров борьбы с туберкулезом, врач фтизиатр-педиатр и медицинская сестра областного центра борьбы с ТБ, врач ЦОВП, кейс менеджер по работе с пациентами, районный врач-фтизиатр. Опрос среди респондентов проходил по 3 основным темам: 1.текущая ситуация по работе с лицами, находившимися в контакте с больными ТБ, 2.барьеры, ресурсы и отчетность, и 3.рекомендации респондентов для улучшения показателей и эффективности профилактического лечения, а также расширения охвата.

3.2.1 Текущая ситуация по работе с лицами, находившимися в контакте с больными ТБ

Алгоритм по работе с контактными: Респонденты отметили 2 основных нормативно-правовых документа, на которые опираются медицинские сотрудники при работе с контактными лицами: Приказ МЗ КР №429 от 13 июня 2018 года «Инструкция по ведению

контактных больных с туберкулезом лиц» (далее Приказ №429 МЗ КР), а также «Руководство по диагностике и профилактическому лечению туберкулезной инфекции», 1-е издание, 2023 год (далее Руководство НЦФ). Алгоритм по работе с контактными осуществляется на основании Приказа №429 МЗ КР, где поэтапно расписаны функции каждого, вовлеченного в работу с контактными лицами, медицинского сотрудника. Респонденты подтвердили, что в работе с контактными используется следующий алгоритм: после выявления индексного случая, в первую очередь подается эпидемиологическое извещение медицинским учреждением, выявившим ТБ случай, в территориальный ЦПЗиГСЭН. Врач-эпидемиолог должен в течение 3-х дней посетить место проживания индексного случая и заполнить карту эпидемиологического расследования. Составив список контактных лиц, эпидемиолог предоставляет его в ПМСП для дальнейшего обследования и наблюдения. Семейный врач проводит опрос всех контактных на наличие симптомов ТБ и направляет пациентов на прохождение необходимого обследования, а далее, в случае выявления ТБ среди контактных лиц или показаний для ПЛТ, направляет к врачу-фтизиатру для назначения лечения. С контактными лицами, в основном, работа проводится в ГСВ и ЦСМ.

Взаимодействие между медицинскими учреждениями при работе с лицами из числа контакта не всегда выстроено по шаблонному образцу. К примеру, в Нарынской области в штате НОЦБТ имеется свой эпидемиолог, который осуществляет работу с контактными лицами и оперативно реагирует на выявление случая ТБ. Этот штатный сотрудник взаимодействует с районными эпидемиологами и предоставляет всю необходимую информацию в СЭС. В Таласской области, к примеру, работа с контактными лицами проводится, со слов респондента, на высоком уровне, так как обследуется 90% контактных, благодаря тому, что сами врачи-фтизиатры активно вовлекаются в процесс выявления и обследования, и тесно взаимодействуют с семейными врачами.

«У нас работа с контактными неплохо проводится....Не только домашних контактных у нас обследуют. Если знают, что допустим родители болеют, то обследуются семьи дочерей, сыновей. На одном месте мы не сидим, охватываем всех полностью, и работающих, и учащихся, чтобы не прозевать заболевание среди контактных. Я, например, курирую Манасский район. Если пациент выявлен, я не жду эпидемиолога, пока он даст всех контактных, я сразу связываюсь с семейным врачом, вместе узнаем сколько контактных, ввожу их в нашу базу. Сразу говорю, если есть кашель, взрослые должны мокроту сдать, дети стул-тест, пробу Манту, рентген. Семейные врачи сразу результаты мне высылают. Я у них бываю 1 раз в неделю. Если они не успели сделать анализы до моего приезда, то врачи мне высылают все на ватсап, и я сразу говорю, если надо назначение, все пишу через ватсап» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

Однако, респонденты подняли вопрос о наличии разногласий между Приказом №429 МЗ КР и новоизданным Руководством НЦФ по профилактическому лечению 2023г. Согласно Приказу, основными критериями индексных случаев для проведения наблюдения их контактов являются: положительный результат микроскопии мазка мокроты, ЛУ-ТБ независимо от бактериовыделения, наличие полости распада легких при рентгенографии,

включая случаи с отрицательным результатом микроскопии мазка мокроты, декретированный контингент с легочной формой независимо от бактериовыделения, ТБ/ВИЧ и ТБ у детей до 5 лет. На основании нового руководства, ключевыми группами для диагностики и лечения ТБИ являются лица из контакта с легочным бак подтвержденным ТБ и ЛЖВ. Хотя Приказ МЗ КР имеет приоритетность для исполнения перед Руководством, изданным Национальным центром фтизиатрии, медицинских сотрудников обучают новым стандартам, указанным в Руководстве.

«На основании этого руководства мы начинаем обследовать не по приказу, а контактных БАК+ легочного туберкулеза. А в 429 приказе нужно обследовать контактных больных с положительным результатом мазка мокроты, все формы ЛУ ТБ, легочным ТБ независимо от бактериовыделения, с наличием полости распада, включая отрицательные результаты мазка мокроты, ТБ/ВИЧ и детей до 5 лет. Мы к этому подсоединили всех контактных с БАК+ ТБ, всех контактных этих больных мы начали обследовать. Ну вообще то мы обследуем контактных всех больных» (Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)

Диагностика: Основной целью диагностики лиц из контакта с ТБ больными является исключение активного ТБ и определение наличия ТБИ и показаний для назначения профилактического лечения. Обследование контактных входит в обязанности ГСВ и ЦСМ. Первичный осмотр осуществляет именно семейный врач, который заводит на каждого пациента амбулаторную карточку с пометкой, что пациент является контактом с больным ТБ. Работа по обследованию лиц из числа контакта ТБ больных должна быть проведена в течение 14 дней после получения извещения об активном ТБ случае. В качестве инструментов диагностики во всех областях КР используется скрининг клинических симптомов ТБ. Детям до 14 лет назначают туберкулиновую пробу и рентгенографию органов грудной клетки. Только один респондент из всех, а именно респондент из Нарынской области отметил, что детям проба Манту ставится дважды – если проба отрицательная, врач ждет 8 недель и делает повторную пробу для перепроверки результатов. Взрослых и подростков также направляют на рентгенографию или флюорографию. КТ запрашивается в отдельных случаях при необходимости. Детям в возрасте до 15 лет назначается дополнительно срединная томограмма при спорных результатах пробы Манту и рентген-снимка. Эта процедура является самым проблемным с точки зрения доступности анализом. В Бишкеке и Чуйской области эту процедуру можно пройти только в 2 местах - НЦФ и медицинское учреждение за зданием МЗ КР. На прохождение срединного томографа в НЦФ направляют пациентов не только с г.Бишкек и Чуйской области, а также и с других областей республики.

«Если проба положительная или результат сомнительный, отправляем на томографию в г.Бишкек на срединный томограф, чтобы исключить активный ТБ, и назначается профилактическое лечение по протоколу» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

Все расходы по прохождению КТ и рентген-томограммы пациент берет на себя. Только

один респондент из Таласской области заверил, что, несмотря на то, что ФОМС должен покрывать 50% оплаты, рентген пациенты могут пройти бесплатно. Во всех остальных областях стоимость процедуры покрывается полностью, если пациент проходит ее не по месту прописки, либо платит 50% стоимости по месту прописки.

«Если пациент проходит данные процедуры в ПМСП по месту проживания, то он оплачивает 50% стоимости, а если не приписаны- большинство такие - мигранты, то они полностью платят, около 300сом, по-моему в ГСВ на рентген снимок. У нас рентген снимки около 2-х лет выдавались просто как фотографии на телефоне, если у тебя есть телефон, что не принимает НЦФ совсем» (Респондент Чуйской области, медицинский сотрудник)

«Все, кому показано, едут в Бишкек, на квантифероновый тест и томограф. Томограф в НЦФ для них бесплатный. Дорожные расходы им оплачивают. По закону о защите населения МСУ должны им оплачивать транспортные расходы» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

При наличии симптомов ТБ и кашля у контактных лиц всех возрастов берутся биоматериалы на GeneXpert, в первую очередь с бактериоскопией. Если дети маленькие, и невозможно собрать мокроту, то им назначается стул-тест вместо мазка мокроты, это облегчает задачу родителям при сборе биоматериалов для обследования.

Помимо тестов на диагностику ТБИ, детям до 14 лет семейный врач назначает ОАК и ОАМ. Результаты всех назначенных анализов вводятся в амбулаторную карточку и передаются врачу-фтизиатру. Врачи-фтизиатры, как правило, далее выносят кейс пациента на консилиум, и назначают, если необходимо, дополнительные анализы, например, срединную томограмму или квантиферон-тест. Все респонденты, кроме Чуйской области и г.Бишкек, отметили что не имеют Диаскин теста и Квантиферонового теста в своем арсенале инструментов диагностики, которые фигурируют в Новом руководстве, и были бы крайне полезны при проведении обследования.

«Квантиферона и Диаскин-теста у нас пока нет. Кадыров (директор НЦФ) сказал, что в 2025 году мы будем работать с Диаскин тестом» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

В среднем, по словам респондентов, на обследование уходит 1 месяц, иногда 1,5-2 месяца. Сроки обследования зависят также и от самих пациентов, насколько быстро они смогут сдать все анализы и прийти с результатами к своему семейному врачу. Иногда пациента направляют на детский консилиум в НЦФ, если сомневаются в результатах анализов.

«А потом с его всякими тестами и с результатами мы просто направляли на детский консилиум, родители сами везли. А там уже, на консилиуме, что предложит НЦФ дополнительно: Диаскин тест, квантиферон, что у них есть по проекту. Иногда Дамира (кейс менеджер) увозила их на машине в НЦФ, потом возвращала. Потом через 10 дней - ответ, родители сами приходят, без нас. ...Родители мне рассказывают, что на

детском консилиуме большая очередь. Негде сесть, нет туалета. Если, например выявился в сентябре, то может начать лечение в 4 квартале или вообще в первом квартале следующего года. Иногда бывает так, что не несут результаты. Вот вчера ко мне пришли медсестры, я спросила результаты. Говорят, родители в Бишкеке еще ездят» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

Наблюдение за пациентами осуществляется семейными врачами, а семейные медсестры выдают препараты. Если семейных врачей что то настораживает, или наблюдаются какие-либо изменения, то они обращаются к районным фтизиатрам за консультацией. Все назначения делают районные врачи-фтизиатры. Зачастую пациенты не доверяют показаниям семейных врачей и обращаются напрямую к фтизиатрам для перепроверки назначений.

Назначение ПЛТ: Согласно Руководству НЦФ2023 г., химиопрофилактика ТБИ должна назначаться всем детям в возрасте до 5 лет из контакта с бактериологически подтвержденным легочным ТБ, при этом пробу Манту проводить необязательно. Детям старше 5 лет, подросткам и взрослым, которые были в контакте, проводится туберкулиновая кожная проба. При положительном результате туберкулиновой пробы и при исключении активного ТБ у лиц из контакта профилактическое лечение также следует начать детям 5-15 лет, воспитанникам детских домов, интернатов и приютов, а также беременным женщинам и женщинам в послеродовом периоде. ПЛТ также назначается ЛЖВ без признаков активного ТБ - взрослым, подросткам и детям с ВИЧ старше 12 месяцев, независимо от приема АРТ, степени иммунодефицита и наличия контакта с больным ТБ, а также детям с ВИЧ младше 12 месяцев, которые имели контакт с больным ТБ.

Все опрошенные респонденты отметили, что на момент опроса, врачи-фтизиатры еще не адаптировали новые стандарты работы с контактными согласно Руководству НЦФ, поэтому химиопрофилактика назначается лицам из числа контакта согласно Приказу МЗ КР, т.е. детям в возрасте до 5 лет, детям до 14 лет из контакта с больным ТБ и положительной пробой Манту независимо от бактериовыделения, а также ВИЧ-инфицированным взрослым. Во время проведения опроса все респонденты отметили, что приоритетными группами для назначения ПЛТ являются дети до 5 лет независимо от результатов пробы Манту, и дети 5-14 лет при положительной пробе Манту.

После того, как пациент прошел необходимое обследование для исключения активного ТБ и наличия ТБИ, все результаты анализов передаются районному врачу фтизиатру. Часть респондентов ответила, что профилактическое лечение ТБИ назначается только решением консилиума. В г.Бишкек и Чуйской области, например назначение о профилактическом лечении обсуждается в ГПТБ или на детском консилиуме НЦФ при участии врачей фтизиатров-педиатров. Респонденты Нарынской, Ошской и Джалал-Абадской областей также подтвердили, что все назначения о профилактическом лечении проходят только через областной консилиум с участием районных фтизиатров и педиатров-фтизиатров.

«Диагноз детский туберкулез ставит только НЦФ. В консилиум входят все детские фтизиатры НЦФ, а также с кафедры повышения квалификации, всего их 5-6 человек. В

любом случае, ТБ у детей никак не может поставить один врач на периферии или в городе. У нас сейчас есть онлайн консилиумы» (Респондент Чуйской области, медицинский сотрудник)

«Профилактическое лечение назначается на консилиуме. У нас все фиксируется, сколько детей получают ПЛТ, какие препараты мы назначили, какой возраст у детей. Мы должны все держать под контролем, поэтому все назначения по профилактическому лечению у нас проходят через консилиум. Это наше внутреннее решение, я не знаю, как делают другие области» (Респондент г.Бишкек, медицинский сотрудник)

В то время как некоторые из респондентов подчеркнули, что решение о назначении профилактического лечения принимают сами врачи-фтизиатры без вынесения данного вопроса на консилиум.

«Изониазид врачи сами назначают. Мы на детский консилиум с вопросами химиопрофилактики изониазидом никогда не выходили. Мы выходим, если у детей какие-то проблемы или вопросы, выходим на республиканский консилиум, там сидит детский педиатр фтизиатр. Или пишем выписку, заранее с педиатрами договариваем и направляем пациентов в Бишкек (НЦФ)» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

«Посоветовавшись с родителями, мы приняли совместное решение, что будем наблюдать. Но если бы я назначил, родители бы согласились на профилактическое лечение, я сам решил не назначать. У нас есть областной консилиум, но их я на консилиум даже не передавал. Приезжали с Бишкека и сделали мне замечание, почему не назначил. Но я считаю, что наблюдения будет достаточно» (Респондент Баткенской области, медицинский сотрудник)

Как правило, врач-фтизиатр приходит с документами и результатами анализов пациента на консилиум, предоставляет их для изучения присутствующим врачам, и совместно принимается решение о назначении режима лечения. Далее, на пациента заполняется ТБ карта и электронная карта, и все назначения передаются семейному врачу. Наблюдение за пациентами ведут семейные врачи. Однако, респонденты утверждают, что зачастую пациенты больше взаимодействуют с медсестрами, нежели чем с семейными врачами. По Руководству НЦФ профилактическое лечение должно назначаться всем детям до 5 лет, контактными БАК+ легочных ТБ пациентов, независимо от результатов анализов. Все респонденты подтверждают свою осведомленность об этой директиве, но часть из них отмечает, что, если результаты анализов хорошие, ребенок ведет себя активно, у него хороший аппетит и нет никаких симптомов, ПЛТ часто не назначается.

«Если проба Манту отрицательная, рентгенологически все чисто, в том числе и у детей до 5-ти лет - профлечение не назначаем, просто наблюдаем по протоколу. По новому руководству должны назначать детям до 5 лет, но пока не назначаем., если результаты анализов хорошие» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

«Обследуем через пробу Манту, рентген.... В этом году я еще никому не назначал ПЛТ, но в прошлом году заносил в базу. У меня есть 5 детей до 5 лет, контактные пациентов с легочным БАК+ ТБ. Они прошли обследование. Проба Манту у них положительная, но результаты рентгена хорошие, все другие анализы тоже хорошие. Дети чувствуют себя бодро, общее состояние хорошее, поэтому я никому не назначал химиопрофилактику»
(Респондент Баткенской области, медицинский сотрудник)

Относительно устойчивых форм туберкулеза, при контакте с МЛУ ТБ по Руководству ПЛТ необходимо назначить схему лечения 6 левофлоксацин в качестве химиопрофилактики. Однако, по Приказу МЗ КР, так же как и на практике, химиопрофилактика не проводилась, если у индексного случая был диагностирован ЛУ-ТБ. В этом случае рекомендовалось наблюдение каждые 6 месяцев. А после того, как больного ТБ сняли с учета, рекомендовалось наблюдение каждые 2 года.

«Также пока не назначаем ПЛТ контактными МЛУ и ПЛУ ТБ, хотя по руководству должны назначить 6 левофлоксацин. Мы пока воздерживаемся, указаний пока нет. Мы еще не начали подключать к профлечению взрослых, но планируем» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

«Бывает так, что детки пьют ПЛТ месяц, а потом выходит устойчивость, и сразу прием ПЛТ останавливают» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

Лечение: после того, как консилиум или врач-фтизиатр принимает решение о назначении ПЛТ, семейным врачам-педиатрам направляют препараты для пациента. А выдачей препаратов занимаются семейные медсестры. Только респондент с г.Бишкек отметил, что выдачей препаратов ПЛТ по городу занимаются фтизиатры-педиатры.

Так как в последние годы по проекту ЮСАИД появились мотивационные выплаты для семейных врачей и медсестер, большую часть работы с контактными фтизиатры делегировали семейным врачам. На каждого семейного врача приходится большое количество пациентов. И несмотря на то, что иногда у врачей бывает всего 1-2 ТБ пациента, бывает так, что пациенты месяцами не видят врачей, а основной человек, с кем они контактируют - это семейная медсестра. По словам респондентов, медсестры не только больше взаимодействуют с самими пациентами, но и чаще всего связываются с врачами-фтизиатрами по вопросам ведения пациентов.

«Часто семейные врачи и не знают, что с пациентами надо беседовать хотя бы раз в месяц, проверять есть какие-либо нежелательные явления, осмотреть, проверить слух, зрение, кожные покровы, АД. Чаще всего этого не делается. Лекарства ПЛТ также выдает семейная медсестра 1 раз в неделю. Консультируют по-разному, консультации зависят от врача. Например, Светлана Николаевна в Джайыльском районе, очень подробно все объясняет пациентам. В Панфиловском районе консультации в основном в виде запугивания, так же как в Сокулукском и Аламединском» (Респондент Чуйской

До утверждения нового Руководства по ПЛТ основной схемой профилактического лечения была 6Н, т. е. пациенты принимали ежедневно изониазид в течение 6 месяцев. Респонденты всех областей подтвердили, что изониазид всегда был в наличии в областных ТБ центрах, и никогда не было перебоев с его поставками, а с внедрением нового руководства по профилактическому лечению, все области начали получать новые комбинированные препараты по профилактическому лечению, включая рифапентин. Однако, его применение еще не начато во всех областях. Респонденты подчеркнули, что длительность приема препаратов является одним из важных факторов принятия решения о лечении со стороны пациентов. Появление новых комбинированных препаратов дает возможность внедрить такие краткосрочные режимы, как 3НР для детей старше 2 лет (1 таблетка изониазид+рифапентин 1 раз в неделю в течение 3 месяцев, всего 12 таблеток), 1НР с 13 лет и выше (1 таблетка изониазид+рифапентин ежедневно в течение 1 месяца), 3НР для взрослых и детей всех возрастов (изониазид+рифампицин ежедневно в течение 3 месяцев), 4R для взрослых и детей всех возрастов (рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев). Абсолютным новшеством в новом Руководстве по ПЛТ является также режим 6 левофлоксацин, который предназначен для профилактического лечения лиц из контакта с легочным МЛУ ТБ, которые раньше находились под наблюдением и не принимали никакие препараты в качестве химиопрофилактики. Хотя все респонденты осведомлены о данном нововведении, и препарат имеется в наличии в областных центрах борьбы с ТБ, ни один респондент не подтвердил о начале выдачи такой схемы лечения для контактных легочных ЛУ ТБ пациентов.

Все респонденты высказали необходимость учета выдачи препаратов ПЛТ. На первичном уровне семейные врачи заводят амбулаторные карточки на контактных лиц, где, помимо общей информации о состоянии здоровья пациента (удовлетворительное или неудовлетворительное), указывается дата начала и дата завершения приема препаратов, но не ведется запись выдачи препаратов. По просьбе респондентов также необходимо фиксировать даты выдачи препарата совместно с названием и дозой. Также в карточке не фиксируется, если у пациента был обнаружен ТБ.

В случае активного ТБ существует видеоконтролируемое лечение, т.е. медсестры контролируют прием препаратов. В случае химиопрофилактики такого контроля нет, родители получают препараты ПЛТ для детей в ГСВ или ЦСМ по месту прописки, как правило, 1 раз в неделю. Ранее выдача препаратов осуществлялась в тубкабинетах.

«Бывает так, что пациент живет в одном районе, а работает в другом и наблюдаться ему удобнее возле работы. А врачи там не принимают, так как в этом районе он не прописан. Бывает, что вообще в другой области прописан. В этом случае его могут приписать в районе, где живет, но только при наличии паспорта, справка от квартального не требуется» (Респондент г.Бишкек, медицинский сотрудник)

Медсестры не отслеживают и не контролируют прием препаратов ПЛТ. По мнению респондентов, необходимо внедрить видеоконтролируемое лечение и для пациентов на ПЛТ в том числе. Практика видеоконтролируемого профилактического лечения существует

только в г.Бишкек и набирает обороты в Чуйской области, со слов респондента.

Обучение и информационные материалы: Все респонденты отметили, что после выхода Руководства по ПЛТБИ, НЦФ инициировало однократное 2-х/3-дневное обучение для медицинских сотрудников каждой области с участием представителей областных центров борьбы с ТБ, районных врачей-фтизиатров. В то время как одни респонденты отметили, что помимо врачей-фтизиатров на тренинг были привлечены семейные врачи ПМСП, а также врачи санитарно-эпидемиологической службы, что было крайне полезно для организации слаженной работы в отношении контактных лиц, другие респонденты назвали только врачей фтизиатров в качестве участников тренинга. Все респонденты отметили, что данный тренинг был ознакомительным, и необходимо дополнительное и более глубокое обучение по профилактическому лечению с акцентом на детский возраст, с привлечением врачей и медсестер ЦСМ и ГСВ. В дополнение к материалам тренинга необходимо добавить тему купирования нежелательных явлений от приема новых комбинированных препаратов ПЛТ.

«По новому руководству было обучение на скоростях, но мы не посмотрели хорошо, что они от нас хотели. На каком-то семинаре тоже читали тему, сказали что книжки для нас распечатают. Их распечатали и раздали, потом один раз была часовая учеба. Теперь каждую неделю присылают новую форму, что-то там меняют, по новому присылают по почте. Говорят, что подводят под идеал» (Респондент Чуйской области, медицинский сотрудник)

«У нас только один раз было обучение. По детству обучения было не так уж много, тем более сейчас приходят новые препараты, нам нужно еще раз провести обучение. В прошлый раз мы были на обучении с семейными врачами, организованном ПРООН, по выявлению, диагностике, по лечению, нежелательным явлениям. Еще провести такой семинар по детству совместно с семейными врачами было бы кстати» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

«Врачи ГСВ не проходили отдельное обучение, но мы сами читаем для них лекции о новых препаратах, нежелательных явлениях, как нужно наблюдать и т.д....» (Респондент Ошской области, медицинский сотрудник)

«Про новое руководство знаю, но обучение я не проходил. Нас пригласили в Ош на тренинг, но я не участвовал. Самостоятельно почитал и изучил руководство. Новые схемы еще мы никому не назначали. Препараты уже поступили. Необходимо дополнительное обучение, так как у меня есть вопросы» (Респондент Баткенской области, медицинский сотрудник)

Полезные практики:

1. В Джалал-Абадской области для расширения обследования контактных лиц привлекаются к работе партнеры из неправительственного сектора – организации «Таис+2». Они проводят работу по обследованию контактных в 5-ти районах области. Их основная роль заключается в привлечении к обследованию близких контактов, а не семейных, так как с домашними контактами проводится работа врачами СЭС.

«У них результаты хорошие, выявляют иногда среди дальних родственников. У них работает врач фтизиатр, он по базе вычисляет индексные случаи и отправляет аутич работникам. Они начинают обследовать близких контактных, а семейными контактными занимается СЭС и первичка» (Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)

2. В г.Бишкек для обеспечения мониторинга за приемом препаратов ПЛТ используется видео-контролируемое лечение. Т. е. пациенты получают препараты один раз в неделю, но присылают видео, подтверждающее факт приема препарата, врачу или медсестре. Это позволяет медицинским работникам следить за регулярностью приема препаратов без участия общественного помощника. В Чуйской области также набирает обороты такая практика.

3. В Таласской области Манасском районе работают ватсап-группы с участием врачей-фтизиатров, семейных врачей, медсестер, заместителей директоров ФАП и ГСВ этого района. Благодаря таким группам происходит оперативный обмен информацией. Участники группы могут в любое время обмениваться сообщениями, быстро решать возникшие вопросы, а участие врачей на уровне менеджмента способствует более быстрому и качественному решению возникших трудностей. Респондент отметил, что такие группы облегчают работу, особенно в отдаленных районах.

4. В Нарынской области в областном центре борьбы с туберкулезом работает штатный эпидемиолог, который проводит работу с контактными и взаимодействует с СЭС.

3.2.2 Барьеры, ресурсы и отчетность

Практически все респонденты считают, что ПЛТ – это полезная практика, которая препятствует риску развития активного ТБ у лиц из числа контакта. Так как, по утверждению одного из респондентов, лица из числа контакта имеют вероятность заболеть ТБ в течение 5-10 лет с момента контакта с ТБ больным, профилактическое лечение значительно сокращает эту вероятность.

Учетно-отчетные формы и отчетность: В каждом областном центре борьбы с ТБ функционирует отдел программного менеджмента (ОПМТБ), где работают специалисты, которые занимаются сбором статистических данных согласно индикаторам учетно-отчетных форм. Информация в данные отделы поступает от врачей фтизиатров районного уровня, а затем суммируется на областном уровне и передается в Национальный центр фтизиатрии. В ОПМТБ Городской противотуберкулезной больницы (ГПТБ), к примеру, есть два специалиста по детству, которые занимаются детьми из числа контакта – по г.Бишкек и по Чуйской области, они собирают отчеты по контактным детям ежемесячно. По словам респондента, раньше такая практика была только в Городском центре борьбы с ТБ (ГЦБТ), но после объединения ГЦБТ и ГПТБ, отчеты по Чуйской области также стали собираться ежемесячно, еще до введения новой отчетной формы по ПЛТИ.

«Когда нас объединили, я попросила и по городу, и по области собирать отчеты ежемесячно. Так собирать информацию проще, и годовой отчет не нужно высчитывать, информация уже готовая. Все данные теперь мы собираем ежемесячно» (Респондент г.Бишкек, медицинский сотрудник)

В ходе интервью респонденты упомянули только 2 учетно-отчетные формы, в которых фиксируется информация по лицам из числа контакта. В первую очередь, это форма ТБ06, которая сдается в НЦФ областными центрами борьбы с ТБ ежеквартально спустя квартал после завершения отчетного периода. В этой форме фиксируется общее количество домашних контактных лиц за отчетный период с указанием количества контактных с БАК+ больными ТБ и ЛУ больными ТБ, количество обследованных контактных за отчетный период, а также количество выявленных активных ТБ случаев среди контактных лиц, количество подлежащих ПЛТ с указанием количества тех, кому был назначен курс ПЛТ, а также количества начавших и завершивших лечение ПЛТ.

Национальный центр фтизиатрии ввел еще одну дополнительную учетно-отчетную форму отдельно по учету ПЛТ, которую областные центры борьбы с ТБ начали заполнять с августа 2024г. В этой форме количество выявленных ТБ пациентов и их контактных лиц указывается с учетом возрастных категорий: 0-1, 2-4, 5-12, 13-14, 15-17 лет, 18 лет и старше. Эта форма также заполняется на районном уровне, суммируется на областном уровне и направляется в НЦФ ежемесячно 25 числа текущего месяца за каждый прошедший отчетный месяц. В данной форме также указывается количество выявленных ТБ пациентов за месяц с указанием количества БАК+ ТБ случаев, количества контактных лиц, и сколько из них было обследовано, выявлено ТБ случаев, подлежало ПЛТ, назначено ПЛТ, начали ПЛТ с указанием схем лечения.

Респонденты высказали неоднозначное отношение к новой форме по ПЛТ. С одной стороны, респонденты импонируют тому, что наконец появилась отдельная, простая в заполнении форма, где фиксируется информация отдельно по контактным. С другой стороны, не для всех фтизиатров эта форма удобна в заполнении.

«НЦФ прислали новую отчетную форму, по ней мы отчитываемся, уже заполнили август, сентябрь, октябрь. В этой форме мы регистрируем сначала тех пациентов кто заболел, индексный случай, и обследуем их контакты. За октябрь мы будем отчитываться в ноябре до 25 числа. Новая форма очень удобная, она по месяцам, она мне нравится» (Респондент Иссык-Кульской области, медицинский сотрудник)

«...Всего сколько пациентов за месяц мы взяли, перечень контактных, формы устойчивости, сколько подлежит профилактике, сколько получили - это удобно, сразу все видно по возрастам... Я собираю эту форму с районов, и сижу и каждого расспрашиваю. Первоначальные таблицы были очень длинные, там неудобно было работать. В прошлом месяце нам прислали новую форму, укороченную, более удобную» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

«Есть другая форма - заполняется ежемесячно, это новая форма, мы еще не

консолидировали эти формы. Есть свои плюсы и минусы. Там слишком все разделено по возрастам. Можно было сделать только 0-5 лет, 5-14 лет и с 15 и более и все. А там разделили прям по кусочкам. Многим нашим фтизиатрам это не нравится» (Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)

Все респонденты отметили, что в учетно-отчетных формах всегда существует количественная разница между показателями «Подлежит ПЛТ» и «Назначили ПЛТ» которая представляет собой количество пациентов, которые еще не успели пройти обследование или же отказались от лечения. В случае отказа от лечения родитель или опекун ребенка должен написать «отказную» справку с указанием того, что отказ является добровольным, и никаких претензий к врачу родитель/опекун не имеет. Отвечая на вопрос о количестве отказавшихся от лечения, респонденты всех областей подтвердили, что это единичные случаи и массового характера они не имеют. Некоторые респонденты заметили, что иногда разница между показателями «Подлежит ПЛТ» и «Назначили ПЛТ» значительна не из-за количества отказавшихся, а из-за путаницы в заполнении формы. Согласно одному из респондентов, в показатель «Подлежащие ПЛТ» были включены только дети с положительной пробой Манту до 2 квартала текущего года. Однако, со второго квартала 2024г. в данный показатель начали включать детей до 5 лет с отрицательной пробой Манту, которые были в контакте с легочными БАК+ ТБ пациентами и должны получать ПЛТ независимо от результатов пробы Манту. А разрыв между «Подлежащие ПЛТ» и «Назначили ПЛТ» существовал, потому что врачи-фтизиатры не назначали ПЛТ детям до 5 лет с отрицательной пробой Манту.

« В отчетных показателях был разрыв между количеством «Подлежащие ПЛТ» и «Назначили ПЛТ», потому что наши фтизиатры не назначали профилактику детям до 5 лет с отрицательной пробой Манту, хотя по новому руководству должны, оставили под наблюдением. Врачи еще не до конца поняли и обучились новому руководству» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

«В отчетной форме в графе "Подлежит ПЛТ" указываются также дети до 5 лет с отрицательной пробой Манту, а также контактные ПЛУ и МЛУ, которым по новому руководству должно назначаться профлечение, но мы пока не назначаем, поэтому есть разница между "Подлежит ПЛТ" и "Начал лечение"» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

Респонденты считают, что нужно унифицировать и доработать отчетные формы по контактным с указанием более детальной информации, такой как даты и результатов обследования, даты начала лечения и указанием причин, если лечение не начато, добавить исходы (завершил, потерян для наблюдения, прервал и т.д.). Респонденты подняли вопрос о том, где фиксировать тех пациентов, которые прошли обследование и начали лечение позже отчетного периода. Было высказано предложение добавить графу «Начавшие (предыдущий месяц)».

«С данными у нас путаница. Всегда есть разница между количеством подлежащих ПЛТ и количеством начавших лечение. В отчете непонятно по какой причине оставшиеся не начали, поэтому возникают вопросы» (Респондент г.Бишкек, медицинский сотрудник)

«Когда мы готовимся к отчетам, они (НЦФ) хотят, чтобы мы в этот же квартал сразу назначали детям до 5 лет контактными с БАК+ ТБ. До 5 лет прям 100% нужно назначать. Но у нас родители не всегда могут в тот же квартал успеть пройти обследование, тем более если выявили в конце квартала, как мы можем детей поставить в тот же квартал на химиопрофилактику» (Респондент Чуйской области, медицинский сотрудник)

«Бывает так, что пациент живет в одном районе, а работает в другом и наблюдается в третьем. Бывает что вообще в другой области прописан и выявлен» (Респондент г.Бишкек, медицинский сотрудник)

Еще один проблемный вопрос, который подняли респонденты – это отсутствие информации по мониторингу контактных лиц. А именно, респонденты отметили, что контактные лица должны находиться под наблюдением в течение 2-х лет. Учетные формы только содержат информацию о выявлении индексного случая и перечне контактных, связанных с этим случаем. Но если у контактного выявляется активный процесс через некоторое время после обследования, респонденты недоумевают в какой форме это указывать. Также, по словам респондентов, нигде не фиксируется получение и прием препаратов контактными лицами. В карточке указывается только дата назначения, название препарата и дата завершения лечения.

«Если в течение 14 дней у контактных активных процессов нет, мы ставим 0. А через полгода может быть выявлен активный процесс. Эта информация уже нигде не учитывается, и мы не знаем где ее указывать. Нужно скорректировать эту форму. В электронной базе все случаи конечно указываются, но в отчете ПЛТ нет» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

Говоря об электронной базе ТБ-01 при диагнозе ТБ, один из респондентов указал на недоработку, связанную с введением ИНН в базу. Так как среди количества пациентов, растет число иностранных граждан, а именно граждан СНГ, Пакистана, Афганистана, Индии и Китая, возникает проблема с оформлением таких пациентов в базе данных. В основном граждане иностранных государств имеют документы на иностранном языке, которые требуют перевода. А их ИНН, как правило, имеет меньшее количество цифр в своем составе, а не 14, как принято в нашей стране. В этом случае с оформлением ФОМС им помогают кейс менеджеры. Бывают случаи, когда контактными являются дети без документов. В этом случае, родителей все же просят восстановить или запросить документы на ребенка с указанием ИНН. Лечение ребенку выдается своевременно, однако ИНН в базе указывается после момента регистрации самого пациента. В этом случае, из-за трудности во введении ИНН в электронную базу данных из-за меньшего количества цифр или его введения после момента регистрации самого пациента, врачи-фтизиатры не

справляются самостоятельно без помощи IT-специалистов Национального центра фтизиатрии.

Несмотря на озвученные замечания, респонденты г.Бишкек и Чуйской области заявили, что активно взаимодействуют с НЦФ по устранению недоработок и пересмотру учетно-отчетных форм с учетом необходимых корректировок и исправлений.

«В последний месяц через ГПТБ НЦФ присылает нам различные красочные таблицы. Они (НЦФ) сказали, что пробуют давать разные таблицы нам, чтобы посмотреть, что у нас получится или не получится. Там есть деление по возрастам (в новой форме ПЛТ). Мы сказали нам неудобно так вести. Нам сказали, что пока просто пробуем» (Респондент Чуйской области, медицинский сотрудник)

Барьеры для эффективной реализации ПЛТБИ с точки зрения пациента:

Респонденты перечислили следующие трудности, с которыми сталкивается пациент при диагностике ТБИ и назначении ПЛТ, которые могут влиять на решение пациента о приеме препаратов ПЛТ:

1. Затрудненный алгоритм сдачи анализов

Как уже было упомянуто в отчете, порой проходит 1-2 месяца с момента первичной консультации врача до назначения ПЛТ. Такой длительный промежуток объясняется тем, что пациентам зачастую необходимо пройти *сложный маршрут при диагностике ТБИ*. Прежде чем назначить ПЛТ, семейный врач назначает детям ряд анализов, таких как общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), проба Манту, рентген, срединная томограмма (если есть показания), анализ промывных вод желудка/стул-тест. Анализы ОАМ и ОАК сдаются в ГСВ по месту проживания, если в ГСВ имеется лаборатория. Если такой привилегии нет, родителям необходимо рано утром доставить детей на голодный желудок в районный ЦСМ, который не всегда расположен близко к дому. Со слов кейс менеджера, в большинстве ЦСМ по утрам имеются очереди для сдачи подобных анализов:

«Если у пациента есть машина - это очень хорошо. Если нет, со всеми детьми нужно ехать в центральную поликлинику для сдачи анализов с утра пораньше. Там огромная очередь. Например, в Сокулук до драки иногда доходит. Для ТБ пациентов теперь выделили отдельный день - четверг, чтобы они приходили и сдавали все свои анализы... А чтобы сдать рентген иногда больше суток стоят в очереди, или уходят в частные клиники.» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

Для родителей грудных детей очень сложно собрать ОАМ, на данный анализ также уходит время. После личного осмотра, детям назначается проба Манту. Обычно, одна ампула рассчитана на 4-5 детей. Т.е. прежде чем вскрыть ампулу, врачи набирают нужное количество детей, на что также может уйти до 2 недель. Респонденты отметили, что введение стул-теста является очень полезной практикой и облегчает задачу родителям, так как не всегда у маленьких детей возможно собрать мокроту. Но если врач все же назначает вместо анализа мокроты, собрать промывные воды желудка, это является проблемой, так как районные поликлиники не всегда соглашаются на такой анализ из-за боязни некорректно провести процедуру и повредить легкое ребенка. В итоге, пациентов

направляют в НЦФ для прохождения данной процедуры.

«Я лично договаривалась с НЦФ. Рано утром мама с 3 детьми приехала в НЦФ сделать одному из них промывные воды, так как никак невозможно было мокроту собрать. Ее начали отправлять из одного отделения в другое. В итоге, 3 дня она ездила, и ее отправили обратно в сельскую хирургию. Она потратила деньги на такси и свои нервы. В итоге, ничего не сдала, развернулась и уехала. Очень много пациентов не сдавали такие анализы с маленькими детками. Наконец-то ввели стул-тест» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

Ситуация ухудшается еще и тем, что зачастую в семьях из отдаленных районов имеется по несколько детей, в том числе малолетнего возраста, которых необходимо обследовать. А если индексным случаем является мама, которая обычно несет ответственность за детей, и при этом она болеет ТБ и имеет плохое самочувствие, то сдать анализы с несколькими детьми рано утром на голодный желудок в одном месте, пройти рентген в другом месте, срединную томограмму в третьем, а консультацию в четвертом, отстоять все очереди в отсутствие хороших условий в зонах ожидания, а иногда и в отсутствие самих зон ожидания, является крайне сложной задачей.

2. Низкий уровень владения информацией о купировании нежелательных явлений и ведении ТБ пациентов в ГСВ отдаленных районов

Пациенты, которым все же удалось пройти обследование до конца и которым было назначено ПЛТ, находятся в ведении районных ГСВ или ЦСМ. Обычно, пациенты на ПЛТ чаще контактируют с медсестрами, которые выдают им препараты. По наблюдениям кейс менеджера, медсестры в центральных ЦСМ и ГСВ более обучены и владеют информацией относительно ведения пациентов с ТБ и ТБИ, нежели чем медсестры периферийных ГСВ. В отдаленных районах медсестры, плохо владеющие информацией, зачастую не могут ответить на вопросы пациента о ТБ. В частности, если у пациента возникают нежелательные явления, и он не получает качественной консультации относительно их купирования, возникает вероятность того, что пациент откажется от приема противотуберкулезных препаратов, либо препаратов ПЛТ.

«Если пациент живет подальше от центрального ГСВ, например, в таких поселках как Чалдовар, Камышановка, там сложнее, медсестры и врачи плохо владеют информацией. Когда, например у пациента возникают нежелательные явления, они не знают, что и как делать. Говорят, пациенту терпи и пей. Только, когда пациент уже несколько месяцев, как оторвался от лечения и не принимает препараты, только тогда фтизиатр узнает об этом. Мы начинаем возвращать пациента в экстренном порядке» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

3. Отказ от прививок БЦЖ или от лечения ТБ и ПЛТ по религиозным убеждениям

На вопрос об отказе от лечения по религиозным убеждениям практически все респонденты отметили, что такие случаи имеют место во врачебной практике. Однако, относительно ПЛТ проблема отказа от лечения по религиозным убеждениям не носит массового характера. Однако, есть семьи, которые отказываются от всяческих прививок по

религиозным убеждениям, в том числе и от прививки БЦЖ.

«Увеличивается число верующих людей, которых сложно убедить делать вакцины и принимать препараты, никакими доводами их не убедить. Мы стараемся обучать имамов, просим их говорить о таких проблемах с прихожанами, но и самих имамов сложно убедить. Поэтому у нас увеличивается количество отказов от БЦЖ, от всех вакцин, этот вопрос надо как-то решать» (Респондент Баткенской области, медицинский сотрудник)

Бывает, что отказываются от прививок не только по религиозным убеждениям, но и по причине «сарафанного радио» об осложнениях после прививок. В этом случае врачи стараются найти подход к пациентам, например на беседы с «покрытыми» женщинами ходят только врачи женского пола, и объяснить, что получение лечения должно восприниматься как благо, а отказ от лечения – это умышленный вред здоровью ребенка, что является грехом. Также, респонденты предположили, что необходимо проводить информационную работу с Имамами, которые в свою очередь умеют и могут правильно доносить информацию до населения, посещающего мечети. Такая работа должна быть включена в межведомственные планы по борьбе с ТБ, а Казыят должен входить в состав областной координационной комиссии по вопросам охраны здоровья населения.

«Особых проблем, связанных с отказами, в том числе и по религиозных убеждениям, нет. Таких отказов очень мало. У нас есть межведомственный план действий по борьбе с ТБ по области. Туда входит местный Казыят. Все структуры координируют свои действия и работают сообща. Этот план утверждает губернатор области. у Казыята есть мероприятия, которые они выполняют - например, беседы по профилактике ТБ и приверженности к лечению, которые они проводят во время Жума Намазов. Если у нас есть какие-то проблемы, связанные с религиозными убеждениями, мы к ним обращаемся. Но в целом отказников от вакцинации у нас очень мало» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

4. Трудовая миграция

На регулярный прием препаратов и вероятность прерывания лечения влияет состав семьи и решение родителей отправиться в трудовую миграцию. Отсутствие родителей из-за трудовой миграции играет большую роль при принятии решения о начале лечения ПЛТ. Если ребенок в семье находится на попечительстве дедушек, бабушек, тетей и дядей, когда родители пребывают в трудовой миграции, решение о лечении принимают попечители, иногда отказываясь от него без объяснения причины, или же по причине отсутствия каких-либо документов, идентифицирующих ребенка. Респонденты отмечают, что в таких семьях попечители менее мотивированы в обследовании ребенка, а также менее заинтересованы быть ответственными за прием препаратов. С другой стороны, бывают ситуации, когда лечение ПЛТ было назначено в присутствии родителя, а затем семья принимает решение о временном пребывании за границей или в другой области. В этом случае родитель часто забывает обсудить этот вопрос с врачом, отправляется в поездку, не обращая внимания на

отсутствие препаратов на длительный срок, что приводит к прерыванию лечения.

«Если есть родители, которые следят за детьми и контролируют прием препаратов - отрывов будет гораздо меньше, чем в семьях, где родители в миграции, а за детьми присматривают бабушка или дедушка, например, которые принимают решение по приему препаратов. В такой ситуации есть риск нарушения регулярности или прерывания приема препаратов» (Респондент Ошской области, медицинский сотрудник)

5. Недоверие к врачу и диагнозу.

Другая причина потенциального отказа от лечения ПЛТ и лечения ТБ, о которой упомянули респонденты – это недоверие к врачам. По мнению одного из респондентов, это происходит от того, что, благодаря техническому прогрессу, практически в каждой семье есть мобильное устройство и доступ к интернету, где пациенты черпают информацию о своем диагнозе, противотуберкулезных препаратах и возможных побочных явлениях. Вместо того, чтобы прислушаться к рекомендациям врача, пациенты начинают перепроверять свой диагноз в разных медицинских учреждениях и проводить время в открытых интернет-источниках или форумах. Начитавшись информации о всевозможных побочных явлениях от препаратов, пациенты склонны сомнительно относиться к назначениям врача о ПЛТ, считая, что если ребенок здоров и ничем не болен, то нет никакой необходимости в приеме столь пагубных лекарственных средств. Респонденты отметили, что зачастую решение о приеме препаратов ребенком принимает отец семьи, у которого уровень доверия к врачам оставляет желать лучшего.

«У нас менталитет такой, что некоторые граждане не пускают наших специалистов домой, угрожают даже. По религиозным, по менталитетным, по авторитарным, по разным причинам. По поводу ПЛТ, часто говорят, наш ребенок нормальный, здоровый, не собираемся принимать никакие вещества. Просто от непонимания. В прошлом году пришлось, например с милицией обследовать один очаг, потому что отец был неблагополучный, алкоголик. В семье из 4-х девочек заболели 2, отец отказывался пускать, пришлось через милицию обследовать» (Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)

В таких случаях респонденты отметили, что стараются разъяснить родителю, что если ребенок заболеет, будет сложнее его лечить, придется пить больше препаратов, и срок лечения может оказаться более длительным. Респондент Джалал-Абадской области порекомендовал проводить качественные беседы с родителями с акцентом на важность приема препаратов ПЛТ, последствиях отказа от приема лекарств и приоритетность здоровья ребенка.

«Бывает, что в семье все решения принимает мужчина, который не понимает важность, и отказывается от прививок, пробы Манту и лечения. Когда пишут отказную, часто решение принимает отец, считая, что ребенок не болен активным ТБ, значит он здоров, и зачем тогда принимать лекарство, если можно правильно питаться

и не заболеть. В самой справке причину не указывают, но возможно стоит для нашего учета. Наши врачи все же стараются мотивировать, объяснять о причинах, если вдруг заболит» (Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)

6. Длительность и форма приема препаратов

Все респонденты отметили, что одним из важных факторов, влияющих на принятие решения о приеме ПЛТ, является длительность лечения. До принятия нового Руководства по ПЛТ стандартная схема лечения представляла собой 6-месячный режим ежедневного приема пациентом изониазида. Родитель/опекун забирал препараты у медсестры в ГСВ еженедельно, самостоятельно контролируя прием препарата. Респонденты отмечают, что некоторые пациенты принимали препарат 2-3 месяца, а затем прерывали по разным причинам – переезд или временное пребывание за границей, побочные явления, прерывание из-за длительности и т.д. Получение новых комбинированных препаратов позволит разрешить данную проблему, так как новые режимы включают в себя новый препарат рифапентин, который в сочетании с другим препаратом изониазидом, предоставляет возможность пациентам принимать краткосрочный курс лечения в течение 1-го или 3-х месяцев по 1 таблетке в неделю. По мнению респондентов, это повлияет на принятие решения о приеме ПЛТ, а также сократит количество отрывов. Однако, респонденты выразили обеспокоенность относительно возможных побочных явлений от приема новых препаратов и необходимость наблюдения за пациентами, которые будут принимать новые схемы лечения.

*«Хоть схемы лечения и короче, но препараты комбинированные, не знаем пока будут отказы или нет, нужно понаблюдать как пациенты будут на них реагировать»
(Респондент Ошской области, медицинский сотрудник)*

Помимо длительности лечения, существует еще одна трудность - отсутствуют специальные детские водорастворимые дозы, которые хорошо всасываются, или дозы в виде детских сиропов, приятных на вкус. Препараты ПЛТ существуют в виде таблеток, от них у детей часто возникают тошнота и рвота. Сроки приема препаратов, формы лекарства, дозировки - все это влияет на принятие решения о приеме ПЛТ.

7. Финансовая нагрузка

Среди сложностей, которые испытывает пациент при диагностике ТБ, респонденты отметили финансовую нагрузку. По словам респондента Ошской области, например, если есть необходимость пациенту пройти компьютерную томограмму, она есть только в Оше и Кадамжае. На данный момент нет бесплатного КТ для пациентов при диагностике ТБ. Стоит такая процедура до 3000 сом, и не все родители могут себе позволить ее оплатить. По утверждению врача, ее назначают не всем, а только тем пациентам, у которых возникают сложности с определением диагноза по рентген-снимку. Но даже независимо от необходимости пройти КТ, пациенты испытывают экономическую трудность, связанную с прочими анализами и транспортными расходами.

«Надо сказать о финансовой нагрузке, обследование все платное, в семье ни один ребенок в основном, а еще и есть взрослые, которых надо обследовать. Они целой толпой проходят диагностику. Все за счет родителей, кроме мокроты и стул теста. А еще же хотят и перепроверить, ходят в частные клиники» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

Барьеры для эффективной реализации ПЛТБИ с точки зрения противотуберкулезной службы:

1. Скрытие контактных из-за боязни осуждения обществом

Как только медицинское учреждение выявляет ТБ пациента, поступает извещение в СЭС. После того, как СЭС проводит эпидрасследование в течение 14 дней, список контактных лиц поступает семейному врачу, который в свою очередь должен вызвать всех на обследование. Но как только дело доходит до близких контактов, пациент старается их скрыть с целью избежать осуждения со стороны общества, поэтому обследоваться приходят только домашние контакты.

«Другая проблема: в начале этого года я работала в НПО Антистигма. Основная обязанность была - работа с контактными. По своему опыту могу сказать, как только выявляется ТБ больной, пациенты сразу же становятся одинокими, сиротами, нигде не работающими. Пациенты боятся огласки и осуждения. СЭС конечно требуют. Если пациента не взяли на лечение, сразу выписывают штрафы ГСВ. ГСВ пишут объяснительные, что вызывали, например, а люди не идут на обследование. Приходит минимальное количество людей» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

По мнению респондента Нарынской области, одна из основных проблем для сотрудников противотуберкулезной службы – выявить контактных. По показателям НЦФ, на 1 индексный случай должно приходиться 5-6 контактных лиц. Однако, по республике данный показатель в среднем составляет 2,5. По внутренним показателям НОЦБТ обследуются 100% контактных лиц, потому что в учетно-отчетных формах в расчет берутся только семейные контакты, близких же контактов скрывают из-за осуждения болезни ТБ.

«Бывает, что индексный случай, пациент утверждает, что вообще нет контактных. Если заболел ТБ, пациент предпочитает регистрироваться не по месту проживания, чтобы его никто не видел и не знал» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

Эту проблему стараются решить через установление доверительных отношений во время беседы между штатным эпидемиологом НОЦБТ и пациентом.

2. Отсутствие единого подхода у врачей при назначении ПЛТ.

При проведении глубинных интервью всем респондентам-представителям противотуберкулезной службы был задан вопрос относительно критериев для внесения пациента в «Подлежащие ПЛТ» в учетно-отчетной форме и назначения ПЛТ. Выяснилось, что одни респонденты строго придерживаются стандартов нового руководства и назначают

ПЛТ детям до 5 лет из числа контакта с БАК+ легочным ТБ пациентом, другие же назначают ПЛТ только детям с положительным результатом пробы Манту.

«Обнаружила что, например, в Кара-Буре, 2 детям назначили, а одному нет с одной семьи. Оказалось, что у одного была отрицательная проба Манту, поэтому врачи не назначили. В Бакай-Ате 2 детей не получали из тех, кто должны были получить. Хотя проба Манту и отрицательная, но им положено. Есть же протокол, детям до 5 лет, контактными легочного БАК+ ТБ, независимо от пробы Манту, должны были назначить химиопрофилактику.... А так у нас дети все получают пробу Манту. Просто наши фтизиатры не назначили химиопрофилактику тем, у кого проба Манту до 5 лет была отрицательная, т.е. контактные пациентов с легочным БАК+ ТБ. Назначили только тем, у кого проба Манту была положительная. Раньше так было. Наши фтизиатры остались с этим образом мыслей, это плохо конечно. Мы на консилиуме переговорили, я показала им протокол, что должны назначить химиопрофилактику» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

Пациенты часто не доверяют семейным врачам из ГСВ и обращаются в НЦФ для перепроверки диагноза. Из-за путаницы представлений врачей о назначении ПЛТ, пациенту дается двоякая информация. С одной стороны районный фтизиатр назначает ПЛТ, а с другой стороны врач НЦФ отменяет назначение, что дает почву пациенту для недоверия врачам противотуберкулезной службы в целом. Например, кейс менеджера Чуйской области сопровождала несколько пациентов в НЦФ, когда им отменили назначение ПЛТ районного фтизиатра:

«В НЦФ иногда врачи говорят пациентам с внелегочным ТБ, что их контактными не нужно принимать никакие препараты ПЛТ, даже несмотря на то, что у детей положительная проба Манту и есть показания по снимку срединной томограммы. Родители отказываются от лечения ПЛТ для детей, и никак не объяснишь, что ребенок мог где то еще контактировать. На моей памяти было несколько таких случаев» (Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

3. Отсутствие необходимого оборудования для обследования контактных.

Респондент Нарынской области пожаловался на отсутствие томографа в Нарынской области. При необходимости более детального обследования после прохождения рентген снимка, пациентов со спорным диагнозом приходится направлять на томографию в Бишкек в НЦФ. Такое направление выдается только контактными легочных БАК+ ТБ пациентов с положительной пробой Манту. Данная процедура в НЦФ для таких пациентов бесплатна, но пациент вынужден тратить свое время и транспортные расходы на поездку в Бишкек. Транспортные расходы могут быть возмещены пациенту, но уже после того как поездка была завершена. Многие пациенты жалуются на отсутствие средств для покрытия таких расходов, даже с учетом того, что они будут возмещены. И только после проведения беседы о важности обследования и долгих уговоров, пациенты соглашаются на поездку.

«Дорожные расходы мы сами оплачиваем. По закону о защите населения МСУ должны

им оплачивать транспортные расходы. Но, тем не менее, дорожные расходы - это проблема. Пациенты должны ехать на свои деньги, а уже потом по предоставлении справки им возмещают. Было бы хорошо, если бы им выплачивали средства сразу. Из-за этого бывают отказники, у которых нет средств на транспортные расходы. Но мы объясняем важность, уговариваем. Они занимают и едут» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

4. Отсутствие контроля за приемом препаратов ПЛТ.

Все респонденты отметили, что медицинским сотрудникам сложно контролировать прием препаратов ПЛТ. С одной стороны, родители сами должны нести ответственность за здоровье своих детей. Лекарства выдаются родителям на руки еженедельно медсестрой ГСВ, и каждый родитель сам решает выдавать препараты ребенку или нет. Медицинский сотрудник никак не может проверить регулярность приема препаратов. Однако, ввиду того что есть родители с религиозными установками, равнодушным отношением или недоверием к диагнозу, медицинские сотрудники высказывают мнение о необходимости внедрения видео-контролируемого лечения, подобно той практике, которая уже существует для контроля за лечением ТБ пациентов. Более затратной альтернативой для контроля за ПЛТ может стать детский стационар, где дети полноценно смогут получать препараты и все необходимые для скорейшего выздоровления медицинские услуги.

«Если бы это было в стационаре, дети бы под наблюдением принимали лекарства и витамины, как положено. А сейчас все препараты дома принимают, тем более за ними наблюдают семейные врачи, а не фтизиатры. Если только у пациента возникают жалобы, его направляют к фтизиатру. Когда речь идет о контролируемом видеонаблюдении в случае ТБ пациента, он как положено принимает препараты амбулаторно. С химиопрофилактикой из-за этого сложнее» (Респондент Ошской области, медицинский сотрудник)

5. Недостаточное вовлечение СЭС в отдельных районах

Респондент Иссык-Кульской области пожаловалась на недостаточное вовлечение СЭС в работе с контактными лицами. По словам респондента, эпидемиологическим исследованием и составлением списка контактных лиц должна заниматься именно СЭС, однако часто эта задача ложится на плечи семейных врачей и врачей-фтизиатров. По мнению респондента, СЭС должна выявлять не только домашних контактов, но и близких – соседей, родственников, ближайшие учреждения, которые мог посещать пациент. Однако, во многих районах Иссык-Кульской области, СЭС не только не проводит эту работу, но и просто собирают сведения у врачей-фтизиатров без посещения очага.

«Например в Балыкчы, СЭС не ходит по контактным, просто берут всю информацию о близких и родственниках в тубкабинете и на этом заканчивают свою работу....Кадыров с нас требует, чтобы на 1 индексный случай обследовали 6 контактных, у нас так не выходит» (Респондент Иссык-Кульской области, медицинский сотрудник)

6. Недостаток средств на покрытие транспортных расходов областного центра борьбы с ТБ

В Нарынском областном центре борьбы с ТБ существует хорошая практика – в центре имеется штатный эпидемиолог, который проводит работу с контактными и взаимодействует с СЭС, о котором отмечалось ранее в отчете. Сотрудники центра довольны работой штатного эпидемиолога, подчеркивая, что теперь им не приходится ожидать, когда очаг посетит районный СЭС и проведет свою работу, а далее передаст дело в ЦСМ или ГСВ. Но на оперативность работы эпидемиолога влияет одно обстоятельство – отсутствие транспортных расходов на посещение очага. В Нарынской области есть много отдаленных сел. Эпидемиолог имеет возможность посетить очаги в труднодоступных селах только тогда, когда сотрудники центра выезжают на мониторинг в районы. Этот мониторинг осуществляется один раз в квартал, соответственно и возможность посетить труднодоступные села и провести эпидрасследование для эпидемиолога выпадает тоже один раз в квартал. По правилам, эпидемиолог должен посетить очаг в течение 3 дней, а работа с контактными должна быть осуществлена в течение 14 дней после выявления ТБ случая. Однако, из-за отдаленности сел и отсутствия транспортных расходов для эпидемиолога, эти сроки соблюдать не получается.

Подводя итоги данного раздела, следует отметить, что все респонденты подтвердили, что отказ от лечения ПЛТБИ не является проблемой в областях и г.Бишкек. В целом, можно говорить о 2-х типах отказа: первый тип – это люди, которые отказываются проходить обследование для назначения ПЛТ, и проблема кроется во всех перечисленных трудностях, с которыми сталкиваются пациенты на данном этапе. Второй тип – те, кто уже обследовался и отказывается от лечения ПЛТ, заполняя отказную форму. Здесь речь идет о единичных случаях. Главная проблема кроется в поиске контактов и мотивировании их пройти обследование.

«Отказавшихся от ПЛТ лечения у нас нет. Бывает, что отказываются от обследования, но мы уговариваем, проводим беседу» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

«У нас среди детей отказников нет, которые не получили пробу Манту, потому что пробу делают по месту проживания. А есть отказники среди взрослых, которые отказываются пройти рентген. А от химиопрофилактики родители только одного ребенка отказались. Даже при разговоре с этим пациентом он полностью еще не осознает, что он заболел. Он, конечно, лечение уже получил и закончил. Я с ним поговорила по телефону и поняла, что у него есть сомнения по поводу своего диагноза и своей болезни» (Респондент Таласской области, медицинский сотрудник)

«В прошлом году у нас не было отказников, когда были 6-тимесячные режимы. Все соглашались пить препараты. По новым препаратам еще нет данных по отказам. По старым схемам отказов нет, дети получали изониазид без отказов» (Респондент Ошской области, медицинский сотрудник)

«У нас есть отказники от лечения ТБ. Пациенты не принимают свой диагноз, говорят, что чувствуют себя хорошо, и в роду у них никогда не было ТБ. Приходится объяснять, что ТБ может заболеть любой и в любой момент. Но если с пациентом качественно побеседовать, то можно убедить, нужен индивидуальный подход. По ПЛТ у нас нет

3.2.3 Рекомендации респондентов по расширению ПЛТ:

Чуйская область и г.Бишкек:

Респонденты отметили, что необходимо провести **дополнительное и более подробное обучение по новому руководству по ПЛТ**, несмотря на то, что НЦФ проводило однократное обучение для каждой области, которое было охарактеризовано как «поверхностное». Обучение по новому руководству необходимо провести с привлечением врачей СЭС, врачей-фтизиатров, семейных врачей и семейных медсестер, так как медицинские работники еще не полностью адаптировали новые рекомендации в отношении назначений ПЛТ. Респонденты ожидают, что обучение будет включено в новую фазу проекта USAID.

Было рекомендовано фтизиатрам как можно чаще проводить мониторинги ГСВ и проверять работу в отношении пациентов на ПЛТ. Также необходимо **пересмотреть формат мониторинга** ГСВ и тубкабинетов. Со слов респондентов, мониторинг в основном представляет собой проверку на ведение инфекционного контроля в медицинском учреждении и носит больше формальный характер, не затрагивая вопросы обсуждения трудностей в работе с пациентами. Рекомендуется при проведении мониторинга проводить качественные беседы с медицинскими сотрудниками относительно проблем, с которыми они сталкиваются в рутинной работе с акцентом на проработку решений.

Помимо мониторинга, который воспринимается сотрудниками в качестве карательного инструмента, нужно ввести **систему поощрений** для медицинских сотрудников за хорошо выполненную работу. В качестве примера были приведены мотивационные сертификаты, финансовые поощрения, поздравления в честь праздников.

«Даже просто иногда нужно прийти и похвалить... Например, я на день медработника своим медсестрам сделала поощрительные сертификаты, так поздравила, им приятнее работать. Одной медсестре сделали замечание на мониторинге, я пришла, поговорила, объяснила как нужно, через неделю поощрила, теперь она очень хорошо работает» (Респондент г.Бишкек, медицинский сотрудник)

Еще одна рекомендация относится к **проведению обучения для семейных врачей и медсестер по вопросам ТБ на регулярной основе**. Например, в ходе одного из мониторингов ГСВ Ысык-Атинского района было выявлено некорректное заполнение формы ТБ01: отсутствовала информация в обязательных для заполнения полях, а также информация, которая должна заполняться врачами, была заполнена медсестрами ввиду непонимания того, как правильно оформлять данную карточку. Респондент отметил, что обучение в отношении рутинных процессов более эффективно проводить на рабочих местах в интерактивном формате с последующей перепроверкой полученных знаний и сбором обратной связи. Отдельный акцент в ходе обучения рекомендовано сделать на консультирование пациентов в отношении купирования нежелательных явлений от

приема противотуберкулезных и профилактических препаратов, так как именно из-за некорректного консультирования или отсутствия реакции врачей на жалобы пациентов в отношении побочных эффектов является важной причиной прерывания или отказа от лечения. Особенно остро этот вопрос стоит в отдаленных районах. Также было отмечено, что материал усваивается лучше, когда обучение для женщин проводят тренеры-женщины, объясняя это тем, что большинство врачей и медсестер – сотрудники женского пола, которые стесняются задавать вопросы тренерам мужского пола.

В отношении учетно-отчетных форм, **необходимо пересмотреть и дополнить отчетные формы**, содержащие информацию по контактным лицам. Данные формы должны содержать подробную информацию, включая даты и результаты обследования, перечень причин, по которым пациент не начал лечение или отказался от него, а также добавить в форму графу «Начавшие лечение с предыдущего отчетного периода», либо предложить варианты учета пациентов, которые были зарегистрированы в текущем отчетном периоде, но прошли обследование/начали лечение в последующем отчетном периоде. Необходимо дополнить таблицы исходами по ПЛТ – «потерян для наблюдения», «успешно завершил», «отказ», «переезд» и т.д., чтобы открыв отчет, иметь полное представление о кейсе пациента. Нужно также обязывать пациента указывать причину отказа от ПЛТ при написании им справки об отказе от лечения для ведения учета такого рода.

Была высказана одна рекомендация в отношении ведения электронной базы пациентов. В поле ИНН можно ввести номер, содержащий только 14 цифр, согласно стандартам Кыргызской Республики. Но ТБ болеют не только граждане КР. Электронная база не позволяет вводить ИНН иностранных граждан, который содержит меньшее или большее количество цифр, без помощи ИТ-специалиста НЦФ. **В электронной базе нужно скорректировать поле ИНН таким образом, чтобы врачи могли вводить его самостоятельно без посторонней помощи.**

Самым проблемным моментом для пациента является непосредственно процесс диагностики ТБ и ТБИ, который, по мнению респондентов, имеет наибольшее значение при принятии решения о приеме ПЛТ. Зачастую пациенту необходимо пройти множество диагностических процедур в разных местах. Ситуация значительно осложняется наличием нескольких детей в семье, которым также необходимо сдать перечень анализов и пройти диагностические процедуры на голодный желудок рано утром, ожидая в длинных очередях. Диагностика ТБИ сопряжена с временными и финансовыми затратами, на которые не все пациенты готовы идти. Респонденты считают, что необходимо **создать отдельно детскую консультацию**, где родители с детьми могут пройти консультацию врача, рентген, томографию и все необходимое для назначения ПЛТ в одном месте.

«Было бы хорошо, если бы существовала отдельно детская консультация. Чтобы там был рентген аппарат, томограф, квантиферон. Квантиферон еще нужно ждать целую неделю. И не везде он есть. Если нет, приходится ехать иногда в НЦФ. Если пациент например в Кемине, то ему нужно в 5 утра выехать, чтобы к 8 приехать в НЦФ...Большая проблема, если заболевает именно женщина в семье. Она заболела, а ей еще с детьми нужно пройти обследование. Никому, кроме нее это не надо. Хорошо, если бы все анализы можно было сдать в одном месте»
(Респондент Чуйской области, кейс менеджер)

Процесс назначения ПЛТ затягивается еще и по причине усложненной процедуры вынесения решения о ПЛТ со стороны медицинских служб. Т.е. при выявлении больного ТБ, первым этапом направляется извещение в СЭС. Визит эпидемиолога не всегда осуществляется в течение 3 дней, установленных регламентом. Затем имеет место эпидемиологическое расследование, после которого информация о контактных направляется к семейному врачу. После сбора необходимых анализов, который затягивается пациентами из-за сложности прохождения процедур, результаты направляются врачу-фтизиатру. Врач-фтизиатр выносит кейс на консилиум для обсуждения и вынесения решения по ПЛТ. Если решение спорное, и невозможно прийти к единому мнению, далее пациента направляют на детский консилиум в НЦФ, который проходит 2 раза в неделю. Затем, после завершения обсуждения на детском консилиумом, семейный врач извещается о вынесенном решении, и только тогда процесс назначения ПЛТ завершен. Основная рекомендация в этой сложной цепочке процессов – **упростить алгоритм назначения ПЛТ пациентам и создать условия для комфортного прохождения диагностики ТБ.**

Для расширения выявления случаев ТБ, а следовательно и привлечения контактных к обследованию необходимо усилить **аутрич-работу**. Работникам нужно посещать места с наибольшим риском заболевания ТБ и привлекать людей к прохождению обследования.

«Я иногда думаю на базар что ли выйти и просить обследоваться тех, у кого неважный внешний вид. В Латвии так делают, идут туда, где бесплатно кормят, где бомжи и наркоманы. Группа соцработников с ними заговаривают, пишут жалобы, там же берут мокроту и выявляют. Мне нужен только рентген и анализ мокроты, я без самого больного могу поставить диагноз. А за препаратами - это уже к медсестре в ГСВ, они будут смотреть уже за пациентами, потому что за это они получают за пролеченный случай» (Респондент Чуйской области, медицинский работник)

Очень важно **проводить постоянную информационную работу с населением** на тему снижения стигмы и дискриминации в отношении людей, затронутых туберкулезом. Общество недостаточно осведомлено о природе заболевания и путях его передачи, зачатую демонстрируя свое пренебрежительное и избегающее поведение. Такое поведение демонстрируют не только люди из окружения человека, затронутого ТБ, но и иногда сами медицинские работники. Один из респондентов привел в пример пациентку из Новопавловки, которая, после постановки диагноза ТБ, стала получать гневные сообщения со стороны коллег, которые узнали о диагнозе. В добавок к полученному стрессу, ее врач-фтизиатр настоятельно рекомендовал ей отделиться от ее семьи и малолетних детей, несмотря на БАК «-» результат анализа и срок приема препаратов более 2-х недель. В результате, пациентка обратилась к кейс-менеджеру с просьбой о помощи, испытывая стресс от стигмы и самостигмы, жалуясь на то, что чувствует себя покинутой и одинокой.

На вопрос о наличии информационных материалов, респонденты отметили отсутствие

информационных стендов или каких-либо раздаточных материалов на тему химиопрофилактики, и подчеркнули **необходимость размещения подобных информационных материалов на стендах в ЦСМ, ГСВ, тубкабинетах** с акцентом на критерии назначения и важность приема ПЛТ.

При проведении информационной работы с населением о ТБ и ПЛТ, необходимо сделать акцент на верующей категории населения, которые отказываются от прививок БЦЖ или лечения от ТБ и ПЛТ по религиозным убеждениям и считают, что молитва и посещение мечети является основным условием выздоровления. Респондентами рекомендовано **привлекать имамов для проведения информационных сессий по вопросам ТБ и здорового образа жизни с населением, посещающим мечети.**

Респонденты высказались на тему того, что после прохождения химиопрофилактики **пациенту необходимо обязательно назначать повторное обследование** для того, чтобы проверить, что процесс угас и лимфоузлы пришли в норму.

Один из респондентов пожаловался на то, что медсестры ГСВ не умеют корректно оформлять анализ мокроты. Материал в лабораторию должны приносить сами медсестры, которые часто отправляют самих больных или пациентов с предполагаемым ТБ. Пациенты иногда неправильно собирают мокроту, без инфекционного контроля. **Необходимо провести дополнительный инструктаж по сбору мокроты и процедуре оформления данного анализа.**

Респонденты высказали возмущение относительно системы поощрений семейных врачей за пролеченный ТБ случай, ссылаясь на то, что большую часть работы с пациентами продвигает семейная медсестра совместно с врачом-фтизиатром. **Критерии оценки работы врача и его поощрения за пролеченный случай должны быть пересмотрены.**

«В ГСВ я взаимодействую только с медсестрами, врачи полностью отсутствуют в этой системе. Они просто как в лотерее, у них выпал больной, за которого им оплатят. А потом им 20% дают за пролеченный случай. Мы действуем только с медсестрой. Врач только для названия, что он числится врачом пациента. Дневники мы пишем в базе, общаемся только с семейной медсестрой. Это везде, я еще и в Сокулуке работаю, там врач хоть чуть-чуть совсем вовлечен, но в основном все на медсестре» (Респондент Чуйской области, медицинский сотрудник)

Маленьким детям сложно принимать горькие на вкус препараты, еще и в твердой форме. Респонденты высказались, что прием препарата для маленьких детей был бы значительно облегчен, если бы **препарат ПЛТ выдавался подслащенным в форме детского сиропа.**

Краткосрочные курсы ПЛТ и новые комбинированные препараты являются большим преимуществом при принятии решения о приеме ПЛТ.

Джалал-Абадская область:

Респондентом рекомендовано **пересмотреть Приказ МЗ КР №429 от 13 июня 2018 года и привести его в полное соответствие с новым руководством НЦФ** по профилактическому лечению во избежание разногласий между медицинскими

сотрудниками. Так как Приказ МЗ КР имеет приоритетное значение перед руководством НЦФ, СЭС продолжает следовать приказу в работе с контактными. Однако, противотуберкулезная служба начала ориентироваться на новое руководство по настоятельной рекомендации НЦФ.

Новая ежемесячная форма по ПЛТ нуждается в пересмотре. Респондент похвалил подход НЦФ в ежемесячном сборе информации и мониторинге ПЛТ. Однако, было отмечено, что деление пациентов на множество возрастных групп не является удобной практикой для ведения учета. **Необходимо создать более скомпонованную группировку данных по возрастным категориям – 0-5 лет, 6-14 лет, 15 и старше.** Дополнительно, в форму **необходимо добавить графы для внесения информации по мониторингу выдачи и приема препаратов**, так как в учетно-отчетных формах и электронных базах не фиксируется сколько препаратов пациент уже принял, а сколько пропустил. В учетно-отчетных формах указывается подлежит ли контактный ПЛТ, назначили ли ПЛТ, начал ли прием препаратов и завершил или нет. В формах нет информации относительно приема препаратов и прерывания лечения. С таким учетом областным центрам борьбы с ТБ сложно отчитываться за выданные препараты.

Респондент высказал пожелание закупать дополнительных средств диагностики ТБИ для Джалал-Абадской области, таких как Диаскин тест и Квантифероновый тест, так как это облегчит процесс диагностики, особенно в отношении малолетних детей.

«Если на уровне республики будут закупать и распределять Диаскин тест или квантиферон, было бы хорошо нам иметь такие тесты. Особенно Диаскин тест. Это же подкожный тест, ребенок будет меньше капризничать» (Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)

Респондент Джалал-Абадской области также высказался о необходимости **создания системы поощрения или мотивации врачей-фтизиатров** за хорошую работу, охват, мониторинг и ведение пациентов, возвращение пациентов на лечение. Существующая система поощрений направлена в большей степени на семейных врачей, которые, по мнению респондента, в меньшей степени задействованы в работе с людьми, затронутыми ТБ, чем врачи-фтизиатры или семейные медсестры, и влияет демотивирующе на врачей-фтизиатров. Все респонденты отметили, что люди, затронутые ТБ, контактируют зачастую с семейными медсестрами и фтизиатрами гораздо чаще, нежели чем с семейными врачами.

В отношении пациентов, респондент, наоборот, высказался о необходимости прекращения различных выплат и поощрений со стороны международных организаций и НПО, так как нужно возложить обязанность по обеспечению пациентов в трудной жизненной ситуации продуктами питания, углем или покрытием расходов на электроэнергию на Айыл Окмоту. **Нужно разрабатывать устойчивые программы государственной помощи пациентам вместо одноразовых выплат или поощрений со стороны НПО.**

Необходимо **обучить медицинский персонал, взаимодействующий с пациентами и их окружением качественному консультированию**, в частности, корректному проведению первичной консультации с пациентом и его контактными, обучить

вопросам конфиденциальности диагноза и оказанию психологической поддержки людей, затронутых ТБ.

*«Нужно подходить осторожно. У нас был случай суицида, к примеру, больной повесился. К нему пришли домой, чтобы обследовались контактные. Женешки начали ругаться, что он всех заразит. Он пошел и повесился на яблоне. Поэтому нужно подходить к обследованию контактных очень щепетильно и конфиденциально. У нас у некоторых докторов просто нет желания»
(Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)*

По мнению респондента, один из инструментов мотивации пациента – это хорошая и качественная беседа. Используя правильный и доброжелательный подход, можно найти ключ к каждому пациенту. К примеру, если беседа ведется с женщиной в отношении ребенка, можно сделать акцент на материнских чувствах, объяснить, что в организме ребенка есть инфекция, и нужно позаботиться о его здоровье, начать профилактическое лечение. Если семья верующая, то объяснить преимущества лечения с религиозной точки зрения.

«У нас страдает консультирование в очаге с родителями, нужно научиться находить подходы. Вот у нас фтизиатр педиатр, она многих возвратила на лечение, потихонечку нашла контактных, поставила на ПЛТ. Можно и с религиозной стороны подойти - Аллах дает вам эту болезнь и исцеление от нее, а исцеление приходит путем приема наших препаратов. Если не принимать их - это противоречит принципам Ислама...» (Респондент Джалал-Абадской области, медицинский сотрудник)

Респондент подчеркнул **важность и своевременность введения новых краткосрочных режимов лечения**, так как многие пациенты, принимающие профилактическое лечение жаловались именно на длительность приема препаратов. В Джалал-Абадской области уже запущен процесс перехода на схему 3НР детям до 13 лет, а с 13 лет и старше – на схему 1 НР. Однако, респондент высказал обеспокоенность в отношении режимов для контактных лиц пациентов с МЛУ ТБ. Фтизиатры области выражают разные мнения, относительно назначения левофлоксацина для контактных МЛУ ТБ больных и обеспокоенность, связанную с провоцированием устойчивости к препарату. Назначения всех режимов ПЛТ ведутся через консилиум с учетом возраста пациента.

Основное пожелание, высказанное респондентом в отношении препаратов ПЛТ, касалось препаратов для детей малолетнего возраста. В настоящее время в области отсутствуют быстрорастворимые препараты, комфортные для приема малолетними детьми, в особенности, детьми до 5 лет. Необходимо заказывать быстрорастворимые препараты или препараты в виде сиропа, так как форма препарата также влияет на регулярность или прерывание приема препаратов.

Таласская область:

Респондентом рекомендовано **организовать отдельное обучение по вопросам**

диагностики и лечения детей с ТБ, а также охватить детально тему профилактического лечения с учетом введения нового руководства ПЛТ. В качестве участников тренинга нужно пригласить не только врачей-фтизиатров, но и врачей и медсестер ЦСМ и ГСВ, которые непосредственно ведут пациентов с ТБ и их контактных. После проведения основного обучения, необходимо дополнительно провести серию тренингов на рабочих местах для проверки усвоения материала с подробным разбором отдельных кейсов, назначений режимов лечения, заполнения соответствующей документации и т.д. Респондент высказал пожелание пересмотреть формат тренинга в целом – отказаться от формата привычных тренингов, проводимых в Бишкеке с зачитыванием презентаций и представлением только теоретических данных, и перейти к практическому обучению в областях с визитами на рабочие места и обсуждением реальных кейсов.

Респондент похвалил электронную базу данных пациентов, в частности форму ТБ01, относительно содержания и удобства заполнения. Однако, было отмечено, что электронные отчеты не совпадают с твердыми журналами, заполняемыми врачами-фтизиатрами. В связи с чем, сотрудникам отдела программного менеджмента областных центров борьбы с ТБ приходится ежеквартально наносить визиты в НЦФ в г.Бишкек и привозить твердые журналы и отчетную документацию в отдел мониторинга. Респондент высказал необходимость **создания отчетной системы, позволяющей отправлять всю необходимую отчетную информацию в НЦФ в электронном виде.** Респондент Таласской области также подчеркнул, что действующий Приказ МЗ КР №429 «Инструкция по ведению контактных с больным туберкулезом лиц» не совпадает с новым руководством НЦФ по профилактическому лечению. Это приводит к путанице в работе врачей-фтизиатров, которые привыкли работать в соответствии с Приказом №429, имеющим приоритет над Руководством НЦФ. Было рекомендовано **скорректировать Приказ МЗ КР согласно рекомендациям, прописанным в Руководстве НЦФ по ПЛТ.**

Необходимо проводить информационную работу по вопросам туберкулеза с населением на регулярной основе. По мнению респондента, основные трудности в работе с пациентами возникают от необразованности, незнания или непонимания ситуации. В отношении пациентов, врачам необходимо больше внимания уделять качественной беседе, подробно объяснять информацию, проверяя, что она правильно воспринята адресатом. При необходимости и с согласия пациента, проводить беседы с близким окружением пациента для снижения стигмы в отношении больного, мотивировать близких помогать пациенту и поощрять его успешно завершить лечение, ведь психоэмоциональное состояние пациента играет важную роль в выздоровлении. В отношении социума, необходимо проводить информационные кампании и **привлекать СМИ для более широкого охвата населения.** Например, передавать информацию о ТБ через телевидение, социальную рекламу, поощрять врачей-фтизиатров участвовать на различных телепередачах с акцентом на социально-значимые сообщения о том как важно обследоваться при проявлении симптомов ТБ, принимать препараты без прерывания лечения, поддерживать людей, затронутых ТБ и т.д.

Иссык-Кульская область:

Проводить качественные беседы с родителями детей, подлежащими ПЛТ с акцентом на

важность приема препаратов ПЛТ для избежания развития инфекции и перехода процесса в активную фазу, рассказывать о последствиях отказа от лечения и трудностях, с которыми столкнется семья, если ребенок заболеет ТБ. Для проведения качественных бесед, необходимо **обучить семейных врачей и врачей тубкабинетов навыкам консультирования и оказания психоэмоциональной поддержки пациентам.**

Для достижения показателя обследования 5-6 контактных на 1 индексный случай, необходимо **обязать СЭС активно вовлекаться в процесс выявления контактных лиц** и привлекать к обследованию не только лиц из домашнего контакта, но и близких друзей, знакомых, людей из близлежащих магазинов, учреждений, которые мог посещать больной ТБ.

«Хотелось бы, чтобы в работе с контактными активнее присоединялась СЭС, но они в некоторых наших районах хорошо работают, а в некоторых нет. Они обследуют только семейных контактных, а близких – соседей, родственников - нет. Всю информацию они берут у фтизиатров и семейных врачей. Например в Балыкчы, СЭС не ходит по контактным, просто берут всю информацию в тубкабинете и на этом заканчивают свою работу» (Респондент Иссык-Кульской области, медицинский сотрудник)

Нарынская область:

В Нарынском областном центре борьбы с ТБ имеется **штатный эпидемиолог**. По словам респондента, это уникальная практика, которой нет в других областных центрах. Штатный эпидемиолог качественно и оперативно проводит работу с контактными, а также взаимодействует с СЭС. По словам респондента, благодаря работе штатного эпидемиолога, в Нарынской области выявляются и проходят обследование 100% домашних контактов.

«По нашей практике мы наблюдали, что СЭС просто приходит и уходит, а наш эпидемиолог качественно и тщательно работает с контактными согласно Приказу МЗ КР №429. Есть общий приказ МЗ по оптимизации, в каждый отдел программного менеджмента должен входить штатный эпидемиолог, заведующий отделом, специалисты по ТБ в зависимости от количества населения, лабораторный специалист и ИТ специалист. Неизвестно следуют ли другие области этому приказу, но у нас полностью укомплектован штат. Мы рекомендуем каждой области привлечь в штат эпидемиолога» (Респондент Нарынской области)

Штатный эпидемиолог это успешная практика, которая способствует более быстрому раскрытию и обследованию лиц из числа контакта. Однако, в работе штатного психолога выявлена трудность, которая не может быть разрешена силами областного центра борьбы с ТБ. Дело в том, что, согласно Приказу МЗ КР №429, эпидемиологическое расследование при выявлении случая ТБ должно быть проведено в течение 14 дней, информация передана семейному врачу и врачу фтизиатру, а все контактные лица направлены на прохождение соответствующего обследования. Эти регламентированные сроки успешно соблюдаются в большинстве случаев, исключая труднодоступные или отдаленные районы. **В Нарынском областном центре не**

имеется средств для покрытия транспортных расходов эпидемиолога для посещения очагов в труднодоступных населенных пунктах. В таких случаях, эпидемиолог выезжает с командой мониторинга, который проводится 1 раз в квартал, и, соответственно, сроки проведения эпидемиологического расследования не соблюдаются. Это обстоятельство задерживает весь процесс обследования лиц, затронутых ТБ, и их постановки на учет. Респондент отметил, что **необходимо решить данную проблему** и выделить средства для того, чтобы эпидемиолог мог своевременно проводить работу с контактными лицами.

Из-за боязни осуждения из-за болезни ТБ пациенты часто стараются регистрироваться не по месту проживания, а также утверждают, что проживают одни и контактных лиц не имеют. Только качественная беседа помогает пациенту раскрыться. Иногда даже эпидемиологу не удастся провести такую беседу, и тогда врач фтизиатр старается установить доверительное отношение и выяснить с кем пациент контактирует. Такую работу, по мнению респондента, значительно бы облегчил **психолог**.

«Например, был один пациент, который наотрез отказывался раскрывать контактных. Но мы постарались объяснить серьезность таких последствий, к чему это может привести. Тогда он понял и все рассказал, но на это уходит очень много времени. Обычно в течение 10 дней раскрывают контактных» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

Респондент пожаловался на отсутствие томографа в Нарынском областном центре по борьбе с ТБ. При необходимости проведения такого рода обследования, пациенты вынуждены ехать в НЦФ в г.Бишкек и нести временные и финансовые потери. Такие поездки также отражаются на сроках прохождения обследования и назначении лечения. **В НОЦБТ необходим томограф для избегания дополнительных расходов пациентов, и увеличения сроков диагностирования.** Респондент высказал альтернативную идею заключения партнерского соглашения о сотрудничестве с частными клиниками для предоставления пациентам возможности пройти данную процедуру в частном учреждении при условии покрытия расходов со стороны государства. Однако, центр борьбы с ТБ не имеет права финансировать процедуру, поэтому такого рода договор должен составлять ЦСМ и соответственно покрывать расходы пациентов. Данный вопрос можно обсудить совместно с органами МСУ, у которых, по словам респондента, имеется отдельная статья бюджета на покрытие транспортных расходов семей в ТЖС. Но вместо покрытия транспортных расходов, можно направить средства на покрытие расходов пациента, связанных с КТ, в местном частном учреждении, что позволит сэкономить время и сроки постановки на лечение. Респондент высказал предложение **привлекать НПО для проведения информационной работы с населением**, а также аутрич-работы. По его словам, в других областях имеется такая практика, но в Нарынской области нет НПО, которые занимались бы такой деятельностью.

По мнению респондента, население нуждается в рутинном информировании о ТБ. Для этих целей, в Нарынской области активно популяризируется мобильное приложение One Impact, которое содержит подробную информацию о ТБ, правах пациентов,

медицинских учреждениях, которые занимаются вопросами лечения ТБ, а также через данное приложение можно обратиться к консультанту за помощью. В рамках продвижения этого приложения, пациенты могут получить продуктовый набор и обратиться за психологической поддержкой или юридической помощью. Помимо приложения, НОЦБТ проводит информационные кампании, приуроченные ко дню борьбы с ТБ, включающие информационные сессии о профилактике ТБ среди населения. В дополнение ко всему, НОЦБТ информирует население о ТБ при посещении каждого района интеллектуальным рентгеном. По мнению респондента, этих мер недостаточно, и нужно **усилить информационную работу с населением**.

Необходимо **дополнительное обучение по новому руководству по ПЛТ** для всех районных фтизиатров. Обучение, проведенное НЦФ, респондент считает недостаточным.

Респондент рекомендовал НЦФ **разработать электронную базу по ПЛТ**, в которой содержалась бы информация только касательно контактных лиц с указанием индексного случая, перечня его контактных и подробным описанием взаимодействия с пациентами. В текущих электронных формах содержатся скудные данные по единичному обследованию контактных лиц. Отдельная электронная база ПЛТ должна содержать все историю наблюдения контактных лиц в течение 2-х лет.

«В нашей базе контактные перечисляется и указывается информация по единичному обследованию. А мы должны их наблюдать 2 года. Второе обследование к примеру некуда вводить. Вся информация по мониторингу контактных должна быть также в электронной базе. И нам так от других педиатров легче собирать информацию будет» (Респондент Нарынской области, медицинский сотрудник)

Ошская область:

Основная рекомендация респондента по улучшению работы с контактными лицами – **улучшение наблюдения за пациентами**, принимающими ПЛТ. Семейные врачи должны оказывать своевременное и полноценное консультирование по вопросам ТБ, уметь содержательно отвечать на вопросы пациентов, реагировать на жалобы о побочных явлениях и давать эффективные рекомендации по их купированию. Также врачи должны осуществлять мониторинг за приемом препаратов химиопрофилактики. В данном контексте, возможно необходимо рассмотреть **внедрение видеоконтролируемого лечения** для удостоверения в своевременности и регулярности приема препаратов пациентом.

Так как на профилактическом лечении в настоящее время находится детское население, респондент указал на **необходимость организации детского санатория для пациентов, принимающих препараты ПЛТ**. По словам респондента, родители не отказываются от лечения, но регулярность приема и сам факт приема препаратов остается под вопросом, так как врачи не проверяют выдают ли препарат родители детям на самом деле или нет. На регулярность приема влияет состав семьи на момент прохождения лечения. Респондент уверен, что в семьях, где родители ребенка находятся в миграции, опекуны не проявляют заинтересованности в своевременном приеме препаратов. В связи с этим, детские санатории для детей из семей мигрантов оказались

бы кстати, так как ребенок может получить полноценный уход и постоянно находиться под наблюдением и контролем медицинского сотрудника. Респондент считает данную идею актуальной еще и потому, что идет процесс внедрения новых комбинированных препаратов ПЛТ, действие и побочные эффекты которых еще плохо изучены в стране. Детский санаторий позволит содержать детей, принимающих новые препараты ПЛТ, под постоянным наблюдением медицинского персонала, который сможет оказать своевременную помощь для купирования побочных явлений.

Помимо прохождения основных анализов для назначения ПЛТ, некоторым пациентам необходимо пройти КТ, если снимок рентгена показывает спорный результат. В этом случае пациенты Ошской области самостоятельно несут расходы при прохождении компьютерной томограммы, которые доходят до 3000 сомов. Для многих пациентов такая сумма является обременительной, и влияет на принятие решения о продолжении обследования. Для облегчения экономического бремени **необходимо рассмотреть вопрос покрытия расходов пациентов на прохождение компьютерной томограммы.**

Баткенская область:

Респондент указал на **необходимость проведения повторного обучения по новому руководству по ПЛТ.** По его словам, не все врачи в области сумели пройти однократное обучение, организованное НЦФ, многие не изучили новую информацию. Относительно себя, респондент ответил, что самостоятельно просмотрел руководство, но имеет множество вопросов. В дополнение к сказанному, выяснилось, что респондент не проводил назначения ПЛТ в текущем году, включая детей до 5 лет, даже при положительной пробе Манту.

По мнению респондента, население области в целом стало более информированным по вопросам туберкулеза и сознательным в отношении лечения. По его наблюдениям, люди не боятся говорить о болезни, сознательно не посещают массовые мероприятия, так как не хотят заразить других. Но тем не менее, наблюдается и некорректные суждения, это говорит о том, что нужно **усилить информационную работу с населением и проводить качественные беседы с пациентами.**

*«Например пациенты иногда занимаются самоизоляцией. Приходится объяснять, что если пьют лекарства более 2-х недель, нет кашля, пациент уже не опасен»
(Респондент Баткенской области, медицинский сотрудник)*

Респондент отметил, что в его практике за последние годы особых проблем с пациентами, подлежащими ПЛТ, не возникает, так как пациенты в целом не отказывались от профилактического лечения, когда речь шла о здоровье детей. Однако, пристального внимания требуют пациенты, которые отказываются от вакцин и прививок, в том числе и от прививки БЦЖ, а также от противотуберкулезного лечения по религиозным причинам. **Необходимо привлечь имамов и других религиозных деятелей, которые бы корректно освещали вопросы здравоохранения для населения.**

4 Обсуждение результатов

Профилактическое лечение представляет собой важный аспект современной медицины, направленный на предотвращение заболеваний и улучшение качества жизни. В последние десятилетия наблюдается рост интереса к данной области, что связано с увеличением заболеваемости хроническими заболеваниями и старением населения (WHO, глобальный отчет, 2023). В этом исследовании рассматриваются ключевые факторы, влияющие на расширение профилактического лечения в Кыргызской Республике за 2024 год, включая социальные, экономические, медицинские и технологические аспекты.

Необходимо подчеркнуть, что исследование факторов, влияющих на расширение охвата химиопрофилактикой в Кыргызской Республике, проводится впервые. В 2022 году был осуществлен когортный анализ каскада помощи контактными детям в г. Бишкек, результаты которого выявили низкий охват ПЛТ среди когорты 2021-2022 годов (Kadurov et al., 2023). Полученные результаты данного исследования могут послужить доказательной основой для разработки научно обоснованных и эффективных стратегий и подходов, направленных на повышение охвата химиопрофилактикой среди детей в Кыргызской Республике.

Анализ результатов исследования выявил несколько значимых факторов, влияющих на охват профилактическим лечением ТБ. Во-первых, социальные факторы, такие как образование родителей или опекунов (p -value – 0.04, OR = 0,7; CI = 0,6–0,9), осведомленность о ПЛТ (p -value – 0.001, OR = 2,5; CI = 1,3–4,7), внутренняя и внешняя миграция (p -value – 0.004, OR = 3,8; CI = 1,5–9,5) играли значительную роль в расширении профилактического лечения. Необходимо учитывать данный аспект при консультировании и как можно раньше и подробнее объяснять о последствиях прерывания химиопрофилактики. Повышение уровня осведомленности населения о здоровье и профилактике заболеваний способствует активному вовлечению людей в программы профилактики. Ранее консультирование родителей или опекунов на ранних этапах обследования и диагностики контактных детей может существенно усилить мотивацию начала приема химиопрофилактики. Исследования показывают, что образовательные кампании и информационные программы могут существенно увеличить уровень участия в профилактических мероприятиях. Социальные сети и сообщества оказывают влияние на мотивацию людей заботиться о своем здоровье, что также стимулирует спрос на профилактические услуги. (Jenkins, H.E. et al. 2017). Значимую роль играют и культуральные особенности, такие как религиозность (p -value – 0.001, OR = 3; CI = 1,5–6) и патриархальные устои семьи (p -value – 0.001, OR = 3,2; CI = 1,7–6) негативно отражались на охвате ПЛТ. Коммуникационные стратегии должны разрабатываться с учетом индивидуальных особенностей каждой семьи контактных детей, что позволит повысить эффективность информирования и вовлечения в процесс химиопрофилактики.

Во-вторых, экономические условия также влияют на доступность и распространение профилактического лечения. Необходимость оплачивать дорогу (p -value – 0.01, OR = 0,5; CI = 0,3–0,9) и наличие общественного транспорта (p -value – 0.03) так же имели статистически значимую взаимосвязь с охватом ПЛТ. В странах с низким и средним доходом доступ к профилактическим услугам часто ограничен из-за недостатка

финансирования и ресурсов. Экономические барьеры, такие как финансовая доступность, стоимость услуг, траты на транспортные услуги для обследования и диагностики могут препятствовать людям в получении необходимых профилактических мер (World Bank, 2022). Между тем, как показали результаты нашего исследования, транспортные расходы и необходимые расходы на компьютерную томограмму, которые несут пациенты во время диагностики и лечения, также ложатся тяжелым бременем на пациентов с плохим экономическим положением.

В-третьих, в контексте медицинского аспекта, расширение профилактического лечения обусловлено необходимостью разработки краткосрочных схем терапии и жидких форм лекарственных препаратов (CDC, 2021). Проведенное исследование продемонстрировало, что продолжительный прием химиопрофилактических средств в течение 6 месяцев в таблетированной форме создает значительные трудности в мотивации пациентов и поддержании приверженности к длительному лечению, особенно среди детей младше 5 лет. Кроме того, системные барьеры, возникающие в процессе диагностики и назначения химиопрофилактики туберкулеза, могут существенно снижать эффективность мероприятий по контролю данного инфекционного заболевания. Сложные и многоступенчатые алгоритмы диагностики, которые включают в себя такие этапы, как лабораторные анализы, рентгенологические исследования и консилиумы специалистов, способны приводить к значительным задержкам и отказам пациентов от полного обследования. Результаты исследования демонстрируют длительные и трудоемкие процедуры диагностики, которые могут вызывать у пациентов чувство усталости и фрустрации, что, в свою очередь, приводит к отказу от дальнейшего обследования. Пациенты зачастую не осознают важности каждого этапа диагностики, что снижает их мотивацию следовать рекомендациям медицинских работников. Ограниченный доступ к медицинским учреждениям, наличие очередей на обследования и длительное ожидание результатов, отсутствие условий ожидания также выступали в качестве значительных барьеров. Для преодоления указанных трудностей необходимо упрощение алгоритмов диагностики, улучшение информирования пациентов о процессе диагностики и его значимости (Datiko, D.G et al. 2017).

Другим аспектом является и технологический прогресс, который также оказывает значительное влияние на расширение профилактического лечения. Исследование выявило активное использование интернета как источника информации, где в противопоказаниях изониазида включены ограничения детям до 3-х лет, так же много разной непроверенной информации, не основанной на доказательных фактах. Поэтому важно развивать онлайн ресурсы, такие как мобильные приложения для людей, затронутых ТБ, где будет предлагаться достоверная информация. Развитие телемедицины и мобильных приложений для здоровья делает профилактические услуги более доступными для широкой аудитории. Эти технологии позволяют пациентам получать консультации и рекомендации по профилактике заболеваний без необходимости посещения медицинских учреждений (Van Ginderdeuren, E. et al. 2021).

Дополнительно, статистически значимым фактором, влияющим на охват

профилактическим лечением туберкулеза (ПЛТ), является стигматизирующее, осуждающе-обвинительное отношение к пациентам с туберкулезом со стороны общества в целом и близкого окружения в частности. Данный фактор препятствует раскрытию контактных лиц, снижает мотивацию и приверженность химиопрофилактике. Отмечены случаи отказов от госпитализации и предоставления детальной информации о заболевании, что приводит к перерывам и прекращению приема препаратов. Дополнительно, негативный опыт взаимодействия с медицинским персоналом подрывает доверие пациентов и их готовность следовать рекомендациям по профилактике и лечению (Belgaumkar, V.et al. 2018).

Расширение профилактического лечения является многогранным процессом, на который влияют различные факторы. Социальные, культуральные, экономические, медицинские и технологические аспекты взаимодействуют друг с другом, создавая преграды для развития профилактической медицины в Кыргызстане.

4.1 Ограничения исследования

Настоящее исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации результатов. Во-первых, отсутствие автоматизированной электронной учетно-отчетной базы данных контактных детей ограничило возможность получения полной информации о каскаде услуг по профилактическому лечению туберкулеза (ТБ). Это затруднило анализ задержек в обследовании, определение даты проведения консилиумов, исключения активного ТБ и оценки числа детей, которые не завершили полный алгоритм диагностики и обследования. Кроме того, ограничения включали отказы от участия в опросе со стороны респондентов, которые также отказались от химиопрофилактики или отдельных видов обследования, что могло повлиять на статистическую достоверность результатов исследования. Временные рамки исследования ограничили возможность увеличения выборки за счет большего вовлечения респондентов не охваченных ПЛТ, а также расширить задачи исследования. Так, в задачи исследования так же не входила оценка качества приема ПЛТ, приверженности и непрерывности химиотерапии.

5 Выводы

В ходе проведения исследования были проанализированы результаты опроса и качественных интервью. Ниже представлены основные выводы и рекомендации на основе задач исследования.

Задача 1. Оценить уровень знаний о туберкулезе и о профилактическом лечении среди родителей контактных детей, подлежащих ПЛТ.

Уровень знаний о ТБ одинаково распределен между исследуемыми группами и демонстрирует достаточно высокие знания о ТБ в обеих группах, за исключением путей защиты от ТБ. Однако, знания о химиопрофилактике продемонстрировали статистически значимые различия ($p\text{-value} < 0,001$) и коррелировали с охватом ПЛТ, так группа респондентов, охваченных ПЛТ была больше осведомлена о значении, о цели профилактического лечения, последствиях отказа от химиопрофилактики.

Задача 2. Изучить факторы, влияющие на расширение охвата профилактическим лечением. Такие факторы как миграционный статус ($OR = 3,8$; $CI = 1,5\text{--}9,5$), религиозность ($OR = 3,0$; $CI = 1,5\text{--}6,0$), патриархальные устои семьи ($OR = 3,2$; $CI = 1,7\text{--}6,0$) и неполное информирование ($OR = 4,3$; $CI = 1,6\text{--}11,9$) оказались статистически значимыми факторами, влияющими на охват ПЛТ и увеличивают вероятность отказа или прерывания химиопрофилактики.

Уровень образования родителей ($OR = 0,7$; $CI = 0,6\text{--}0,9$), осведомленность о ПЛТ ($OR = 0,5$; $CI = 0,3\text{--}0,9$), наличие общественного транспорта ($OR = 0,5$; $CI = 0,3\text{--}0,9$) уменьшают вероятность отказа и прерывания ПЛТ.

Задача 3. Определить нужды и потребности людей, затронутых ТБ, относительно улучшения системы поддержки и образовательных программ в сфере туберкулеза.

1. Социальные факторы

Осведомленность общества: низкий уровень осведомленности населения о туберкулезе и методах его профилактики затрудняет раннее выявление заболевания и проведение химиопрофилактики. Знания о целях и значении профилактического лечения туберкулеза оказывают влияние на его охват и эффективность.

Стигматизация: люди, затронутые туберкулезом, сталкиваются с осуждением и стигмой, что приводит к нежеланию открывать контакты и взаимодействовать с медсотрудниками. Соккрытие контактных лиц препятствует активному выявлению и оперативному вовлечению контактных детей к ПЛТ.

Миграция: частые смены места жительства и выезды в трудовую миграцию имели взаимосвязь и негативно влияли на охват ПЛТ.

2. Культуральные нормы поведения

Патриархальность и гендерное неравенство оказывает негативное влияние на расширение ПЛТ, молодые женщины, проживающие в семье мужа, являются наиболее уязвимыми в отношении лечения и химиопрофилактики ТБ.

Рост религиозности может снижать доверие к научным и медицинским вмешательствам. Среди людей, не охваченных профилактическим лечением туберкулеза, значительно выше доля тех, кто придерживается религиозных убеждений и патриархальные семейные устои.

3. Экономические факторы

Финансирование: существует потребность в оплате транспортных расходов для полного обследования контактных детей и ранней диагностики ТБ. Наличие

общественного транспорта и плата за дорогу имели статистически значимую связь с охватом ПЛТ.

Ограничены ресурсы со стороны государственного финансирования (транспортные расходы на проведение эпидемиологического расследования для выявления контактных лиц в регионах).

4. Медицинский аспект

Длительность профилактического лечения: профилактическое лечение занимает несколько месяцев, что иногда вызывает у пациентов нежелание придерживаться такого длительного режима. Одним из значимых факторов, влияющих на выбор стратегии лечения, является **длительность курса ПЛТ и форма приема** препаратов.

Побочные эффекты препаратов являются одной из ведущих причин отказа от проведения профилактического лечения туберкулеза. Наиболее часто пациенты отмечают нежелательные реакции на лекарственные средства, трудности в их купировании, а также недостаточную доступность квалифицированной медицинской консультации.

5. **Системные барьеры.** Приказ МЗ КР №429 от 13 июня 2018 года и «Руководство по диагностике и профилактическому лечению туберкулезной инфекции» (1-е издание, 2023 год), выявил несоответствия и отсутствие единого подхода при заполнении учетных форм и ведения контактных детей.
6. **Учет и отчетность.** В системе учета отсутствует эффективный механизм контроля ПЛТ, а также регистрация информации о выдаче препаратов (количество, дозы, даты). Неоднородность в подходах к назначению профилактического лечения туберкулезной инфекции (ПЛТ). В отчетных формах нет единого унифицированного критерия по отчету лиц, подлежащих к ПЛТ, а также система назначения химиопрофилактики так же требует повышенного внимания со стороны национальной программы и НЦФ.
7. **Автоматизация процессов.** Необходимость автоматизации и цифровизации учетных процессов. Внедрение электронной базы данных учета пациента с целью проведения регулярного когортного анализа позволит улучшить мониторинг и управление случаями туберкулеза, повысив эффективность работы и обеспечив более высокое качество медицинского обслуживания.
8. **Необходимость в подробном обучении врачей фтизиатров и ГСВ по ПЛТ.** Результаты выявили высокую потребность в углубленном обучении медицинского персонала, включая фтизиатров и ГСВ, по вопросам профилактического лечения туберкулезной инфекции (ПЛТ). В отдаленных районах наблюдается **недостаточный уровень подготовки медицинских работников** по вопросам купирования нежелательных явлений и особенностей ведения пациентов с туберкулезом.
9. **Трудности в проведении диагностических мероприятий.** Алгоритм диагностики, а также процесс сдачи анализов и прохождения медицинских обследований остаются сложными для контактных детей, что может способствовать задержкам в выявлении активного ТБ, отказам от дальнейшего обследования и своевременном начале химиопрофилактики.
10. **Доступ к полному объему** обследования (срединной и боковой томографии, квантифероновому или диаскинтесту) ограничен из-за нехватки необходимой инфраструктуры и материально-технической базы в регионах.

11. **Психологическая поддержка** людей, затронутых с ТБ и их семей является актуальным вопросом для расширения охвата ПЛТ. Результаты демонстрируют, что каждый третий респондент испытывает чувство вины и стыда вследствие болезни ТБ, а также страх осуждения и отвержения общества.

6 Рекомендации

1. Информационные кампании и санитарно-просветительская работа среди населения

Мероприятия:

- Продвижение образовательных программ, направленных на повышение осведомленности населения о туберкулезе, его профилактике и лечении. Особое внимание следует уделить детальному разъяснению целей и задач ПЛТ, последствий отказа от химиопрофилактики, необходимости непрерывного приема препаратов и соблюдения режима лечения.
- Разработка материалов для широкого распространения (буклеты, видеоролики, инфографика) с учетом культурных особенностей и уровня образования целевой аудитории (с вовлечением религиозных лидеров и людей, НПО сообщества людей, затронутых ТБ).
- Социально-просветительная работа по снижению стигматизации заболевания, а также обеспечение конфиденциальности и поддерживающей информации для пациентов.
- Установление взаимодействия с лидерами местных религиозных общин для разъяснения важности профилактики туберкулеза, что способствует повышению доверия населения к программам ПЛТ.

2. Раннее консультирование с учетом социокультурных особенностей

Мероприятия:

- Консультирование вопросам химиопрофилактики ТБ должно быть предложено на самых ранних этапах алгоритма диагностики и обследования контактных детей.
- Раннее консультирование родителей должно быть организовано с учетом уровня их образования, религиозных убеждений и семейного статуса.
- Особое внимание следует уделить молодым женщинам, проживающим в семьях супругов, так как они чаще сталкиваются с ограниченной возможностью самостоятельного принятия решений, особенно касающихся лечения и химиопрофилактики детей.

3. Качественное консультирование, психологическая поддержка и обучение

Мероприятия:

- Необходимо организовать психологическую поддержку для людей, затронутых туберкулезом, а также членам семей, отказывающихся от химиопрофилактики и не принимающих свой диагноз. Консультирование психологов может способствовать изменению поведения в сторону повышения приверженности к лечению и снижению уровня психологического сопротивления медицинским вмешательствам.
- Психосоциальное консультирование всех членов семьи с фокусом на поддерживающее эмпатическое настроение и мышление.
- Проведение тренингов и семинаров для врачей с акцентом на индивидуальный подход к пациентам и коммуникации с семьями.

- Обеспечение непрерывности услуг, перенаправления и координации между медицинскими учреждениями для своевременной выдачи препаратов перед запланированной миграцией семей.

Рекомендации по улучшению доступа к диагностике и инфраструктуре

4. Оптимизация алгоритма и процесса диагностики и обследования

Мероприятия:

- Внедрение и расширение системы электронной записи для сдачи анализов и прохождения обследований, что позволит сократить время ожидания и повысить доступность медицинских услуг.
- Выделение местными органами самоуправления (МСУ) средств на компенсацию транспортных расходов для пациентов, что особенно важно для малообеспеченных семей.
- Необходимо оптимизировать и упорядочить процедуры обследования. Создание комфортных условий ожидания для пациентов, включая оснащение медицинских учреждений скамейками, зоной отдыха и электронной системой очереди.
- Необходимо оптимизировать график работы рентгеновских кабинетов, выделив дополнительное время для обследования детей. Это позволит повысить доступность диагностики, сократить время ожидания и обеспечить своевременное выявление туберкулеза среди детского населения.

5. Развитие технологических подходов

Мероприятия:

- Разработка и внедрение телемедицинских платформ для удаленного консультирования и координации действий медицинских специалистов. Это позволит ускорить постановку диагноза и назначение профилактической лекарственной терапии (ПЛТ).
- Организация телемедицинских консилиумов для обсуждения сложных случаев, что повысит оперативность и качество медицинских вмешательств.
- Интеграция вопросов профилактической терапии контактных в приложениях для людей, затронутых ТБ.

6. Улучшение доступности услуг

Мероприятия:

- Формирование мобильных команд для проведения выездного скрининга в труднодоступных или удаленных районах.
- Организация онлайн-консультаций для повышения доступности медицинской помощи в случаях купирования побочных действий или других вопросов пациента.

7. Координация, контроль и разработка четких и унифицированных критериев

Мероприятия:

- Пересмотреть действующие регулирующие НПА, синхронизировать и минимизировать разногласия между действующими приказами МЗКР.

- **Назначить координатора** по детскому туберкулёзу, отвечающего за эффективный контроль и надзор за качественным применением профилактического лечения у детей, находящихся в контакте.
- Установить единые стандарты для заполнения учетно-отчетных форм (критерии подлежащих ПЛТ), инструкции рабочих процессов, ИОМ для врачей, стандарты процедур.
- Внедрить цифровизацию и автоматизацию учета для улучшения качества мониторинга и когортного анализа данных.
- Повышение потенциала медицинских сотрудников, районных фтизиатров во время мониторинга и на рабочих местах.
- Разработать обучающий модуль и внедрить индивидуальные обучающие материалы (ИОМ), которые помогут улучшить качество диагностики и лечения, а также повысить уровень знаний врачей по современным методам ПЛТ.
- Требуется дополнительное обучение и поддержка фтизиатров и врачей ГСВ для повышения качества лечения в удаленных регионах в особенности по побочным явлениям.

8. **Согласование критериев на всех уровнях здравоохранения**

Мероприятия:

- Обеспечение согласования разработанных критериев контактных, подлежащих химиопрофилактике и критериям назначения ПЛТ между всеми уровнями медицинских учреждений, включая первичное звено, специализированные клиники и центры туберкулезной помощи.
- Проведение обучающих семинаров для медицинских работников по применению новых стандартов, чтобы минимизировать разночтения и субъективные подходы к назначению ПЛТ.

9. **Мониторинг и контроль качества ПЛТ**

Мероприятия:

- Введение индивидуальных карт контактных пациентов с целью учета и систематизация данных о ПЛТ (выдача препаратов, дозы и динамика приема) позволят улучшить мониторинг и обеспечат более точное ведение документации.
- Расширение практики видео-контролируемого профилактического лечения во всех регионах.

7 **Заключение**

Барьеры профилактического лечения туберкулеза являются многофакторными и требуют комплексного подхода для их преодоления. Эффективная борьба с ТБ требует сотрудничества между правительственными, неправительственными организациями и обществом в целом для обеспечения доступа к необходимым медицинским услугам.

Для успешной борьбы с туберкулёзом необходимо устранение этих барьеров путём улучшения доступа к медицине, усиления программ информирования населения, повышения финансирования и более эффективного управления профилактическими программами.

8 Глоссарий

Туберкулез (ТБ) – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза.

Профилактическое лечение туберкулезной инфекции (ПЛТ) – терапевтические мероприятия, направленные на предотвращение развития активной формы туберкулеза у лиц с латентной туберкулезной инфекцией.

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТБ) – состояние, при котором человек инфицирован микобактериями туберкулеза, но заболевание не развивается, и симптомы отсутствуют. Лица с ЛТБ не являются заразными, но могут развить активную форму болезни в будущем.

Активная форма туберкулеза – заболевание, при котором микобактерии туберкулеза активно размножаются и вызывают симптомы, такие как кашель, потеря веса, ночные поты, усталость и лихорадка.

Микобактерии туберкулеза – бактерии, вызывающие туберкулез. Обычно это *Mycobacterium tuberculosis*, но также могут быть другие виды, такие как *Mycobacterium bovis* и *Mycobacterium africanum*.

Риск развития активной формы ТБ – вероятность того, что человек с латентной туберкулезной инфекцией может развить клинически выраженную форму заболевания, особенно при ослабленной иммунной системе.

Охват ПЛТ – процент лиц, получивших профилактическое лечение из числа тех, кто был диагностирован с латентной туберкулезной инфекцией и имеет показания для проведения терапии.

Скрининг на туберкулез – комплекс диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление лиц с активной или латентной формой туберкулеза, включая использование тестов и рентгенографии.

Медицинский контроль – система мониторинга состояния здоровья пациентов, проходящих лечение от туберкулеза или его профилактическую терапию, для оценки эффективности лечения и предотвращения развития побочных эффектов.

Эпидемиологическое исследование – система сбора, анализа и оценки данных о заболеваемости туберкулезом, направленная на выявление тенденций в распространении болезни и выработку профилактических мер.

Противотуберкулезные препараты – лекарственные средства, используемые для лечения и профилактики туберкулеза.

Тест на туберкулез (ТТ) – диагностический метод, включающий использование различных тестов, таких как проба Манту, тесты на чувствительность к микобактериям или молекулярные методы для выявления инфекции.

9 Список рисунков и таблиц

Таблица 2-1. Основные элементы таблицы Моргана*, описывающие размер выборки в зависимости от числа объектов в генеральной совокупности:	8
Таблица 3-1. Итоговая выборка, когорта контактных детей, подлежащих ПЛТ - январь-сентябрь 2024, п -289.....	11
Таблица 3-2. Социально-демографические данные респондентов, (пол-возраст), п-289	12
Таблица 3-3. Социально-демографические данные респондентов (образование, статус, условия проживания и занятость), п-289	13
Таблица 3-4. Другие социальные характеристики респондентов, п-289	14
Таблица 3-5. Осведомленность о ТБ и ПЛТ, п-289	15
Таблица 3-6. Доступность услуг, п-289	16
Таблица 3-7. Вопросы стигмы и дискриминации, п-289	16
Таблица 3-8. Опыт взаимодействия с медсотрудниками, п-289	17
Таблица 3-9. Социально-культурные нормы, п-289.....	18
Рисунки:	
Рисунок 3-1. Причины отказов или прерывания химиопрофилактики в Кыргызстане, п -25	19
Рисунок 3-2. Бинарный логистический анализ влияния факторов на охват ПЛТ	20

10 Список литературы

- World Health Organization (WHO). (2022). Global Tuberculosis Report.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Tuberculosis (TB) Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). TB Prevention in Europe: An Overview.
- Руководство по профилактическому лечению в Кыргызстане. (2023). Кыргызстан
- Kadyrov M. et al. (2023). "Contact Tracing and Tuberculosis Preventive Therapy for Household Child Contacts of Pulmonary Tuberculosis Patients in the Kyrgyz Republic: How Well Are We Doing?" //Tropical Medicine and Infectious Disease.
- World Bank (2022). "World Development Report 2022: Financing Health." Этот обзор подчеркивает важность комплексного подхода к вопросам профилактического лечения и необходимость дальнейших исследований в этой области.
- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Отчет о реализации Национальной программы борьбы с туберкулезом. Бишкек, 2022.
- Jenkins, H.E. et al. (2017). Mortality in Children Diagnosed with Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Lancet Infect. Dis.
- Datiko, D.G et al. (2017). A Community-Based Isoniazid Preventive Therapy for the Prevention of Childhood Tuberculosis in Ethiopia. Int. J. Tuberc. Lung Dis.
- Chiang, S.S. et al. (2017). Barriers to the Treatment of Childhood Tuberculous Infection and Tuberculosis Disease: A Qualitative Study. Int. J. Tuberc. Lung Dis.
- Van Ginderdeuren, E. et al. (2021). Gaps in the Tuberculosis Preventive Therapy Care Cascade in Children in Contact with TB. Paediatr. Int. Child Health
- Belgaumkar, V.et al. (2018). Barriers to Screening and Isoniazid Preventive Therapy for Child Contacts of Tuberculosis Patients. Int. J. Tuberc. Lung Dis.