

Звіт за результатами дослідження

Удосконалення маршруту надання послуг та системи перенаправлення осіб з ВІЛ та ТБ в умовах реформи охорони здоров'я

Підготовлено для: Державної установи «Центр громадського
здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Команда дослідників:

Велика Оксана, дослідниця ТОВ «ІНФО САПІЄНС»
Волосевич Інна, заступниця директора ТОВ «ІНФО САПІЄНС»
Савчук Дмитро, експерт з досліджень ТОВ «ІНФО САПІЄНС»

Травень-червень, 2019

Зміст

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА СКОРОЧЕННЯ	4
• МЕТА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	6
1.1. Актуальність дослідження	6
1.2. Мета	8
1.3. Завдання дослідження	8
1.4. Територіальне охоплення	9
1.5. Цільові групи дослідження та методи збору інформації	10
1.6. Етичні засади дослідження	12
РЕЗЮМЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	13
• ПОСЛУГИ З ТЕСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ	17
2.1. Оцінка поточної ситуації в сфері діагностики ВІЛ-інфекції	17
2.2. Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з ВІЛ	18
2.3. Поточний маршрут пацієнтів з ВІЛ	31
КРОК 1. Тестування на ВІЛ	32
КРОК 2. Мотивуюча консультація пацієнта	35
Схеми маршрутів пацієнтів для кроків 1 та 2	36
КРОК 3. Взяття на облік пацієнта з позитивним ВІЛ-статусом	39
Схема маршруту пацієнтів для кроку 3	42
КРОК 4. Призначення лікування	42
КРОК 5. Регулярний медичний контроль	44
Схема маршруту для кроків 4 та 5	45
Супровід пацієнта	46
2.4. Аналіз повноти надання послуг у ЗОЗ, їх відповідності протоколу	47
2.5. Причини та фактори вибуття пацієнтів з ВІЛ-інфекцією з маршруту	49
2.6. Особливості реєстрації та обліку пацієнтів з ВІЛ-інфекцією	50
2.7. Роль неурядових організацій (НУО)	52
• ПОСЛУГИ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	53
3.1. Оцінка поточної ситуації у сфері діагностики туберкульозу	53
3.2. Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з туберкульозом	56
3.3. Поточний маршрут пацієнтів з туберкульозом	62
КРОК 1. Діагностика захворювання	63
Схеми маршруту для кроку 1	67
КРОК 2. Підтвердження та уточнення діагнозу туберкульоз з наступним взяттям на облік	69
Схема маршруту для кроку 3	71
КРОК 3. Лікування пацієнтів з туберкульозом.	71
КРОК 4. Медичний контроль	72
Схема маршрутів для кроків 4 та 5	73
3.4. Аналіз повноти надання послуг у ЗОЗ, їх відповідності протоколу	74

3.5. Причини та фактори вибуття пацієнтів з туберкульозом з маршруту	76
3.6. Особливості реєстрації та обліку пацієнтів з туберкульозом	77
3.7. Роль неурядових організацій (НУО)	79
• ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	81
• РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	89
ДОДАТОК №1. СХЕМИ МАРШРУТІВ ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ ТА ПАЦІЄНТІВ З ТБ.....	93
ДОДАТОК №2. ОПИС ВИБІРКОВОЇ СУКУПНОСТІ РЕСПОНДЕНТІВ ТА ПАЦІЄНТІВ ЯКІСНОГО ЕТАПУ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	102

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА СКОРОЧЕННЯ

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВААРТ	високоактивна антиретровірусна терапія
Вибіркова сукупність	сукупність одиниць дослідження, відібраних із генеральної сукупності за певними правилами з метою репрезентації генеральної сукупності за певними ознаками
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Генеральна сукупність	сукупність усіх одиниць дослідження із заданими характеристиками, які планується вивчати при проведенні дослідження
ГІ	глибинні інтерв'ю
ДОТ-кабінет	кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі
ЕКГ	електрокардіографія
Заклади ВМД	заклади вторинної медичної допомоги
Заклади ПМД	заклади первинної медичної допомоги
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
КГ	ключові групи щодо інфікування ВІЛ
КТ	комп'ютерна томографія
МІС ВІЛ	медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні»
МРТБ	мультирезистентний ТБ
МРТ	магнітно-резонансна томографія
ЛВНІ	люди, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним способом
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НУО	неурядові організації

ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПГЛ	персистуюча генералізована лімфаденопатія
РР ТБ	туберкульоз з розширеною резистентністю
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
СП	люди, які надають сексуальні послуги за винагороду (секс-працівники)
ТБ	туберкульоз
УЗІ	ультразвукова діагностика
Центр	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
ЦЛКК	центральна лікарсько-консультативна комісія
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЧСЧ	чоловіки, що мають сексуальні стосунки з чоловіками
Швидкий тест на ВІЛ	експрес-тести, які дозволяють без використання спеціального обладнання отримати результат через 15-20 хвилин. Для даного тесту кров береться з пальця.
UNAIDS	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД або ЮНЕЙДС — об'єднання органів ООН, створена для всебічної, скоординованої боротьби в глобальному масштабі з епідемією ВІЛ і СНІДу та її наслідками.
WHO	World Health Organization

• МЕТА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження «Удосконалення маршруту надання послуг та системи перенаправлення осіб з ВІЛ та ТБ в умовах реформи охорони здоров'я» було проведене компанією GfK Ukraine на замовлення ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Польовий етап проходив у квітні-травні 2019 року.

1.1. Актуальність дослідження

Однією із суттєвих загроз для сфери охорони здоров'я та суспільства залишаються соціально значущі хвороби, серед яких найбільш поширеними у світовому масштабі залишаються туберкульоз (далі – ТБ) та ВІЛ-інфекція (WHO, Global Tuberculosis Report, 2018, https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/).

Туберкульоз є однією з 10 основних причин смертей. Туберкульоз залишається основною опортуністичною хворобою при ВІЛ-інфекції та основною причиною смертності від СНІДу. ВІЛ-інфекція сприяє активації латентної туберкульозної інфекції та ускладнює перебіг ТБ загалом. Ситуація ускладнюється у зв'язку з поширенням мультирезистентного ТБ (далі – МРТБ) та ТБ із розширеною резистентністю (далі – РР ТБ), ефективність лікування яких значно нижча порівняно з туберкульозом із збереженням чутливості до протитуберкульозних препаратів навіть у пацієнтів без ВІЛ-інфекції. Це робить проблему ВІЛ-асоційованого туберкульозу одною з найважливіших у медико-соціальному аспекті та потребує інтегрованого підходу до її вирішення (Harris E. and etc., 2016; Jamison D, et al. 2011; Schwartländer B et al, 2002).

В Україні зростання захворюваності на ТБ спостерігалось з 1998 р. до 2004 р., починаючи з 2007 р. поширеність та захворюваність на ТБ мають тенденцію до зниження щороку в середньому на 4,4% та 3,3% відповідно. У 2018 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення України становила 62,3 на 100 тис. населення, зареєстровано 26 321 випадків (у 2017 р. – 63,9 на 100 тис. населення, 27 121 випадків; темп приросту: -2,5%). За останнє п'ятиріччя в Україні спостерігалась тенденція до зниження рівня смертності від ТБ із середнім річним темпом зниження – 10,1 %. У 2017 р. порівняно з 2016 р. даний показник знизився на 7,4% та склав 8,8 проти 9,5 осіб на 100 тис. населення (Центр, 2018).

У 2014 р. Україна вперше ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем МРТБ – кількість випадків МРТБ зросла з 3482 у 2009 р. до 6757 у 2017 р. В 2017 році ситуація в цьому аспекті покращилася і Україна увійшла в десятку країн з найвищим тягарем МРТБ. Також збільшується кількість випадків невиліковного ТБ з розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів, їх частка складає близько 15,5% від загальної кількості хворих на МРТБ у 2017 р. За даними міжнародних та національних експертів головними причинами епідемічно напруженої ситуації в Україні, як і в Європі в цілому є низький рівень виявлення і низькі показники ефективності лікування ТБ (WHO / Global Tuberculosis Control, 2016). За розрахунками ВООЗ, у 2017 р. захворюваність на ТБ в Україні є на рівні 84 на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епіднадзора захворюваність на нові випадки разом з рецидивами складає 63,9 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 24% випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення (WHO, 2017; Центр, 2018). Серед основних причин, що обумовлюють напружену ситуацію з туберкульозом в Україні, слід виділити низьку ефективність лікування: серед нових випадків і рецидивів – 76 відсотків, серед нових випадків – 60% за даними когорти 2016 р., серед пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ – 66%, для мультирезистентного туберкульозу/туберкульозу з розширеною резистентністю – 51%, для туберкульозу із широкою лікарською стійкістю – 35% за даними когорти 2015 р. (Центр, 2018). Зазначені показники в цілому кращі, ніж в Європейському регіоні,

окрім ефективності лікування МР ТБ/РР ТБ: в Європейському регіоні – 57%, в Україні – 51%, але гірші, ніж в цілому у світі. Так успішність лікування у світі нових випадків туберкульозу та рецидивів туберкульозу когорти 2016 року була 82%, нових випадків туберкульозу – 68%, МР ТБ/РР ТБ когорти 2015 р. – 55%, туберкульозу з широкою лікарською стійкістю когорти 2015 р. – 34%, успішність лікування всіх типів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб когорти 2016 р. була у світі 77% (WHO, 2018).

За період 1987-2018 рр. в Україні було зареєстровано всього 333 717 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, з них 48 456 осіб померло від захворювань, обумовлених СНІДом. За 2018 рік зафіксовано 18 098 нових випадків ВІЛ інфекції серед громадян України та 33 випадків серед іноземців, в тому числі у 227 дітей віком 0 –17 років.

За результатами національної оцінки щодо ситуації з ВІЛ/СНІД станом на початок 2018 р. в Україні мешкало 244 тис. людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), показник поширеності ВІЛ у віковій групі 15-49 років становив 0,9% та залишався одним з найвищих серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики щодо ЛЖВ, які на кінець відповідного періоду перебували під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) – 136 378 осіб. Відмінність між цими показниками свідчить про те, що на сьогоднішній день в Україні лише кожна друга людина, яка живе з ВІЛ, звертається за медичною допомогою та перебуває на обліку у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) (Центр, 2017, 2018).

Протягом останніх років в Україні намітилась тенденція до збільшення частки осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, які стають на облік у ЗОЗ для подальшого медичного спостереження. Показник охоплення диспансеризацією ВІЛ-позитивних осіб у 2017 р. становив в Україні 78,9%. Разом з тим, більше половини з цих осіб звертаються за медичною допомогою вже у III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції (56,3%), що пояснює причини не завжди ефективного антиретровірусного лікування, подальшого прогресування захворювання та збільшення кількості летальних випадків. Так, протягом 2011-2017 рр. частка осіб, які перебували на АРТ на момент смерті, зростає з 28,4% до 47,6%, у тому числі серед людей, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним способом (далі – ЛВНІ) – з 23,0% до 49,6%. Тобто сьогодні тенденції показника смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, на тлі збільшення доступу до АРТ, можуть бути обумовлені пізнім виявленням та несвоєчасним зверненням осіб з ВІЛ-позитивним статусом за медичною допомогою (Центр, 2018). Крім того, така тенденція може бути викликана відмовами чи перериванням АРТ, нездійсненням профілактики опортуністичних хвороб чи неефективністю схеми АРТ. Реалізація ефективних заходів протидії ВІЛ/СНІДу та ТБ в Україні є пріоритетним напрямком державної політики у сфері охорони здоров'я. Припинення епідемій ВІЛ-інфекції та ТБ узгоджується з рамковими документами і стратегіями в Європейському регіоні, включаючи «Здоров'я-2020» та «Пріоритети ВООЗ по зміцненню системи охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ на 2015-2020 рр.». З метою підвищення рівня профілактики та лікування ТБ та ВІЛ-інфекції Європейське регіональне бюро ВООЗ активно підтримує комплексний підхід, що узгоджується з цілями 3 та 5 Організації Об'єднаних Націй (ООН) у сфері сталого розвитку тисячоліття, яке включає досягнення належного рівня охоплення послугами охорони здоров'я для припинення цих епідемій (WHO/Global health, 2016).

Крім того, стратегія UNAIDS щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track Strategy) передбачає нові цільові показники прогресу у протидії епідемії ВІЛ-інфекції: 90-90-90 (до 2020 р.) та 95-95-95 (до 2030 р.). Це означає, якщо 90-95% ЛЖВ, будуть знати про свій ВІЛ-позитивний статус і якщо 90-95% людей, які знають свій ВІЛ-позитивний статус, отримуватимуть АРТ, то у 90-95% людей, які отримують відповідне лікування, рівень вірусного навантаження ВІЛ буде невизначеним. На думку експертів UNAIDS, застосування такого підходу дозволить ліквідувати глобальну епідемію ВІЛ-інфекції та запобігти приблизно 28 млн. нових випадків ВІЛ-інфекцій та 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом до 2030 р. (UNAIDS, 2015).

Для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я держави-члени Європейського регіону ВООЗ, в тому числі Україна, визнають важливість переходу до систем охорони здоров'я, орієнтованих на

потреби людей. Реформування системи охорони здоров'я в Україні вимагає впровадження заходів щодо універсального доступу до медичних послуг та задоволення потреби громадян у відносинах між пацієнтом та системою охорони здоров'я, що в цілому покращуватиме показники здоров'я населення. У результаті проведеної комплексної реформи передбачається створення національної системи охорони здоров'я, інфраструктура якої буде відповідати потребам населення в медичній допомозі, насамперед на первинному рівні, що забезпечить дієвий захист населення від фінансових ризиків, сприятиме стандартизації медичної допомоги в комплексі з іншими механізмами та умовами для істотного підвищення якості медичних послуг (МОЗ, 2017). Децентралізація послуг з лікування і ефективне перенаправлення ресурсів та пацієнтів дозволить службам охорони здоров'я розширити можливості для забезпечення високоякісної медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів (Arrow G., Stover J, 2013; Flynn H. and etc., 2015)

Основні етапи континуума послуг, пов'язаних з ВІЛ та ТБ, включають діагностику ВІЛ-інфекції та ТБ; перенаправлення, реєстрацію та взяття на облік у ЗОЗ виявлених осіб з ВІЛ та ТБ; надання специфічного лікування та інших медичних послуг; здійснення регулярного медичного нагляду (WHO, 2015). З огляду на вищезазначену в Україні ситуацію з ВІЛ і ТБ важливо зазначити, що ці етапи вимагають додаткового вивчення масштабів «втрат» пацієнтів та вдосконалення системи переадресації та клінічного маршруту таких осіб, з урахуванням децентралізації послуг, що надаються як державними, так й неурядовими організаціями (НУО). Отже на сьогодні для України залишається актуальним вивчення питань, які дозволять встановити перешкоди щодо залучення осіб з ВІЛ-інфекцією та ТБ до континууму послуг з профілактики, лікування та догляду відповідно до міжнародних рекомендацій та стратегій, а також у контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні.

1.2. Мета

Оцінити континуум послуг для осіб з ВІЛ-інфекцією та осіб з ТБ, а також розробити рекомендації щодо оптимізації їх надання в умовах реформування системи охорони здоров'я.

1.3. Завдання дослідження

- Встановити соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з ВІЛ і ТБ з числа досліджуваної когорти, оцінити належність до ключових груп (КГ):
 - Для ВІЛ: ЛВНІ, СП, ЧСЧ та їх статеві партнери, трансгендерні люди, статеві партнери ВІЛ-позитивних людей.
 - Для ТБ: ВІЛ-інфіковані особи; особи, які контактують з хворими на ТБ; курці, особи що зловживають алкоголем чи вживають наркотики; особи з захворюваннями, які призводять до послаблення імунітету; особи, які перебувають за межею бідності, безробітні; особи без визначеного місця проживання; пацієнти психіатричних закладів; затримані чи заарештовані особи, а також ті, хто перебував в місцях позбавлення волі; медпрацівники тощо.
- Дослідити поточний маршрут осіб з ВІЛ та ТБ з урахуванням різних «точок» входження у ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу (центри первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторії загальної практики-сімейної медицини) та переадресації пацієнтів до спеціалізованих ЗОЗ, які надають медичну допомогу у зв'язку з ВІЛ та ТБ (кабінети «Довіра» / сайти АРТ, центри профілактики та боротьби зі СНІДом, протитуберкульозні заклади).
- Проаналізувати повноту надання послуг у ЗОЗ, їх відповідність до протоколів та стандартів на кожному етапі континуума послуг, пов'язаного з ВІЛ і ТБ (діагностика, реєстрація та взяття на облік, лікування, регулярний медичний нагляд) з урахуванням послуг, що надаються пацієнтам з коінфекцією ТБ/ВІЛ.

- Дослідити практику та стан ведення обліку та звітності щодо зареєстрованих осіб з ВІЛ і ТБ на різних етапах надання послуг у ЗОЗ відповідно до чинної нормативно-правової бази.
- Оцінити ступінь залучення НУО до етапів континуума послуг, пов'язаних з ВІЛ і ТБ (проведення скринінгового анкетування / сортувального тесту, здійснення супроводу, надання консультацій, догляду та підтримки тощо).
- Вивчити причини та фактори, що впливають на вибуття пацієнтів з ВІЛ та ТБ з континууму надання послуг на різних етапах маршруту пацієнтів, у тому числі для осіб, які відносяться до КГ.
- Надати рекомендації щодо покращення наявної ситуації з залучення осіб з ВІЛ та ТБ до медичних послуг, мінімізації «випадіння» пацієнтів з континууму послуг та досягнення оптимізації руху пацієнтів між різними організаціями державного і неурядового секторів в умовах реформи сфери охорони здоров'я.

1.4. Територіальне охоплення

Для проведення дослідження було обрано регіони з найвищим в Україні рівнем поширеності та захворюваності на ВІЛ-інфекцію та ТБ серед населення віком 18 років і старше (таблиця 1.1):

- м. Київ;
- Дніпропетровська область (м. Дніпро, м. Кривий Ріг);
- Одеська область (м. Одеса).

Таблиця 1.4.1. Поширеність на ВІЛ-інфекцію та захворюваність на ТБ в Україні (серед населення віком 18 років і старше, за даними Центру станом на 1.01.2018 р. в таблиці наведені дані щодо числа ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом в ЗОЗ, а по ТБ – кількість зареєстрованих випадків ТБ за 2017 рік)		
Регіони	Кількість ЛЖВ під медичним наглядом в ЗОЗ станом на 01.01.2018 р.	Кількість зареєстрованих випадків ТБ (нові випадки+рецидиви) за 2017 р.
Вінницька	2 629	775
Волинська	2 006	745
Дніпропетровська	26 030	2 442
Донецька	13 232	1 381
Житомирська	3 077	916
Закарпатська	518	821
Запорізька	4 463	1 239
Івано-Франківська	987	856
м. Київ	12 332	1 415
Київська	6 582	1 327
Кіровоградська	2 651	719
Луганська	2 073	444
Львівська	3 300	1 713
Миколаївська	8 409	835
Одеська	19 489	2 950
Полтавська	3 343	901
Рівненська	1 764	625
Сумська	1 410	739

Тернопільська	995	488
Харківська	3 887	1 319
Херсонська	4 196	940
Хмельницька	1 884	802
Черкаська	3 464	747
Чернівецька	776	362
Чернігівська	3 842	757
Україна (в цілому)	133 339	26 258

Під час аналізу інформації враховувався той факт, що в м. Одеса в результаті реорганізації, була припинена діяльність комунальних установ «Одеський обласний протитуберкульозний диспансер», «Обласна клінічна туберкульозна лікарня», «Обласний протитуберкульозний диспансер № 2», «Одеський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом», відбулося їх злиття та перетворення у комунальне некомерційне підприємство «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради.

Також особливістю Дніпровського міського протитуберкульозного диспансеру є наявність на момент проведення дослідження штатного інфекціоніста, який виконує процедури взяття на облік, лікування та здійснює нагляд за ВІЛ-інфікованими особами. В Києві та Кривому Розі лікарі центру СНІДу регулярно проводять прийом пацієнтів в тубдиспансері.

1.5. Цільові групи дослідження та методи збору інформації

Цільовими групами дослідження є:

- ЛЖВ, які є пацієнтами центрів СНІДу;
- Хворі на ТБ, які є пацієнтами протитуберкульозних диспансерів;
- Медичні працівники, які надають послуги пацієнтам з ВІЛ і ТБ;
- Фахівці з питань ВІЛ та ТБ національного рівня (головні лікарі центрів СНІДу, фтизіатри першої та вищої кваліфікаційної категорії, доценти кафедр фтизіатрії та пульмонології).

Методи збору інформації:

Дослідження проводилось в кілька етапів: спочатку були паралельно проведені глибинні інтерв'ю з пацієнтами та медпрацівниками та аналіз документів, а потім, як підсумковий етап, – глибинні інтерв'ю з експертами національного рівня.

Етап аналізу документів здійснювався шляхом отримання даних з обліково-звітної медичної документації, що наявна у центрах СНІДу та протитуберкульозних диспансерах, за 2016-2018 роки:

- Медична документація, яка аналізувалась, для пацієнтів з ВІЛ: № 030-5/о, № 025/о, № 003/о (картка стаціонарного хворого);
- Медична документація, яка аналізувалась, для пацієнтів з ТБ: ТБ-01, МРТБ-01, ТБ 01-1, МРТБ 01-1, № 003/о (картка стаціонарного хворого).

Після аналізу **даних глибинних інтерв'ю з пацієнтами та медпрацівниками та етапу аналізу документів** був проведений підсумковий етап дослідження, в межах якого були проведені глибинні інтерв'ю з фахівцями національного рівня для обговорення результатів дослідження та отримання коментарів щодо необхідних акцентів у звіті та рекомендаціях.

Збір інформації відбувався згідно визначеному та затвердженому на підготовчому етапі дослідження розподілу кількості респондентів для глибинних інтерв'ю та вибіркової сукупності пацієнтів на етапі аналізу документів.

Загалом було проведено:

- 20 глибинних інтерв'ю з медичними працівниками, які надають послуги пацієнтам з ВІЛ і ТБ;
- 12 глибинних інтерв'ю з пацієнтами.

Детальна інформація про опитаних медичних працівників та пацієнтів подається в додатку № 2.

Рекрутинг респондентів (пацієнтів) проводився при сприянні працівників ЗОЗ, в яких проводилося дослідження, згідно заданих квот на основі того, який діагноз був поставлений першим (ВІЛ чи ТБ) – детальніше див. додаток № 2.

На етапі аналізу документів було зібрано інформацію щодо 1053 пацієнтів, з них:

- 526 пацієнтів центрів СНІДу (першим був діагностований ВІЛ-статус),
- 527 пацієнтів протитуберкульозних диспансерів (першим був діагностований ТБ).

Розподіл пацієнтів з ВІЛ та пацієнтів з ТБ за регіонами відповідає розподілу цих пацієнтів у генеральній сукупності (див. додаток № 2).

Пацієнти центрів СНІДу та протитуберкульозних диспансерів, щодо яких була зібрана інформація, були обрані випадковим чином із запланованим кроком відбору серед усіх пацієнтів. Відбір проводився працівниками ЗОЗ, в яких проводилося дослідження.

Критеріями відбору медичних карток виступали:

- Вік пацієнтів: від 18 років;
- Перебування під медичним наглядом у центрі СНІДу для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та у протитуберкульозному диспансері для хворих на ТБ станом не пізніше 1.01.2016 року;

Критерієм виключення медичних карток виступав час взяття пацієнта на облік до медичного закладу: медичні картки зареєстровані з 1.01.2019 були виключенні з дослідження через недостатнє наповнення інформацією.

Всі медичні картки, які відповідають даним критеріям, були використані для аналізу в межах проекту.

Щодо кожного пацієнта, який потрапив до вибіркової сукупності, було зібрано інформацію з медичної облікової документації, відповідно до завдань дослідження. Інформація була занесена у спеціально розроблену форму медичними працівниками. Кожна форма містить ідентифікаційний код, що не пов'язаний з особистими даними пацієнтів (як-то ім'я, адреса, телефон, інші контакти дані).

Далі, **на підсумковому етапі**, проведено 6 глибинних інтерв'ю з фахівцями національного рівня (по 3 інтерв'ю з фахівцями, які працюють у сфері ВІЛ і ТБ). Перелік експертів визначався разом з Центром.

Слід зазначити, що звіт за результатами опитування та аналізу медичної документації відображає в першу чергу ситуацію, яка характерна для регіонів, включених до дослідження. Інші регіони, не включені до дослідження, можуть мати свою специфіку.

В таблицях, які подаються в даному звіті, кількість пацієнтів може різнитися на ± 1 через округлення зважених даних. Сума відсотків також може становити 99% або 101% через округлення.

Під час аналізу даних медичних карток була використана процедура зважування даних. Отримані дані були приведені у відповідність до розподілу за віком та статтю у генеральній сукупності пацієнтів віком 18 років і старше, які стоять на обліку у центрах СНІДу та протитуберкульозних диспансерах (дані Центру станом на 01.01.2019 р.).

Таблиця 1.5.1. Розподіл вибіркової сукупності медичних карток пацієнтів з ВІЛ за статтю та віком станом на 01.01.2019 (за даними Центру)*

	м. Київ	Одеська область	Дніпропетровська область
Стать:			
чоловіки	60%	52%	51%
жінки	40%	48%	49%
Вік:			
18 – 49 роки	92%	81%	85%
50 років і старші	8%	19%	15%

Таблиця 1.5.2. Розподіл вибіркової сукупності пацієнтів з ТБ за статтю та віком станом на 01.01.2019 (за даними Центру)*

	м. Київ	Одеська область	Дніпропетровська область
Стать:			
чоловіки	68%	66%	66%
жінки	32%	34%	34%
Вік:			
18 – 49 роки	81%	85%	82%
50 років і старші	19%	15%	18%

* вікові інтервали для пацієнтів з ВІЛ та пацієнтів з ТБ не співпадають, оскільки відповідають віковим інтервалам звітів, що надаються Центром

1.6. Етичні засади дослідження

- Всі учасники якісного етапу дослідження були повідомлені про те, що участь у дослідженні є конфіденційною. Інформація, яку надав учасник, була використана без ідентифікації особи та в узагальненому вигляді. Усі дані дослідження зберігаються із дотриманням усіх принципів конфіденційності.
- Інструментарій був позначений тільки ідентифікаційним номером, який слугував для ідентифікації глибинного інтерв'ю та форми/анкети у масиві даних. Ані форма збору інформації з медичних карток пацієнтів, ані записи глибинних інтерв'ю не містять особистої інформації про пацієнта/респондента, за якою його/її можна ідентифікувати.
- Протокол та інструментарій дослідження пройшли біоетичну експертизу.
- Участь у даному дослідженні була добровільною для всіх респондентів. Кожен випадково відібраний респондент підписав інформовану добровільну згоду на збір та обробку персональних даних.
- Усім учасникам дослідження було повідомлено контактні дані менеджера GfK Ukraine для того, щоб вони мали змогу звернутися з будь-яким запитанням щодо дослідження або якщо вважали, що до них погано ставилися чи вони якимось чином постраждали в результаті участі/неучасті в дослідженні.

РЕЗЮМЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

ПОСЛУГИ З ТЕСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ

Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з ВІЛ

В межах дослідження була проаналізована медична документація 526 пацієнтів, з них 21,3% вірогідно інфікувались ВІЛ внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом; 3,6% - через гомосексуальні контакти, решта – через гетеросексуальні.

Менше третини (29,5%) пацієнтів були виявлені на безсимптомній стадії (найбільше таких в Києві – 36,2%), а близько третини (32,5%) – на IV стадії (в Києві таких найменше – 17,8%).

На момент взяття під нагляд у 66% пацієнтів рівень вірусного навантаження був більше 1000 копій/мл., а на момент збору даних таких було 14,4%.

Також виявлено 16,7% пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ТБ. Серед пацієнтів, які вірогідно інфікувались ВІЛ внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, 22,8% пацієнтів мають коінфекцію.

Поточний маршрут пацієнтів з ВІЛ

З 2016 року маршрут пацієнтів від первинного дослідження до отримання АРТ значно прискорився. У пацієнтів, у яких ВІЛ був виявлений до 2016 року, між первинним та підтверджувальним дослідженням проходило в середньому 22,75 місяців, тоді як у пацієнтів, у яких ВІЛ був виявлений після 2016 року – 0,73 місяця. Також до 2018 року час між постановкою діагнозу та отриманням АРТ становив 7,28 місяця, а після 2018 року – 1,38 місяця. Якщо розглядати пацієнтів, яким АРТ було призначено в 2018 році, то загальна тривалість їх маршруту від первинного дослідження до призначення АРТ складає 1,78 місяця.

Серед пацієнтів, взятих на облік, аналіз медичної документації зафіксував випадіння лише 1% пацієнтів. Пропуски у прийомі АРТ зафіксовано у 4,4% пацієнтів, вірусне навантаження більше 1000 копій/мл – у 14,4%.

Водночас аналіз медичної документації не враховує пацієнтів, які пройшли первинне обстеження, але не були взяті на облік, а за даними глибинних інтерв'ю початок маршруту є найбільш критичним моментом в контексті вибуття пацієнтів. Якщо первинне обстеження відбувається не в центрі СНІДу (за даними аналізу медичної документації у 22% пацієнтів, ще для 13% дані щодо первинного обстеження відсутні), до такого пацієнта не застосовуються засоби контролю до звернення в центр СНІДу. Основні проблеми етапу первинного обстеження є такими:

- Незважаючи на розповсюдження швидких тестів, опитані інфекціоністи звертають увагу на недостатньо оперативну діагностику ВІЛ в ЗОЗ первинної ланки: якщо пацієнт не виглядає як асоціальна людина, терапевти та сімейні лікарі пропонують тестування тільки після тривалого лікування симптомів. Тільки 2,2% пацієнтів були перенаправлені із закладів ПМД.
- Пацієнт може не звернутися до центру СНІДу після тестування в ЗОЗ і, відповідно, «випасти» з маршруту від самого початку.

Загалом були виявлені такі основні фактори вибуття пацієнтів з ВІЛ-інфекцією з маршруту та з процесу лікування:

- При безсимптомному ВІЛ пацієнт може не звернутися до центру СНІДу після тестування в ЗОЗ, а під час прийому АРТ «випасти» через погіршення самопочуття через побічні прояви від препаратів АРТ. Слід зазначити, що при прийомі сучасних препаратів (Долутеґравір) прояв побічних реакцій мінімізується, що позитивно впливає на прихильність до АРТ.

- Для КГ: активні періоди вживання наркотичних речовин, алкоголю, асоціальне життя.
- При зниженні уваги з боку соціального робітника, який здійснює супровід зменшується контроль за пацієнтом, що провокує виникнення низки об'єктивних та суб'єктивних стимулів покинути/призупинити лікування.
- Стигматизація оточення – побоювання приймати АРТ препарати на робочому місці, в колі знайомих.
- Для пацієнтів з конфекцією: важке лікування туберкульозу, яке обумовлене токсичністю та важкою переносимістю препаратів та передбачає велику кількість препаратів, які необхідно прийняти за один день.

Повнота надання послуг пацієнтам з ВІЛ у відповідності до протоколу

Згідно аналізу документації майже всі пацієнти отримують послуги в повній мірі у відповідності до протоколу, зокрема, 99,1% отримують АРТ, а 95,7% пройшли скринінг на ТБ.

Реєстрація та облік пацієнтів

Опитані лікарі позитивно оцінюють автоматизацію процесу реєстрації пацієнтів, можливість контролю та моніторингу пацієнтів своєї диспансерної групи. Водночас аналіз медичної документації пацієнтів показав відсутність даних для деяких пацієнтів в більшості досліджуваних показників (наприклад, відсутність інформації про проведення скринінгового опитування щодо ТБ, результатів досліджень, відсутність певних дат, тощо). Основні проблемні аспекти є такими:

- При реєстрації пацієнтів не фіксується група СП. Також за даними аналізу медичної документації ВІЛ-статус партнера невідомий для 40,1% пацієнтів.
- У випадку коінфекції ВІЛ та ТБ серед інфекціоністів існує запит на спрощений доступ до реєстру пацієнтів з ТБ.
- Нарікання медичних працівників стосувалися необхідності вести подвійну реєстрацію – окрім електронної бази залишається необхідність фіксування даних щодо хворого в традиційних картках – паперові носії інформації залишаються актуальними. Формат МІС ВІЛ відрізняється від формату звичайних карток.

ПОСЛУГИ З ТЕСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ТБ

Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з ТБ

В межах дослідження була проаналізована медична документація 527 пацієнтів, з них чверть складають представники КГ: ЛВНІ (23,2%), СП (1,2%), ЧСЧ (0,9%). За даними глибинних інтерв'ю з лікарями, туберкульоз залишається соціальним захворюванням. Окрім вищезазначених КГ серед груп соціального ризику можна виокремити безхатченків, малозабезпечених, безробітних, заробітчан, осіб, які зловживають алкоголем, внутрішньо переміщених осіб.

У 10,2% пацієнтів виявлено мультирезистентний ТБ, найбільше таких в Кривому Розі (19,2%).

43,6% пацієнтів є ВІЛ-позитивними, з них 32,9% є ЛВНІ.

Поточний маршрут пацієнтів з ТБ

В середньому пацієнти звертаються по медичну допомогу через 0,57 місяця після появи перших симптомів, а починають лікування ТБ – через 0,85 місяця після звернення по медичну допомогу. Лікування в середньому триває 7,6 місяців.

За даними медичної документації серед пацієнтів, які завершили лікування, 54,8% пацієнтів вилікувалися, для 41,3% - лікування завершено, у 2,4% - невдача лікування, 1,4% пацієнтів померли.

Було зафіксовано випадіння 1% пацієнтів, які перервали лікування на 2 чи більше місяців підряд.

Як і при лікуванні ВІЛ, при лікуванні ТБ найбільш критичним моментом в контексті вибуття пацієнтів є етап обстеження: пацієнти без гострої клінічної симптоматики можуть проігнорувати вимоги лікарів; часто через низьку культуру ставлення до свого здоров'я пацієнти не усвідомлюють повною мірою ризику, пов'язані із захворюванням. Відсутність організованого соціального супроводу (за аналогією з ініціативами НУО щодо ведення пацієнтів з ВІЛ) ускладнює контроль за пацієнтами та підтримку їх прихильності до лікування.

Аналіз медичної документації не враховує пацієнтів, які не закінчили обстеження на ТБ і не були взяті на облік. До того моменту, поки пацієнту не буде поставлено діагноз ТБ, до пацієнта не застосовуються засоби контролю та мотивування до продовження обстеження. Основні проблеми етапу обстеження є такими:

- Незадовільна діагностична практика на первинній ланці. На думку опитаних фтизіатрів, терапевти регулярно пропускають випадки безсимптомного перебігу туберкульозу, оскільки здебільшого орієнтовані на симптоматичне лікування пацієнтів. Скерування на скринінг на туберкульоз призначаються несвоєчасно: у випадках тривалого безрезультатного лікування діагностованої пневмонії, а також вибірково, передусім представникам неблагополучних верств населення.
- Можливі затримки з виявленням позалегенового туберкульозу лікарями вузьких спеціалізацій (хірург, гінеколог, невролог) при первинному зверненні пацієнта.
- Неоднозначне ставлення медичних працівників до скасування обов'язкового флюорографічного обстеження всіх пацієнтів на первинній ланці (звужена вимога щодо проведення обстеження – лише за наявності показань та скарг пацієнта), що спричинює недостатню мотивацію до зміни алгоритму діагностики - переходу на скринінгове анкетування пацієнтів.
- Розповсюдженість самолікування: пацієнт спочатку лікується самостійно, зтягуючи з відвідуванням лікаря.
- Частина пацієнтів відзначає стигму та неетичне поводження медичних працівників первинної ланки. Деякі пацієнти зазначали випадки стигматизації і в самому тубдиспансері при підтвердженні діагнозу (з боку молодшого медичного персоналу).
- Пацієнт може не звернутися до протитуберкульозного диспансеру за направленням терапевта і, відповідно, «випасти» з маршруту від самого початку.

Загалом були виявлені такі фактори вибуття пацієнтів з ТБ з маршруту та з процесу лікування:

На етапі діагностики:

- Відсутній контроль та/або супровід при перенаправленні пацієнта з підозрою на туберкульоз від медичної установи первинної ланки до протитуберкульозного диспансеру на фоні браку розуміння небезпеки хвороби у деяких пацієнтів, особливо у разі відсутності виражених клінічних проявів.

На етапі підтримувального курсу лікування:

- Довготривалість терапії та ізоляція: за досягнення кращого самопочуття частина пацієнтів схильна до переривання лікувального процесу.
- Висока токсичність препаратів, які часто викликають побічні ефекти – частина пацієнтів важко переносить лікування і припиняє прийом препаратів заради полегшення свого стану.
- Також позапланове припинення лікування, самовільне вибуття з лікарні характерні для асоціальних осіб, осіб, що зловживають алкоголем, представників груп ЛВНІ та СП.

Повнота надання послуг пацієнтам з ТБ у відповідності до протоколу

Згідно аналізу документації всі пацієнти з ТБ отримують послуги з діагностики та лікування ТБ. Разом з тим тестування на ВІЛ зафіксовано тільки для 91,6% пацієнтів. Серед ВІЛ-позитивних пацієнтів прийом АРТ зафіксований тільки у 85,4%. Соціальний супровід зафіксовано тільки для 37,6% пацієнтів.

Реєстрація та облік пацієнтів

Перехід на електронний варіант роботи з інформацією про пацієнта дає лікарям низку переваг: створення та зберігання єдиної бази пацієнтів з туберкульозом, полегшення та прискорення пошуку необхідної інформації про пацієнта, що дає можливість проводити аналітику, підвищує якість наданих послуг тощо. Водночас аналіз медичної документації пацієнтів показав відсутність даних для деяких пацієнтів в більшості досліджуваних показників (наприклад, відсутність інформації про проведення тестування на ВІЛ та лікування ВІЛ-позитивних респондентів, відсутність певних дат, тощо). Основні проблемні аспекти є такими:

- Лікар може працювати лише з даними свого регіону, що не дозволяє перевірити інформацію про мігрантів. Відсутність повного анамнезу знижує якість допомоги таким хворим.
- У випадку коінфекції ВІЛ та ТБ серед фтизіатрів існує запит на обмежений доступ до МІС ВІЛ (наприклад, до інформації щодо проходження лікування пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ТБ в центрі СНІДу та результатів досліджень – чи приймає пацієнт АРТ без перерв, який має рівень імуносупресії у пацієнта, тощо).

РОЛЬ НЕУРЯДОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ (НУО)

На сьогоднішній день спостерігається високий рівень залученості НУО до процесу діагностики, супроводу та контролю пацієнтів з ВІЛ-інфекцією – за результатами опитування лікарів та пацієнтів, діяльність НУО характеризується активністю, організованістю, широким охопленням, наявністю актуальних програм та проектів, які відповідають потребам пацієнтів. Оцінка діяльності НУО позитивна як з боку медичних працівників, так і пацієнтів.

Діяльність НУО у сфері лікування туберкульозу характеризується як ситуативна та нерегулярна: немає постійних цільових програм для хворих на туберкульоз, не налагоджена співпраця з тубдиспансерами. Присутність соціальних працівників передбачена переважно проектами для ВІЛ-інфікованих, потрапляють в зону їхньої уваги тільки пацієнти з коінфекцією ВІЛ та туберкульоз, натомість хворі лише на туберкульоз випадають з процесу.

• ПОСЛУГИ З ТЕСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ

2.1. Оцінка поточної ситуації в сфері діагностики ВІЛ-інфекції

Не дивлячись на те, що епідеміологічна ситуація з ВІЛ-інфекцією залишається складною, медичні працівники, які надають послуги пацієнтам з ВІЛ, зазначають певні позитивні зрушення в сфері діагностики даного захворювання у пацієнтів, завдяки впровадженню Стратегії Fast Track Cities. Дана стратегія завдяки постановці чітких цілей, впровадженню нових методів та підходів до діагностики ВІЛ, контролю та залученню мультидисциплінарної команди, показала свою ефективність.

В першу чергу, зазначається стійка тенденція до збільшення випадків виявлення ВІЛ. Спрямованість зусиль на розширення охоплення населення для проведення процедури тестування на ВІЛ-інфекцію та ефективного перенаправлення для подальшого лікування є важливим кроком в умовах складної епідеміологічної ситуації, який може позитивно вплинути на призупинення фактів розповсюдження захворювання в майбутньому.

Позитивна динаміка стала можливою завдяки нижченаведеним заходам, які наведені нижче.

1. Розповсюдження серед ЗОЗ швидких тестів на ВІЛ-інфекцію має такі переваги:

Для пацієнта:

- Пришвидшення процедури тестування – через 15-30 хвилин пацієнт отримує готовий результат, необхідність важкого/ стресового очікування результатів відсутня;

Для медичних працівників:

- Можливість оперативно, «на місці», перевірити статус пацієнта, який викликав підозру лікаря щодо наявності інфекції;
- При підтвердженні позитивного статусу лікар відразу вдається до кроків щодо постановки пацієнта на диспансерний облік та, відповідно, початку його лікування. Швидке реагування підвищує вірогідність залучення пацієнта до отримання послуг, які передбачені при позитивному ВІЛ-статусі, а також вироблення прихильності до лікування.

2. Підвищення рівня співпраці та узгодженості взаємодії у виявленні нових випадків ВІЛ-інфекції лікарями різної спеціалізації та різних ланок.

Завдяки активному проведенню тренінгів та інших просвітніх заходів щодо проблеми діагностики ВІЛ серед представників медичної спільноти відбулися такі позитивні зрушення:

- Підвищення рівня обізнаності, поінформованості лікарів різної спеціалізації щодо необхідності включення тестування на ВІЛ до переліку першочергових актуальних обстежень пацієнтів при проведенні діагностики широкого кола захворювань.
- Встановлення більш тісного взаємозв'язку лікарів центрів СНІДу з лікарями вузької спеціалізації, що призводить до підвищення узгодженості та ефективності дій при обстеженні та лікуванні пацієнтів. Частина опитаних медичних працівників позитивно оцінює досвід роботи у мультидисциплінарній команді.

Як медичні працівники, так і фахівці національного рівня наголошують на необхідності продовження залучення до тісної співпраці представників центрів СНІДу та туберкульозних закладів, роботи на командних засадах. Успішним прикладом такого симбіозу можна вважати досвід одеських спеціалістів.

Слід зазначити, що дослідження показало недостатню активність з боку **закладів первинної медико-санітарної допомоги (терапевтів, сімейних лікарів)** у проведенні діагностики ВІЛ серед широкого кола пацієнтів.

- Незважаючи на наявність у розпорядженні поліклінік швидких тестів, лікарі первинної ланки найчастіше виявляють підозру щодо наявності ВІЛ в останню чергу, коли попереднє лікування пацієнта не дає результатів.
- Все ще існує проблема стереотипних підходів до ВІЛ – звуження аудиторії, яка потребує направлення на тестування, до асоціальних пацієнтів та представників ключових груп ризику. Це негативно позначається на виявленні захворювання у широких верств населення: несвоєчасне тестування часто призводить до виявлення ВІЛ-інфекції на пізній стадії захворювання, а також сприяє подальшому розповсюдженню інфекції.

Спеціалісти центрів СНІДу наголошують на необхідності включення тестування на ВІЛ до переліку рутинних аналізів, які призначаються пацієнтам при консультації, згідно з наказом №388 МОЗ України «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».

Таким чином, можна підвести підсумок, що незважаючи на наявні позитивні зрушення, поточний процес проведення первинної діагностики на ВІЛ-інфекцію потребує підвищеної уваги та подальшого удосконалення.

2.2. Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з ВІЛ

Статеві-віковий склад опитаних відповідає розподілу генеральної сукупності (див. додаток № 2). Пацієнти отримали позитивний результат тестування на ВІЛ в середньому 47,48 місяців до фіксації даних. Київські пацієнти мають найменший стаж виявлення ВІЛ (27,74 місяців у середньому), а одеські найбільший (57,74 місяців).

Таблиця 2.2.1. Кількість місяців від первинного дослідження на ВІЛ до фіксації даних (квітень 2019)*					
	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	27.74	57.74	54.47	41.64	47.48
Стандартне відхилення	18	64	53	50	53
Кількість пацієнтів	99	176	118	113	506
Мінімум	6	8	3	6	3
Максимум	123	275	231	264	275

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

Існує суттєва різниця у проміжку часу між первинним дослідженням та взяттям на облік для пацієнтів, у яких первинне дослідження проводилося до і після 2016 року, тому нижче дані цих пацієнтів аналізуються окремо.

У 29% пацієнтів ВІЛ був виявлений до 2016 року. Ці пацієнти отримали позитивний результат тестування на ВІЛ в середньому 110,7 місяців до фіксації даних.

Таблиця 2.2.1.1. Кількість місяців від первинного дослідження на ВІЛ до фіксації даних серед пацієнтів, в яких первинне дослідження на ВІЛ проводилось до 2016 року					
	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	75.92	120.75	103.54	107.27	110.70
Стандартне відхилення	37	67	49	61	60
Кількість пацієнтів	6	65	49	29	150
Мінімум	42	41	41	48	41
Максимум	123	275	231	264	275

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

У решти пацієнтів, медична документація яких аналізувалася, ВІЛ був виявлений після 2016 року.

Таблиця 2.2.1.2. Кількість місяців від первинного дослідження на ВІЛ до фіксації даних серед пацієнтів, в яких первинне дослідження на ВІЛ проводилось після 2016 року

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	24.66	20.31	19.60	18.75	20.95
Стандартне відхилення	10	6	11	9	9
Кількість пацієнтів	93	110	69	84	356
Мінімум	6	8	3	6	3
Максимум	42	40	40	39	42

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

В середньому пацієнти пройшли первинне дослідження близько 47 місяців тому, а підтверджувальне дослідження – близько 40 місяців тому.

Таблиця 2.2.2. Кількість місяців від підтверджувального дослідження на ВІЛ до фіксації даних (квітень 2019)*

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	25.68	39.85	52.25	41.14	40.24
Стандартне відхилення	14	42	53	50	44
Кількість пацієнтів	99	176	118	113	506
Мінімум	4	1	3	5	1
Максимум	121	221	230	263	263

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

Значні терміни між первинним та підтверджувальним дослідженням характерні для пацієнтів, в яких ВІЛ був виявлений до 2016 року: різниця між 110,7 та 87,95 становить 22,75 місяців.

Таблиця 2.2.2.1. Кількість місяців від підтверджувального дослідження на ВІЛ до фіксації даних серед пацієнтів, в яких первинне дослідження на ВІЛ проводилось до 2016 року

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	53.33	74.32	99.41	106.34	87.95
Стандартне відхилення	35	52	52	61	55
Кількість пацієнтів	6	65	49	29	150
Мінімум	15	7	15	47	7
Максимум	121	221	230	263	263

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

В пацієнтів, в яких ВІЛ був виявлений після 2016 року, термін між первинним (20,95 місяців до моменту фіксації даних) та підтверджувальним дослідженням (20,21 місяців) в середньому складає 0,73 місяця.

Таблиця 2.2.2. Кількість місяців від підтверджувального дослідження на ВІЛ до фіксації даних серед пацієнтів, в яких первинне дослідження на ВІЛ проводилось після 2016 року

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	23.94	19.48	18.73	18.32	20.28
Стандартне відхилення	10.03	5.64	10.81	9.33	9.17
Кількість пацієнтів	100	111	69	86	367
Мінімум	4	1	3	5	1
Максимум	40	38	40	38	40

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

При цьому, діагноз ВІЛ пацієнтам було встановлено в середньому 25,99 місяців тому, тобто в середньому через 14 місяців після підтверджувального дослідження (різниця між 40,24 і 25,99).

Таблиця 2.2.3. Кількість місяців від встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції на момент взяття під медичний нагляд у ЗОЗ до фіксації даних (квітень 2019)*

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	24.41	22.42	40.64	17.70	25.99
Стандартне відхилення	10	19	48	10	28
Кількість пацієнтів	99	176	118	113	506
Мінімум	6	7	1	5	1
Максимум	55	156	230	40	230

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

Знову ж таки значні терміни між підтверджувальним дослідженням та встановленням діагнозу характерні для пацієнтів, в яких ВІЛ був виявлений до 2016 року (46,24 місяців становить проміжок між 87,95 та 41,7).

Таблиця 2.2.3.1. Кількість місяців від встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції на момент взяття під медичний нагляд у ЗОЗ до фіксації даних серед пацієнтів, в яких первинне дослідження на ВІЛ проводилось до 2016 року

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	53.33	74.32	99.41	106.34	87.95
Стандартне відхилення	35	52	52	61	55
Кількість пацієнтів	6	65	49	29	150
Мінімум	15	7	15	47	7
Максимум	121	221	230	263	263

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

В пацієнтів, в яких ВІЛ був виявлений після 2016 року, термін між підтверджувальним дослідженням (20,21 місяців до фіксації даних) та встановленням діагнозу (19,39) в середньому складає 0,82 місяця.

Таблиця 2.2.3.2. Кількість місяців від встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції на момент взяття під медичний нагляд у ЗОЗ до фіксації даних серед пацієнтів, в яких первинне дослідження на ВІЛ проводилось після 2016 року

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	23.65	19.00	18.35	16.01	19.39
Стандартне відхилення	9	10	20	9	13
Кількість пацієнтів	93	110	69	84	356
Мінімум	6	7	1	5	1
Максимум	40	114	159	37	159

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

Щодо шляху інфікування – в усіх містах переважає статевий шлях.

Найбільша частка пацієнтів з парентеральним шляхом інфікування в Києві та Дніпрі. 100% випадків інфікування парентеральним шляхом спричинені вживанням наркотичних речовин ін'єкційним шляхом.

Таблиця 2.2.4. Вірогідний шлях інфікування ВІЛ (згідно з п.18 Форми № 502-1/о)*

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Статевий	82	74,5%	156	87,5%	86	71%	89	77,2%	413	78,7%
Парентеральний	28	25,5%	22	12,5%	35	29%	26	22,8%	112	21,3%
N	110	100%	178	100%	121	100%	116	100%	525	100%

* У одної пацієнтки була виявлена помилка в базі даних, тому дані представлені без неї

Загалом, згідно з інтерв'ю з медичними працівниками, незважаючи на традиційно підвищений рівень ризику інфікування серед представників ключових груп ризику, статевий шлях інфікування має високу розповсюдженість та зберігається тенденція до збільшення випадків ВІЛ серед широких верств населення.

Найбільше активних ЛВНІ в Дніпрі, найменше в Одесі, але ці дані можуть бути недостатньо надійними, оскільки пацієнти приховують від лікарів вживання наркотичних речовин. Для 69,1% немає даних щодо належності до ЛВНІ.

Таблиця 2.2.5. Вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Ні	26	23.9%	17	9.7%	52	42.7%	37	32.1%	132	25.2%
Так	6	5.4%	3	1.6%	18	14.8%	3	3.0%	30	5.7%
Немає даних	78	70.7%	159	88.8%	51	42.5%	75	64.9%	363	69.1%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

Найбільше ЧСЧ у Києві, в Дніпрі їх немає серед пацієнтів або ця інформація не зафіксована. За словами опитаних медичних працівників, пацієнти можуть приховувати свою належність до КГ через побоювання стигми. Для 1% пацієнтів немає даних.

Таблиця 2.2.6. Вірогідний шлях інфікування ВІЛ (згідно з п.18 Форми № 502-1/о), серед інфікованих статевим шляхом										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Гетеросексуальний	62	75.6%	153	98.2%	86	100%	89	99.2%	390	94.3%
Гомосексуальний	16	19.2%	3	1.8%	0	0.0%	1	0.8%	19*	4.7%
Немає даних	4	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.0%
N	82	100%	156	100%	86	100%	89	100%	413	100%

* база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

Для 60,7% пацієнтів ВІЛ-статус партнера є невідомим або ці дані не зафіксовані.

Таблиця 2.2.7. ВІЛ-статус партнера, серед інфікованих статевим шляхом, серед інфікованих статевим шляхом										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Невідомо	38	46.2%	46	29.8%	34	40.0%	47	52.7%	166	40.1%
Позитивний	21	25.9%	37	23.9%	38	43.9%	20	22.7%	116	28.2%
Негативний	12	14.9%	0	0.0%	12	13.6%	22	24.6%	46	11.1%
Немає даних	11	13.0%	72	46.4%	2	2.6%	0	0.0%	85	20.6%
N	82	100%	156	100%	86	100%	89	100%	413	100%

*база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

Близько половини первинних досліджень на ВІЛ у київських пацієнтів було проведено методом швидкого тесту, тоді як найменше таких досліджень в Кривому Розі – 2,8%. Слід зазначити, що з роками частота використання ІФА знижується. Водночас якщо порівняти маршрут пацієнтів, первинне дослідження яких проводилося в 2018 році, за методом дослідження (швидкі тести або ІФА), то значущих відмінностей в термінах проходження маршруту не зафіксовано.

В Києві найменша частка пацієнтів була обстежена в центрах СНІДу (44,2% - див. Таблицю 2.3.1. в розділі 2.3) і цим пояснюється широке використання швидких тестів.

98,6% підтверджувальних досліджень проведено методом ІФА.

Таблиця 2.2.8. Метод проведення первинного (скринінгового) дослідження на ВІЛ

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
ІФА	55	49.7%	141	78.8%	104	86.0%	112	96.6%	412	78.3%
Швидкий тест (експрес-тестування)	54	48.4%	36	20.0%	15	12.7%	3	2.8%	108	20.5%
ІХЛА	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%
ПЛР	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Немає даних	1	1.0%	2	1.2%	2	1.8%	1	0.6%	6	1.2%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

В Києві найбільша кількість пацієнтів (36,2%) була виявлена на безсимптомній стадії. В інших містах більше третини пацієнтів були виявлені на IV стадії, але частка виявлених на безсимптомній стадії також є суттєвою – 23,8%-29,4%.

Опитані медичні працівники зазначали, що заклади ПМД забезпечені експрес-тестами достатньою мірою, але сімейні лікарі недостатньою мірою їх застосовують: лише 2,2% пацієнтів пройшли первинне обстеження в закладах ПМД (див. Таблицю 2.3.1.)

**Таблиця 2.2.9. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції
(на момент взяття під нагляд)**

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
I стадія безсимптомна	40	36.2%	53	29.4%	29	23.8%	34	29.4%	155	29.5%
I стадія ПГЛ	6	5.2%	8	4.3%	13	11.1%	0	0.0%	27	5.1%
II стадія	20	18.3%	19	10.4%	17	13.9%	16	13.4%	71	13.5%
III стадія	25	22.6%	35	19.3%	15	12.6%	22	19.3%	97	18.4%
IV стадія	20	17.8%	62	34.5%	47	38.6%	43	37.0%	171	32.5%
Немає даних	0	0.0%	4	2.1%	0	0.0%	1	0.9%	5	0.9%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

Приблизно у третини пацієнтів у всіх містах спостерігалась низька кількість клітин CD4 (менше 200 кл/мкл).

Таблиця 2.2.10. Ступінь імуносупресії
(на момент взяття під нагляд/ перший результат)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
> 500 кл/мкл CD4	26	23.5%	54	30.4%	21	17.6%	26	22.1%	127	24.2%
350-499 кл/мкл CD4	19	16.8%	30	16.6%	28	23.3%	18	15.4%	94	17.9%
200-349 кл/мкл CD4	30	27.0%	28	15.9%	18	15.2%	21	18.5%	98	18.7%
< 200 кл/мкл або відносна кількість < 15% CD4	35	32.0%	66	37.1%	44	36.4%	43	37.5%	189	35.9%
Дослідження не проводилося	0	0.0%	0	0.0%	8	6.7%	2	1.8%	10	1.9%
Немає даних	1	0.8%	0	0.0%	1	0.9%	5	4.6%	7	1.4%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

На момент взяття під нагляд у 66% пацієнтів рівень вірусного навантаження був більше 1000 копій/мл.

Таблиця 2.2.11. Рівень вірусного навантаження
(на момент взяття під медичний нагляд)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
До 40 копій/мл (не визначається)	8	7.4%	0	0.0%	3	2.4%	0	0.0%	11	2.1%
40 – 1000 копій/мл (низький)	5	4.6%	82	45.7%	12	9.6%	21	17.8%	119	22.6%
Більше за 1000 копій/мл (високий)	67	60.2%	96	53.8%	94	77.5%	91	78.5%	347	66 %
Точне значення відсутнє	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Немає даних	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Не здавав / невдалий тест	31	27.7%	1	0.5%	13	10.5%	4	3.7%	49	9.2%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

В Києві 4,3% пацієнтів не отримують АРТ через неявку до медичного закладу. В інших містах таких пацієнтів не зафіксовано. Майже всі пацієнти, які інфікувались ВІЛ парентеральним шляхом, приймають АРТ (109 з 112).

Таблиця 2.2.12. Приймання пацієнтом АРТ										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Так	106	95.7%	179	100%	121	100%	116	100%	521	99.1%
Ні	5	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	0.9%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

Як було зазначено вище, діагноз ВІЛ пацієнтам в середньому було встановлено 25,99 місяців тому з моменту фіксації даних (див. Таблицю 2.2.3), а АРТ було призначено в середньому 20,18 місяців тому.

Таблиця 2.2.13. Середня кількість місяців від дати призначення АРТ до фіксації даних (квітень 2019)*					
	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	22.71	22.19	21.67	13.31	20.18
Стандартне відхилення	13	21	22	10	18
Кількість пацієнтів	99	176	118	113	506
Мінімум	1	5	1	2	1
Максимум	84	158	174	39	174

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

Водночас якщо до 2018 час між взяттям піз постановкою діагнозу та призначенням АРТ складав кілька місяців, то після 2018 року – вже 1,38 місяця. Таким пацієнтам АРТ в середньому було призначено 9,79 місяців до фіксації даних, а діагноз їм було поставлено 11,17 місяців до фіксації даних.

Таблиця 2.2.13.1. Середня кількість місяців від дати призначення АРТ до фіксації даних, серед пацієнтів яким АРТ призначено після 2018					
	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	10.48	13.12	8.92	7.86	9.79
Стандартне відхилення	5	2	4	3	4
Кількість пацієнтів	19	30	37	41	127
Мінімум	3	5	2	3	2
Максимум	22	16	16	14	22

*база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

Найчастіше пропуски у прийомі першої схеми АРТ фіксувались в Києві (11,6%), найрідше – в Одесі (0%).

Таблиця 2.2.14. Наявність перерв/пропусків у прийомі першої схеми АРТ (ситуації, коли була зупинка у видачі препаратів пацієнту/ пацієнт не з'явився)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Ні	98	88.4%	179	100%	116	96.1%	110	95.2%	503	95.6%
Так	13	11.6%	0	0.0%	5	3.9%	6	4.8%	23	4.4%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

В Києві найбільше пацієнтів перебувають на безсимптомній стадії ВІЛ (близько третини), тоді як в Одесі та Дніпрі найбільше пацієнтів на IV стадії (близько половини). Це ймовірно пояснюється тим, що в Києві ВІЛ найчастіше виявляють на I стадії (див. Таблицю 2.2.9)

Слід зазначити, що маршрут пацієнтів з ВІЛ залежить від стадії та кількості CD4 клітин. У випадку, якщо пацієнт був виявлений на пізній стадії, як правило, в нього проявляються опортуністичні інфекції та супутні захворювання. В таких випадках пацієнт потребує перенаправлення до вузьких спеціалістів, на додаткове обстеження, що подовжує його маршрут.

Таблиця 2.2.15. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції (на момент заповнення анкети)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
I стадія безсимптомна	38	34.3%	41	23.0%	20	16.9%	23	20.2%	123	23.4%
I стадія ПГЛ	7	6.2%	2	1.1%	7	5.4%	1	0.9%	17	3.1%
II стадія	18	16.2%	13	7.0%	19	15.8%	19	16.1%	68	13.0%
III стадія	19	17.3%	33	18.4%	13	10.7%	22	19.4%	87	16.6%
IV стадія	27	24.1%	89	50.0%	61	50.4%	49	42.8%	226	43.0%
Немає даних	2	1.9%	1	0.5%	1	0.9%	1	0.6%	5	0.9%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

Найменше пацієнтів з низькою кількістю клітин CD4 (менше 200 кл/мкл) знову ж таки у Києві – 17% – тоді як в інших містах таку кількість клітин CD4 має кожен четвертий пацієнт.

Таблиця 2.2.16. Ступінь імуносупресії (на момент заповнення анкети/ останній результат)										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
>500 кл/мкл CD4	43	39.4%	68	38.0%	32	26.7%	39	34.1%	183	34.8%
350-499 кл/мкл CD4	23	21.0%	32	18.2%	25	20.9%	17	14.5%	98	18.6%
200-349 кл/мкл CD4	24	22.1%	35	19.7%	29	24.0%	25	21.7%	114	21.7%
< 200 кл/мкл або відносна кількість < 15% CD4	18	16.7%	42	23.5%	31	26.0%	28	24.1%	120	22.8%
Дослідження не проводилося	0	0.0%	0	0.0%	2	1.9%	6	5.6%	9	1.7%
Немає даних	1	0.8%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%	3	0.5%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

Відповідно, в Києві найбільше пацієнтів з вірусним навантаженням до 40 копій/мл, в Одесі – найменше.

Слід зазначити, що ефективність АРТ для пацієнтів, у яких інфікування ВІЛ відбулось парентеральним шляхом, є дещо нижчою, ніж для загалу: серед усіх пацієнтів на АРТ у 83,4% вірусне навантаження до 1000 копій/мл, а серед пацієнтів, які інфікувались парентеральним шляхом – у 76,1%.

Таблиця 2.2.17. Рівень вірусного навантаження (на момент заповнення анкети/ останній результат)										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
До 40 копій/мл (не визначається)	81	73%	4	2,3%	81	67%	47	40.3%	212	40.4%
40 – 1000копій/мл (низький)	13	12.2%	156	87.2%	14	11.4%	43	37.4%	226	43%
Більше за 1000 копій/мл (високий)	11	10.3%	18	10%	22	18%	25	21.4%	76	14.4%
Точне значення відсутнє	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Не здавав / невдалий тест	5	4.6%	1	0.5%	4	3.7%	1	0.9%	11	2.2%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

95,7% пацієнтів пройшли скринінг на ТБ, найчастіше скринінг на ТБ не зафіксований в документації в Києві (8,9%) та Дніпрі (10,4%). Високий відсоток відсутності інформації щодо скринінгу на ТБ може бути пов'язаним з тим, що замість пацієнта за препаратами АРТ приходить соціальний робітник або довірена особа, або з тим, що пацієнт проходив скринінг в іншому медичному закладі.

Таблиця 2.2.18. Проходження пацієнтом скринінгу на ТБ										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Так	101	91.1%	179	100%	108	89.6%	116	100%	504	95.7%
Ні	0	0.0%	0	0.0%	13	10.4%	0	0.0%	13	2.4%
Немає даних	10	8.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	1.9%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

У 16,7% пацієнтів діагностований ТБ, найчастіше в Одесі (22%), найрідше в Дніпрі та Кривому Розі (12,7% та 11,9%).

Таблиця 2.2.19. Наявність діагностованого ТБ										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Ні	84	76.3%	140	78.1%	106	87.3%	102	88.1%	431	82.0%
Так	19	17.5%	39	21.9%	15	12.7%	14	11.9%	88	16.7%
Немає даних	7	6.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	1.3%
N	110	100%	179	100%	121	100%	116	100%	526	100%

У 74% випадках, коли ТБ не був діагностований, проводилась хіміопрофілактика – найчастіше в Одесі (100%), найрідше в Дніпрі (49,3%). Майже у всіх випадках препаратом для профілактики був ізоніазид.

Таблиця 2.2.20. Проходження хіміопрофілактики ТБ, серед тих, у кого він не був діагностований										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Так	57	62.7%	140	100%	52	49.3%	76	74.9%	325	74.2%
Ні	23	25.5%	0	0.0%	51	48.6%	25	24.5%	100	22.7%
Немає даних	11	11.9%	0	0.0%	2	2.1%	1	0.7%	14	3.1%
N	91	100%	140	100%	106	100%	102	100%	438	100%

У більшості випадків профілактика не призначалась через відсутність показань.

Таблиця 2.2.21. Причини непризначення хіміопрофілактики ТБ, серед тих, у кого він не був діагностований

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Не потребує/ немає показань/ кількість клітин СД вища 350	3	12.0%	0	0.0%	48	91.5%	24	97.3%	75	74.6%
Відмова хворого	8	33.7%	0	0.0%	2	4.3%	0	0.0%	10	10.0%
Вагітність	8	33.9%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	9	8.9%
Немає відповіді	1	4.9%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	2	2.2%
Інше	4	15.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%	4	4.2%
N	23	100%	0	100%	52	100%	25	100%	101	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

У більшості пацієнтів вперше діагностований ТБ, лише у трьох осіб рецидив.

Таблиця 2.2.22. Тип випадку, серед тих, у кого був діагностований ТБ

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Вперше діагностований туберкульоз	18	95.2%	31	79.1%	11	73.9%	8	56.1%	68	78.1%
Рецидив	0	0.0%	1	3.0%	2	11.7%	0	0.0%	3	3.4%
Лікування після перерви	0	0.0%	0	0.0%	1	7.3%	0	0.0%	1	1.3%
Лікування після невдачі	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Інший	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	36.1%	5	5.7%
Немає даних	1	4.8%	7	17.9%	1	7.1%	1	7.8%	10	11.6%
N	19	100%	39	100%	15	100%	14	100%	88	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

У 79,8% пацієнтів легеневий ТБ.

Таблиця 2.2.23. Локалізація ТБ, серед тих, у кого був діагностований ТБ										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Легеневий	14	73.9%	33	85.0%	12	81.0%	10	72.2%	70	79.8%
Позалегеневий	2	11.7%	1	2.4%	3	19.1%	3	20.0%	9	10.1%
Легеневий та позалегеневий	2	9.6%	5	12.6%	0	0.0%	0	0.0%	7	7.8%
Немає даних	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.8%	2	2.3%
N	19	100%	39	100%	15	100%	14	100%	88	100%

*база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

У 34,7% пацієнтів присутнє бактерієвиділення.

Таблиця 2.2.24. Бактерієвиділення, серед тих, у кого був діагностований ТБ										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
МБТ-	13	68.1%	21	53.5%	8	54.8%	7	48.4%	49	56.1%
МБТ+	5	27.1%	12	31.2%	7	45.2%	6	43.8%	30	34.7%
Немає даних	1	4.8%	6	15.4%	0	0.0%	1	7.8%	8	9.2%
N	19	100%	39	100%	15	100%	14	100%	88	100%

*база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

Більшість пацієнтів в усіх містах починали лікування ТБ стаціонарно, окрім Києва, де більшість починали лікування амбулаторно.

Таблиця 2.2.25 Місце початку лікування ТБ, серед тих, у кого був діагностований ТБ										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Стаціонарно	8	40.5%	20	51.1%	14	88.4%	9	62.0%	50	57.0%
Амбулаторно	11	54.7%	18	46.0%	2	11.6%	3	25.2%	34	38.6%
Немає даних	1	4.8%	1	3.0%	0	0.0%	2	12.8%	4	4.4%
N	19	100%	39	100%	15	100%	14	100%	88	100%

*база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

В 38% випадків у лікарів центрів СНІДу немає даних про те, як пацієнт проходить лікування ТБ на момент фіксації даних. Дана ситуація є недоліком маршруту пацієнта, оскільки вказує на пробіли в комунікації між інфекціоністами та фтизіатрами, що може негативно впливати на лікування пацієнта.

Таблиця 2.2.26. Місце проходження пацієнтом лікування ТБ (на момент анкетування), % від тих, у кого був діагностований ТБ

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Амбулаторно	10	53.3%	20	51.9%	5	33.5%	6	43.7%	42	47.7%
Стационарно	0	0.0%	3	7.7%	7	47.9%	2	15.7%	13	14.3%
Немає даних	9	46.7%	16	40.5%	3	18.7%	6	40.6%	33	38.0%
N	19	100%	39	100%	15	100%	14	100%	88	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

Серед пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та туберкульозу, за оцінкою медичних працівників, продовжують переважати представники ключових груп – в першу чергу ЛВНІ (за даними аналізу медичної документації серед пацієнтів з коінфекцією 22,8% інфікованих парентеральним шляхом, тоді як серед загалу - 16,7%), а також інші представники маргінальних верств населення: особи без постійного місця проживання, особи, які зловживають алкоголем. Однак, зважаючи на схильність пацієнтів з ВІЛ до туберкульозу, в зоні підвищеного ризику перебувають не лише особи з низьким соціальним статусом та доходом, але також і представники більш благополучних категорій населення – для останніх також характерний високий відсоток коінфекції. Слід зазначити, що для пацієнтів з коінфекцією характерне пізнє звернення за медичною допомогою та виявлення ВІЛ на пізній стадії (у 97,7% ВІЛ виявлено на ІV стадії).

2.3. Поточний маршрут пацієнтів з ВІЛ

Можна виокремити такі основні пункти маршруту пацієнта: діагностика захворювання, взяття на облік пацієнта з позитивним ВІЛ-статусом, проведення мотивуючої консультації, призначення лікування та регулярний медичний контроль (див. додаток №1).

В результаті дослідження було встановлено, що маршрут пацієнта з ВІЛ-інфекцією має низку актуальних «точок» входження до системи ЗОЗ. Пацієнти демонструють різний досвід отримання послуг первинної діагностики захворювання на початковому етапі, однак після перенаправлення хворого на дообстеження до центру СНІДу та взяття на облік – маршрут набуває послідовного алгоритму та є досить стандартним для всіх категорій хворих.

Опитування показало, що маршрут пацієнта з ВІЛ-інфекцією є достатньо відпрацьованим, не має зайвих кроків, в цілому алгоритм взяття на облік та подальшого лікування зрозумілий для більшості хворих.

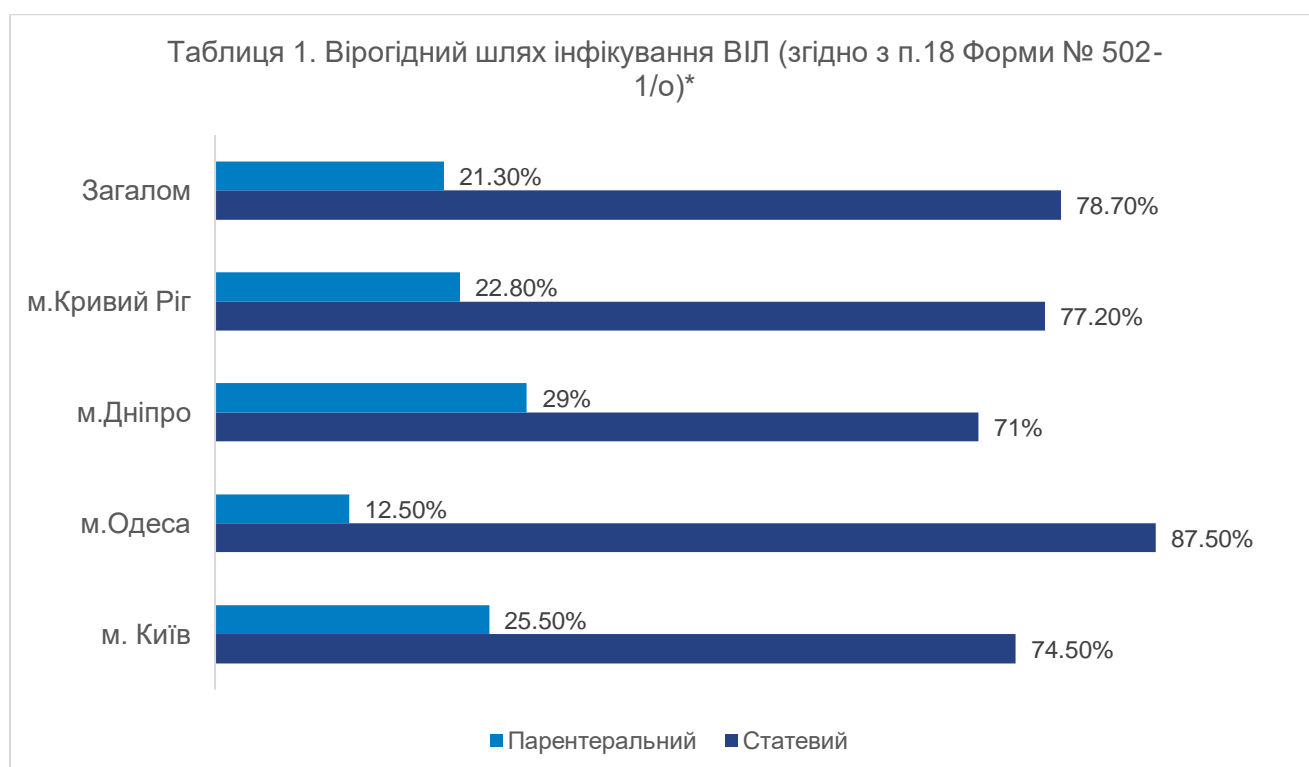
На сьогоднішній день система рухається до мінімізації часу проходження маршруту, його оптимізації. Це необхідно для більш швидкого залучення нововиявленого пацієнта до системи отримання лікування та підвищення ефективності формування його прихильності до прийому АРТ. Найбільш критичним моментом в контексті вибуття пацієнтів є початок маршруту, коли пацієнт тільки зіштовхнувся з хворобою. Якщо первинне обстеження відбувається не в центрі СНІДу (за даними аналізу медичної документації у 22% пацієнтів, ще для 13% дані щодо первинного обстеження відсутні), до такого пацієнта не застосовуються жодні засоби контролю та мотивування до звернення в центр СНІДу. Медична документація не включає даних пацієнтів, які не звернулись до центру СНІДу після первинного обстеження, тому неможливо встановити кількість пацієнтів, які випадають на даному етапі. Серед взятих на облік пацієнтів аналіз медичної документації зафіксував випадіння лише 5 пацієнтів з 526 (1%).

КРОК 1. Тестування на ВІЛ

Якщо простежити маршрут різних пацієнтів з ВІЛ від їх першого звернення за первинною медичною допомогою, то слід зауважити, що для пацієнтів існує низка «точок» входження у ЗОЗ.

Згідно з досвідом опитаних респондентів, можна виокремити такі канали, через які розпочинають свій маршрут пацієнти: установи первинної медично-санітарної допомоги, клініко-діагностичні центри, міські клінічні лікарні, протитуберкульозні диспансери, кабінет інфекційних захворювань, громадські організації, виїзні лабораторії, центр СНІДу або кабінет «Довіра», самотестування (при бажанні тести на ВІЛ можна купити в аптеці або пройти тестування в незалежних лабораторіях, наприклад, «Синево», «Invitro», але опитані лікарі вважають дану практику найменш поширеною).

За даними аналізу медичної документації 65,1% пацієнтів пройшли перше обстеження на ВІЛ-інфекцію в центрах СНІДу або кабінетах «Довіра», 17 % – були перенаправлені із закладів ВМД, 2,2% – із закладів ПМД і приблизно по 1% – з НУО та приватних клінік.



*база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

Центр СНІДу або кабінет «Довіра»

Специфіка каналу:

- Для центрів СНІДу та кабінетів «Довіра» характерне проведення як первинного тестування на ВІЛ, так і проведення процедури підтвердження позитивного результату.
- Проведення первинної діагностики на ВІЛ-інфекцію відбувається у випадках:
 - Коли в медичному закладі первинної ланки відсутні можливості проведення даного аналізу;
 - Часті випадки самостійного звернення широкого кола населення:
 - Частіше в ситуації, коли сексуальний партнер або викликав підозру, або зізнався у своєму позитивному статусі

- Наявність власного бажання, відповідальності за своє здоров'я на фоні активної соціальної комунікації необхідності тестування
- Потреба в довідці про ВІЛ-статус. Це поодинокі випадки, коли людині необхідне знання щодо свого статусу на запит від роботодавця, або навчального закладу, або сексуального партнера перед укладанням шлюбу.

Фахівці національного рівня зазначають, що у випадку звернення пацієнта з ВІЛ-інфекцією на першій та другій стадії лікарі кабінету «Довіра» вповноважені надавати весь перелік необхідних послуг – не лише брати на облік, а також призначати АРТ, здійснювати подальший медичний контроль.

Міські клінічні лікарні, клініко-діагностичні центри, протитуберкульозні диспансери.

Специфіка каналу:

- Діагностика на ВІЛ-інфекцію відбувається на фоні прояву у пацієнта значних/ виражених проблем із здоров'ям:
 - при необхідності планової хірургічної операції
 - при незадовільному загальному стані здоров'я (наприклад, ускладнення від пневмонії тощо)
 - при прояві гострих симптомів туберкульозу
- Як правило, стан пацієнта вимагає госпіталізації та подальшого лікування в умовах стаціонару.
- В медичних закладах даного типу призначення тестування на ВІЛ в лабораторії закладу проводиться на регулярній основі:
 - Часто тестування на ВІЛ входить до рутинного переліку аналізів – умова перебування в стаціонарі лікарні.
 - Погіршення загального стану пацієнта, неспроможність організму впоратись з хворобою викликає у лікарів підозру щодо інфекційної природи проблеми, в тому числі прогресування ВІЛ.

При отриманні позитивного результату, відбувається перенаправлення пацієнта до центру СНІДу, або до кабінету «Довіра», якщо такий є в конкретному закладі.

Лікарі зазначили позитивні зрушення в протитуберкульозних диспансерах (які підтверджують опитані фахівці національного рівня):

- Наприклад, в Одесі був створений єдиний центр, який займається діагностикою та лікуванням соціально-значущих хвороб.
- Також в інших містах дослідження медичні працівники зазначають як позитивне зрушення наявність у штаті протитуберкульозного диспансеру лікаря-інфекціоніста, що обумовлює позитивні зрушення у діагностиці ВІЛ, дає можливість відразу довести до відома центру СНІДу та взяти пацієнта під контроль.

Установи первинної медично-санітарної допомоги (в першу чергу, поліклініки за місцем проживання).

Специфіка каналу:

- Канал доступний для широкого загалу пацієнтів – будь-яка людина може звернутися до лікаря сімейної медицини/ терапевта із скаргами на загальне самопочуття.
- Найчастіше пацієнти зверталися до первинної ланки медичних закладів з такими скаргами: підвищена температура, втомлюваність, слабкість, часті випадки бронхітів та пневмонії, збільшення лімфовузлів, тощо.

- Найчастіше сам пацієнт не асоціює прояв симптомів з наявністю в організмі ВІЛ-інфекції, позитивний результат тестування часто неочікуваний, викликає шок.
- Якщо людина зовнішньо не відноситься до асоціальної категорії населення, часто лікарі схильні в першу чергу призначати симптоматичне лікування, при необхідності перенаправляти на консультацію до вузьких спеціалістів (дерматолога, ендокринолога, гастроентеролога тощо) та лише при відсутності позитивних результатів лікування, покращення стану пацієнта починають підозрювати ВІЛ-інфекцію.
- Наступним кроком є направлення пацієнта до лабораторії поліклініки на проведення тестування на ВІЛ, при відсутності тестів – до інших ЗОЗ, в також діагностичних лабораторій (в т.ч. приватних)
 - За наявності підрозділу інфекційних захворювань в поліклініці, можливе перенаправлення пацієнта до інфекціоніста.
- Часто через помилкове сприйняття симптомів ВІЛ як прояву захворювань іншої етіології, цей відрізок маршруту пацієнта може бути досить тривалим, постановка діагнозу може затягуватися.
- Регулярне проведення аналізу на ВІЛ є обов'язковою процедурою для жіночої консультації, де кожна вагітна жінка направляється на тестування.

При отриманні позитивного результату, відбувається перенаправлення пацієнта до центру СНІДу, або до кабінету «Довіра», якщо такий є в конкретній поліклініці.

Громадські організації (НУО)

Специфіка каналу:

- Громадські організації демонструють високу активність як щодо профілактики та виявлення ВІЛ-інфекції, так і надання консультативної допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованих. Для НУО характерна спрямованість діяльності на окремі категорії населення, частіше на ключові групи.
- Перевагою НУО щодо тестування на ВІЛ є більш гарантована анонімність, в тому числі через уникнення ситуацій зустрічі знайомих у закладі (наприклад, на відміну від поліклінік за місцем проживання)
- Частіше пацієнт звертається до НУО для проходження тестування на ВІЛ цілком усвідомлено, перевірка статусу продиктована звичайною цікавістю (може бути спонтанною) або у разі випадків ризикованої поведінки (як правило, рішення приймається після роздумів, у стані тривоги).
- Як правило, для проходження тестування на базі НУО частіше звертаються представники ключових груп, зазвичай вони демонструють свою проінформованість щодо діяльності та спеціалізації даних громадських організацій.
 - На відміну від інших категорій, представники ключових груп, як правило, знають про свої ризики, можуть мати в близькому оточенні ВІЛ-позитивних людей, частина є користувачами послуг з профілактики ВІЛ, які надаються НУО, та має попередній досвід тестування на ВІЛ.
 - Слід зазначити, що найбільш прискіпливо до стану свого здоров'я ставляться ЧСЧ: намагаються проходити регулярні тестування, та у випадку інфікування є найбільш дисциплінованими пацієнтами з високою прихильністю до лікування.
- Причинами проходження тестування на базі НУО можуть бути:
 - Найчастіше факти ризикованої поведінки (незахищені сексуальні контакти, прийом наркотиків ін'єкційно), рідше – періодичний контроль свого статусу
 - Ініціативи НУО для підвищення мотивації проходження тестування, наприклад, надання матеріальної допомоги, харчового пайка, надання засобів профілактики ВІЛ тощо (*«Коли споживачам наркотиків платили за тестування – черга стояла на перевірку»*)

- При тестуванні на ВІЛ на базі НУО використовуються, як правило, швидкі тести – людина через короткий проміжок часу може дізнатися свій статус.
- Налагоджене проведення до- і післятестової консультації, надання психологічної допомоги, соціального супроводу отримує схвальні відгуки пацієнтів.
- Наприклад, представники ЧСЧ міста Києва зазначають періодичне звернення до «Гей Альянс Україна». У випадку проходження тестування в даній організації позитивно оцінюється надання перед- та післятестової консультації – приділяється достатньо часу для надання розгорнутих пояснень, дієвої психологічної допомоги.
- Періодично реалізуються проекти, націлені на досягнення певної аудиторії (наприклад, СП або на привернення уваги молоді до проблеми), в межах яких проводиться тестування на вулицях – виїзних мобільних лабораторіях.

При отриманні позитивного результату, відбувається перенаправлення пацієнта до центру СНІДу, або до кабінету «Довіра».

❖ **МОЖЛИВІ ЗОНИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ: проведення тренінгів та/або інформаційних кампаній для лікарів ПМД щодо тестування на ВІЛ; розробка механізму перенаправлення пацієнта із закладів ЗОЗ до центрів СНІДу, надання соціального супроводу пацієнту на момент входження до маршруту в інших закладах, окрім центрів СНІДу.**

КРОК 2. Мотивуюча консультація пацієнта

Проведення мотивуючої консультації оцінюється всіма опитаними медичними працівниками як важливий крок, від якого значною мірою залежить подальший маршрут пацієнта. Практика проведення до- та післятестових консультацій пацієнта є обов'язковою.

В першу чергу, під час консультації медичний працівник оцінює рівень проінформованості пацієнта та рівня його знань щодо ВІЛ-інфекції, приділяє увагу питанню дотримання профілактики передачі ВІЛ. Також, на основі отриманої інформації, лікар намагається знайти індивідуальний підхід – не залякати хворого, а, навпаки, заспокоїти його, налаштувати на конструктивні дії, прихильність до АРТ.

Широко розповсюджена ситуація залучення до надання мотивуючої консультації, окрім лікаря-інфекціоніста, соціального працівника та, при необхідності, психолога.

Лікар частіше зосереджений на наданні конкретної, достовірної інформації щодо захворювання, його специфіці, повідомляє про особливості життя з позитивним статусом – шляхах розповсюдження, профілактичних діях, виявляє та борює стереотипні судження пацієнта, *«пацієнт має правильно зрозуміти, з чим він стикнувся»*. Важливий акцент робиться на лікуванні – на програмах, які забезпечують постійну наявність терапії, яка дає можливість пацієнту продовжувати жити, зберігаючи якість життя, на безкоштовності терапії для пацієнтів, тощо.

Опитані в межах дослідження лікарі звертають увагу, що час, який виділяється на проведення консультації з одним пацієнтом, не завжди є достатнім. Впровадж прийому пацієнта лікар консультує щодо особливостей лікування, проводить медичний контроль хворого, скринінг на ТБ. Але у випадку наявності черги лікарю не вистачає часу на розуміння, наскільки пацієнт сприйняв інформацію, оцінити його прихильність до прийому АРТ. Деякі пацієнти потребують більшої уваги, створення для них більш комфортних психологічних умов.

В даній ситуації присутність у центрі СНІДу соціальних працівників від громадських організацій є вкрай важливою допомогою та підвищує ефективність консультації лікаря: можливість повтору

та обговорення в неофіційній обстановці інформації, яку повідомив лікар, задавання питань, що виникають, отримання супроводу тощо.

У складних випадках до консультації пацієнта підключається психолог, який має досвід роботи з ВІЛ-інфікованими.

Опитані лікарі наголошують на тому, що пацієнтам необхідна підтримка, особливо на першому етапі входження у маршрут проходження постійного лікування, важлива демонстрація «що пацієнт не сам зі своєю проблемою».

Пацієнти, озираючись назад, відмічають важливість мотивуючої консультації, детальних пояснень щодо свого позитивного статусу, присутність соціального робітника поруч. В той же час, частина опитаних пацієнтів з ВІЛ оцінює консультацію медичних працівників як суху та швидку. Більше схвальних відгуків стосувалося роботи соціальних працівників.

Слід зазначити, що мотиваційна консультація проводиться більшістю лікарів також під час контрольного відвідування пацієнтом центру СНІДу – для підтримки прихильності до АРТ.

❖ **МОЖЛИВА ЗОНА ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ:** за можливості запровадження попереднього запису пацієнтів на прийом не лише для зручності пацієнтів, але і для того, щоб забезпечити лікарям достатньо часу на роботу з пацієнтом, в тому числі на проведення мотивуючої консультації.

СХЕМИ МАРШРУТІВ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ КРОКІВ 1 ТА 2

Схема 2.3.1. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: центри СНІДу, кабінети «Довіра»

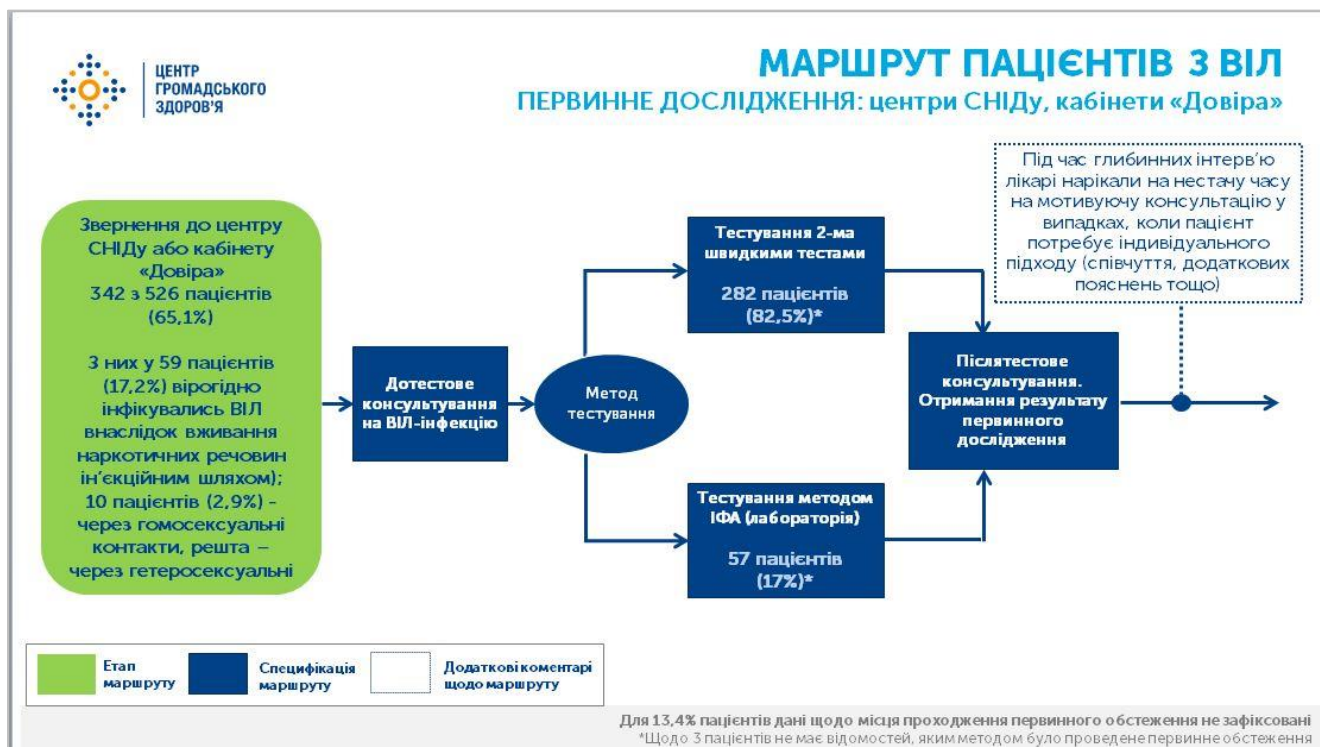


Схема 2.3.2. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: заклади ВМД

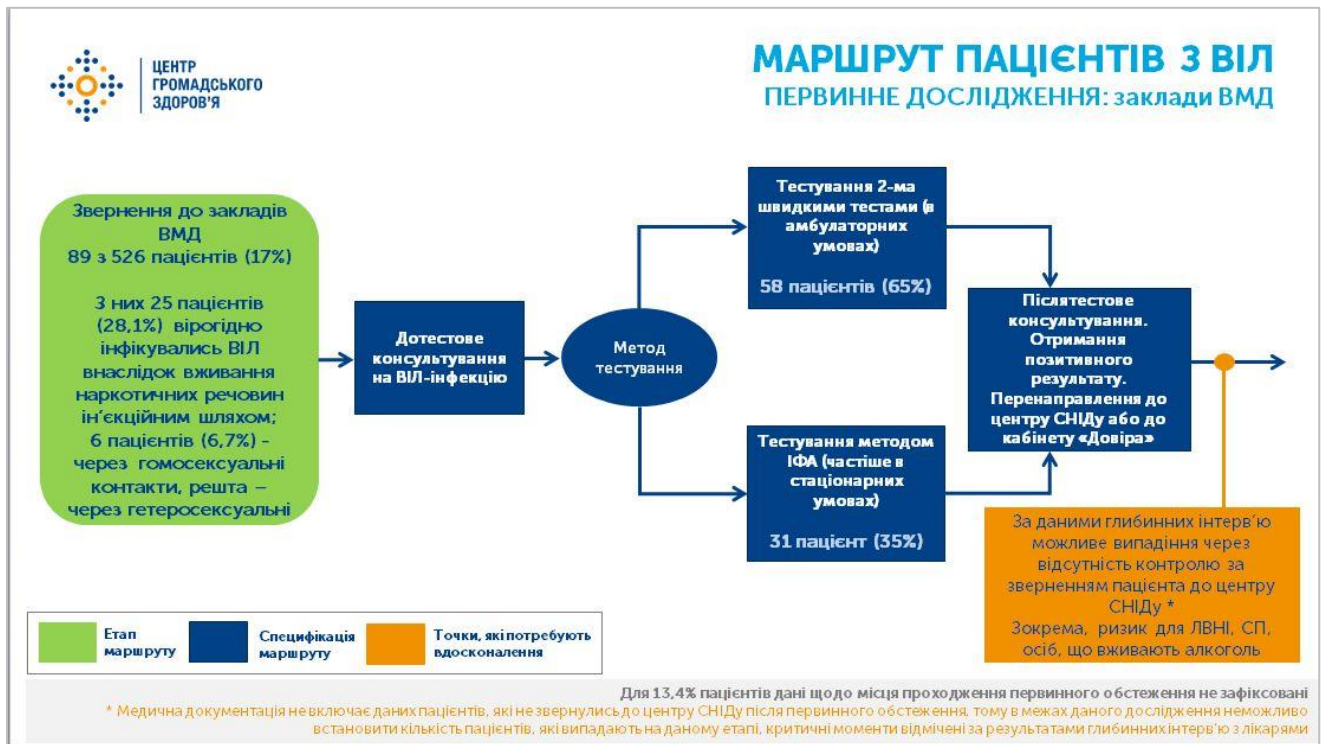


Схема 2.3.3. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: заклади ПМД

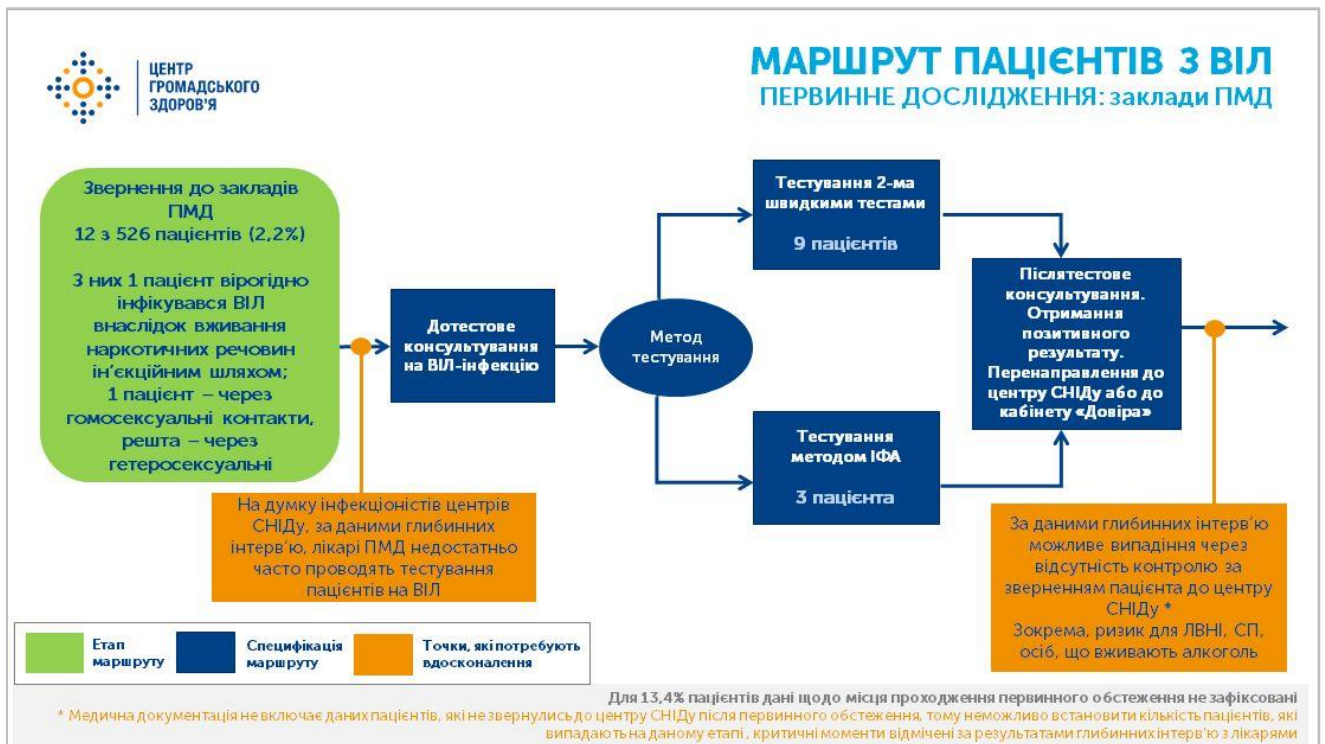


Схема 2.3.4. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: приватні клініки або лабораторії

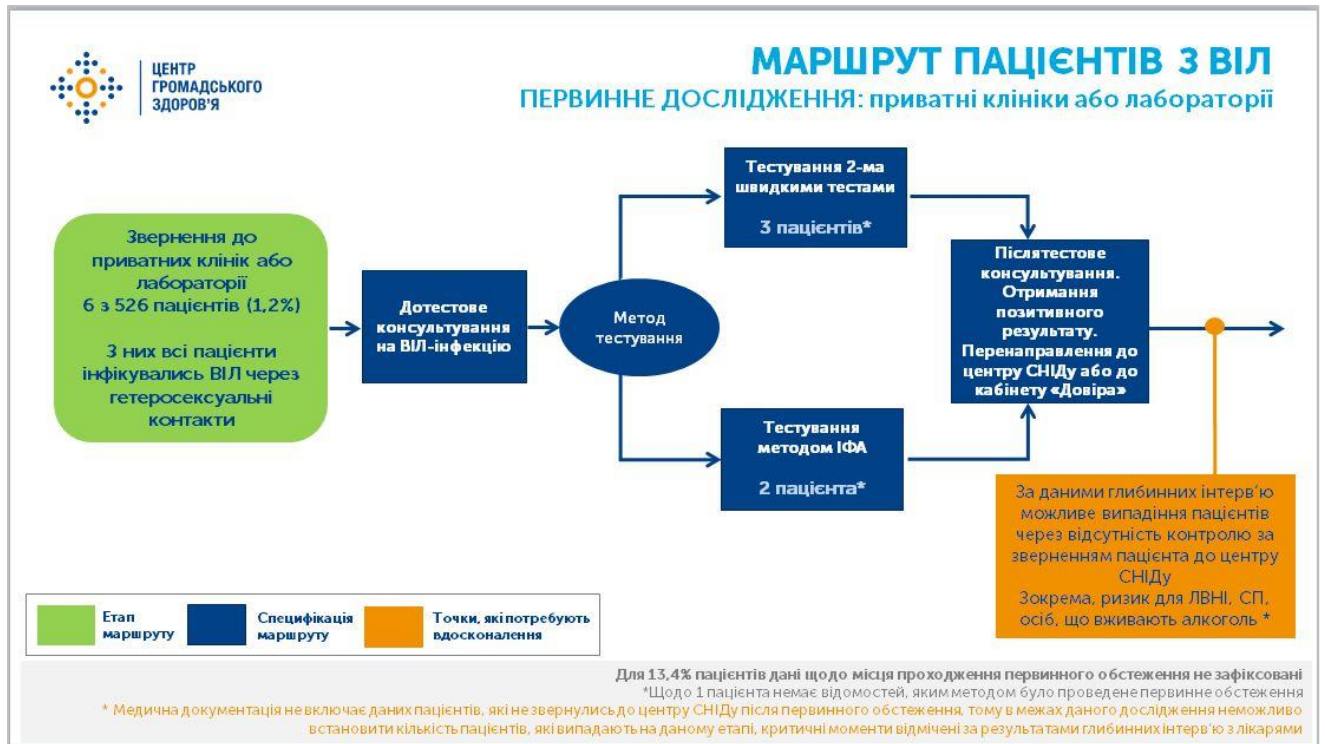


Схема 2.3.5. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: НУО

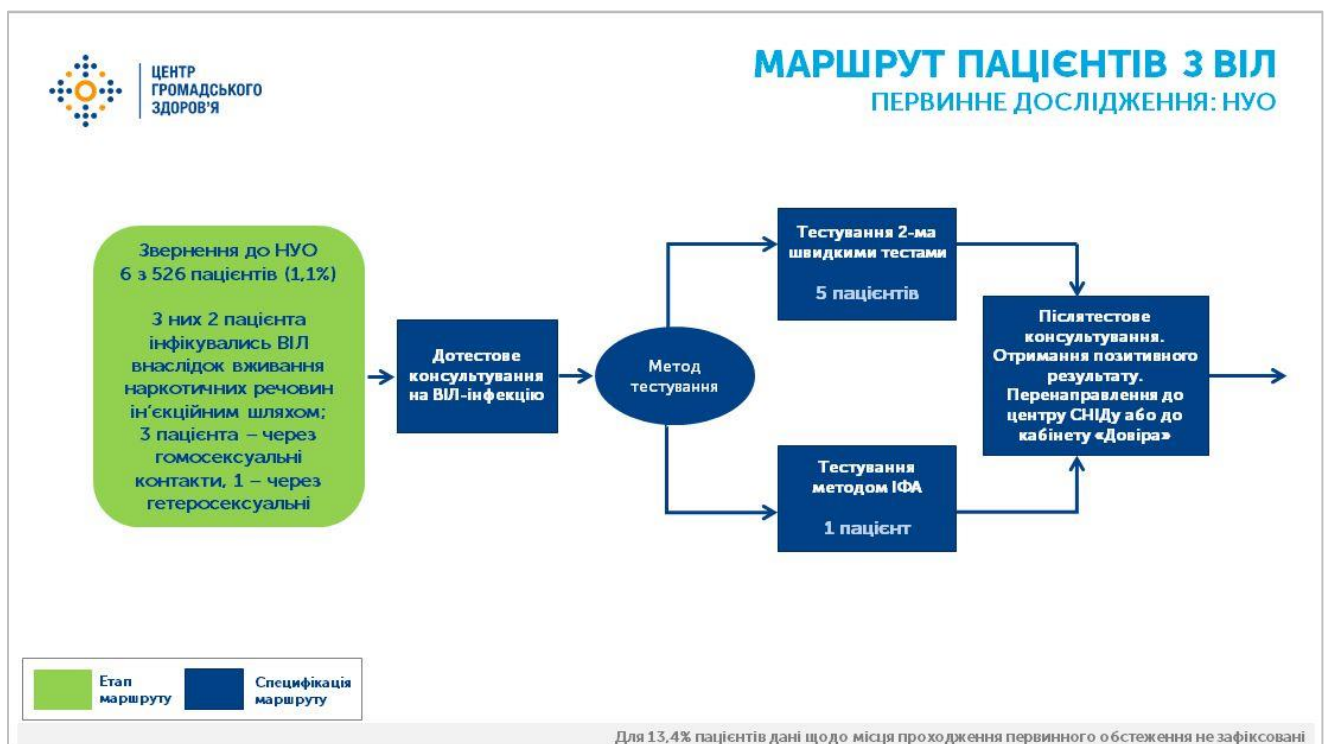
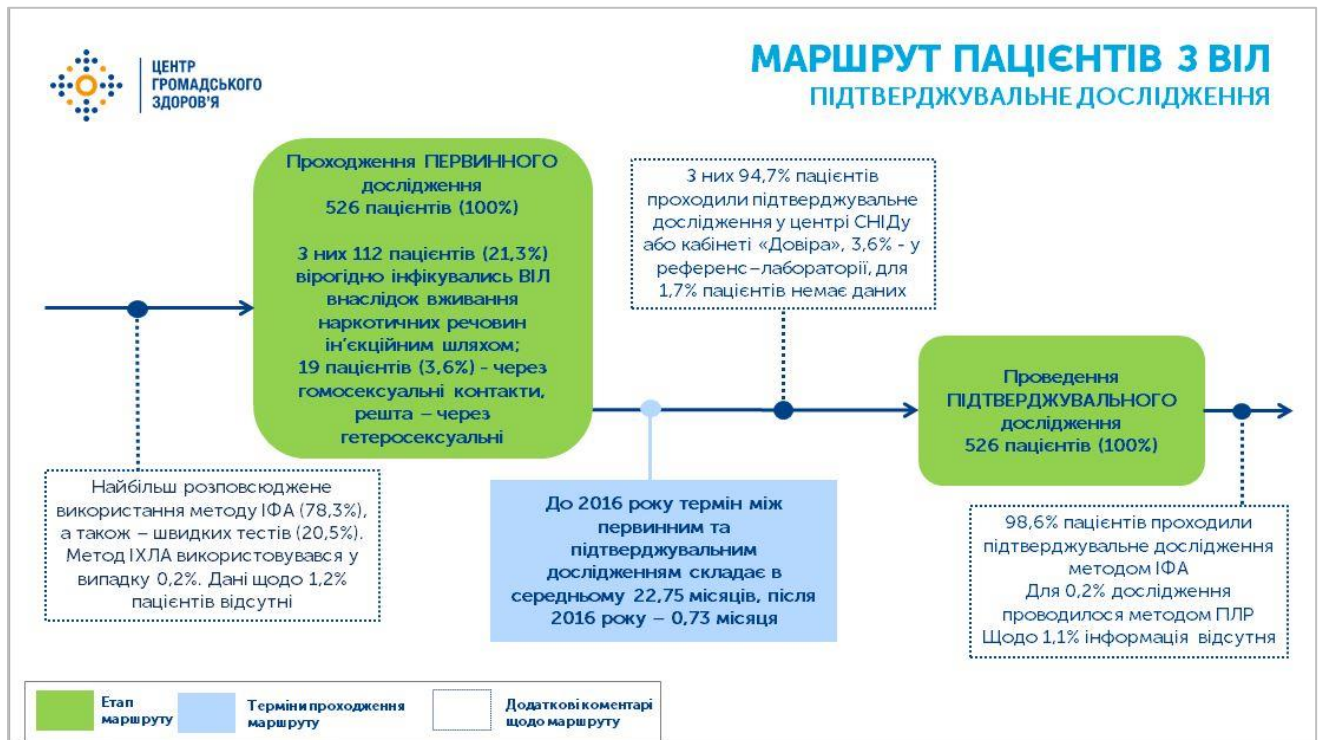


Схема 2.3.6. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Підтверджувальне дослідження



КРОК 3. Взяття на облік пацієнта з позитивним ВІЛ-статусом

За даними аналізу медичних даних, у пацієнтів, в яких ВІЛ був виявлений після 2016 року, термін між підтверджувальним дослідженням та встановленням діагнозу на момент взяття під медичний нагляд в середньому складає менше місяця.

У разі виявлення у пацієнта ВІЛ-інфекції він потрапляє до центру СНІДу або кабінету «Довіра», де проводиться процедура взяття пацієнта на облік, яка включає в себе підтвердження діагнозу та встановлення клінічної стадії захворювання, визначення загального стану пацієнта (клінічні та психологічні показники, наявність опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань). Ця інформація є необхідною для лікаря для того, щоб знайти індивідуальний підхід до пацієнта, а також підібрати оптимальну схему антиретровірусної терапії.

Слід зазначити, що при взятті на облік не фіксується належність до СП (належність до інших КГ також може приховуватись пацієнтами), ВІЛ-статус партнера зафіксований тільки для 39,3% пацієнтів. Необхідне обстеження та призначення лікування здійснює інфекціоніст центру СНІДу.

Процедура взяття пацієнта з ВІЛ-інфекцією на облік проводилася згідно з попереднім протоколом №551 МОЗ України, та включала наступні кроки:

- Збір анамнезу – загальне обстеження та перевірка скарг пацієнта:
 - Загальний стан здоров'я пацієнта, визначення необхідності направлення пацієнта на проходження додаткових аналізів, консультації вузьких спеціалістів
 - Спроба визначення шляху інфікування, розуміння вірогідності приналежності пацієнта до ключових груп, практики ризикованої поведінки

- Скринінгове опитування щодо виявлення туберкульозу. За даними аналізу медичної документації його 2,4% пацієнтів не проходили скринінг, а щодо 1,9% інформація відсутня.
- Лабораторні обстеження:
 - Дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією – найбільш показові при прийнятті рішення на початку лікування: дослідження на антитіла до ВІЛ (імуноферментний аналіз (ІФА)), визначення кількості CD4-лімфоцитів, визначення вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові
 - Загальноклінічні та біохімічні дослідження крові (включаючи печінкові проби, визначення кліренсу креатиніну) та сечі
 - Мокротиння на скринінг на ТБ, також в залежності від стану пацієнта можливе направлення на маркери вірусних гепатитів В і С, для пацієнтів старшого покоління – проведення досліджень щодо визначення стану серцево-судинної системи
- Інструментальне обстеження:
 - Рентгенографія органів грудної порожнини є обов'язковим дослідженням для всіх пацієнтів при взятті на облік до центру СНІДу з огляду на розповсюдженість випадків коінфекції ВІЛ та туберкульоз;
 - Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини – бажане проведення даної діагностики, але через необхідність оплати не всі пацієнти можуть її пройти
 - Електрокардіографія – частіше призначається пацієнтам старшого покоління
- Консультації вузьких спеціалістів (при необхідності):
 - фтизіатр: медичні працівники зазначають обов'язковість огляду фтизіатра, у зоні уваги – легеневий або позалегеневий туберкульоз.
 - для жінок обов'язковим є висновок гінеколога
 - офтальмолог: при скаргах на проблеми із зором
 - дерматолог: при проявах уражень шкіри;
 - психіатр: при наявності психічних розладів;
 - нарколог: при необхідності лікування з приводу наркотичної залежності.
 - у разі необхідності треба залучати інших спеціалістів: невропатолога, уролога, хірурга, кардіолога, гастроентеролога та інших

Таким чином, можна зазначити, що призначене пацієнту обстеження залежить від його загального клінічного стану на момент потрапляння до центру СНІДу, скарг на самопочуття та об'єктивних показників, які спостерігає лікар при огляді.

Існує базове, так зване, стандартне обстеження окрім детального аналізу ВІЛ-інфекції, яке включає такий перелік досліджень: загальний аналіз та біохімічний крові та загальний аналіз сечі, печінкові проби, для виключення туберкульозу – рентгенографічне дослідження легень та аналіз мокротиння.

У запущених випадках протікання хвороби, коли є виражена підозра на наявність опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань, пацієнту призначається відвідування вузьких спеціалістів, лабораторні та інструментальні дослідження в залежності припущень лікаря.

Слід зазначити, що центри СНІДу не завжди мають можливості проведення повної лабораторної та інструментальної діагностики пацієнтів в рамках закладу. Пацієнт в центрі СНІДу має можливість пройти тестування на більш детальне/глибинне дослідження на ВІЛ, пройти консультацію фтизіатра, а також за необхідності гінеколога, дерматолога, які є штатними лікарями центру СНІДу. Але, при складних випадках для проходження всіх необхідних маніпуляцій виникає потреба у перенаправленні пацієнтів до клінічних лікарень, клініко-діагностичних центрів, приватних лікарень та лабораторій тощо.

Медичні працівники звертають увагу, що у разі перенаправлення пацієнтів на додаткову діагностику, яка виходить за межі стандартного набору аналізів, може виникати затримка

пацієнтів на маршруті лікування через наявність великих черг та/або платну основу проведення певних видів досліджень/ діагностики (КТ, УЗІ, МРТ), віддаленість закладів, з якими є домовленість тощо. Все це вимагає значних витрат часу пацієнтів, матеріальних витрат на додаткові аналізи та навіть для частини критичними є транспортні витрати (особливо, якщо людина мешкає за межами міста, де стоїть на обліку). Слід додати, що даний процес проходження додаткових аналізів та консультацій відбувається на фоні нестабільного, часто незадовільного стану пацієнта, що додає додаткове навантаження на хворого.

«Якщо у мене, припустимо, туберкульоз і ВІЛ, то ось я приїхав сюди (в центр СНІДу), я можу за 1 день пройти і тут, і там [у протитуберкульозному диспансері]. Щоб не бігати по цих лікарнях. Це незручно, це дуже незручно», Одеса, пацієнт з коінфекцією ВІЛ та ТБ

Також пацієнти наголошують, що відчувають незручність через необхідність знаходження в медичному закладі в загальній черзі, недовіру до збереження анонімності (через можливість зустрічі знайомих, або навіть взагалі небажання інформувати будь-яких додаткових осіб щодо свого статусу). Особливо, наголошується на психологічному дискомфорті при необхідності відвідування протитуберкульозного диспансеру – сприймається як додатковий ризик зараження хворобою.

Деякі фахівці національного рівня звертають увагу, що тривалий час йдуть дискусії щодо необхідності скасування стаціонарного лікування пацієнтів з позитивним ВІЛ-статусом у протитуберкульозних закладах (для зниження ризиків інфікування туберкульозом, в тому числі мультирезистентним), але рішення поки що не знайдене.

«Пацієнти правильно роблять, що бояться відвідувати протитуберкульозний диспансер. Також якщо пацієнту встановлено туберкульоз і він потрапляє до стаціонару, є великий ризик, що він отримає мультирезистентний туберкульоз. В ідеалі було б бажано організувати «стаціонар на дому», при можливості - амбулаторне лікування, аби пацієнт з ВІЛ не був госпіталізований у багатомісну палату», фахівець національного рівня

Також деякі пацієнти звертали увагу на свій незадовільний психоемоційний стан на даному етапі маршруту – пригнічений стан, «ступор» із зниженими когнітивними функціями, що заважає їм сприймати інформацію, отриману від лікарів.

Як правило, отримання результатів обов'язкових аналізів в середньому займає до одного тижня. Якщо призначені додаткові дослідження та консультації, процес проходження діагностики може затягнутися, що негативно сприймається, оскільки затримує призначення лікування та стабілізацію стану пацієнта.

В цілому, лікарі орієнтовані на оперативне призначення АРТ. Тому, якщо дозволяє ситуація (якщо є розуміння, що аналізи є додатковими (для визначення загального стану пацієнта) та вже не впливають на призначення схеми лікування, може бути призначена терапія до отримання всіх результатів аналізів та висновків лікарів вузьких спеціальностей.

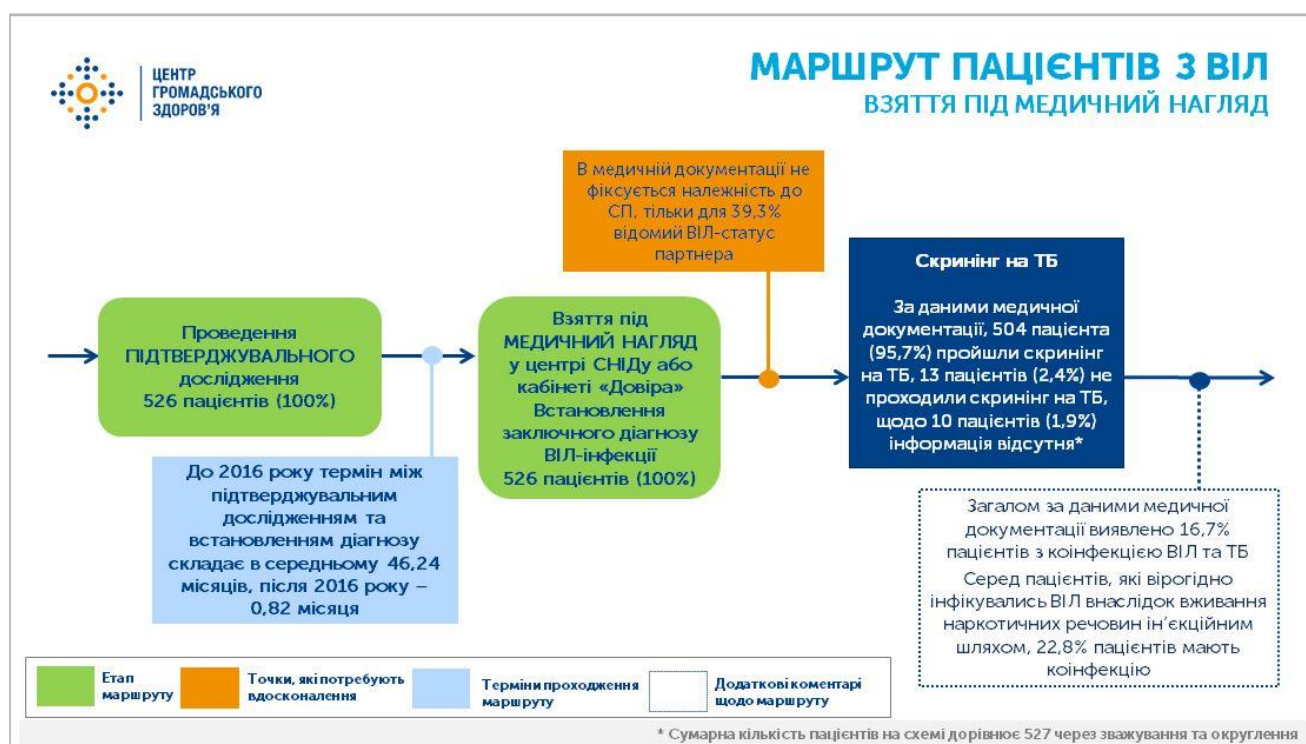
Як правило, після взяття на облік пацієнти схильні залишатися в диспансерній групі лікаря, який першим прийняв пацієнта та проводив процедуру підтвердження діагнозу, дослідження пацієнта. У пацієнта часто виникають довірливі відносини з лікарем, а спільне проходження стресового для пацієнта шляху діагностики при виявленні ВІЛ-інфекції формує певну прихильність до лікаря, який був з ним та підтримував в складний період. *«Є така тенденція, що 99% відсотків залишаються в тому місці, де вперше було виявлено ВІЛ-інфекцію».*

Лікарі центру СНІДу, як правило, повідомляють пацієнту, що подальше лікування, проходження контрольних аналізів вони можуть пройти в кабінеті «Довіра», територіально більш зручно розташованому щодо місця проживання хворого. Медичні працівники оцінюють процент пацієнтів, які переходять до кабінету «Довіра» як низький через небажання міняти лікаря, а також для максимального зниження ризиків зустрічі знайомих. Частіше перехід до районного кабінету «Довіра» здійснюється хворими у важкому стані.

- ❖ **МОЖЛИВА ЗОНА ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ:** мотивування пацієнтів до проходження додаткових обстежень та отримання консультацій вузьких спеціалістів; покращення фіксації медичних даних (відсутність пробілів, фіксація належності до КГ, ВІЛ-статусу партнера)

СХЕМА МАРШРУТУ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ КРОКУ 3

Схема 2.3.7. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Взяття під медичний нагляд



КРОК 4. Призначення лікування

Після проведення всіх необхідних обстежень, передбачених протоколом та необхідних з огляду на об'єктивний стан пацієнта, лікар-інфекціоніст призначає схему лікування – антиретровірусну терапію (АРТ). Терапія є єдиною умовою, необхідністю для підтримання, а в деяких випадках і покращення якості життя та стану здоров'я пацієнта. Після 2018 р. час між постановкою діагнозу та призначенням АРТ складає 1,38 місяця. Аналіз медичної документації зафіксував випадіння лише 5 пацієнтів з 526 (1%), з них 3 інфікувались ВІЛ парентеральним шляхом.

Слід зазначити, що медичні працівники орієнтовані на максимально оперативне призначення АРТ пацієнту з ВІЛ-інфекцією:

- При низькому рівні CD4 клітин (менше 200 клітин/мкл) АРТ призначається відразу – для стабілізації стану пацієнта, «щоб йому не стало гірше». В цей час пацієнт може бути в процесі проходження обстеження, передбаченого процедурою взяття на облік – відвідувати додаткові тестування, консультації вузьких спеціалістів

- Характерне обов'язкове призначення АРТ вагітним жінкам, що пов'язане з необхідністю максимального зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції дитині.
- Слід зазначити, що лікарі докладають зусиль для швидкого призначення АРТ і при безсимптомній стадії ВІЛ (не дивлячись на високий рівень CD4 клітин). Після отримання результатів стандартного набору тестувань, передбачених процедурою взяття на облік, при відсутності скарг – пацієнту призначається терапія. Це необхідно для того, щоб не допустити погіршення стану хворого внаслідок розвитку захворювання та знизити ризик передачі захворювання іншим людям. Також можливе додавання до препаратів АРТ профілактики туберкульозу (ізоніазиду). При безсимптомному ВІЛ іноді спостерігається погіршення самопочуття через побічні прояви від препаратів АРТ, але слід зазначити, що при прийомі сучасних препаратів (Долутегравір) прояв побічних реакцій мінімізується, що позитивно впливає на прихильність до АРТ.
- При наявності коінфекції ВІЛ та туберкульоз, початок прийому АРТ може зсуватися на 2-3 тижня. Це пов'язане з тим, що призначена АРТ буде неефективною при гострому прояві туберкульозу. Також при необхідності паралельного лікування ВІЛ та туберкульозу важливою є узгодженість у призначеннях інфекціоніста та фтизіатра, оскільки існує проблема несумісності препаратів АРТ з ліками від туберкульозу.

Схема лікування кожного пацієнта підбирається інфекціоністом індивідуально, беруться до уваги не лише результати обстежень, які стосуються саме ВІЛ-інфекції (рівень CD4 клітин, вірусне навантаження), також при призначенні АРТ лікар спирається на більш широку інформацію щодо загального стану здоров'я пацієнта, наявних захворювань, режиму та стилю життя пацієнта.

Лікар при призначенні АРТ орієнтується також на досягнення максимальної прихильності до лікування ВІЛ-інфекції. Отримування препаратів та їх прийом повинні бути максимально зручними для пацієнта, важливе досягнення мінімального прояву побічних ефектів.

Для пацієнтів, які повинні регулярно приймати інші препарати (наприклад, ліки від туберкульозу, ЗПТ для наркозалежних), лікування ВІЛ налагоджено таким чином, щоб пацієнт отримував АРТ разом з іншими необхідними препаратами. Це можливе завдяки відкриттю сайтів АРТ у відповідних закладах (наприклад, протитуберкульозні диспансери, наркологічні клініки).

Пацієнт, особливо з початку лікування ВІЛ-інфекції, підлягає постійному контролю ефективності терапії. У випадку отримання низького результату – інфекціоніст проводить заміну схеми препаратів АРТ.

В цілому опитані пацієнти задоволені призначеною схемою лікування, нарікання на терапію, як правило, відсутні. Однак дехто зазначав побоювання приймати АРТ препарати на робочому місці, в колі знайомих

Медичні працівники звертають увагу, що у перспективі – максимальне скорочення часу до призначення лікування пацієнтам з ВІЛ-інфекцією. Такий підхід вважається більш раціональним: з одного боку, це можливість взяти розвиток інфекції під контроль, знизити ризики її передачі, стабілізувати стан пацієнта, з іншого – допоможе підвищити вірогідність успішного досягнення прихильності до лікування – пацієнт відразу підключається до терапії та залишається в зоні контролю та впливу лікаря, *«не має часу для роздумів, переключення уваги»*, тобто зменшує ризики випадіння пацієнта з маршруту на етапі призначення лікування.

❖ **МОЖЛИВІ ЗОНИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ: при консультуванні пацієнтів на безсимптомній стадії ВІЛ звернення уваги на можливий прояв побічних ефектів, тимчасове погіршення стану; розробити варіанти відповідей пацієнта на запитання щодо регулярного прийому препарату в прилюдному місці/ при близьких особах без розкриття свого статусу.**

КРОК 5. Регулярний медичний контроль

Процедура медичного контролю пацієнтів, які проходять АРТ, налагоджена та здебільшого чітко проводиться згідно з рекомендаціями МОЗ. За даними аналізу медичної документації пропуски у прийомі АРТ зафіксовано у 4,4% пацієнтів; у 83,6% пацієнтів, які отримують АРТ, вірусне навантаження складає менше 1000 копій/мл.

Як правило, на етапі початку лікування – перші 6 місяців – планові медичні огляди та обстеження пацієнта проводяться кожен місяць. Процедура передбачає проведення всіх тих стандартних та, при необхідності, додаткових обстежень, які були призначені при взятті пацієнта на облік, а також збір скарг, огляд об'єктивного фізичного та психологічного стану пацієнта. Все ці маніпуляції необхідні для розуміння дієвості підбраної терапії, оцінки вірогідності досягнення мети лікування для кожного конкретного пацієнта.

«Перші півроку початку протівірусної терапії – це щомісячні загальні клінічні аналізи і біохімічні, щоб мені легше було спостерігати. Далі вже раз на 3 місяці я можу дивитися, якщо все нормально», Одеса, лікар

Рідше, через гострий клінічний стан в перший місяць лікування пацієнт проходить моніторинг ефективності терапії та впливу АРТ препаратів на організм раз в два тижні (для оперативного внесення змін до схеми лікування).

Далі, у разі якщо лікар бачить позитивну динаміку і підбрана схема лікування дає результат, пацієнт продовжує приймати терапію та через три місяці повертається до свого лікаря для проходження чергового планового обстеження та контрольних лабораторних досліджень, а також отримання препаратів на наступні три місяці.

Слід зазначити, що при кожному контрольному візиті до лікаря проводиться додатковий моніторинг:

- Пацієнт обов'язково проходить скринінгове опитування на туберкульоз
- Відбувається збір скарг щодо загального стану здоров'я та при необхідності призначаються консультації вузьких спеціалістів (наприклад, кардіолог для пацієнтів старшого віку)
- Лікар кожний раз звертає увагу на рівень прихильності пацієнта до лікування, проводить мотиваційне консультування, наголошує на необхідності продовження терапії пацієнтам, які демонструють втому від постійного прийому ліків. За даними аналізу медичної документації перерви в прийомі АРТ були зафіксовані лише у 4,4% пацієнтів: при першій перерві більшість пацієнтів вдалося повернути до лікування менше, ніж за місяць, але у 1% пацієнтів було більше одної перерви і їх вдалося повернути до прийому терапії лише через значний час – від 5 до 20 місяців.

В цілому опитані пацієнти ставляться з розумінням до необхідності постійного медичного контролю, намагаються вчасно відвідувати лікаря. Оцінюють рівень залучення лікаря у проблеми кожного з пацієнтів як середню – *«досить швидко все проходить»*, однак вважають, що цього достатньо для висновків та продовження терапії.

❖ МОЖЛИВІ ЗОНИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ: посилення уваги до медичного контролю пацієнтів, зокрема, до ЛВНІ та з тривалим стажем лікування.

СХЕМА МАРШРУТУ ДЛЯ КРОКІВ 4 ТА 5

Схема 2.3.8. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Взяття під медичний нагляд

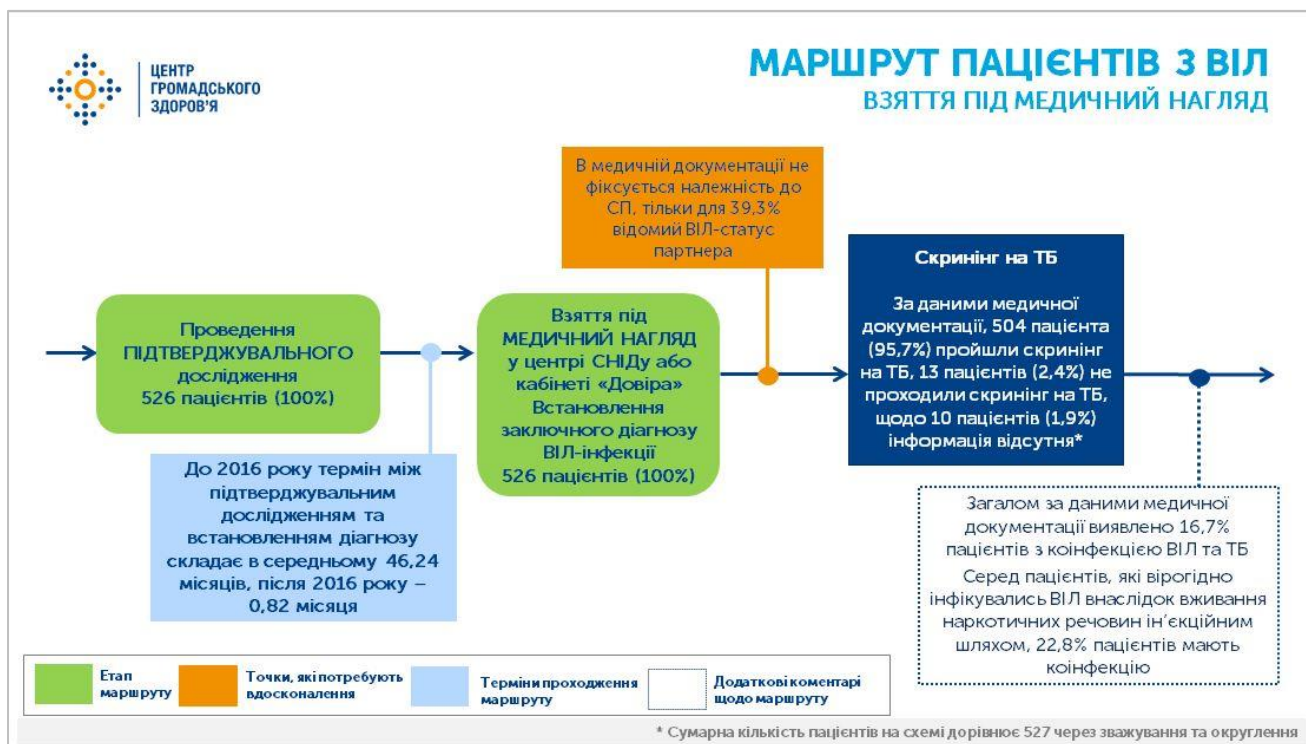
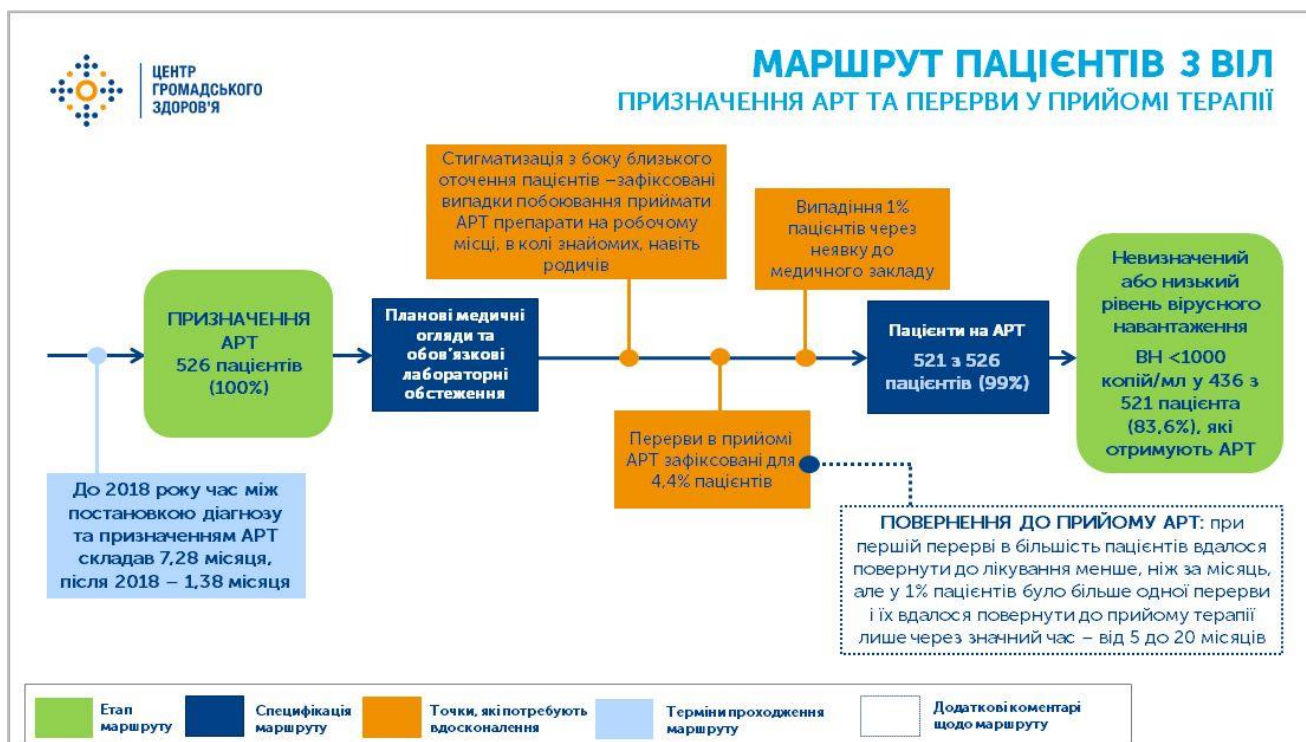


Схема 2.3.9. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Призначення АРТ та перерви у прийомі терапії



Супровід пацієнта

Опитування підтвердило значну цінність та важливість соціального супроводу для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією – як лікарі, так і пацієнти зазначали потребу в додатковій підтримці хворих, яка особливо виражена на перших етапах маршруту пацієнта (діагностика при постановці пацієнта на облік, перші місяці проходження лікування). Хворому необхідно навчитися жити із захворюванням, адаптуватися до нових умов, зрозуміти переваги та прийняти необхідність проходження постійного лікування – саме соціальні робітники, які здійснюють супровід, допомагають цьому навчитися та зробити правильні висновки та уникнути невиправних помилок.

На сьогоднішній день систему надання супроводу пацієнту з ВІЛ-інфекцією можна оцінити як добре організовану, розвинену, з широким охопленням хворих. Соціальні робітники постійно присутні у центрах СНІДу, регулярно відвідують протитуберкульозні диспансери і взагалі намагаються бути якомога ближче до «своїх» пацієнтів. Рівень ефективності надання послуги супроводу – високий.

Послуга соціального супроводу пропонується від НУО всім пацієнтам центрів СНІДу при взятті на облік – лікарі озвучують можливість укладання договору з соціальним робітником. Частина пацієнтів знає про таку можливість, але відмовляються. За даними опитування такий вибір був більш характерним для пацієнтів-чоловіків, *«мені це не потрібне»* або для тих, хто намагається зберегти максимальну анонімність.

Переваги соціального супроводу пацієнта: при гострому

- Найбільш ефективним є формат спілкування «рівний-рівному» – близько 80% соціальних робітників, які здійснюють супровід, є ВІЛ-позитивними, приймають АРТ, знають ситуацію зсередини та користуються довірою пацієнтів.
- Як правило, соціальні робітники добре навчені, знають свою справу, вміють поводити себе в складних ситуаціях, регулярно проходять тренінги.
- Часто між пацієнтом та соціальним робітником встановлюються неформальні, дружні відносини, що сприяє підвищенню рівня прихильності пацієнта до АРТ.
- Соціальні робітники знімають певне навантаження з лікарів – беруть на себе детальне консультування пацієнтів щодо питань, які не стосуються призначення лікування та медичного контролю, відповідають на питання пацієнтів, зокрема, в телефонному режимі здійснюють контроль за неперервністю маршруту пацієнта – супроводжують на прийомах в лікарів та при проходженні лабораторно-інструментальних досліджень, нагадують про необхідність вчасного прийому препаратів АРТ. Контроль неблагонадійних пацієнтів – у випадку зникнення пацієнтів саме соціальні робітники займаються їх пошуком та поверненням до лікування. Медичні працівники підкреслюють, що при появі допомоги соціальних робітників кількість пацієнтів, які зникли з маршруту без відомих причин, знизилася.

«Звичайно, хороший соцпрацівник – це великий плюс для роботи. Зараз відібрані навчені, хороші соцпрацівники в організаціях і допомагають добре. Вони на тренінги до Києва їздять, завдяки цим тренінгам вони розуміють всю ситуацію», Одеса, лікар

«У в центрі ввели у штат соціального працівника, він зараз дуже жорстко контролює пацієнтів, він додзвонюється до них. Пацієнти стали менше пропадати на етапах маршруту – за останній час зараз ми двох пацієнтів втратили», Одеса, лікар

Також опитування медичних працівників показало актуальний запит на організацію системи кваліфікованого догляду за пацієнтами на пізніх стадіях захворювання, у тяжкому стані

(наприклад, прояві опортуністичних захворювань, порушенні функції ходи, лежачі хворі), які цього потребують.

Обсяг необхідної допомоги таким пацієнтам включає: передачу їм препаратів, проведення скринінгу на ТБ, організацію проведення лабораторних та інструментальних досліджень, транспортування або супровід до місця проживання у разі візиту такого пацієнта до центру СНІДу.

Також деякі лікарі звертали увагу на необхідність охоплення супроводом пацієнтів, які проживають у віддалених регіонах, яким незручно вчасно відвідувати центри СНІДу – організація передачі препаратів таким пацієнтам може зменшити можливі паузи у лікуванні.

Потреба розширення супроводу для пацієнтів у тяжкому стані та тих, хто проживає у віддалених регіонах, потребують подальшого вивчення та підтвердження їх розповсюдженості. В рамках поточного дослідження проблема була окреслена під час глибинних інтерв'ю декількома лікарями (відмітили 3 медичних працівника).

❖ **МОЖЛИВІ ЗОНИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ: частина пацієнтів потребує догляду, який не передбачений послугою супроводу – не може самостійно відвідувати лікаря, вчасно забирати препарати. Існує запит на розширення спектру діяльності соціальних працівників або впровадження нових програм, проєктів.**

2.4. Аналіз повноти надання послуг у ЗОЗ, їх відповідності протоколу

Згідно аналізу документації майже всі пацієнти отримують послуги в повній мірі у відповідності до протоколів та стандартів (на момент дослідження був чинним Клінічний протокол антиретровірусної терапії віл-інфекції у дорослих та підлітків затвердженим наказом МОЗ України від 12.07.2010 №551), зокрема, 99,1% отримують АРТ, а 95,7% пройшли скринінг на ТБ.

Таблиця 2.4.1. Оцінка повноти надання послуг, пов'язаних з ВІЛ		
Первина діагностика	Методи проведення первинної діагностики: <ul style="list-style-type: none"> • ІФА • Швидкий тест • ІХЛА • ПЛР 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Дослідження показало більш розповсюджене використання методу ІФА (78,3%), а також швидких тестів (20,5%) ✓ Метод ІХЛА використовувався у випадку 0,2% ✓ Дані щодо методу проведення первинної діагностики у медичній документації відсутні у 1,2% пацієнтів
Взяття на облік	Метод підтвердження діагнозу: ІФА	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Підтверджувальне дослідження для 98,6% пацієнтів проводилося методом ІФА ✓ Для 0,2% (1 пацієнт) дослідження проводилося методом ПЛР ✓ Щодо 1,1% - інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня
	CD4 Вірусне навантаження	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Рівень CD4 визначався у 96,7% пацієнтів. <ul style="list-style-type: none"> ○ Разом з тим, дослідження не проводилося для 1,9% пацієнтів (у м.Дніпро та м.Кривий Ріг) ○ У 1,4% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня ✓ На момент диспансеризації дослідження вірусне навантаження визначалося у 90,8% випадків

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Дане дослідження не проводилося/ або був невдалий тест у 9,2% пацієнтів на момент диспансеризації
	Обстеження на ТБ	<p>Скринінгове анкетування на ТБ проводилося для 95,7% пацієнтів.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Для 2,4% .пацієнтів не проводився (у м.Дніпро) ✓ У 1,9% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня <p>Додаткові обстеження на ТБ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Бактеріологічна діагностика проводилася для 91% пацієнтів. Серед цих пацієнтів діагностика проводилася: <ul style="list-style-type: none"> ○ мікроскопія мазка мокротиння була проведена для 94, 6%; ○ культуральне дослідження мокротиння – для 73,1%; ○ молекулярно – генетичне дослідження (Джин Експерт) – для 67% <p>Рентгенологічне дослідження легень проводилося для 94,6% пацієнтів при взятті на облік.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 5,4% пацієнтів або не проходили діагностику, або мали при собі свіжі рентгенологічні дослідження перед диспансеризацією
	Надання супроводу	Надання супроводу пацієнтам не було зафіксовано у медичній документації, яка аналізувалася
Лікування	Приєм АРТ	<p>Послуга доступна усім пацієнтам незалежно від рівня CD4.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Згідно з інформації отриманої з медичних карт, які аналізувалися, АРТ приймає 99,1% пацієнтів ✓ 0,9% (5 пацієнтів) не приймає АРТ через неявку до медичного закладу
	Профілактичне лікування ізоніазідом	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Профілактику ТБ проходили 74,2% пацієнтів ✓ 22,7% пацієнтів профілактику не проходили. ✓ У 3,1% випадків інформація щодо проведення профілактики у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня ✓ Серед пацієнтів, які профілактику не проходили: <ul style="list-style-type: none"> ○ 75% пацієнтів не потребувало профілактики, не мали показань для призначення ○ 10% - профілактика не проводилася через відмову пацієнтів ○ 8% - профілактика не проводилася через вагітність пацієнток ○ 5% - профілактика не проводилася через інші причини ○ У 2% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня
Медичний контроль	CD4 Вірусне навантаження	<p>Дані дослідження проводяться на регулярній основі. Рівень CD4 визначався для 97,9% пацієнтів.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Дослідження CD4 не проводилося для 1,7% пацієнтів (м.Дніпро та м. Кривий Ріг)

		<ul style="list-style-type: none"> ○ У 0,5% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня ✓ Вірусне навантаження визначалося для 97,8% пацієнтів <ul style="list-style-type: none"> ○ Дослідження вірусного навантаження не проходили/або мали невдалий тест 2,2% пацієнтів
--	--	---

Дослідження показало, що серед пацієнтів, які потрапили до вибірки, мають доступ до всіх послуг, пов'язаних з ВІЛ, які передбачені протоколами та стандартами.

Майже всі пацієнти з ВІЛ, яким був поставлений діагноз, отримали передбачені послуги.

2.5. Причини та фактори вибуття пацієнтів з ВІЛ-інфекцією з маршруту

Аналіз медичної документації зафіксував випадіння лише 5 пацієнтів з 526 (1%). Пропуски у прийомі АРТ зафіксовано у 4,4% пацієнтів.

Таблиця 2.5.1. Каскад послуг для пацієнтів з ВІЛ		
	ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток
Пройшли первинне тестування на ВІЛ	526	100%
Взяті на облік	526	100%
Отримують АРТ	521	99%
Мають вірусну супресію (ВН <1000 копій)	436	83,6%

Найбільш критичним моментом в контексті вибуття пацієнтів є початок маршруту, коли пацієнт тільки зіштовхнувся з хворобою. Якщо первинне обстеження відбувається не в центрі СНІДу (за даними аналізу медичної документації у 22% пацієнтів, ще для 13% дані щодо первинного обстеження відсутні), до такого пацієнта не застосовуються жодні засоби контролю та мотивування до звернення в центр СНІДу (але аналіз медичної документації не дає інформації про масштаби цієї проблеми).

Також згідно глибинних інтерв'ю з інфекціоністами, після кількох років прийняття терапії у деяких пацієнтів їх диспансерної групи спостерігається втома від необхідності постійного лікування, дисципліни тощо. Медичні працівники знають про необхідність підвищеної уваги до пацієнтів в такі моменти та намагаються протидіяти зниженню прихильності заздалегідь – в першу чергу проводять регулярні мотиваційні консультації. Лікарі постійно контролюють свою диспансерну групу (згідно з медичною формою №30, також ця інформація фіксується у системі МІС ВІЛ): якщо пацієнт пропустив призначений візит до лікаря та не отримав препарати АРТ на наступний період, через 1-1,5 місяця розпочинаються активні дії щодо його пошуку та поверненню до лікування. Як правило, якщо зусиль лікаря недостатньо (наприклад, пацієнт не відповідає на його телефонні дзвінки), підключається соціальний працівник, який більш наполегливо телефонує, шукає за місцем проживання та через близьке оточення. В більшості випадків зусилля дають результат – пацієнти схильні повернутися до центру СНІДу.

Серед всіх категорій пацієнтів з ВІЛ-інфекцією найбільш вразливими та такими, що схильні переривати лікування, є: асоціальні групи (наприклад, безхатьки, люди, які зловживають алкоголем), представники ключових груп (в першу чергу, ЛВНІ та СП). Для цих категорій характерний низький рівень уваги до свого здоров'я, майбутнього взагалі, вони можуть самостійно кидати прийом АРТ. Пацієнти, які вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом або активні ЛВНІ можуть робити паузи у лікуванні на невизначений час під час «зриву» (при поверненні до активного вживання наркотичних речовин). Також категорія СП може переривати лікування та нерегулярно відвідувати центри СНІДу через пріоритет отримання заробітку.

Протилежна ситуація з ЧСЧ, які серед ключових груп є найбільш уважними до свого здоров'я, мають високу прихильність до лікування.

Фактори вибуття пацієнтів з ВІЛ-інфекцією з маршруту та з процесу лікування:

- При безсимптомному ВІЛ – погіршення самопочуття через побічні прояви від препаратів АРТ. Слід зазначити, що при прийомі сучасних препаратів (Долутеґравір) прояв побічних реакцій мінімізується, що позитивно впливає на прихильність до АРТ.
- Для КГ: активні періоди вживання наркотичних речовин, алкоголю, асоціальне життя.
- При зниженні уваги з боку соціального робітника, який здійснює супровід зменшується контроль за пацієнтом, що провокує виникнення низки об'єктивних та суб'єктивних стимулів покинути/призупинити лікування (наприклад, дається взнаки необов'язковості та забудькуватості деяких пацієнтів або виникнення пригніченого психологічного стану, що негативно впливає на прихильність до АРТ).
- Стигматизація оточення – побоювання приймати АРТ препарати на робочому місці, в колі знайомих.
- Важке лікування туберкульозу, яке обумовлене токсичністю та важкою переносимістю препаратів та передбачає велику кількість препаратів, які необхідно прийняти за один день. При цьому, слід зазначити, що все ж таки прихильність до лікування туберкульозу вища за прихильність до АРТ через наявність клінічних проявів (висока температура, кашель, підвищене потовиділення), які негативно впливають на якість життя. Пацієнти на фоні складного лікування туберкульозу можуть покинути прийом АРТ. Втім, за даними аналізу медичної документації лише 2% пацієнтів з коінфекцією не приймають АРТ.
- Виникнення онкологічних захворювань та необхідність проходження їх лікування.
- Для частини пацієнтів гостро постає проблема необхідності часткового фінансування лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань за власний рахунок. Оскільки перелік препаратів, які медичний заклад може надати безкоштовно, є обмеженим, існує необхідність самостійної покупки ліків, що для частини хворих є складно.
- Віддаленість місця проживання від центрів СНІДу, відсутність кабінетів «Довіра» поблизу. Поїздка до лікаря займає значний час, також виникає бар'єр, пов'язаний з оплатою транспорту що, як правило, є відчутним для пацієнта.
- Від'їзд в інший регіон, за кордон – найчастіше на заробітки. У випадку міграції пацієнтів проблема випадіння з маршруту скоріше відбувається через низьку відповідальність самих пацієнтів.
- Сприйняття інформації, викладеної на СНІД-дисидентських сайтах – у пацієнта виникає схильність до заперечення хвороби, недовіра до лікарів. Випадіння таких пацієнтів не носить масового характеру, але періодично лікарі стикаються з даною проблемою. Слід зазначити, що під впливом недостовірної інформації щодо ВІЛ пацієнти можуть заперечувати необхідність прийому АРТ на момент взяття на облік або припиняти прийом АРТ та не відвідувати центр СНІДу, маючи певний стаж лікування.

2.6. Особливості реєстрації та обліку пацієнтів з ВІЛ-інфекцією

Після підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекція починається процедура реєстрації та взяття пацієнта на облік в центрі СНІДу або кабінеті «Довіра», в залежності від того, де починає свій маршрут хворий.

На сьогоднішній день для інфекціоністів впроваджена єдина електронна система епідеміологічного та клінічного моніторингу розповсюдження ВІЛ-інфекції – МІС ВІЛ, в якій фіксується кожний нововиявлений пацієнт.

Система МІС ВІЛ передбачає створення електронної картки пацієнта, що дозволяє лікарю максимально впорядкувати дані щодо хворого, а також система дозволяє зручно зберігати та опрацьовувати зібрану медичну інформацію.

При внесенні пацієнта до бази йому надається ID-код, за яким в подальшому відбувається ідентифікація хворого.

Щодо кожного пацієнта заноситься наступна інформація: соціально-демографічні дані щодо пацієнта, скарги та результати огляду, дати його відвідувань лікаря, початку та закінчення лікування, проходження консультацій вузьких спеціалістів, направлення на проходження лабораторно-інструментальних досліджень, підтвердження наявності опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань, призначення лікування тощо. Інформація додається при кожному відвідуванні пацієнтом лікаря. Також фіксуються факти вибуття пацієнтів, нерегулярного відвідування лікаря та прийому АРТ.

Слід зазначити, що інформація щодо виявлення у пацієнта коінфекції ВІЛ та туберкульоз обов'язково фіксується як інфекціоністами, так і фтизіатрами – пацієнт береться на облік в двох закладах проходження лікування – в центрі СНІДу та протитуберкульозному диспансері.

Проблема обміну інформацією між інфекціоністами та фтизіатрами на даний час не є повністю вирішеною: в 38% випадків у лікарів центрів СНІДу немає даних про те, як пацієнт проходить лікування ТБ (амбулаторно чи в стаціонарі) на момент фіксації даних. Також більшість інфекціоністів, опитаних у м. Києві (2 лікарів з 3, які брали участь у дослідженні) звернули увагу, що для отримання необхідної інформації щодо лікування інфекціоністи вимагають від своїх пацієнтів виписку з протитуберкульозного диспансеру – для фіксації інформації в електронній базі. Проблемною ситуацією є той факт, що отримання виписки фтизіатра залежить від акуратності та обов'язковості пацієнта. Інфекціоністи Одеси та Дніпра, навпаки, задоволені співпрацею з туберкульозними закладами – питання вирішуються швидко, зокрема, у телефонному режимі.

В той же час фахівці національного рівня зауважують, що складнощі з доступом до інформації скоріше пов'язані насамперед з людським фактором, окремими випадками організації взаємодії між лікарями різної спеціалізації.

Слід зазначити одиначне зауваження експерта щодо необхідності максимальної уніфікації реєстрації пацієнтів, поширення системи МІС ВІЛ не лише у протитуберкульозних закладах, а й на первинній та вторинній ланках – для виключення дублювання пацієнтів та, при необхідності, для доступу до всього анамнезу пацієнта.

Опитування показало наступні переваги системи:

- Автоматизація процесу реєстрації пацієнтів – наявність «вікон», що випадають, відсутність необхідності вносити інформацію вручну.
- Лікарі використовують МІС ВІЛ для контролю та моніторингу пацієнтів своєї диспансерної групи, *«швидко та легко можна отримати повну картину маршруту пацієнта»*.
- Також до системи є доступ у представників МОЗ, які можуть аналізувати наявні дані за різними критеріями, робити висновки та планувати свою подальшу роботу щодо протидії розповсюдження ВІЛ.

На думку опитаних лікарів, МІС ВІЛ представляє собою досить повну систему необхідної інформації щодо пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, зауваження та потреби щодо необхідності вносити додаткову інформацію – відсутні.

Нарікання медичних працівників здебільшого стосуються необхідності вести подвійну реєстрацію – окрім електронної бази залишається необхідність фіксування даних щодо хворого в традиційних картках, формах № 56, 57, 58 – паперові носії інформації залишаються актуальними. Формат МІС ВІЛ відрізняється від формату звичайних карток.

Також в регіонах лікарі скаржаться на проблеми з наданням послуги Інтернету та електропостачанням: можуть виникати ситуації відсутності доступу до системи через технічні причини.

При переході пацієнта на лікування в інший центр СНІДу налагоджений механізм передачі медичної інформації новому лікарю. Зняття з обліку відбувається в разі смерті пацієнта, а також у випадку, якщо пацієнт впродовж 5 років не з'являвся на прийомі лікаря та ніякої інформації щодо перебуття та стану пацієнта немає.

2.7. Роль неурядових організацій (НУО)

На сьогоднішній день спостерігається високий рівень залученості НУО до процесу діагностики, супроводу та контролю пацієнтів з ВІЛ-інфекцією – за результатами опитування лікарів та пацієнтів, діяльність НУО характеризується активністю, організованістю, широким охопленням, наявністю актуальних програм та проектів, які відповідають потребам пацієнтів. Оцінка діяльності НУО позитивна як з боку медичних працівників, так і пацієнтів.

За даними медичної документації 1,1% пацієнтів було перенаправлено з НУО (найчастіше це були «100% життя», «Синергія душ», «Конвіктус Україна». В інших випадках, слід зазначити, що пацієнт з ВІЛ-інфекцією зустрічається з представниками НУО з першого дня потрапляння до центру СНІДу, з самого першого етапу свого маршруту. Як правило, соціальні працівники від НУО регулярно відвідують центри СНІДу, про можливість скористатися їх послугами лікарі повідомляють пацієнту на першій консультації. Також в коридорах медичного закладу представлені інформаційні листи щодо наявних НУО, послуг, гарячих ліній тощо. Рідше пацієнти знаходять інформацію щодо НУО, їх діяльності та наданих послугах через Інтернет. Частина представників ключових груп проінформовані щодо діяльності НУО заздалегідь, користувалися профілактичними послугами, консультаціями (найчастіше ЧСЧ).

Опитані медичні працівники утрудняються перерахувати весь перелік послуг та сервісів, які надає НУО, чітко відмітити проекти та програми, які наразі актуальні. Як сфера діяльності НУО відзначено такі напрямки: консультаційні послуги пацієнтів, здійснення соціального супроводу пацієнтів, психологічна підтримка.

Вкрай важливою та відчутною допомогою НУО центрам СНІДу на сьогоднішній день є:

- Організація проведення інструментальних досліджень пацієнтам таких, як КТ та МРТ – НУО укладають домовленості із певними медичними закладами та відшкодовують матеріальні витрати.
- Досягнення домовленостей з вузькими спеціалістами щодо консультації ВІЛ-інфікованих пацієнтів без черги (особливо важливо при відвідуванні протитуберкульозного диспансеру), організація логістики (відвозять пацієнтів мікроавтобусом).
- Проведення «швидких» тестів на ВІЛ – допомога у виявленні нових випадків захворювання та перенаправлення пацієнтів на підтвердження та лікування до центрів СНІДу (як на базі організації, так і за допомогою виїзних лабораторій).
- Впровадження проектів, які стосуються тестування та консультацій партнерів ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Слабкою стороною допомоги від НУО є наявність часових меж для проведення проектів, при завершенні яких певний напрям допомоги закінчується.

Також конкретні програми, спрямовані саме на супровід, контроль пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ТБ, відсутні, напрям слабо охоплений НУО за винятком проведення КТ пацієнтам з ВІЛ-інфекцією для підтвердження наявності туберкульозу.

Також фахівці національного рівня звертають увагу на необхідності інформування представників ЗОЗ щодо програм НУО, які впроваджені в регіоні, їх географії впровадження (картування).

«В нас немає точних даних, які проекти реалізує та чи інша неурядова організація в районі та закладі. Також хотілося б бачити результати їх роботи. Мені здається, що обміну інформацією фактично немає», фахівець національного рівня

• ПОСЛУГИ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

3.1. Оцінка поточної ситуації у сфері діагностики туберкульозу

Поточну ситуацію у сфері діагностики туберкульозу медичні працівники оцінюють як незадовільну. На фоні збереження тенденції розповсюдження захворювання серед населення існує гостра проблема з виявленням нових випадків туберкульозу, насамперед на початковій стадії. Епідемічна ситуація з туберкульозом викликає занепокоєння та потребує підвищеної уваги з боку медичної спільноти.

Можна виокремити такі основні проблеми ситуації у сфері діагностики туберкульозу:

- **За словами опитаних лікарів та фахівців національного рівня, діагностична практика на первинній ланці є досить незадовільною.** Як правило, терапевти схильні пропускати випадки безсимптомного перебігу туберкульозу, оскільки здебільшого орієнтовані на симптоматичне лікування пацієнтів. Скерування на скринінг на туберкульоз в деяких випадках призначається несвоєчасно: у випадках тривалого безрезультатного лікування діагностованої пневмонії, а також вибірково, передусім представникам асоціальних груп – особам, які не мають постійного помешкання, тим, хто приймає наркотичні речовини або зловживає алкоголем. Зберігається стереотипне сприйняття захворювання як проблеми асоціальних елементів.

Недостатнє охоплення пацієнтів з ТБ на первинній ланці підтверджують опитані фахівці національного рівня. Експерти підкреслюють важливість залучення до діагностики туберкульозу первинної ланки, підвищення ефективності її роботи та ролі на маршруті пацієнта. Першими кроками повинне бути акцентування уваги лікарів ПМД на проблемі туберкульозу, на продуманому, раціональному використанні лабораторних та інструментальних досліджень (в першу чергу, призначення флюорографії, рентгенографії пацієнтам за показаннями, а не широкому загалу хворих), на роботі з виокремлення груп підвищеного ризику зараження туберкульозом, окрім представників неблагополучних верств населення.

- Опитані лікарі звертають увагу на те, що у своїй практиці стикалися з випадками відсутності детального опису результатів флюорограми, чіткої передачі результатів обстеження рентгенологом лікарю первинної ланки, який вів пацієнта до протитуберкульозного диспансеру.
- Неоднозначне ставлення фтизіатрів до скасування обов'язкового флюорографічного обстеження всіх пацієнтів на первинній ланці (звужена вимога щодо проведення обстеження – лише за наявності показань та скарг пацієнта). На думку частини опитаних медичних працівників, скасування лише погіршує і без того гостру проблему діагностики безсимптомного туберкульозу. Підтвердження даної гіпотези потребує додаткового вивчення впливу алгоритму проведення діагностики на виявлення безсимптомного туберкульозу.

Опитані фахівці національного рівня підкреслюють обумовленість такої позиції настороженим ставленням медичної спільноти до нововведень та низькою мотивацією переходу на більш включену роботу з перенаправлення пацієнтів. Така ситуація виникає через недостатню поінформованість, а також стереотипне мислення.

Фахівці національного рівня звертають увагу на те, що замість флюорограми впроваджується скринінгове опитування, що є більш раціональним та міжнародно прийнятим підходом. Проведення флюорограми повинно бути спрямовано на групи підвищеного ризику, а не на населення загалом. Існує проблема перенаправлення на флюорограму пацієнтів, які цього не

потребують, «проведення пустої роботи» (наприклад, проведення тотального флюорографічного дослідження всіх, хто звертається до медичного закладу, або обстеження студентів ЗВО в межах медичного огляду, але, в той же час, не проведення скринінгу на ТБ групам ризику щодо захворювання на ТБ). Відбувається нераціональне використання ресурсів.

Також слід зазначити, що метод флюорографічного дослідження не є показовим щодо діагностики даного захворювання: *зміни на рентгенограмі не є специфічними для туберкульозу, «людина зі змінами на рентгенограмі може бути здоровою людиною».*

«Наприклад, ми обстежуємо близько 10 тис. осіб і виявляємо якихось 5 змін у легенях, які ще треба довести – чи то туберкульоз, чи ні. Недолік проведення флюорографія в тому, що вона обстежує всіх, і здорових людей в першу чергу», фахівець національного рівня

- **Недостатня матеріальна база багатьох ЗОЗ.** Не всі медичні заклади (особливо медичні заклади на периферії) мають обладнання для проведення якісного обстеження на туберкульоз (Джин Експерт, лінійний зонд аналіз (LPA).

«Тому що у нас немає лінійного зонд-аналізу, це все прискорило би встановлення діагнозів мультирезистентного туберкульозу, і лікування більш адекватне призначалось би», Дніпро, лікар

- **Недостатньо налагоджена система перенаправлень пацієнтів після лікування у стаціонарі для дообстеження до вузьких спеціалістів** (невролог, офтальмолог, ЛОР, лабораторні обстеження тощо)

«Диспансерне відділення не дає пацієнтам направлення на проходження вузьких спеціалістів для моніторингу лікування, посилаючись на те, що це можуть робити тільки сімейні лікарі, але сімейні лікарі їх не ведуть і переадресовувати ці міські фтизіатри не можуть до сімейного лікаря, тому що у цих пацієнтів немає декларації з тими певними лікарями, до яких вони могли б їх переадресувати. Направлення має хтось виписувати», фахівець національного рівня

- **Загальне недостатнє розуміння пацієнтами сутності захворювання, низька поінформованість щодо необхідності контролю та профілактики туберкульозу.** До цього спричинилися такі чинники:
 - традиційне сприйняття туберкульозу як хвороби насамперед асоціальних елементів («мене це не стосується»);
 - стійкі асоціації захворювання з постійним сухим кашлем, слабкістю, блідістю, лихоманкою – клінічними симптомами пізніх стадій захворювання. Непоінформованість про форми нелегенового туберкульозу;
 - розповсюдженість практик самолікування. У випадку температури, кашлю – пацієнт спочатку лікується самостійно, зтягаючи з відвідуванням лікаря;
 - байдуже ставлення до свого здоров'я з боку асоціальних осіб та представників ключових груп.

Як і медичні працівники у сфері ВІЛ, опитані фтизіатри також наголошують на розповсюдженості серед своїх пацієнтів коінфекції ВІЛ та ТБ та регулярному виявленні нових випадків. Відсоток даної категорії пацієнтів може складати до 60% (за оцінкою опитаних фтизіатрів) диспансерної групи.

Лікування коінфекції потребує налагодженої співпраці між протитуберкульозною службою та центром СНІДу, організації надання інтегрованих послуг пацієнтам з ВІЛ та туберкульозом для підвищення ефективності лікування. Останнім часом позитивна тенденція щодо взаємодії інфекціоністів та фтизіатрів спостерігається в містах Одеса та Дніпро. Медичні працівники позитивно оцінюють нововведення МОЗ із залучення спеціалістів обох напрямів до

паралельного лікування пацієнтів, покращення комунікації між підрозділами щодо лікування та контролю, яке передбачає оперативний обмін інформацією на всьому маршруті пацієнта.

Більшість фахівців національного рівня зазначають необхідність налагодження тісної взаємодії між спеціалістами, які лікують ВІЛ та ТБ, позитивно оцінюють досвід Одеси щодо формування єдиного закладу соціально небезпечних хвороб це є перевірною міжнародною практикою, найбільш конструктивний варіант роботи з пацієнтом, *«це взагалі єдиний дієвий формат»*.

Фахівці національного рівня звертають увагу на те, що виявлення коінфекції ВІЛ та ТБ поставлене на більш високому рівні, існує краща налагодженість процесу діагностики туберкульозу у ВІЛ-позитивних пацієнтів в Одесі - в першу чергу це проявляється у пришвидшенні процесів проведення діагностики, подальшому контролю пацієнта (через злагодженість дій лікарів різної спеціалізації), мультидисциплінарному підході до лікування.

Серед усіх випадків виявленого туберкульозу легеневий туберкульоз складає 80-90% (за оцінкою опитаних фтизіатрів), решта випадків – це ураження лімфовузлів, рідше кісток.

Фахівці національного рівня звертають увагу на те, що саме з діагностикою позалегенового туберкульозу на початковій стадії існують проблеми. Характерна відсутність уваги до симптомів ТБ з боку вузьких спеціалістів (в першу чергу - хірург, невролог, гінеколог), до яких звертається пацієнт - наразі проблема для них не актуалізована.

Окреслена вище поточна ситуація щодо виявлення захворювання призводить до негативних наслідків:

- до протитуберкульозних диспансерів здебільшого потрапляють пацієнти із запущеною формою захворювання, часто у важкому стані. Медичні працівники часто стикаються з випадками мультирезистентного туберкульозу;
- як наслідок, процес лікування є довготривалим та важким, що може бути вагомим фактором зниження прихильності пацієнта до лікування. Ситуація набагато ускладнюється за наявності у пацієнта коінфекції ВІЛ та ТБ – адже окрім прийому препаратів від туберкульозу паралельно приймається АРТ.

Як позитивне явище у сфері діагностики туберкульозу медичні працівники відзначають перехід на використання високоточних та інформативних тестів - молекулярно-генетичного дослідження мокротиння, що дозволяє підібрати ефективне лікування. Наприклад, більшість лікарів позитивно характеризують можливість використання такого методу обстеження, як «Джин Експерт», який пришвидшує діагностику та підвищує точність встановленого діагнозу.

Фахівці національного рівня зазначають, що на сьогоднішній день з'явилося більше можливостей, пов'язаних з молекулярно-генетичною діагностикою, завдяки доступності діагностичної системи «Джин Експерт». Однак існує низка проблем з організацією процедури діагностики (що призводить до проскання пацієнтів з туберкульозом або несвоєчасного встановлення діагнозу, затягування процесу діагностики, неправильного призначення лікування особливо при наявності мультирезистентного туберкульозу), раціональним та ефективним використанням системи – наявна проблема з недозавантаженням системи (фахівці національного рівня звертають увагу на можливість більш широкого використання системи – не лише для дослідження мокротиння, а також на покращення алгоритму перенаправлень пацієнтів, які потребують діагностики на ТБ, для збільшення потоку пацієнтів), відсутністю організації та відповідальності за доставку мокротиння на дослідження.

«Джин Експерт» на сьогоднішній день в деяких регіонах продовжує використовуватися лише для мокротиння. Хоча його можна використовувати для будь-якої біологічної рідини. Як це робиться вже багато років будь-де. Але в нас в Україні лише починають потрошки використовувати сечу, плевральну рідину, спинномозкову рідину, що обмежує цих пацієнтів в постановці діагнозу. А це все впиралося і впирається в те, що люди, які працюють в

лабораторіях і відповідальні за це, у них просто є дуже-дуже застаріла інформація. Або їм її доносять з дуже запізненням великим», фахівець національного рівня

3.2. Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з туберкульозом

Статеві-віковий склад опитаних відповідає розподілу генеральної сукупності (див. додаток № 2)

Серед пацієнтів в м. Дніпро 88,9% є ЛВНІ, тоді як в інших містах їх частка не перевищує 15%. За даними глибинних інтерв'ю з лікарями туберкульоз залишається соціальним захворюванням, «це хвороба бідності». Окрім ЛВНІ серед груп соціального ризику можна виокремити безхатченків, малозабезпечених, безробітних, заробітчан та осіб, які зловживають алкоголем.

Нині проблема туберкульозу ускладнюється воєнним конфліктом на сході країни, через який збільшується чисельність соціально незахищеного населення – переселенців або тих, хто проживає поблизу лінії конфлікту. Для Одеси також характерною є міграція переселенців з Придністров'я і присутність таборів ромів. Переселенці та роми часто живуть у незадовільних умовах з низькою якістю життя, випадають з медичного охоплення – все це сприяє розповсюдженню захворювання та ускладнює його контроль.

Таблиця 3.2.1. Розподіл відповідей за належністю пацієнта до групи ризику щодо інфікування ВІЛ

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
ЛВНІ	16	8.2%	22	14.5%	70	88.9%	14	13.8%	122	23.2%
СП	0	0.0%	0	0.0%	6	7.8%	0	0.0%	6	1.2%
ЧСЧ	5	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	0.9%
Інше	5	2.5%	43	28.1%	3	3.3%	23	23.3%	74	14.0%
Немає даних	169	86.8%	88	57.5%	0	0.0%	63	62.9%	320	60.7%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

*база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції

Перші симптоми ТБ виникли у пацієнтів в середньому 19,95 місяців тому з моменту фіксації даних.

Таблиця 3.2.2. Кількість місяців від дати виникнення перших симптомів ТБ до фіксації даних (квітень 2019)*

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	28.06	16.78	6.96	17.66	19.95
Стандартне відхилення	9.06	8.70	6.60	6.29	10.82
Кількість пацієнтів	171	125	59	95	450
Мінімум	8	5	2	6	2
Максимум	43	42	51	34	51

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

За допомогою пацієнти вперше зверталися в середньому за 19,38 місяців тому з моменту фіксації даних.

Таблиця 3.2.3. Кількість місяців від часу первинного звернення пацієнта за медичною допомогою до фіксації даних (квітень 2019)*

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	27.58	15.86	6.37	17.41	19.38
Стандартне відхилення	8.87	8.73	6.63	6.23	10.81
Кількість пацієнтів	171	125	59	95	450
Мінімум	8	2	1	6	1
Максимум	42	42	51	34	51

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

В більшості випадків використовувалась бактеріологічна діагностика.

Таблиця 3.2.4. Розподіл відповідей за методами, які були використані для діагностики ТБ

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Бактеріологічна діагностика	153	78.5%	140	91.6%	79	100%	99	99.1%	471	89.4%
Променева діагностика	99	50.6%	109	71.6%	79	100%	70	69.5%	357	67.7%
Гістологічна діагностика	7	3.5%	2	1.3%	0	0.0%	5	5.2%	14	2.7%
Туберкуліно-діагностика	0	0.0%	1	0.5%	3	3.3%	0	0.0%	3	0.6%
Немає даних	34	17.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%	35	6.7%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

83,5% пацієнтів був виявлений легеневий ТБ, у 8,3% легеневий та позалегеневий, у 7,3% – позалегеневий.

Таблиця 3.2.5. Розподіл відповідей за локалізацією ТБ у пацієнта

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Легеневий	175	89.9%	96	62.6%	78	98.8%	91	91.0%	440	83.5%
Легеневий та позалегеневий	6	3.0%	36	23.4%	0	0.0%	2	1.8%	43	8.3%
Позалегеневий	14	7.1%	18	11.5%	1	1.2%	6	6.3%	39	7.3%
Немає даних	0	0.0%	4	2.5%	0	0.0%	1	1.0%	5	0.9%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

У 81.7% пацієнтів був вперше діагностований ТБ, у 8,6% – рецидив, у 3,8% – лікування після перерви або невдачі.

Таблиця 3.2.6. Розподіл відповідей за типом випадку

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Вперше діагностований ТБ	167	85.5%	136	88.8%	46	57.8%	83	82.4%	431	81.7%
Рецидив	12	6.3%	9	6.0%	13	16.3%	11	11.1%	45	8.6%
Лікування після перерви	2	1.0%	6	3.9%	3	3.6%	0	0.0%	11	2.0%
Лікування після невдачі	1	0.5%	2	1.3%	6	7.0%	1	1.0%	9	1.8%
Інший	13	6.8%	0	0.0%	12	15.4%	5	4.7%	30	5.7%
Немає даних	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%	1	0.2%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

У 10,2% пацієнтів виявлено мультирезистентний ТБ, найбільше таких в Кривому Розі (19,2%).

Таблиця 3.2.7. Розподіл відповідей за видом медикаментозної резистентності

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Мультирезистентний ТБ	10	5.0%	15	9.5%	10	13.0%	19	19.2%	54	10.2%
Рифампіцин резистентний ТБ	4	2.1%	14	9.4%	5	6.2%	6	6.3%	30	5.6%
Розширено резистентний ТБ	0	0.0%	9	5.7%	2	2.5%	4	3.6%	14	2.7%
Полірезистентний ТБ	6	3.2%	0	0.0%	3	3.6%	3	2.7%	12	2.2%
Немає даних	175	89.7%	115	75.4%	59	74.8%	68	68.3%	418	79.2%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

У 51,5% виявлено бактеріовиділення, найбільше таких в Дніпрі (79,5%).

Таблиця 3.2.8. Розподіл відповідей за наявністю бактеріовиділення

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
МБТ+	98	50.1%	66	42.9%	63	79.5%	45	45.1%	271	51.5%
МБТ-	93	47.8%	84	55.0%	16	20.5%	54	53.9%	248	47.0%

Немає даних	4	2.1%	3	2.1%	0	0.0%	1	1.0%	8	1.6%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

В середньому лікування пацієнтів почалося 18,59 місяців тому з моменту фіксації даних, тобто через 0,85 місяця після звернення за медичною допомогою (див. Таблицю 3.2.3).

Таблиця 3.2.9. Кількість місяців від початку лікування до фіксації даних (квітень 2019)*

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	26.44	15.66	5.79	16.05	18.53
Стандартне відхилення	8.80	8.55	3.53	6.53	10.43
Кількість пацієнтів	171	125	59	95	450
Мінімум	7	3	1	1	1
Максимум	40	40	16	34	40

* для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

55,4% пацієнтів починали лікування у стаціонарі.

Таблиця 3.2.10. Розподіл відповідей за типом лікування ТБ на початку

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
У стаціонарі	101	52.0%	44	28.8%	78	98.9%	69	68.6%	292	55.4%
Амбулаторно	93	47.6%	106	69.4%	1	1.1%	25	25.2%	225	42.7%
Немає даних	1	0.5%	3	1.8%	0	0.0%	6	6.3%	10	1.9%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

Тільки для 37,6% зафіксовано соціальний супровід, найчастіше в Кривому Розі – 66,1%.

Таблиця 3.2.11. Розподіл відповідей за наявністю соціального супроводу

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Ні	144	73.9%	80	52.6%	60	76.0%	30	30.0%	315	59.7%
Так	49	25.1%	64	41.8%	19	24.0%	66	66.1%	198	37.6%
Немає даних	2	1.0%	9	5.7%	0	0.0%	4	4.0%	15	2.8%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

На момент фіксації даних 29% пацієнтів продовжували лікування (в Дніпрі всі пацієнти продовжували лікування). Було зафіксовано випадіння 1% пацієнтів, які перервали лікування на 2 чи більше місяців підряд. У 70% пацієнтів лікування закінчено на момент фіксації даних.

Таблиця 3.2.12. Кількість місяців від початку лікування до фіксації даних (квітень 2019)
(серед тих, у кого лікування закінчено)

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро*	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	25.95	19.14	-	17.64	22.45
Стандартне відхилення	8.90	8.04	-	5.63	8.93
Кількість пацієнтів	191	104	-	67	362
Мінімум	7	3	-	5	3
Максимум	40	40	-	34	40

* відсутність даних у м.Дніпро обумовлене наявністю лише одного пацієнта, який закінчив лікування.

*** для частини пацієнтів немає даних для даного або наступних показників терміну проходження маршруту

В середньому у цих пацієнтів лікування почалося 22,45 місяці тому, а закінчилось 14,85 місяців тому – в середньому лікування тривало 7,6 місяців.

Таблиця 3.2.13. Кількість місяців від закінчення лікування до фіксації даних (квітень 2019)
(серед тих, у кого лікування закінчено)

	м.Київ	м.Одеса	м.Дніпро	м.Кривий Ріг	ЗАГАЛОМ
Середнє	18.44	10.57		11.26	14.85
Стандартне відхилення	8.65	7.57		5.43	8.69
Кількість пацієнтів	191	104	0	67	362
Мінімум	2	1		1	1
Максимум	34	32		28	34

** для частини пацієнтів немає даних для даного або інших показників терміну проходження маршруту

За даними медичної документації серед 70% пацієнтів, які завершили лікування, 54,8% пацієнтів вилікувалися, для 41,3% - лікування завершено, у 2,4% - невдача лікування, 1,4% пацієнтів померли.

Таблиця 3.2.14. Розподіл відповідей за результатом лікування
(серед тих, у кого лікування закінчено)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Вилікуваний	94	48.7%	48	43.2%	1	100%	60	92.3%	202	54.8%
Лікування завершено	94	48.7%	54	48.6%	0	0.0%	5	7.7%	152	41.3%
Невдача лікування	3	1.6%	6	5.4%	0	0.0%	0	0.0%	9	2.4%
Помер	2	1.0%	3	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.4%
N	193	100%	111	100%	1	100%	65	100%	368	100%

43,6% пацієнтів є ВІЛ-позитивними. 32,9% серед них є ЛВНІ, тоді як серед усіх пацієнтів ЛВНІ складають 23,2%. Найбільше ВІЛ-позитивних в м. Дніпро. Статус 8.5% невідомий.

Таблиця 3.2.15. Розподіл відповідей за ВІЛ–статусом пацієнта на момент встановлення діагнозу ТБ

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Негативний	130	66.6%	69	45.0%	20	25.0%	34	34.3%	253	48.0%
Позитивний	61	31.4%	83	54.5%	59	75.0%	26	25.7%	230	43.6%
Невідомий	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	38	38.3%	40	7.7%
Немає даних	2	1.0%	1	0.5%	0	0.0%	2	1.8%	4	0.8%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

За даними глибинних інтерв'ю проблема коінфекції ВІЛ та туберкульозу залишається гострою та потребує постійної уваги з боку медичних працівників. Коінфекція потребує складного тривалого лікування (поєднання АРТ з лікуванням туберкульозу), що негативно впливає на прихильність до лікування пацієнтів, також існує ризик ускладнень на фоні розвитку двох захворювань, що призводить до високої смертності ВІЛ-інфікованих осіб саме від ускладнень туберкульозу. Робота медичних працівників з групою пацієнтів з коінфекцією також ускладнюється байдужим ставленням цих пацієнтів до свого здоров'я.

У відносній більшості ВІЛ-позитивних хворих на ТБ низький рівень імуносупресії (менше 200 кл/мкл), тільки в Києві половина пацієнтів мають високий рівень імуносупресії (більше 500 кл/мкл). Для 10,8% немає даних.

Таблиця 3.2.16 Розподіл відповідей за ступенем імуносупресії (на момент заповнення анкети / останній результат) (серед тих, у кого встановлений діагноз ВІЛ)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
>500 кл/мкл CD4	31	47.0%	8	9.2%	5	7.9%	6	12.1%	50	19.0%
350-499 кл/мкл CD4	9	13.8%	7	7.9%	9	15.2%	5	11.3%	31	11.7%
200-349 кл/мкл CD4	8	11.7%	18	20.2%	11	19.0%	8	16.4%	45	17.1%
<200 кл/мкл або відносна кількість <15% CD4	15	23.0%	42	46.7%	25	41.4%	26	56.3%	108	41.2%
Дослідження не проводилося	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%
Немає даних	2	3.1%	14	16.1%	10	16.5%	2	3.9%	28	10.8%
N	66	100%	89	100%	60	100%	46	100%	262	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

85,4% хворих на ТБ та ВІЛ приймають АРТ, 5,7% не приймають (в більшості випадків через відмову, приблизно в третині випадків – через дообстеження), для 8,9% немає даних.

Таблиця 3.2.17. Розподіл відповідей за фактом прийому пацієнтом АРТ (останній результат) (серед тих, у кого встановлений діагноз ВІЛ)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Так	61	92.3%	77	86.6%	41	68.1%	44	95.9%	224	85.4%
Ні	2	3.1%	1	0.8%	10	17.0%	2	4.1%	15	5.7%
Немає відповіді	3	4.6%	11	12.6%	9	14.9%	0	0.0%	23	8.9%
N	66	100%	89	100%	60	100%	46*	100%	262	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

Приблизно в половині випадків АРТ призначалося через 2-4 і більше тижня від початку протитуберкульозної терапії, в 19,2% випадків – пізніше, ніж через 4 тижня.

Таблиця 3.2.18. Розподіл відповідей за проміжком часу призначення АРТ від початку протитуберкульозної терапії (ПТТ) (серед тих, у кого встановлений діагноз ВІЛ)

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
До початку ПТТ	13	19.6%	10	11.0%	10	16.0%	6	13.8%	39	14.8%
До 2-х тижнів	14	21.2%	12	13.0%	7	11.1%	5	11.5%	38	14.4%
Від 2-х до 4-х тижнів	19	28.8%	41	46.1%	17	28.3%	23	50.5%	100	38.4%
Пізніше 4-х тижнів	15	22.9%	16	17.7%	10	16.3%	9	20.3%	50	19.2%
Немає даних	5	7.5%	11	12.3%	17	28.3%	2	3.9%	35	13.3%
N	66	100%	89	100%	60	100%	46	100%	262	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

3.3. Поточний маршрут пацієнтів з туберкульозом

У маршруті лікування пацієнта з туберкульозом можна виокремити такі кроки: діагностика захворювання, підтвердження та уточнення діагнозу з наступним взяттям на облік, лікування, подальший медичний контроль та завершення лікування (див. додаток №1).

Слід зазначити, що, в порівнянні з маршрутом пацієнта з ВІЛ, даний маршрут має меншу кількість кроків (порівняно з позитивним лікуванням ВІЛ), є більш стандартизованим, , але, при цьому, більш важким для хворих.

Аналіз медичної документації фіксує випадіння 1% пацієнтів, які перервали лікування більше, ніж на 2 місяця.

Слід зазначити, що значною проблемою, яку зазначили деякі фахівці національного рівня, є відсутність організованої госпіталізації пацієнта із діагностованим захворюванням, його транспортування до протитуберкульозного диспансеру для лікування у стаціонарі. Як правило, такий пацієнт повинен діставатися до медичного закладу самостійно, як правило, громадським транспортом, можливо, у важкому стані, без вживання заходів попередження інфікування оточуючих.

Відсутність організованого соціального супроводу (за аналогією з ініціативами НУО щодо ведення пацієнтів з ВІЛ) ускладнює контроль за пацієнтами та підтримку їх прихильності до лікування.

Опитані медичні працівники зазначають, що проводять бесіди з пацієнтами, пояснюючи сутність хвороби та необхідність сумлінного ставлення до лікування. Але мотивуючим консультаціям щодо туберкульозу приділяється менше уваги порівняно з консультаціями щодо ВІЛ. Для пацієнтів з коінфекцією більш ґрунтовну мотивуючу бесіду про туберкульоз та необхідність його лікування проводять в центрі СНІДу.

КРОК 1. Діагностика захворювання

У 33,5% випадків ТБ був виявлений під час профогляду, отже, профогляд є важливим каналом виявлення ТБ.

Таблиця 3.3.1. Розподіл відповідей за місцем виявлення пацієнта										
	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
При зверненні в ЗОЗ	141	72.5%	116	75.6%	44	55.6%	44	44.0%	345	65.5%
Під час профогляду	53	27.0%	35	22.6%	35	44.5%	54	54.2%	177	33.5%
Немає даних	1	0.5%	3	1.7%	0	0.0%	2	1.8%	5	1.0%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

Разом з тим, фахівці національного рівня звертають увагу, що більш релевантною є ситуація виявлення пацієнтів з туберкульозом через їх звернення до ЗОЗ, оскільки віднесення випадку до профогляду може бути більш номінальним. Чітка процедура та визначення профогляду відсутня і часто залежить від інтерпретації лікарем запиту пацієнта.

Процедура входження пацієнта з туберкульозом до ЗОЗ часто звужує кількість каналів/ «точок» потрапляння хворого під нагляд профільних спеціалістів і зазвичай відбувається через установи первинної медично-санітарної допомоги (поліклініки та амбулаторії за місцем проживання пацієнта) – за даними аналізу медичної документації 50,8% пацієнтів були перенаправлені саме з первинної ланки. Рідше пацієнти «заходять» до маршруту через міські клінічні лікарні – вторинну ланку, центри СНІДу, а також завдяки зусиллям НУО (щодо останнього каналу, то аналіз медичної документації не виявив таких випадків).

Таблиця 3.3.2. Розподіл відповідей за назвою закладу, до якого пацієнт вперше звернувся за допомогою

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Центри первинної медико-соціальної допомоги / сімейні лікарі / терапевти	117	59.8%	81	53.0%	8	10.3%	62	62.0%	268	50.8%
Інші медичні заклади, включно з інфекційними (багатопрофільні лікарні, діагностичні центри тощо)	40	20.7%	27	17.8%	30	38.6%	23	22.8%	121	22.9%
Спеціалізовані туберкульозні лікарні, протитуберкульозні диспансери, фтизіатричні об'єднання тощо	26	13.3%	23	15.0%	23	28.8%	13	12.6%	84	16.0%
Центри СНІДу	10	5.1%	15	9.6%	10	13.0%	1	0.9%	36	6.8%
Немає даних	2	1.0%	7	4.7%	7	9.4%	2	1.8%	18	3.5%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

Відповідно, найчастіше пацієнтів перенаправляли терапевти, інфекціоністи та сімейні лікарі.

Таблиця 3.3.3. Розподіл відповідей за спеціальністю фахівця, який направив пацієнта до лікаря-фтизіатра

	м.Київ		м.Одеса		м.Дніпро		м.Кривий Ріг		ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Терапевт/ Сімейний лікар	128	6.7%	75	49.1%	22	27.2%	87	86.4%	311	59.1%
Інфекціоніст	39	20.0%	30	19.4%	29	36.6%	4	4.4%	102	19.3%
Фтизіатр	10	5.0%	7	4.4%	6	8.0%	0	0.0%	23	4.3%
Рентгенолог	7	3.7%	1	0.8%	10	12.6%	4	4.0%	22	4.2%
Гінеколог	0	0.0%	14	9.1%	2	2.5%	0	0.0%	16	3.0%
Хірург	3	1.6%	3	1.9%	0	0.0%	1	1.0%	7	1.3%
Самостійно	0	0.0%	4	2.4%	0	0.0%	3	2.6%	6	1.2%
Інше	3	1.6%	12	8.2%	5	6.0%	1	1.0%	21	4.0%
Немає відповіді	5	2.6%	7	4.7%	6	7.1%	1	0.9%	19	3.6%
N	195	100%	153	100%	79	100%	100	100%	527	100%

**база недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденції*

Нижче подається опис кожного каналу.

Установи первинної медично-санітарної допомоги (поліклініки та амбулаторії за місцем проживання пацієнта)

Специфіка каналу:

- У випадку проблем зі здоров'ям пацієнти традиційно звертаються у поліклініки за місцем проживання. Оскільки симптоматика наявності туберкульозу є досить загальною та схожою на прояви застуди, ускладнень після грипу тощо – то за потреби консультації та лікування пацієнти схильні звертатися саме у поліклініку.
- Найбільш розповсюдженими скаргами пацієнтів на даному етапі є: підвищення температури (від субфебрильної до досить високої), наявність кашлю, зниження ваги.
- Переважно пацієнт з вищезгаданими скаргами звертається до терапевта/ сімейного лікаря, який для середньостатистичного хворого (якщо пацієнт не виглядає як асоціальна особа) зазвичай призначає курс симптоматичного лікування.
- Також можливе самозвернення пацієнта у разі проходження профогляду, передбаченого у певних сферах діяльності (медична, харчова, сфера сервісу тощо). Але слід зазначити, що даний вид обстеження часто проводиться задля «галочки», без необхідної у діагностичних процедурах ретельності.
- Фахівці національного рівня зазначають недостатню увагу вузьких спеціалістів (хірургів, гінекологів, неврологів) до діагностики позалегенового туберкульозу. В деяких випадках з анамнезу пацієнта видно, що хворий спочатку звертався до вузьких спеціалістів зі скаргами, отримував симптоматичне лікування, а діагноз «позалегеновий туберкульоз» був встановлений значно пізніше, як правило, на пізніх стадіях.

Особливості процедури діагностики:

- Підозра на туберкульоз виникає за відсутності позитивної динаміки. В цьому випадку лікар призначає обстеження: флюорографію і/або рентген органів грудної порожнини, мікроскопію мокротиння, загальний аналіз крові. Якщо у штаті є фтизіатр, то пацієнт з підозрою на туберкульоз переходить під його відповідальність.
- Раніше виявлення нових випадків туберкульозу забезпечувала обов'язкова для всіх пацієнтів флюорографія.
- Після того як обстеження підтвердить наявність у пацієнта туберкульозу – його скеровують до протитуберкульозного диспансеру на дообстеження.

Частина пацієнтів відзначає стигму та неетичне поведіння медичних працівників першої ланки: про підозру діагнозу повідомили в коридорі, привселюдно; нетолерантне ставлення; у хворого залишились неприємні емоції від спілкування; під час повідомлення підозри про туберкульоз пацієнту не надали достатньої консультативної та психологічної допомоги, не вистачало розуміння з боку лікарів – важливо заспокоїти, пояснити, що існує ефективне лікування захворювання.

Міські клінічні лікарні, клініко-діагностичні центри

Специфіка каналу:

- Перенаправлення пацієнтів з підозрою на туберкульоз з медичних закладів вторинної ланки не є звичайною практикою. У цих закладах відсутня орієнтація на регулярний скринінг своїх пацієнтів на туберкульоз.
- Підозра на захворювання може виникнути у лікаря вузької спеціалізації під час підготовки до планових операцій або при лікуванні в стаціонарі ускладнень після пневмонії – але в цьому випадку скерування на додаткову діагностику туберкульозу відбувається за наявності у пацієнта об'єктивного стану та показань.

- Пацієнти з туберкульозом не проходять лікування в інфекційних лікарнях: у випадку підозри на захворювання вони в обов'язковому порядку скеровуються до протитуберкульозного диспансеру. Медпрацівники цих закладів не мають повноважень для встановлення офіційного діагнозу туберкульоз та подальшого лікування.

Особливості процедури діагностики:

- За підозри на туберкульоз первинну діагностику проводять за алгоритмом, який практикують в установах первинної медично-санітарної допомоги: скерування на флюорографію і/або рентген органів грудної порожнини, мікроскопію мокротиння, загальний аналіз крові.

Після того як обстеження підтверджує наявність у пацієнта туберкульозу – його скеровують до протитуберкульозного диспансеру на дообстеження.

Центри СНІДу

Специфіка каналу:

- Лікарі центрів СНІДу демонструють високу поінформованість щодо входження пацієнтів з ВІЛ до зони ризику захворювання на туберкульоз. Тому скринінг на коінфекцію ВІЛ та ТБ є обов'язковим та проводиться на регулярній основі (проведення скринінгу на ТБ та його результат фіксується у системі МІС ВІЛ).
- Актуальним для пацієнтів з ВІЛ є додаткове дослідження на наявність нелегенового туберкульозу. Часто необхідна розширена діагностика – спеціалізовані дослідження, наприклад, КТ.

Особливості процедури діагностики:

- Первинна діагностика передбачає загальний огляд пацієнта з ВІЛ, оцінку його стану, опитування про скарги, скринінгове анкетування на туберкульоз. Як правило, центри СНІДу мають штатного фтизіатра, який може виявити коінфекцію або підозру на неї.

При будь-якій підозрі на туберкульоз фтизіатри центру СНІДу скеровують пацієнта на дообстеження до протитуберкульозного диспансеру. Зазвичай інфекціоністи центрів СНІДу співпрацюють з фтизіатрами протитуберкульозних диспансерів, є запит на покращення комунікації між підрозділами, оскільки туберкульоз є опортуністичною інфекцією, яка значущо впливає ефективність лікування пацієнта з ВІЛ.

НУО

Специфіка каналу:

- Спостерігається незначне охоплення пацієнтів з туберкульозом, НУО не є розповсюдженим каналом перенаправлення даної категорії хворих. Через орієнтованість організацій передусім на виявлення ВІЛ – скринінг на туберкульоз є додатковою процедурою з метою вивчення стану ВІЛ-інфікованого.
- Більшість опитаних медичних працівників навіть не згадували НУО, відповідаючи на питання про «точки» входження пацієнтів у маршрут.

Особливості процедури діагностики:

- Як правило, соціальний працівник НУО проводить скринінгове опитування щодо симптомів туберкульозу. За наявності більше трьох ствердних відповідей – пацієнту з ВІЛ рекомендують звернутися до фтизіатра центру СНІДу за додатковою консультацією.
- Подеколи медичні працівники відзначають такі проекти від НУО, як діяльність рухомих флюорографічних кабінетів, які проводять обстеження всіх бажаючих. Особливо

актуальним є впровадження даного механізму діагностики туберкульозу на периферії, оскільки в невеликих населених пунктах часто відсутня технічна можливість проведення якісного дослідження.

Під час проходження діагностики на туберкульоз надається попередня оцінка стану пацієнта, і надалі йому потрібна консультація терапевта поліклініки або фтизіатра центру СНІДу.

❖ **МОЖЛИВІ ЗОНИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ: Тренінги та/або інформаційна кампанія щодо діагностики туберкульозу на ранніх стадіях для лікарів ПМД; впровадження супроводу для пацієнтів з підозрою на ТБ**

СХЕМИ МАРШРУТУ ДЛЯ КРОКУ 1

Схема 3.3.1. Маршрут пацієнтів з ТБ. Первинне обстеження: центри СНІДу, кабінети «Довіра»

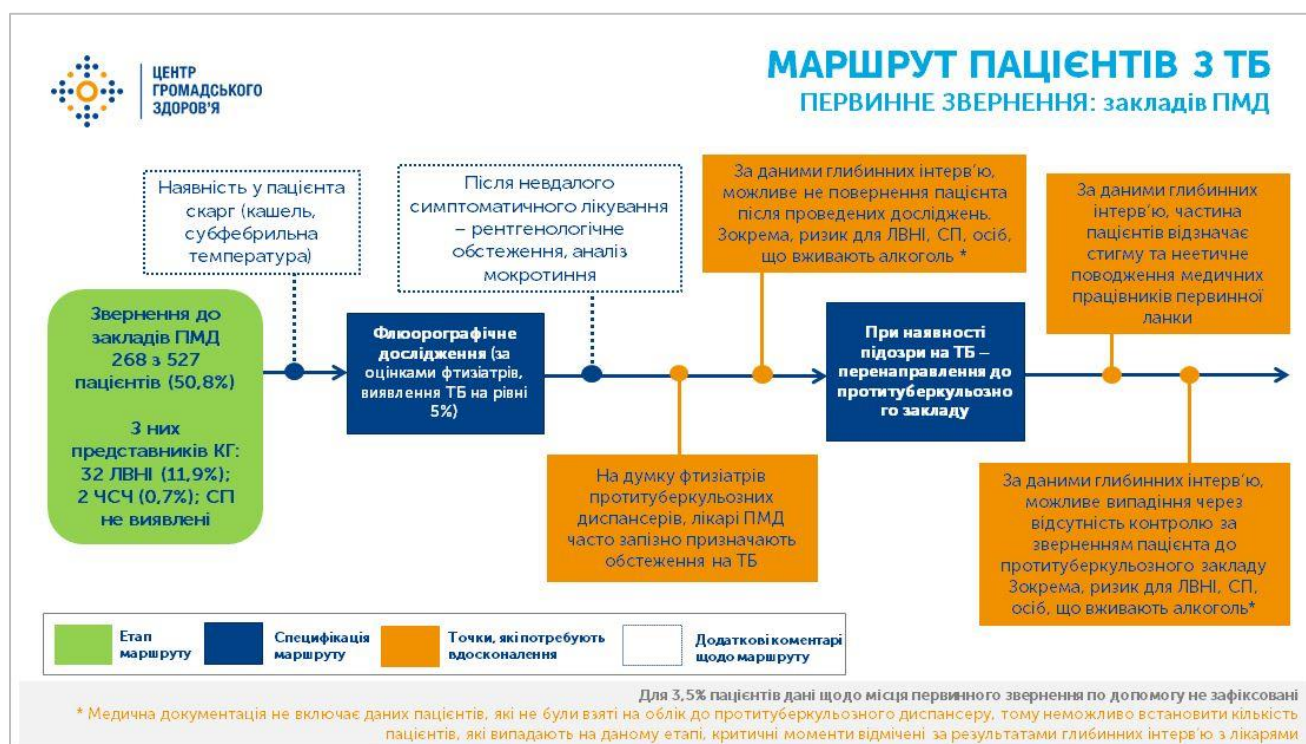


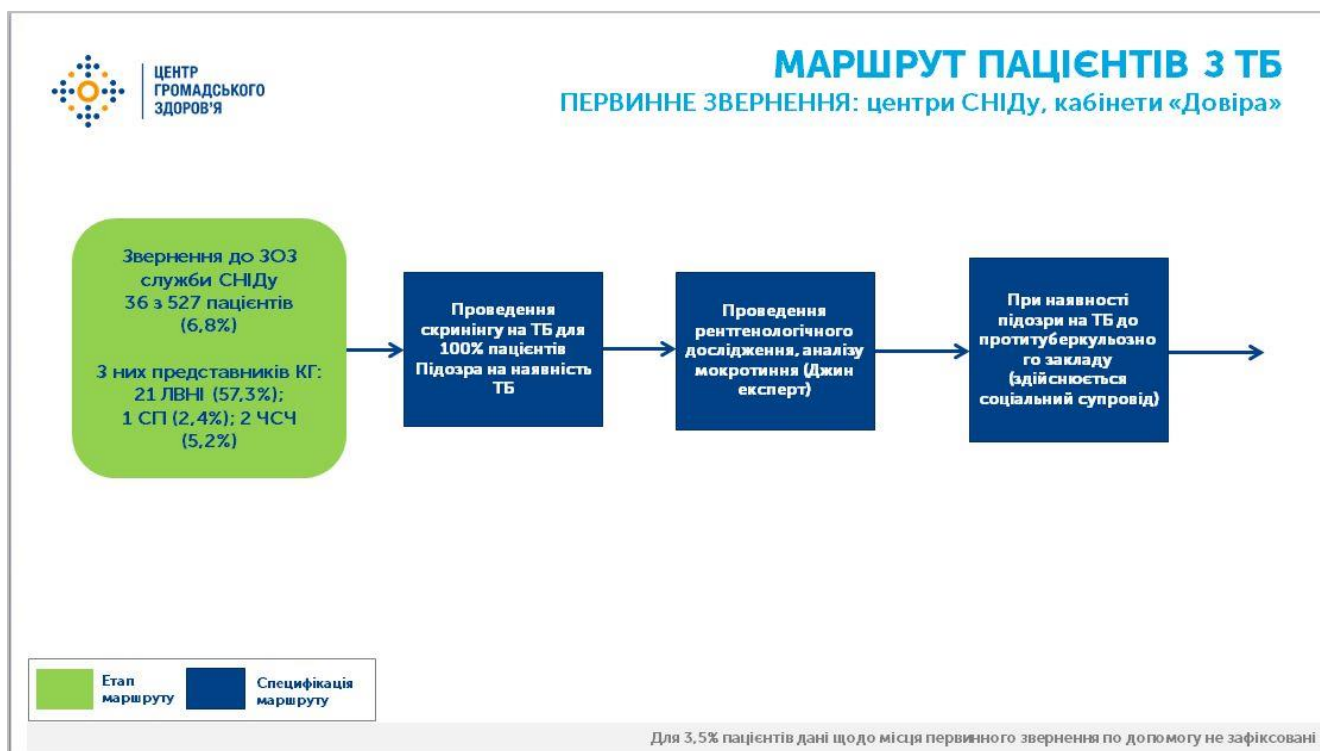
Схема 3.3.2. Маршрут пацієнтів з ТБ. Інші медичні заклади, включно з інфекційними



Схема 3.3.3. Маршрут пацієнтів з ТБ. Спеціалізовані протитуберкульозні заклади



Схема 3.3.4. Маршрут пацієнтів з ТБ. центри СНІДу, кабінети «Довіра»



КРОК 2. Підтвердження та уточнення діагнозу туберкульоз з наступним взяттям на облік

Всі пацієнти з підозрою на туберкульоз скеровуються на додаткову розширену діагностику до протитуберкульозних диспансерів. У випадку самозвернення, пацієнта перенаправляють до первинної ланки медичних закладів на попередню діагностику.

Пацієнт потрапляє на консультацію до фтизіатра спеціалізованого закладу, де проводять підтвердження діагнозу, уточнення форми туберкульозу та розповсюдженості патологічного процесу.

За даними аналізу медичної документації належність до КГ не зафіксована для 60,7% пацієнтів.

Для більш глибокої та точної діагностики у протитуберкульозному диспансері проводять низку досліджень, згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим:

- Опитування пацієнта для з'ясування анамнезу захворювання та кола оточення, скарг на самопочуття, а також фізикальне обстеження.
- Біохімічні дослідження: пакет загальних аналізів крові, сечі, печінкові проби.
- Інструментальні дослідження: за відсутності рентгену або флюорографії або за їх незадовільної якості проводиться відповідна діагностика. У певних випадках – КТ, у тому числі черевної порожнини.
- Проведення мікроскопії мокротиння.
- Посів на тверде та рідке середовище.
- Проведення молекулярно-генетичного дослідження методом «Джин Експерт» (здебільшого для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією).
- За потреби – бронхоскопія.
- Взяття згоди і тестування на ВІЛ-інфекцію (пропонується всім пацієнтам та є умовою для подальшого ведення пацієнта). За даними медичної документації, ВІЛ-статус 7,7%

невідомий, для 0,8% пацієнтів - не зафіксований; для 8,8% ЛЖВ з коінфекцією не зафіксовано, чи приймають вони АРТ. Водночас слід зазначити, що позитивний ВІЛ-статус пацієнта не впливає на схему лікування туберкульозу – для пацієнтів з коінфекцією застосовується стандартне лікування, згідно з показаннями.

- Додаткові консультавання:
 - За потреби та залежно від виявлених патологій, фтизіатр може скерувати пацієнта до вузьких спеціалістів (кардіолог, ендокринолог, гастроентеролог, торакальний хірург тощо), щоб отримати повну картину стану пацієнта, врахувати при розробці схеми лікування всі нюанси (наприклад, наявність цукрового діабету).
 - Частина опитаних медичних працівників зазначає, що існує проблема стигматизації хворих на туберкульоз, що робить відвідування ними вузьких спеціалістів проблемним (*«Наших пацієнтів ніде не хочуть бачити, бачать лише їх епіднебезпеку, асоціальний елемент, але ж це такі ж хворі, які потребують медичної допомоги»*).

Втім, деякі пацієнти зазначали випадки стигматизації і в самому тубдиспансері з боку молодшого медичного персоналу

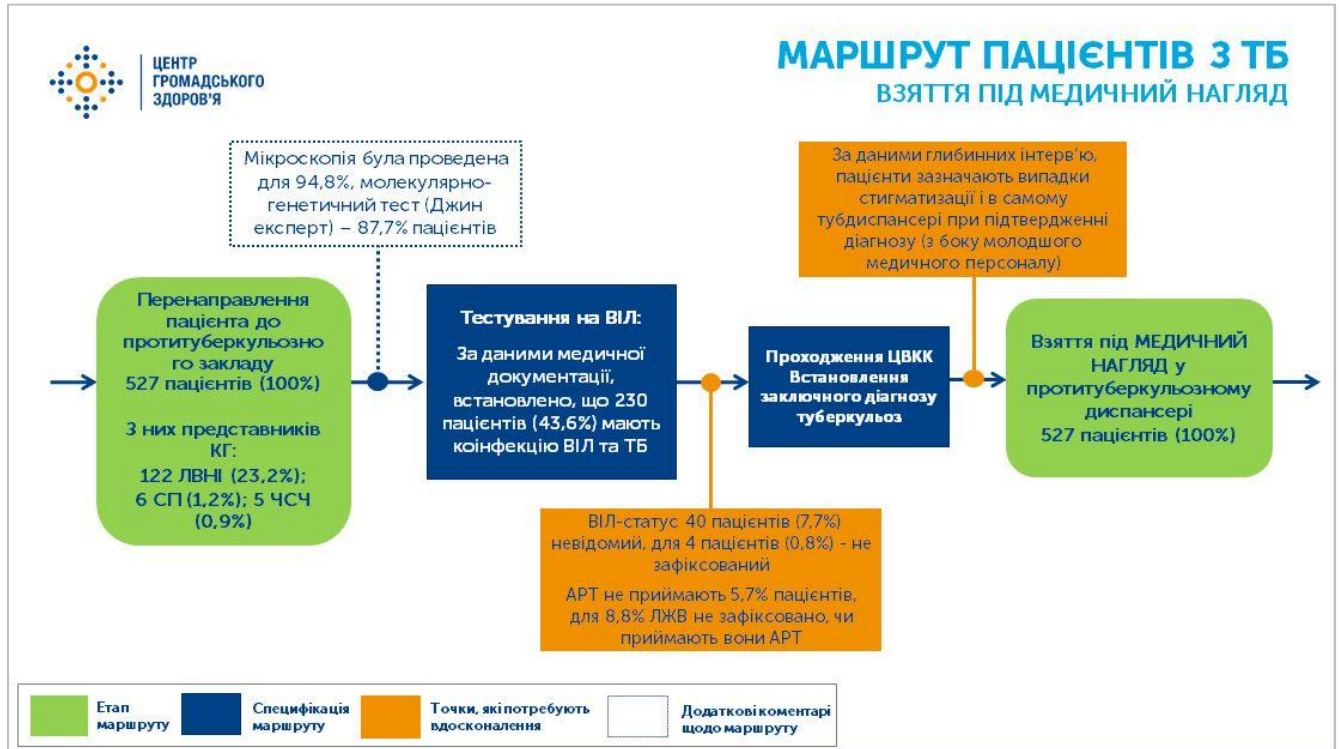
Після того, як зібрано весь пакет досліджень, необхідних для підтвердження діагнозу, фтизіатр протитуберкульозного диспансеру представляє результати на засіданні Центральної лікувально-консультативної комісії (ЦЛКК). Саме ЦЛКК є органом, який уповноважений офіційно підтвердити діагноз туберкульоз та порекомендувати схему лікування пацієнта. Членами комісії є досвідчені спеціалісти з лікування туберкульозу, рішення приймаються колегіально.

Також на засіданні присутній лікар-статистик, який фіксує інформацію про пацієнта та рішення комісії, щоб у подальшому внести дані про пацієнта до єдиного реєстру хворих на туберкульоз. У процесі внесення такої інформації також бере участь фтизіатр, який безпосередньо спостерігає пацієнта та проводить лікування.

❖ МОЖЛИВІ ЗОНИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ: прискорення процесу отримання результатів уточнювальних досліджень (зараз - до 10 днів) за необхідності оперативного призначення лікування та можливої ізоляції пацієнта; покращення фіксації медичних даних (відсутність пробілів, фіксація належності до КГ)

СХЕМА МАРШРУТУ ДЛЯ КРОКУ 3

Схема 3.3.5. Маршрут пацієнтів з ТБ. Взяття під медичний нагляд



КРОК 3. Лікування пацієнтів з туберкульозом

За даними аналізу медичної документації лікування пацієнтів в середньому починалось через місяць після першого звернення по медичну допомогу.

Залежно від форми туберкульозу і стану пацієнта, існує кілька варіантів лікування хворих. Оскільки туберкульоз є соціально значущим захворюванням, то контролю за лікуванням пацієнтів та прихильності до дотримання режиму та прийому препаратів приділяється підвищена увага.

Лікування пацієнтів у стаціонарних умовах протитуберкульозного диспансеру відбувається за необхідності ізоляції пацієнта: у випадках бактеріовиділення та важкого стану хворого, який потребує постійного нагляду лікарів. Лікування у стаціонарі є довготривалим – до 6 місяців. Цей чинник має негативний вплив на соціальне та професійне життя пацієнта і має враховуватися при наданні послуг (запит на соціальний супровід, харчові пайки тощо). Проводиться щомісячний моніторинг стану пацієнта. За позитивної динаміки та відсутності бактеріовиділення, пацієнт переводиться на амбулаторний режим лікування.

В інших випадках лікування проводиться амбулаторно у медичних закладах за місцем проживання пацієнта, куди передається інформація з протитуберкульозного диспансеру із висновками ЦЛКК.

Переважно протитуберкульозні препарати надаються пацієнту щоденно. Процедура отримання ліків організована з огляду на зручність для хворого: у медичному закладі – ДОТ-кабінеті на базі районної поліклініки або у протитуберкульозному диспансері. Пацієнт має прийняти препарати на місці, під наглядом медсестри.

Для пацієнтів з високою прихильністю до лікування (і якщо вони мають смартфон або можливість знімати та надсилати відео) препарати видаються на певний період. Кожен день

хворий робить щоденний звіт – відеозапис прийому препаратів, який надсилає медичному працівнику, який здійснює контроль.

Медичні працівники у м. Києві відзначають налагоджену доставку протитуберкульозних препаратів пацієнтам з коінфекцією додому. Послуга здійснюється соціальним працівником від НУО, у присутності якого хворий має прийняти ліки.

Зазвичай лікування від туберкульозу є довготривалим та складається з інтенсивного (до 6 місяців) та підтримувального курсу.

Особливості лікування туберкульозу у пацієнтів з коінфекцією не відзначені.

❖ **МОЖЛИВІ ЗОНИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ:** лікування туберкульозу є важким для пацієнтів – прийняття великої кількості препаратів впродовж тривалого часу, токсичність препаратів, що мають побічні ефекти. Все це знижує прихильність до лікування і виникає необхідність в соціальному супроводі пацієнтів з ТБ.

КРОК 4. Медичний контроль

За даними аналізу медичної документації, випадіння з маршруту зафіксовано тільки для 1% пацієнтів.

Окрім щоденного контролю за прийомом препаратів від туберкульозу, пацієнт проходить щомісячну оцінку ефективності лікування та загального стану. Постійний моніторинг необхідний для своєчасного коригування схеми лікування, а також для виявлення проявів серйозних побічних ефектів, що можуть виникати під час прийому препаратів.

Медичний контроль здійснюється протитуберкульозним диспансером, де під час інтенсивного курсу лікування пацієнта скеровують на обстеження та дослідження:

- обов'язковий аналіз мокротиння хворого, «на звичайну мікроскопію та аналіз на посів» та рентгенологічне дослідження, за потреби – КТ;
- загальні дослідження: крові та сечі, печінкові проби;
- за показаннями та для контролю прояву побічних ефектів можливе перенаправлення пацієнта на консультації до вузьких спеціалістів та на додаткові дослідження (наприклад, ЕКГ, УЗД нирок, УЗД черевної порожнини, обстеження судин голови, аудіограму).

За результатами досліджень приймається рішення щодо продовження чи заміни поточного лікування туберкульозу.

Під час підтримувального курсу лікування пацієнт також регулярно відвідує фтизіатра у протитуберкульозному диспансері. Мета контролю на даному етапі – уникнення рецидиву захворювання, ризик якого залишається високим.

Пацієнти зазначають незадовільну, непродуману організацію прийому – відсутність окремого графіку для візитів хворих на підтримувальній стадії лікування, що викликає занепокоєння даної категорії пацієнтів.

Фахівці національного рівня звертають увагу, що існують об'єктивні складнощі, які залишають відкритим питання розведення потоків пацієнтів з ТБ та тими, хто не має туберкульозу абовилікувався. Насамперед це специфіка перебігу хвороби: важко передбачити, чи є у пацієнта бактеріовиділення, чи ні.

Також віддаленість протитуберкульозних диспансерів призводить до того, що складно дотримуватися встановленого графіку, пацієнту складно вчасно приїжджати до закладу, існує висока вірогідність втрати своєї черги. Більш раціональним був би варіант організації

діагностики таким чином, щоб пацієнт очікував підтвердження діагнозу в місці першого звернення з проблемою.

Також існують складнощі з перенаправленням пацієнтів, які перебувають на замісній терапії, випадки затримки таких пацієнтів після лікування у протитуберкульозному закладі, оскільки лише так він може отримувати ЗПТ.

❖ **МОЖЛИВА ЗОНА ВДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ:** проведення додаткових мотивуючих консультацій для доведення лікування до кінця, організація прийому пацієнтів за записом.

СХЕМА МАРШРУТІВ ДЛЯ КРОКІВ 4 та 5

Схема 3.3.6. Маршрут пацієнтів з ТБ. Призначення лікування



Схема 3.3.7. Маршрут пацієнтів з ТБ. Продовження лікування та медичний контроль



3.4. Аналіз повноти надання послуг у ЗОЗ, їх відповідності протоколу

Згідно аналізу документації всі пацієнти з туберкульозом отримують послуги з діагностики та лікування туберкульозу згідно із затвердженими протоколами та стандартами щодо лікування туберкульозу.

Разом з тим тестування на ВІЛ зафіксовано тільки для 91,6% пацієнтів. Серед ВІЛ-позитивних пацієнтів прийом АРТ зафіксований тільки у 85,4%. Соціальний супровід зафіксовано тільки для 37,6% пацієнтів.

Таблиця 3.4.1. Оцінка повноти надання послуг, пов'язаних з туберкульозом

Діагностика ТБ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3 527 пацієнтів, медична документація яких, аналізувалася у рамках дослідження, бактеріологічна діагностика проводилася для 89,4% (471 пацієнтів). Серед цих пацієнтів: <ul style="list-style-type: none"> ○ мікроскопія була проведена для 94,8% (500 пацієнтів); ○ молекулярно-генетичний тест (Джин експерт) – для 87,7% (462 пацієнтів); ○ культуральний тест – для 89,8% (473 пацієнтів) ○ у 4,4% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня (23 пацієнти) ✓ Серед 527 пацієнтів, медична документація яких, аналізувалася у рамках дослідження, променева діагностика проводилася у 67,7% випадків (357 пацієнтів) ✓ Також рідко проводилися такі дослідження як гістологічна діагностика – 2,7%, туберкулінодіагностика – 0,6% ✓ У 6,7% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня
Скринінг на ВІЛ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Тестування на ВІЛ проводилося для 91,6 % пацієнтів. <ul style="list-style-type: none"> ○ Аналіз медичної документації показав, що ВІЛ статус невідомий щодо 7,7% пацієнтів (40 пацієнтів) ○ У 0,8% випадків інформація у медичній документації, яка

	<p>аналізувалася, була відсутня</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Первинне скринінгове дослідження на ВІЛ проводилося для більшості пацієнтів методом ІФА - 72,6%, швидким тестом – 47,9%, ІХЛА – 0,4% <ul style="list-style-type: none"> ○ У 1,5% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня
Надання соціального супроводу	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Більшість пацієнтів (59,7%) не мають соціального супроводу ✓ Мають соціальний супровід 37,6% пацієнтів (зазвичай з позитивним ВІЛ статусом) <ul style="list-style-type: none"> ○ У 2,8% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня
Проходження лікування	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Для більшості пацієнтів (42,7%) лікування ТБ на початку було організовано амбулаторно. В стаціонарі почали лікування – 55,4% пацієнтів. <ul style="list-style-type: none"> ○ У 1,9% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня <p>Серед пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ТБ (230 пацієнтів – 43,6%):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ На момент проведення дослідження прийом АРТ зафіксований для 85,4% пацієнтів ✓ Не приймають терапію – 5,7% пацієнтів: <ul style="list-style-type: none"> ○ 7 пацієнтів - через відмову пацієнта приймати АРТ ○ 5 пацієнтів - через проходження до обстеження ○ 1 пацієнт - відмова через інші причини ○ 1 пацієнт - інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня ✓ У 8,9% випадків інформація у медичній документації, яка аналізувалася, була відсутня

3.5. Оцінка протоколів діагностики та лікування пацієнтів з туберкульозом

На даний час медичні працівники, які лікують туберкульоз, орієнтуються на уніфікований клінічний протокол № 620 первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим.

Загалом фтизіатри оцінюють протокол як досить робочий, логічний. Лікарі запевняють, що намагаються проводити діагностику та ведення пацієнтів згідно з усіма пунктами протоколу. Пункти протоколу, які застосовуються – мікроскопічні дослідження, посіви мокротиння, рентгенологічне дослідження, аналіз крові, аналіз сечі, електрокардіограма. Також дотримуються етичних засад у веденні пацієнта – отримання інформованої згоди, наприклад, щодо проведення тестування на ВІЛ тощо.

Водночас виконувати всі рекомендації важко через недостатню матеріальну базу медичних закладів, що ускладнює практику проведення всіх досліджень, які передбачені рекомендаціями. Таким чином, базові аналізи (рентген та мікроскопія мокротиння) – проводяться для усіх пацієнтів, а високоточні інструментальні дослідження – лише у важких складних випадках, оскільки у закладі відсутнє відповідне обладнання.

«Слабкими» сторонами протоколу медичні працівники вважають:

- Дотримання пунктів протоколу щодо дообстеження пацієнта є проблематичним через недостатню матеріальну базу, а також через відсутність чіткого розуміння відповідальних за проведення верифікації діагнозу.

«Пацієнт має потрапляти до фтизіатра недообстеженим, і фтизіатр повинен про це думати чи все-таки повинен про це думати сімейний лікар? Якщо про це має думати сімейний лікар, то де йому брати ці резерви для обстеження?», Кривий Ріг, лікар

- Відсутність прописаної практики використання нових методів діагностики (наприклад, Хайн-теста), препаратів та схем лікування (наприклад, схеми з бедаквіліном або меропенемом, чи з даламанідом). Натомість прописані підходи до лікування лікарі вважають певною мірою застарілими.

«Є вже нові схеми, які туди не внесені. Схеми з бедаквіліном є, схеми з меропенемом є, схеми з даламанідом є. У цьому протоколі їх немає», Кривий Ріг, лікар

- Протокол не допускає відходу від схем лікування, є строго стандартизованим. Водночас діагностується значна кількість нетипових проявів туберкульозу, особливо у ВІЛ-інфікованих. Лікування таких пацієнтів, підбирання для них більш ефективної схеми лікування має бути передбачене протоколом. На практиці лікарі керуються наказом МОЗ №1422, який дозволяє відходити від протоколу, брати за основу міжнародні рекомендації, настанови та прописувати свій маршрут пацієнта.

Більшість опитаних фтизіатрів зауважують, що поточний протокол буде змінено: заплановано його перегляд та вдосконалення відповідно до нових підходів до лікування та ведення пацієнтів з туберкульозом.

Також фахівці національного рівня зазначають, що МОЗ прийняло рішення щодо використання міжнародних підходів до лікування туберкульозу, але фтизіатри демонструють низьку мотивацію самостійного пошуку інформації, схильні орієнтуватися на накази МОЗ. Така ситуація негативно відображається на процесах діагностики та лікування, «гальмує роботу». Існує необхідність популяризації міжнародних стандартів, постійного навчання фтизіатрів.

3.6. Причини та фактори вибуття пацієнтів з туберкульозом з маршруту

Факти вибуття або переривання лікувального процесу трапляються серед пацієнтів з туберкульозом.

Таблиця 3.5.1. Каскад послуг для пацієнтів з ТБ		
	ЗАГАЛОМ	
	Кількість	Відсоток
Пройшли скринінг на ТБ	527	100%
Взяті на облік	527	100%
Проходять або завершили лікування	522	99%

Найбільш уразливими етапами маршруту з точки зору втрати пацієнтів є діагностика туберкульозу, а також етап підтримувального курсу лікування.

Фактори вибуття пацієнтів на етапі діагностики:

- Найбільш «слабка» ланка – перенаправлення пацієнта з підозрою на туберкульоз від медичної установи первинної ланки до протитуберкульозного диспансеру. Відсутній контроль та/або супровід за виконанням пацієнтом рекомендації терапевта/ сімейного лікаря (*«ніхто не може змусити його їхати в диспансер»*).
- Низький рівень поінформованості пацієнтів:
 - Заперечення наявності захворювання взагалі або відсутність розуміння небезпеки хвороби (*«вони не розуміють, чому їх до диспансеру направили, доводиться, як у школі, читати лекцію для них щодо хвороби»*).
 - У разі відсутності виражених клінічних проявів частина пацієнтів не вважає за необхідне дотримуватися приписів лікаря (*«туберкульоз не болить»*, *«через низьку культуру пацієнтів»*).

Фактори вибуття пацієнтів на етапі підтримувального курсу лікування:

- Довготривалість терапії негативно впливає на прихильність до лікування туберкульозу.
 - Накопичується втома від перебування у медичному закладі, від жорсткого режиму прийому препаратів. За досягнення кращого самопочуття частина пацієнтів схильна до переривання лікувального процесу.
 - Перебування в певному ізольованому просторі, відсутність/ зменшення можливостей заробітків, вирішення нагальних/ життєвих питань змушує пацієнтів робити паузу. Особливо характерна така поведінка для хворих з низьким соціальним статусом, представників ключових груп ризику.
- Висока токсичність препаратів, які часто викликають побічні ефекти (*«складно для організму»*). Частина пацієнтів важко переносить лікування і припиняє прийом препаратів заради полегшення свого стану.
- Незадовільні побутові умови перебування пацієнтів у протитуберкульозних закладах – відзначено незадовільний стан ремонту приміщень, стан меблів, сантехніки тощо. Відсутність комфорту також є негативним фактором, який впливає на відтік пацієнтів.

Також позапланове припинення лікування, самовільне вибуття з лікарні характерні для асоціальних осіб, осіб, що зловживають алкоголем, представників груп ЛВНІ та СП.

У випадку самовільного переривання (особливо інтенсивного курсу) лікування, запускаються механізми пошуку та повернення пацієнта. Організацією пошуку займаються фтизіатр та медсестра протитуберкульозного диспансеру, додатково підключаються терапевт районної поліклініки з медсестрою, в певних випадках – районне відділення поліції. Як правило, на пошук пацієнта відводиться 2 місяці.

Однак, на відміну від ВІЛ-напрямку, протитуберкульозній службі не вистачає супроводу пацієнтів соціальними працівниками. Важко змусити поверненого пацієнта залишитись, адже у медичних працівників немає повноважень утримувати хворого силою; а у протитуберкульозному диспансері часто відсутні соціальний супровід і підтримка.

Опитування показало, що механізм повернення пацієнта з туберкульозом, який незаплановано вибув з процесу лікування, потребує перегляду та вдосконалення, враховуючи соціальну небезпеку та масштаби розповсюдження захворювання.

3.7. Особливості реєстрації та обліку пацієнтів з туберкульозом

Після підтвердження діагнозу на засіданні ЦЛКК відбувається взяття пацієнта на облік у протитуберкульозному диспансері – нововиявлений випадок захворювання заносять до єдиного реєстру хворих на туберкульоз. Процедура реєстрації проводять спільно два спеціалісти: лікар-статистик та фтизіатр, який веде хворого.

Реєстр являє собою електронну систему, в якій детально фіксується інформація про діагноз пацієнта та особливості перебігу захворювання. Система передбачає внесення такої інформації: дата звернення до фтизіатра, висновки комісії щодо діагнозу, призначені обстеження, період лікування, дата переведення на підтримувальний курс лікування, призначені препарати, дата завершення лікування, у випадку рецидиву – анамнез попереднього лікування, перенаправлення тощо.

Перехід на електронний варіант роботи з інформацією про пацієнта дає лікарям низку переваг: створення та зберігання єдиної бази пацієнтів з туберкульозом, полегшення та прискорення пошуку необхідної інформації про пацієнта, що дає можливість проводити аналітику, підвищує якість наданих послуг тощо.

Також як перевагу можна відзначити підвищення точності та повноти внесеної до реєстру інформації про пацієнтів – система реагує на неправильність заповнення електронної форми, відсутність необхідної інформації, що стимулює лікаря ще раз перевірити дані.

Серед можливостей, які дає реєстр, можна виокремити контроль прихильності хворого до лікування – завдяки фіксуванню перерв та фактів вибуття пацієнтів з маршруту. Окрім запуску механізму пошуку пацієнта, дана інформація використовується для коригування схеми лікування у випадку повернення пацієнта: якщо перерва до 2 місяців – продовження поточної схеми, якщо перерва більше 2 місяців – призначення нового підходу до лікування («починається все спочатку»).

До реєстру обов'язково заноситься детальна інформація про дослідження і обстеження хворих для виявлення коінфекції ВІЛ та туберкульозу.

- Під час тестування на ВІЛ у реєстрі фіксується така інформація: наявність інформованої згоди, проведення з пацієнтом дотестової та післятестової консультації, дата проведення, результат та факт ознайомлення пацієнта з результатом тестування, попередній досвід тестування тощо.
- У випадку позитивного результату тестування на ВІЛ, наступним кроком є переадресація пацієнта з коінфекцією на консультацію та дообстеження у центр СНІДУ. Паралельно фтизіатр зв'язується з колегами ВІЛ-служби, повідомляє їм про нововиявлений випадок та очікуваний візит пацієнта.
 - Таким чином, пацієнт з коінфекцією ВІЛ та туберкульозу перебуває на обліку у двох закладах – протитуберкульозному диспансері та центрі СНІДУ.
 - Слід зауважити, що у протитуберкульозних диспансерах, де є штатний інфекціоніст (наприклад, у м. Дніпро), є можливість провести реєстрацію пацієнта паралельно – у МІС ВІЛ та єдиному реєстрі хворих на туберкульоз. Після лікування пацієнт перенаправляється до центру СНІДУ.

Проблемою використання реєстру є складності з доступністю інформації:

- Лікар може працювати лише з даними свого регіону, що не дозволяє перевірити інформацію про внутрішніх мігрантів. Відсутність повного анамнезу знижує якість допомоги таким хворим (наприклад, інформація щодо попереднього лікування хворого необхідна для більш коректного призначення поточної терапії).
- Частина медичних працівників протитуберкульозних диспансерів звертає увагу на те, що робота з реєстром хворих ускладнюється через відсутність забезпечення всіх лікарів комп'ютерами з доступом до Інтернету. Наявність в медичному закладі обмеженої кількості комп'ютерів, придатних до роботи з реєстром, уповільнює та робить незручним як процес внесення актуальної інформації до електронної картки хворого, так і подальшу роботу з даними. А також в регіонах існує проблема, пов'язана з перебоями електропостачання – що унеможлиблює доступ до реєстру в певні незаплановані моменти.
- На момент дослідження були зафіксовані певні позитивні тенденції - був проведений тендер щодо забезпечення протитуберкульозних диспансерів комп'ютерами, найближчим часом ситуація має покращитися.
- У разі потреби фтизіатри мусять звертатися до колег із запитом щодо інформації про хворих з ВІЛ. Ця обставина уповільнює роботу лікарів, є незручною. Частина фахівців національного рівня також вважає, що доступ до інформації повинен бути більш універсальним, конфіденційність інформації можливо гарантувати за рахунок надання різного рівня доступу до інформації. На сьогоднішній день проблема з доступом до інформації скоріше пов'язана з людським фактором – налагодженістю співпраці між лікарями різної спеціалізації.

Разом з тим опитані експерти звертають увагу, що внесена в реєстр інформація не завжди точна. Деякі лікарі ставляться до реєстру з недостатньою відповідальністю, заносять інформацію механічно, дублюють дані (наприклад, дати або терміни лікування).

«У реєстрі багато дат. А може бути, що дата появи симптомів співпадає з датою звернення та з початком лікування. Лікар вписав просто цифри якісь. Або пацієнту з мультирезистентним туберкульозом призначається звичайний курс лікування, або людина лікує звичайний туберкульоз 2 роки замість 6 місяців. В цих випадках важко зрозуміти, чи це пацієнта дійсно так лікують, чи просто так реєструється», фахівці національного рівня

3.8. Роль неурядових організацій (НУО)

Діяльність НУО у сфері лікування туберкульозу характеризується як ситуативна та нерегулярна: немає постійних цільових програм для хворих на туберкульоз, не налагоджена співпраця з тубдиспансерами. Присутність соціальних працівників передбачена переважно проектами для ВІЛ-інфікованих, потрапляють в зону їхньої уваги тільки пацієнти з коінфекцією ВІЛ та туберкульоз, натомість хворі лише на туберкульоз випадають з процесу.

Також фахівці національного рівня зауважують, що НУО у своїй роботі з пацієнтами з туберкульозом використовують підходи та принципи, які відпрацьовані на пацієнтах з ВІЛ і які не завжди відповідають потребам пацієнтів з туберкульозом. Необхідна більша увага до специфіки захворювання (необхідності серйозного інфекційного контролю), особливостей потреб хворих через необхідну ізоляцію. Все це негативно позначається на якості надання соціального супроводу.

Під час опитування лише фтизіатри м. Києва відзначали активність у протитуберкульозному закладі соціальних працівників від організації «100% життя» в межах програми для ВІЛ-інфікованих. Ці соціальні працівники надають талони на проходження інструментальних досліджень КТ, МРТ, допомагають з транспортуванням важких хворих, відвідують пацієнтів на дому, щоб передати препарати для лікування туберкульозу та проконтролювати їх прийом (кожен день), рідше – щоб передати продуктові набори.

Щодо надання продуктових наборів можна виокремити одиничний коментар фахівця національного рівня. Склад такого набору часто не відповідає потребам та уподобанням пацієнтів, не має значної ролі для більшості хворих. Більш ефективною допомогою та важелем підвищення прихильності до лікування могла б бути адресна допомога або скерування цих коштів на інші значущі потреби пацієнтів (поповнення мобільного рахунку, або сплата частини платежу за комунальні послуги).

Комунікація соціальної допомоги пацієнтам не налагоджена – в протитуберкульозних диспансерах відсутні інформаційні плакати про діяльність НУО. Наявні лише оголошення, які вивішують самі соціальні працівники.

Разом з тим, потреба протитуберкульозних диспансерів у соціальній допомозі для своїх хворих є вкрай високою. Запит на піклування з боку НУО, впровадження підтримки та супроводу пацієнтів з туберкульозом, сприяння діагностиці захворювання серед різних верств населення є дуже актуальним.

Одинично, негативним боком супроводу від НУО є випадки втручання у схеми лікування пацієнтів (рекомендація препаратів та їх надання пацієнтам).

Очікування щодо соціальної допомоги у сфері лікування туберкульозу:

- Для підвищення виявлення захворювання: організація рухомого флюорографічного кабінету в населених пунктах, які не мають технічної можливості такого дослідження, а також у нічліжках для безхатченків.
- Для зменшення випадків переривання лікування: організація супроводу та підтримки хворих:
 - Консультативна допомога: пояснення необхідності лікування, ризиків для пацієнта та його оточуючих.
 - Мотивація проходження лікування, підвищення прихильності до лікування.
 - Супровід та контроль за консультаціями у лікарів вузької спеціалізації, дослідженнями та обстеженнями, прийомом препаратів.
 - Пацієнти з туберкульозом потребують допомоги на побутовому рівні (через необхідність дотримуватися режиму ізолюваного лікування, зниження доходів): вирішення питань з документами, відвідування хворого на дому та допомога у побуті, надання продуктивних наборів, забезпечення побутовими засобами тощо.
 - Сприяння адаптації, допомога пацієнтам повернутися до повноцінного соціального життя після курсу лікування.
 - Координація хворих на туберкульоз, які звільняються з місць позбавлення волі, та потребують долікування у протитуберкульозному закладі за місцем проживання.

• ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Опитані в межах дослідження інфекціоністи та фтизіатри чотирьох міст – Київ, Одеса, Дніпро та Кривий Ріг – зазначають появу прогресивних тенденцій у діагностиці та лікуванні ВІЛ та ТБ, а також у включенні пацієнтів до континуума медичних послуг.

Зокрема, щодо протидії епідемії ВІЛ були зазначені такі позитивні зміни:

- Розповсюдження серед ЗОЗ швидких тестів на ВІЛ-інфекцію.
- Підвищення рівня співпраці та узгодженості взаємодії у виявленні нових випадків ВІЛ-інфекції лікарями різної спеціалізації та різних ланок (зокрема, з фтизіатрами).
- Рух до мінімізації часу проходження маршруту, орієнтація на максимально оперативне призначення АРТ, що приводить до збільшення охоплення АРТ.
- Впровадження єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу розповсюдження ВІЛ-інфекції – МІС ВІЛ.
- Посилення заходів із запобігання вибуттю пацієнтів з маршруту.
- Високий рівень охоплення первинним тестуванням на наявність коінфекції як пацієнтів центрів СНІДу, так і пацієнтів протитуберкульозних диспансерів.

В сфері протидії епідемії ТБ були зазначені такі позитивні зрушення:

- Створення єдиного реєстру хворих на ТБ.
- Перехід на використання високоточних та інформативних тестів для діагностики туберкульозу, що дозволяє підібрати ефективне лікування.
- Підвищення рівня співпраці та узгодженості взаємодії з центрами СНІДу або інтеграція послуг (зокрема, центр СНІДу та протитуберкульозні служби об'єднані в «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб», в Дніпрі відкрилась штатна позиція інфекціоніста у протитуберкульозному диспансері, тощо). Все це прискорює проведення тестування на ВІЛ, та, у разі необхідності, дозволяє оперативно та узгоджено призначити АРТ, що позитивно впливає на лікування ТБ.

Разом з тим, опитані лікарі та пацієнти зазначили і низку проблем, які залишаються актуальними на етапах діагностики і лікування, та можуть призводити до «випадіння» пацієнтів з маршруту.

ПОСЛУГИ З ТЕСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ

Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з ВІЛ

В межах дослідження була проаналізована медична документація 526 пацієнтів, з них 21,3% вірогідно інфікувались ВІЛ внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом; 3,6% - через гомосексуальні контакти, решта – через гетеросексуальні.

Менше третини (29,5%) пацієнтів були виявлені на безсимптомній стадії (найбільше таких в Києві – 36,2%), а близько третини (32,5%) – на IV стадії (в Києві таких найменше – 17,8%).

На момент взяття під нагляд у 66% пацієнтів рівень вірусного навантаження був більше 1000 копій/мл., а на момент збору даних таких було 14,4%.

Також виявлено 16,7% пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ТБ. Серед пацієнтів, які вірогідно інфікувались ВІЛ внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, 22,8% пацієнтів мають коінфекцію.

Поточний маршрут пацієнтів з ВІЛ

З 2016 року маршрут пацієнтів від первинного дослідження до отримання АРТ значно прискорився. У пацієнтів, у яких ВІЛ був виявлений до 2016 року, між первинним та підтверджувальним дослідженням проходило в середньому 22,75 місяців, тоді як у пацієнтів, у яких ВІЛ був виявлений після 2016 року – 0,73 місяця. Також до 2018 року час між постановкою діагнозу та отриманням АРТ становив 7,28 місяця, а після 2018 року – 1,38 місяця. Якщо розглядати пацієнтів, яким АРТ було призначено в 2018 році, то загальна тривалість їх маршруту від первинного дослідження до призначення АРТ складає 1,78 місяця.

Серед пацієнтів, взятих на облік, аналіз медичної документації зафіксував випадіння лише 1% пацієнтів. Пропуски у прийомі АРТ зафіксовано у 4,4% пацієнтів, вірусне навантаження більше 1000 копій/мл – у 14,4%.

Водночас аналіз медичної документації не враховує пацієнтів, які пройшли первинне обстеження, але не були взяті на облік, а за даними глибинних інтерв'ю початок маршруту є найбільш критичним моментом в контексті вибуття пацієнтів. Якщо первинне обстеження відбувається не в центрі СНІДу (за даними аналізу медичної документації у 22% пацієнтів, ще для 13% дані щодо первинного обстеження відсутні), до такого пацієнта не застосовуються засоби контролю до звернення в центр СНІДу.

Нижче подаються проблемні моменти всіх етапів маршруту, але тільки проблеми етапу тестування на ВІЛ є критичними з точки зору випадіння пацієнтів.

За результатами дослідження проблеми етапу тестування на ВІЛ є такими:

- Незважаючи на розповсюдження швидких тестів, опитані інфекціоністи звертають увагу на недостатньо оперативну діагностику ВІЛ в ЗОЗ первинної ланки: якщо пацієнт не виглядає як асоціальна людина, терапевти та сімейні лікарі пропонують тестування тільки після тривалого лікування симптомів. Тільки 2,2% пацієнтів були перенаправлені із закладів ПМД.
- Пацієнт може не звернутися до центру СНІДу після тестування в ЗОЗ і, відповідно, «випасти» з маршруту від самого початку.
- Нестача часу на тривалу мотивуючу консультацію з пацієнтом у лікарів (деякі пацієнти потребують більшої уваги, створення більш комфортних психологічних умов для консультації), втім, на допомогу лікарям приходять соціальні робітники та психологи, роботу яких респонденти оцінюють дуже високо.

Проблеми етапу взяття пацієнта з ВІЛ на облік є такими:

- Можливі зволікання через необхідність перенаправлення пацієнта до інших медичних та діагностичних закладів, через черги при проходженні аналізів та отриманні консультацій вузьких спеціалістів. Пацієнти наголошують, що відчувають незручність через необхідність знаходження в медичному закладі (до якого відбувається перенаправлення) в загальній черзі, недовіру до збереження анонімності (через можливість зустрічі знайомих, або навіть взагалі небажання інформувати будь-яких додаткових осіб щодо свого статусу). Особливо, наголошується на побоюваннях щодо необхідності відвідування протитуберкульозного диспансеру – сприймається як додатковий ризик зараження хворобою.
- Нестача коштів у частини пацієнтів на додаткові аналізи та консультації, які не надаються в центрі СНІДу, на лікування виявлених опортуністичних інфекцій.
- Незадовільний психоемоційний стан деяких пацієнтів, загальне пригнічення, часто знижені когнітивні функції, що заважає їм сприймати інформацію, отриману від лікарів.
- Частина лікарів звертає увагу, що через брак інформації та стереотипи щодо ВІЛ деякі пацієнти сприймають діагноз як вирок, помилково переймаються через можливу високу оплату лікування, неможливість продовжувати звичний стиль життя, неповноцінність тощо.
- За даними аналізу медичної документації проходження скринінгу на ТБ не зафіксовано для 8,9% пацієнтів в Києві та 10,4% пацієнтів в Дніпрі.
- Фіксація даних щодо приналежності до КГ пов'язана зі складнощами, оскільки дана категорія пацієнтів схильна приховувати відомості про себе.

Проблеми лікування пацієнта є такими:

- На момент проведення дослідження як проблему лікарі зазначали відсутність можливості спрощеної процедури призначення АРТ – немає можливості призначати терапію відразу після отримання позитивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію, без очікування результатів всього переліку обов'язкових на даний момент лабораторних та інструментальних досліджень, які не мають значного впливу на вибір схеми лікування та скоріше покликані визначити загальний стан хворого. Період від постановки на облік до призначення АРТ згідно аналізу медичної документації в середньому тривав 6 місяців. Протокол вимагав наявності результатів всіх досліджень до призначення АРТ. Згідно коментарів фахівців національного рівня, новий затверджений протокол вирішує дану проблему.
- Стигматизація з боку близького оточення пацієнтів – залишається актуальним побоювання приймати АРТ препарати на робочому місці, в колі знайомих, навіть родичів.
- В деяких випадках для пацієнтів на безсимптомній стадії ВІЛ прихильність до АРТ може порушуватись виникненням побічних ефектів, тимчасовим погіршенням стану, що викликає у пацієнта питання доцільності продовження прийому АРТ.
- Пацієнти з коінфекцією ВІЛ та ТБ (16,7% за даними аналізу медичної документації) на фоні складного лікування туберкульозу можуть покинути прийом АРТ (за даними аналізу медичної документації 2 пацієнта з коінфекцією випали з маршруту на етапі прийому АРТ, а у 4,4% були перерви). У випадку коінфекції не завжди відбувається ефективна взаємодія інфекціоніста та фтизіатра. В 38% випадків у лікарів центрів СНІДу немає даних про те, як пацієнт проходить лікування ТБ (амбулаторно чи в стаціонарі) на момент фіксації даних. Також більшість інфекціоністів, опитаних у м.Києві та м.Кривому Розі (2 лікаря з 3 в Києві, та 1 лікар в Кривому Розі, які брали участь у дослідженні) звернули увагу, що для отримання необхідної інформації щодо лікування інфекціоністи вимагають від своїх пацієнтів виписку з протитуберкульозного диспансеру, або очікують інформування від фтизіатру протитуберкульозного, тому що обидва лікаря залежать від того, чи принесе їм виписки пацієнт. Ця проблема найкраще вирішена в Одесі, де центр СНІДу та протитуберкульозні служби об'єднані в «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб». Даний іноваційний підхід викликав низку переваг як для лікарів (наприклад, можливість більш ефективно здійснювати нагляд за пацієнтами, відслідковувати динаміку лікування ВІЛ та ТБ, та, як наслідок, призначати більш ефективну терапію), так і для пацієнтів з коінфекцією (більш зручна система надання допомоги, не потрібно відвідувати два різних заклади).
- Через кілька років приймання АРТ при зниженні уваги соціального робітника у частини пацієнтів може виникати втома від лікування, зниження прихильності, пацієнти схильні робити паузи у лікуванні.
- Частина пацієнтів, які перебувають у важкому стані, на пізніх стадіях захворювання, потребує догляду, який не передбачений послугою супроводу – не може самостійно відвідувати лікаря, вчасно забирати препарати, проходити медичний контроль. Поширеність проблеми потребує додаткового вивчення в майбутніх дослідженнях.

Загалом були виявлені такі основні фактори вибуття пацієнтів з ВІЛ-інфекцією з маршруту та з процесу лікування:

- При безсимптомному ВІЛ пацієнт може не звернутися до центру СНІДу після тестування в ЗОЗ, а під час прийому АРТ «випасти» через погіршення самопочуття через побічні прояви від препаратів АРТ. Слід зазначити, що при прийомі сучасних препаратів (Долутеґравір) прояв побічних реакцій мінімізується, що позитивно впливає на прихильність до АРТ.
- Для КГ: активні періоди вживання наркотичних речовин, алкоголю, асоціальне життя.
- При зниженні уваги з боку соціального робітника, який здійснює супровід зменшується контроль за пацієнтом, що провокує виникнення низки об'єктивних та суб'єктивних стимулів покинути/призупинити лікування.
- Стигматизація оточення – побоювання приймати АРТ препарати на робочому місці, в колі знайомих.

- Для пацієнтів з конфекцією: важке лікування туберкульозу, яке обумовлене токсичністю та важкою переносимістю препаратів та передбачає велику кількість препаратів, які необхідно прийняти за один день.

Повнота надання послуг пацієнтам з ВІЛ у відповідності до протоколу

Згідно аналізу документації майже всі пацієнти отримують послуги в повній мірі у відповідності до протоколу, зокрема, 99,1% отримують АРТ, а 95,7% пройшли скринінг на ТБ.

Реєстрація та облік пацієнтів

Опитані лікарі позитивно оцінюють автоматизацію процесу реєстрації пацієнтів, можливість контролю та моніторингу пацієнтів своєї диспансерної групи. Водночас аналіз медичної документації пацієнтів показав відсутність даних для деяких пацієнтів в більшості досліджуваних показників (наприклад, відсутність інформації про проведення скринінгового опитування щодо ТБ, результатів досліджень, відсутність певних дат, тощо). Основні проблемні аспекти є такими:

- При реєстрації пацієнтів не фіксується група СП. Також за даними аналізу медичної документації ВІЛ-статус партнера невідомий для 40,1% пацієнтів.
- У випадку коінфекції ВІЛ та ТБ серед інфекціоністів існує запит на спрощений доступ до реєстру пацієнтів з ТБ.
- Нарікання медичних працівників стосувалися необхідності вести подвійну реєстрацію – окрім електронної бази залишається необхідність фіксування даних щодо хворого в традиційних картках – паперові носії інформації залишаються актуальними. Формат МІС ВІЛ відрізняється від формату звичайних карток.

ПОСЛУГИ З ТЕСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ТБ

Соціально-демографічні та епідеміологічні характеристики осіб з ТБ

В межах дослідження була проаналізована медична документація 527 пацієнтів, з них чверть складають представники КГ: ЛВНІ (23,2%), СП (1,2%), ЧСЧ (0,9%). За даними глибинних інтерв'ю з лікарями, туберкульоз залишається соціальним захворюванням. Окрім вищезазначених КГ серед груп соціального ризику можна виокремити безхатченків, малозабезпечених, безробітних, заробітчан, осіб, які зловживають алкоголем, внутрішньо переміщених осіб.

У 10,2% пацієнтів виявлено мультирезистентний ТБ, найбільше таких в Кривому Розі (19,2%).

43,6% пацієнтів є ВІЛ-позитивними, з них 32,9% є ЛВНІ.

Поточний маршрут пацієнтів з ТБ

В середньому пацієнти звертаються по медичну допомогу через 0,57 місяця після появи перших симптомів, а починають лікування ТБ – через 0,85 місяця після звернення по медичну допомогу. Лікування в середньому триває 7,6 місяців.

За даними медичної документації серед пацієнтів, які завершили лікування, 54,8% пацієнтів вилікувалися, для 41,3% - лікування завершено, у 2,4% - невдача лікування, 1,4% пацієнтів померли.

Було зафіксовано випадіння 1% пацієнтів, які перервали лікування на 2 чи більше місяців підряд.

Як і при лікуванні ВІЛ, при лікуванні ТБ найбільш критичним моментом в контексті вибуття пацієнтів є етап обстеження: пацієнти без гострої клінічної симптоматики можуть проігнорувати вимоги лікарів; часто через низьку культуру ставлення до свого здоров'я пацієнти не усвідомлюють повною мірою ризику, пов'язані із захворюванням. Відсутність організованого соціального супроводу (за аналогією з ініціативами НУО щодо ведення пацієнтів з ВІЛ) ускладнює контроль за пацієнтами та підтримку їх прихильності до лікування.

Аналіз медичної документації не враховує пацієнтів, які не закінчили обстеження на ТБ і не були взяті на облік. До того моменту, поки пацієнту не буде поставлено діагноз ТБ, до пацієнта не застосовуються засоби контролю та мотивування до продовження обстеження.

Нижче подаються проблемні моменти всіх етапів маршруту, але тільки проблеми етапу первинної діагностики є критичними з точки зору випадіння пацієнтів.

За результатами дослідження проблеми етапу первинної діагностики ТБ, на думку опитаних, є такими:

- Незадовільна діагностична практика на первинній ланці. На думку опитаних фтизіатрів, терапевти регулярно пропускають випадки безсимптомного перебігу туберкульозу, оскільки здебільшого орієнтовані на симптоматичне лікування пацієнтів. Скерування на скринінг на туберкульоз призначаються несвоєчасно: у випадках тривалого безрезультатного лікування діагностованої пневмонії, а також вибірково, передусім представникам неблагополучних верств населення.
- Наявна проблема з виявленням позалегенового туберкульозу лікарями вузьких спеціалізацій (хірург, гінеколог, невролог) при первинному зверненні пацієнта.
- Неоднозначне ставлення медичних працівників до скасування обов'язкового флюорографічного обстеження всіх пацієнтів на первинній ланці (звужена вимога щодо проведення обстеження – лише за наявності показань та скарг пацієнта). Недостатня мотивація до зміни алгоритму діагностики - переходу на скринінгове анкетування пацієнтів.
- Розповсюдженість самолікування. У випадку температури, кашлю – пацієнт спочатку лікується самостійно, затаюючи з відвідуванням лікаря.
- Частина пацієнтів відзначає стигму та неетичне поведіння медичних працівників первинної ланки: про підозру діагнозу повідомили в коридорі, привселюдно; нетолерантне ставлення; у хворого залишились неприємні емоції від спілкування; під час повідомлення підозри про туберкульоз пацієнту не надали достатньої консультативної та психологічної допомоги, не вистачало розуміння з боку лікарів.
- Пацієнт може не звернутися до протитуберкульозного диспансеру за направленням терапевта і, відповідно, «випасти» з маршруту від самого початку.
- Випадки відсутності детального опису результатів флюорограми – фтизіатрам не передається сама флюорограма, а лише поверхневий опис.

Опитані медичні працівники зазначають, що проводять бесіди з пацієнтами, пояснюючи сутність хвороби та необхідність сумлінного ставлення до лікування. Але мотивуючим консультаціям щодо туберкульозу приділяється менше уваги порівняно з консультаціями щодо ВІЛ.

Проблеми етапу взяття пацієнта на облік є такими:

- Не всі медичні заклади (особливо медичні заклади на периферії) мають обладнання для проведення якісного обстеження на туберкульоз. Незважаючи на те, що більшість досліджень в протитуберкульозному диспансері безкоштовна, висока вартість високоточних досліджень в інших закладах може викликати складнощі для багатьох пацієнтів при проходженні подальшої діагностики.
- Відсутність у діючому клінічному протоколі детального опису практики використання нових методів діагностики.
- Довготривалий процес отримання результатів уточнювальних досліджень (до 10 днів) за необхідності оперативного призначення лікування та можливої необхідності ізоляції пацієнта

- Дотримання пунктів протоколу щодо дообстеження пацієнта є проблематичним через відсутність чіткого алгоритму відповідальності лікарів різних ланок.
- Нестача коштів на додаткові аналізи та консультації, які не надаються в диспансерах
- Частина опитаних медичних працівників зазначає, що існує проблема стигматизації хворих на туберкульоз, що робить відвідування ними вузьких спеціалістів за направленням фтизіатра проблемним. Пацієнти зазначають випадки стигматизації і в самому тубдиспансері при підтвердженні діагнозу (з боку молодшого медичного персоналу).

Проблеми лікування пацієнта є такими:

- Відсутність прописаної практики використання нових препаратів та схем лікування в протоколі
- Лікування туберкульозу є важким для пацієнтів – прийняття великої кількості препаратів впродовж тривалого часу, токсичність препаратів, що мають побічні ефекти. Все це знижує прихильність до лікування, провокує спроби пацієнтів припинити лікування достроково. За покращення загального стану, втомившись від важкого лікування, пацієнти нерідко припиняють лікування, тобто на даному етапі маршруту можливе посилення відтоку пацієнтів, що підвищує ризики рецидиву захворювання (через недолікований туберкульоз або через повернення до свого оточення, представники якого також можуть бути носіями інфекції).
- Нестача коштів у частини пацієнтів на додаткові аналізи (КТ, МРТ, тощо) та консультації, які не надаються в протитуберкульозному диспансері, на лікування виявлених супутніх захворювань.
- Перебування в ізольованому просторі через госпіталізацію, відсутність/ зменшення можливостей заробітків, вирішення нагальних/ життєвих питань змушує пацієнтів робити паузу. Особливо характерна така поведінка для хворих з низьким соціальним статусом, представників ключових груп ризику.
- Незадовільні та некомфортні побутові умови перебування пацієнта у протитуберкульозному диспансері (відзначено незадовільний стан ремонту приміщень, стан меблів, сантехніки тощо)
- Нестача соціального супроводу для мотивації до лікування. Тільки для 37,8% пацієнтів з ТБ зафіксовано соціальний супровід
- Важко змусити поверненого пацієнта залишитись, адже у медичних працівників немає повноважень утримувати хворого силою, навіть при бациловиділенні. Пацієнти зазначають непродуману організацію прийому фтизіатра у протитуберкульозному диспансері – змішування у черзі потоків хворих на різних стадіях захворювання викликає занепокоєння пацієнтів на підтримувальній стадії лікування – очікування окремого графіку для візитів для даної категорії.
- Пацієнти з коінфекцією ТБ та ВІЛ (43,6% за даними аналізу медичної документації) на фоні складного лікування туберкульозу можуть покинути прийом АРТ: так за даними аналізу медичної документації 5,7% пацієнтів з коінфекцією не приймають АРТ, а для 8,8% ця інформація не зафіксована. Не завжди відбувається ефективна взаємодія інфекціоніста та фтизіатра, тому що обидва лікарі не мають доступу до медичної документації один одного і залежать від того, чи принесе їм виписки пацієнт. Ця проблема найкраще вирішена в Одесі, де центр СНІДу та протитуберкульозні служби об'єднані в «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» – як зазначено вище, даний іноваційний підхід викликав низку переваг як для лікарів, так і для пацієнтів.
- Лікарі нарікають на стандартизовані схеми лікування туберкульозу, зокрема, для ВІЛ-позитивних хворих.
- Частина пацієнтів потребує догляду, який не передбачений послугою супроводу – не може самостійно відвідувати лікаря, вчасно забирати препарати. Ця потреба задовольняється БО «100% життя» тільки для пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ТБ в Києві.

Загалом були виявлені такі фактори вибуття пацієнтів з ТБ з маршруту та з процесу лікування:

На етапі діагностики:

- Відсутній контроль та/або супровід при перенаправленні пацієнта з підозрою на туберкульоз від медичної установи первинної ланки до протитуберкульозного диспансеру на фоні браку розуміння небезпеки хвороби у деяких пацієнтів, особливо у разі відсутності виражених клінічних проявів.

На етапі підтримувального курсу лікування:

- Довготривалість терапії та ізоляція: за досягнення кращого самопочуття частина пацієнтів схильна до переривання лікувального процесу.
- Висока токсичність препаратів, які часто викликають побічні ефекти – частина пацієнтів важко переносить лікування і припиняє прийом препаратів заради полегшення свого стану.
- Також позапланове припинення лікування, самовільне вибуття з лікарні характерні для асоціальних осіб, осіб, що зловживають алкоголем, представників груп ЛВНІ та СП.

Повнота надання послуг пацієнтам з ТБ у відповідності до протоколу

Згідно аналізу документації всі пацієнти з ТБ отримують послуги з діагностики та лікування ТБ. Разом з тим тестування на ВІЛ зафіксовано тільки для 91,6% пацієнтів. Серед ВІЛ-позитивних пацієнтів прийом АРТ зафіксований тільки у 85,4%. Соціальний супровід зафіксовано тільки для 37,6% пацієнтів.

Реєстрація та облік пацієнтів

Перехід на електронний варіант роботи з інформацією про пацієнта дає лікарям низку переваг: створення та зберігання єдиної бази пацієнтів з туберкульозом, полегшення та прискорення пошуку необхідної інформації про пацієнта, що дає можливість проводити аналітику, підвищує якість наданих послуг тощо. Водночас аналіз медичної документації пацієнтів показав відсутність даних для деяких пацієнтів в більшості досліджуваних показників (наприклад, відсутність інформації про проведення тестування на ВІЛ та лікування ВІЛ-позитивних респондентів, відсутність певних дат, тощо). Основні проблемні аспекти є такими:

- Лікар може працювати лише з даними свого регіону, що не дозволяє перевірити інформацію про мігрантів. Відсутність повного анамнезу знижує якість допомоги таким хворим.
- У випадку коінфекції ВІЛ та ТБ серед фтизіатрів існує запит на обмежений доступ до МІС ВІЛ (наприклад, до інформації щодо проходження лікування пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ТБ в центрі СНІДу та результатів досліджень – чи приймає пацієнт АРТ без перерв, який має рівень імуносупресії у пацієнта, тощо).

СТУПІНЬ ЗАЛУЧЕННЯ НУО ДО ЕТАПІВ КОНТИНУУМА ПОСЛУГ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВІЛ І ТБ

На сьогоднішній день спостерігається високий рівень залученості НУО до процесу діагностики, супроводу та контролю пацієнтів з ВІЛ-інфекцією – за результатами опитування лікарів та пацієнтів, діяльність НУО характеризується активністю, організованістю, широким охопленням, наявністю актуальних програм та проектів, які відповідають потребам пацієнтів. Оцінка діяльності НУО позитивна як з боку медичних працівників, так і пацієнтів.

Вкрай важливою та відчутною допомогою НУО центрам СНІДу на сьогоднішній день є:

- Організація проведення інструментальних досліджень пацієнтам таких, як КТ та МРТ – НУО укладають домовленості з певними медичними закладами та відшкодовують матеріальні витрати.

- Досягнення домовленостей з вузькими спеціалістами щодо консультації ВІЛ-інфікованих пацієнтів без черги (особливо важливо при відвідуванні протитуберкульозного диспансеру), організація логістики (відвозять пацієнтів мікроавтобусом).
- Проведення «швидких» тестів на ВІЛ – допомога у виявленні нових випадків захворювання та перенаправлення пацієнтів на підтвердження та лікування до центрів СНІДу (як на базі організації, так і за допомогою виїзних лабораторій).
- Впровадження проектів, які стосуються тестування та консультацій партнерів ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Слабкою стороною допомоги від НУО є наявність часових меж для проведення проектів, при завершенні яких певний напрям допомоги закінчується. Також напрям роботи з пацієнтами з коінфекцією слабо охоплений НУО у всіх містах, крім Києва, за винятком проведення КТ пацієнтам з ВІЛ-інфекцією для підтвердження наявності туберкульозу.

Натомість діяльність НУО у сфері лікування туберкульозу характеризується як ситуативна та нерегулярна: немає постійних цільових програм для хворих на туберкульоз, не налагоджена співпраця з тубдиспансерами. Присутність соціальних працівників передбачена переважно проектами для ВІЛ-інфікованих, потрапляють в зону їхньої уваги тільки пацієнти з коінфекцією ВІЛ та туберкульоз, натомість хворі лише на туберкульоз випадають з процесу. Під час опитування лише фтизіатри м. Києва відзначали активність у протитуберкульозному закладі соціальних працівників від організації «100% життя» в межах програми для ВІЛ-інфікованих. Ці соціальні працівники надають талони на проходження інструментальних досліджень КТ, МРТ, допомагають з транспортуванням важких хворих, відвідують пацієнтів на дому, щоб передати препарати для лікування туберкульозу та проконтролювати їх прийом (кожен день), рідше – щоб передати продуктивні набори.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ТА СИСТЕМИ ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ ОСІБ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ ТА ТБ

- Провести інформаційну кампанію серед медичних працівників первинної ланки щодо ранньої діагностики ВІЛ та ТБ, особливостей використання нових методів діагностики туберкульозу у ВІЛ-позитивних осіб, доказових підходів до лікування, мотивування пацієнтів до лікування та недопустимості їх стигматизації.
- Поширювати через первинну ланку, а також через інші ЗОЗ, звідки пацієнти перенаправляються в центри СНІДу та протитуберкульозні диспансери, інформаційні матеріали про обстеження на ВІЛ та ТБ, лікування, а також номери гарячої лінії, контакти соціальних робітників, тощо. Ці інформаційні матеріали повинні видаватися пацієнтам з позитивним результатом тестування на ВІЛ та підозрою на ТБ. Розглянути можливість надання соціальним працівникам контактів пацієнтів (за умови інформованої згоди останніх), щоб соціальні працівники запобігали «випадінню» пацієнтів з маршруту вже на етапі первинного дослідження.
- При створенні інформаційних матеріалів та розробці мотивуючих текстів акцентувати увагу на гарантованому безкоштовному лікуванні, яке забезпечується державою, а також:
 - **для пацієнтів з ВІЛ:** на можливості продовження звичного образу життя з хворобою при дотриманні режиму прийому АРТ;
 - **для пацієнтів з ТБ:** на виліковності захворювання у більшості випадків.
- Проводити інформаційні кампанії серед населення щодо тестування на ВІЛ та симптомів ТБ, а також антидискримінаційні кампанії.
- За можливості вводити практику прийому пацієнтів за записом для уникнення черг та мінімізацію контактів між пацієнтами (як для збереження конфіденційності, так і для мінімізації ризику інфікування ТБ в тубдиспансерах) – за телефоном або через Інтернет, по аналогії з сайтом Helsi.
- Вжити заходів щодо полегшення комунікації між центрами СНІДу та протитуберкульозними закладами у м. Києві та м. Кривий Ріг.
- Розглянути можливість переведення всієї медичної документації в електронний вигляд і надання доступу до неї всіх медичних працівників, залучених до лікування (зокрема, відкриття реєстрів хворих на ВІЛ для фтизіатрів і реєстрів хворих на ТБ для інфекціоністів або прописання алгоритму взаємодії між інфекціоністами та фтизіатрами, яка б передбачувала обов'язковий обмін результатами обстеження пацієнта забезпечення доступності результатів флюорографії для фтизіатрів (які наразі отримують від первинної ланки недостатньо детальний опис без самої флюорограми).
- Розглянути можливість тактичного з'ясування належності пацієнтів до КГ при постановці на облік та фіксації КГ: для ВІЛ-позитивних пацієнтів фіксувати належність до СП та ЧСЧ (навіть якщо ймовірний шлях інфікування парентеральний) та ЛВНІ (навіть якщо ймовірний шлях інфікування статевий), для пацієнтів з ТБ фіксувати належність до груп ризику (за даними аналізу медичної документації у 60,7% пацієнтів з ТБ немає даних щодо належності до КГ).
- Вжити заходів для посилення контролю за внесенням медичних даних, зокрема, щодо тестування на ВІЛ пацієнтів з ТБ (зокрема, в Кривому Розі) та проходження скринінгу на ТБ пацієнтів з ВІЛ (зокрема, в Києві та Дніпрі).

- Вжити заходів для підвищення прихильності до лікування для деяких пацієнтів із тривалим стажем лікування, надання психологічної допомоги пацієнтам, які відчують втому від постійного лікування. Частіше це стосується представників КГ (окрім ЧСЧ), а також людей, які вживають алкоголь.
- Додаткове проведення досліджень щодо визначення кількості пацієнтів, які не можуть самостійно відвідувати лікаря та вчасно забирати препарати, та їх потреб в супроводі

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ТА СИСТЕМИ ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ ОСІБ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ:

- Прискорити процес підтверджувальної діагностики, необхідної для постановки на облік – проведення всіх можливих маніпуляцій щодо взяття матеріалів для більшості аналізів за 1 день.
- Надавати консультації або розробити пам'ятки для пацієнтів щодо відповідей на незручні запитання оточуючих щодо прийому АРТ (якщо немає можливості його приховати) – розробити варіанти відповідей пацієнта на запитання щодо регулярного прийому препарату в прилюдному місті/ при близьких особах без розкриття свого статусу.
- Надання пам'яток (плакати, бюлетені), де коротко викладена інформація щодо ВІЛ/ТБ, графіку роботи, розташування закладу тощо. Дані матеріали повинні бути в наявності та відкритому доступі для всіх пацієнтів центрів СНІДу, особливо для тих, хто перебуває на початкових етапах маршруту (проходить діагностику, стає на облік або починає лікування).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ МАРШРУТУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ТА СИСТЕМИ ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ ОСІБ З ТБ

- Доопрацювання електронного реєстру: встановлення фільтру помилок (дублювання інформації, пропуски інформації) та пояснення лікарям необхідності точного внесення інформації.
- Удосконалення скринінгу пацієнтів, які звертаються на первинну ланку медичної допомоги стосовно симптомів, що можуть свідчити про туберкульоз та чинників ризику захворювання з метою вчасної організації обстеження та профілактичних оглядів груп ризику. Комунікація серед медичної спільноти та загального населення переваг та ефективності скринінгового опитування порівняно з обов'язковою флюорограмою. Зокрема, слід розглянути можливі побоювання медичної спільноти, стереотипи щодо скасування обов'язкового флюорографічного обстеження всіх пацієнтів на первинній ланці та поширити роз'яснення серед фізичатрів про те, як ці ризики будуть долатися;
- Запрошення на профільні тренінги лікарів вузьких спеціалізацій (хірургів, гінекологів, неврологів) для актуалізації проблеми діагностики позалегенового туберкульозу.
- Налагодження процесу транспортування мокротиння на молекулярно-генетичні дослідження (фінансування транспорту, виділення відповідальних тощо).
- Налагодження транспортування пацієнта з встановленим діагнозом туберкульоз, мінімізація самостійного переміщення громадським транспортом.
- Надання пріоритету амбулаторному лікуванню туберкульозу як шляху зменшення соціальної дезадаптації внаслідок лікування
- Перенаправлення коштів на вирішення таких проблем протитуберкульозних диспансерів:

- Проведення переобладнання протитуберкульозних закладів у відповідності до вимог Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом (2019 р.),
 - Навчання персоналу новим методам/ підвищення рівня знань, постійне оновлення інформації для персоналу. Зокрема, актуальне проведення тренінгів медичних працівників щодо мотивації пацієнтів до лікування та неприпустимості стигматизації. Також доцільне поширення практики проведення онлайн-тренінгів для зручності лікарів та підвищення охоплення лікарів, які можуть брати участь у навчанні;
 - Комп'ютеризація робочих місць медичних працівників для спрощення роботи з електронним реєстром пацієнтів (оскільки на сьогодні лікарі звертали увагу, що протитуберкульозні заклади (наприклад, протитуберкульозний диспансер в Дніпрі) мають обмежену кількість комп'ютерів для роботи з реєстром);
 - Проведення ремонтних робіт у приміщеннях диспансерів, покращення побутових умов для пацієнтів.
- Розширення соціально-психологічного супроводу пацієнтів:
 - Організувати систему соціального супроводу пацієнтів, хворих на ТБ по аналогії з соціальною допомогою ВІЛ-позитивним людям, але з урахуванням специфічних потреб (наприклад, дотримання інфекційного контролю, та пов'язаною з ним ізоляцією). Розглянути можливість запровадження посади соціального робітника в протитуберкульозних диспансерах. Також актуальна потреба у наданні послуг психолога, юриста;
 - Розглянути можливість організувати соціальну та матеріальну підтримку пацієнтів, які проходять лікування у стаціонарі протитуберкульозного диспансеру та випадають з соціального життя: вирішення питань з документами, періодичне відвідування місця проживання з перевіркою його стану, оплата квитанцій тощо

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗШИРЕННЯ СПЕКТРУ ПОСЛУГ НУО

- Запровадження напряму роботи з пацієнтами первинної ланки з підозрою на ВІЛ/ТБ
- Посилення напряму роботи з пацієнтами з коінфекцією ВІЛ та ТБ (для всіх міст, окрім Києва)
- Організувати систему соціального супроводу пацієнтів, хворих на ТБ, по аналогії з соціальною допомогою ВІЛ-позитивним людям, але з урахуванням потреб пацієнта з туберкульозом, зокрема:
 - Організація рухомого флюорографічного кабінету в населених пунктах, які не мають технічної можливості такого дослідження, а також у нічліжках для безхатченків.
 - Консультативна допомога: пояснення необхідності лікування, ризиків для пацієнта та його оточуючих.
 - Мотивація проходження лікування, підвищення прихильності до лікування.
 - Супровід та контроль за консультаціями у лікарів вузької спеціалізації, дослідженнями та обстеженнями, прийомом препаратів.
 - Пацієнти з туберкульозом потребують допомоги на побутовому рівні (через необхідність дотримуватися режиму ізольованого лікування, зниження доходів): вирішення питань з документами, відвідування хворого на дому та допомога у побуті, надання продуктових наборів (або надання іншої релевантної допомоги замість продуктових наборів – поповнення рахунку мобільного телефону, сплата

частини суми за комунальні послуги), забезпечення побутовими засобами, організації транспортування пацієнтів у важкому стані на діагностичні процедури, зокрема, до протитуберкульозного диспансеру, тощо.

- Сприяння адаптації, допомога пацієнтам повернутися до повноцінного соціального життя після курсу лікування.
- Стимулювання розробки підходів та впровадження послуг від НУО, які максимально відповідають потребам цільової аудиторії, зниження рівня шаблонності, підвищення націленості на результат.
- Картування присутності НУО та їх програм в регіонах та конкретних закладах.

ДОДАТОК №1. СХЕМИ МАРШРУТІВ ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ ТА ПАЦІЄНТІВ З ТБ

1. СХЕМА ПОТОЧНОГО МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА З ВІЛ

Схема 2.3.1. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: центри СНІДу, кабінети «Довіра»

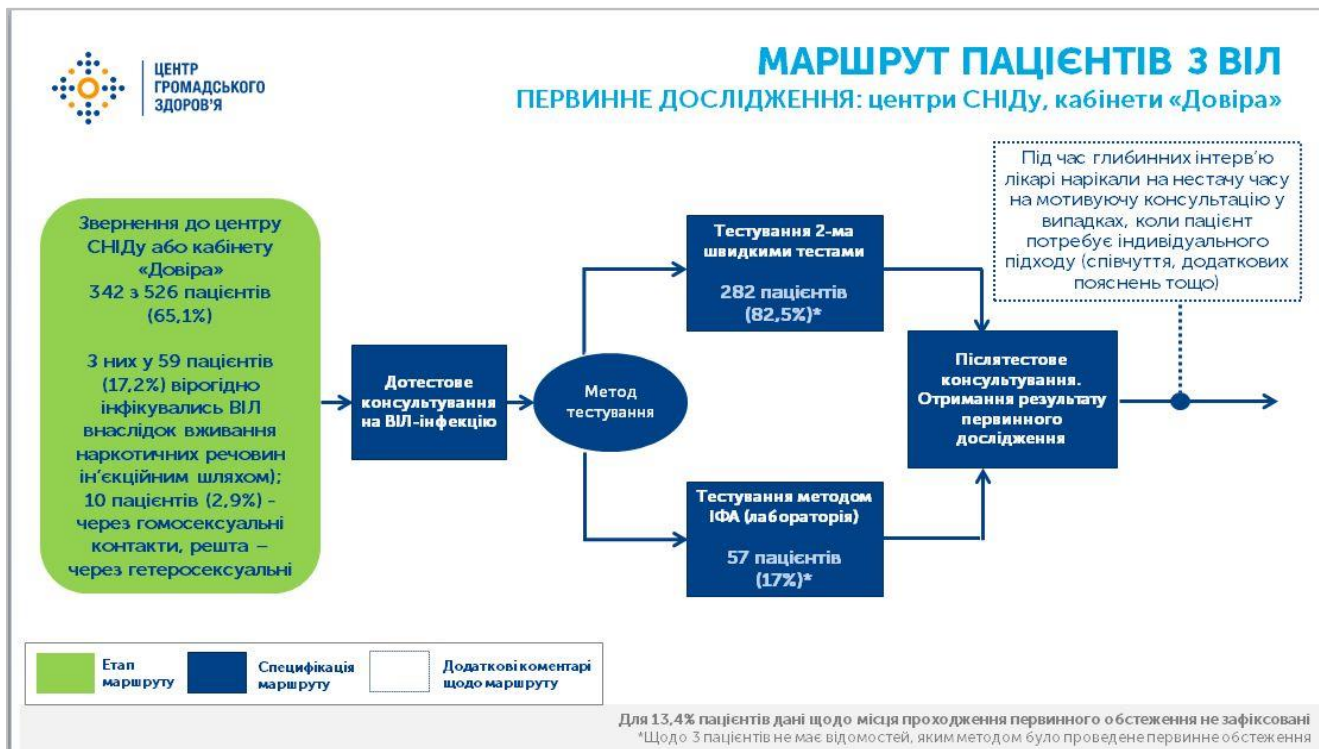


Схема 2.3.2. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: заклади ВМД

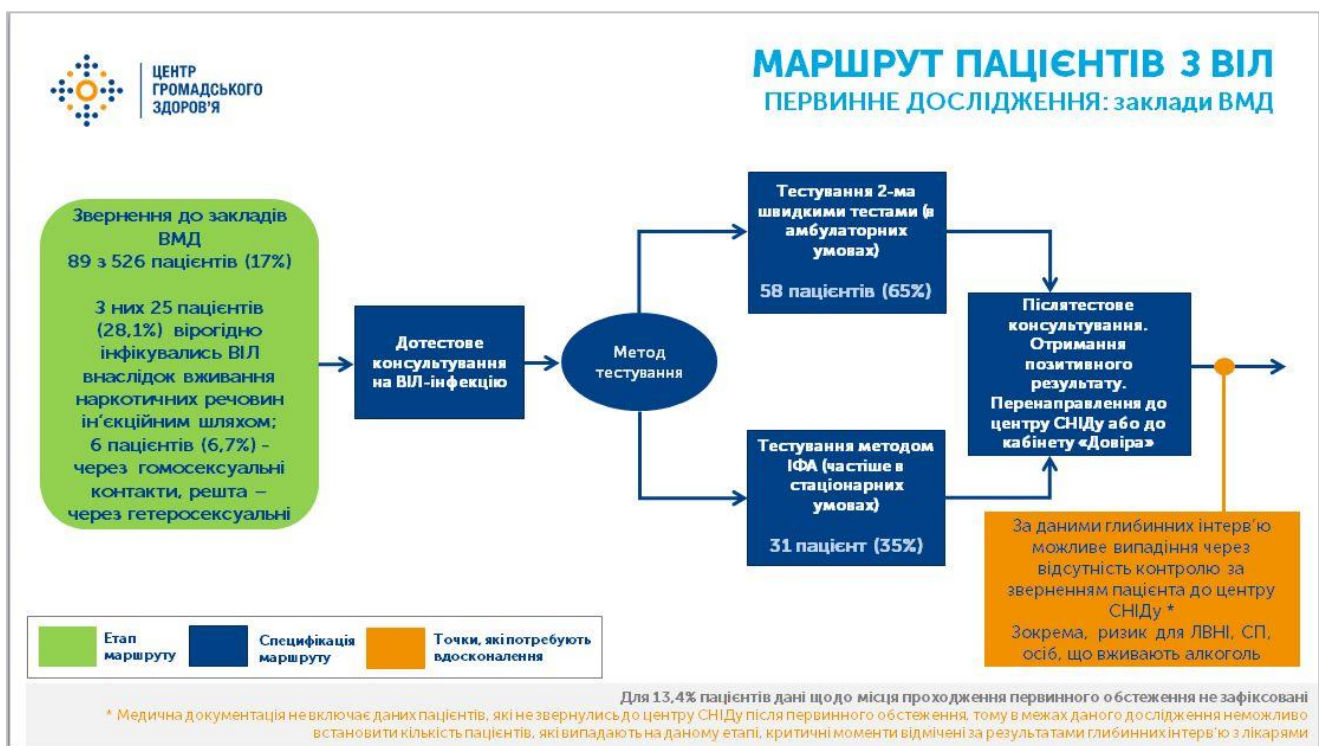


Схема 2.3.3. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: заклади ПМД

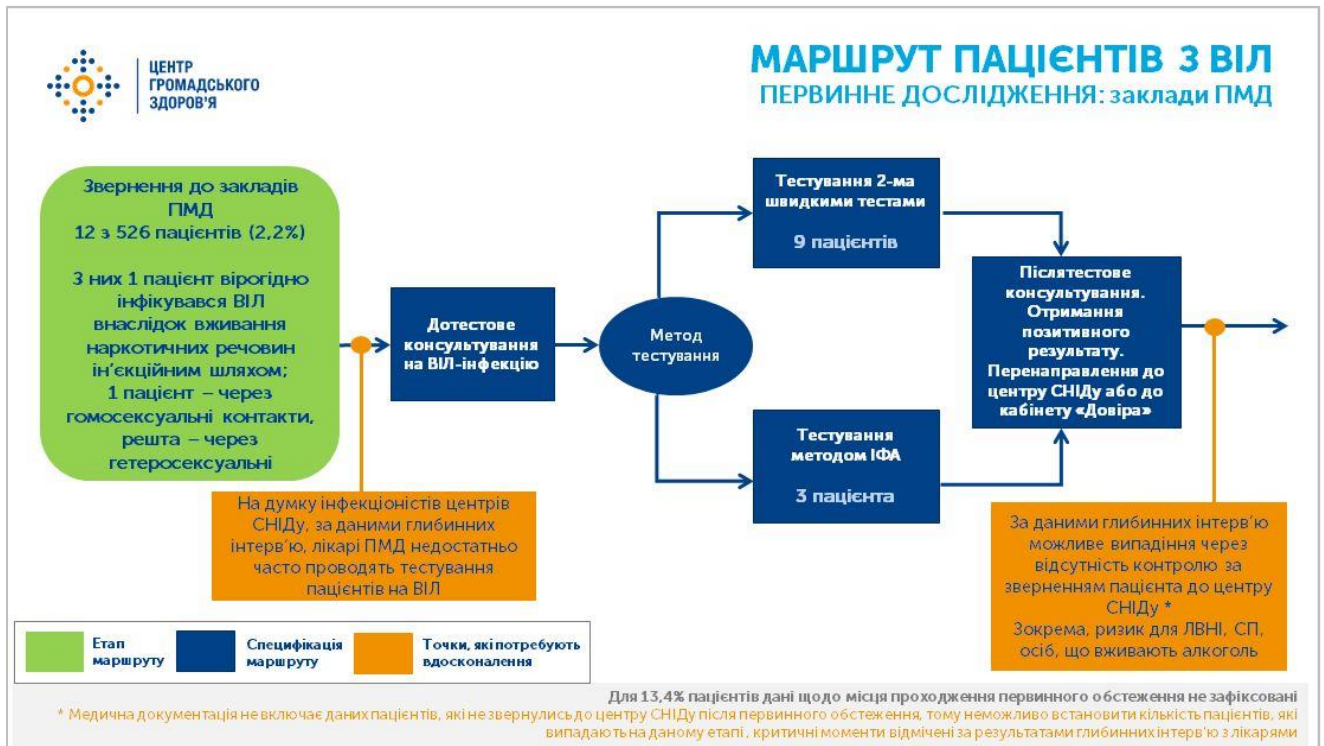


Схема 2.3.4. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: приватні клініки або лабораторії

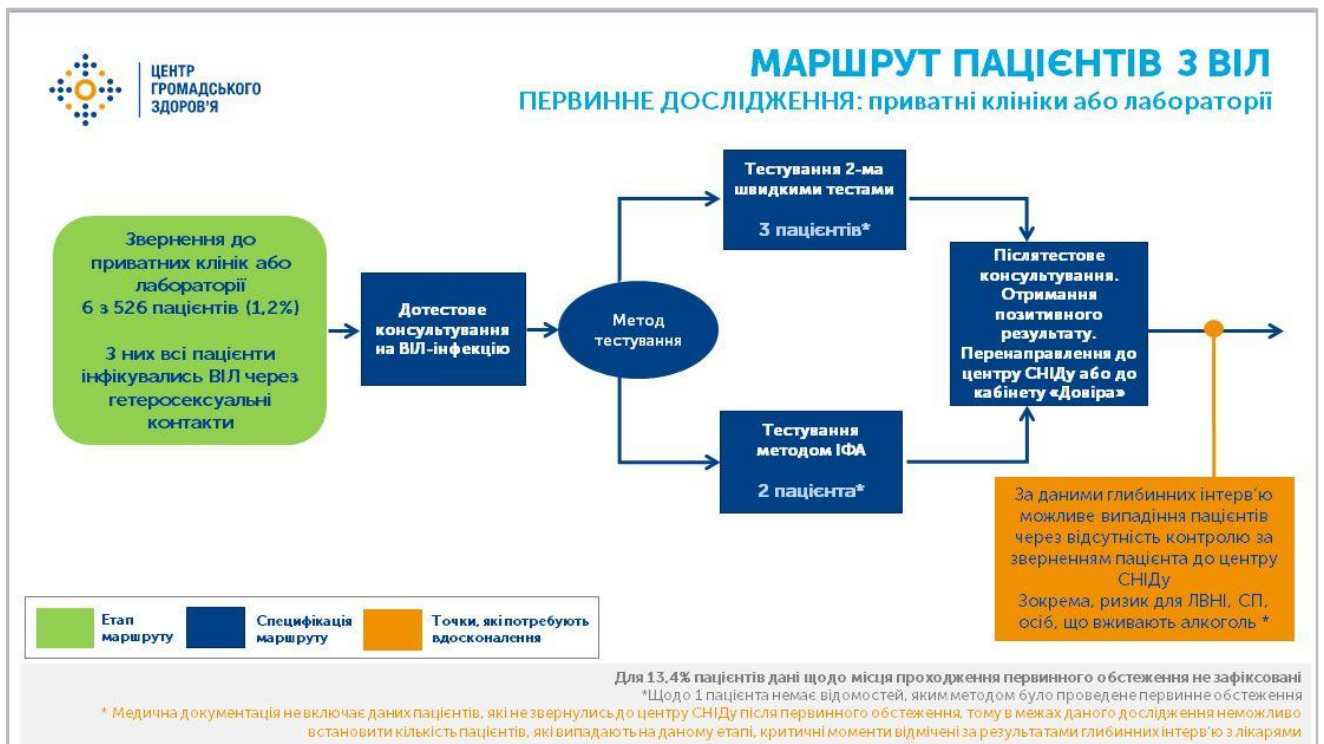


Схема 2.3.5. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Первинне обстеження: НУО

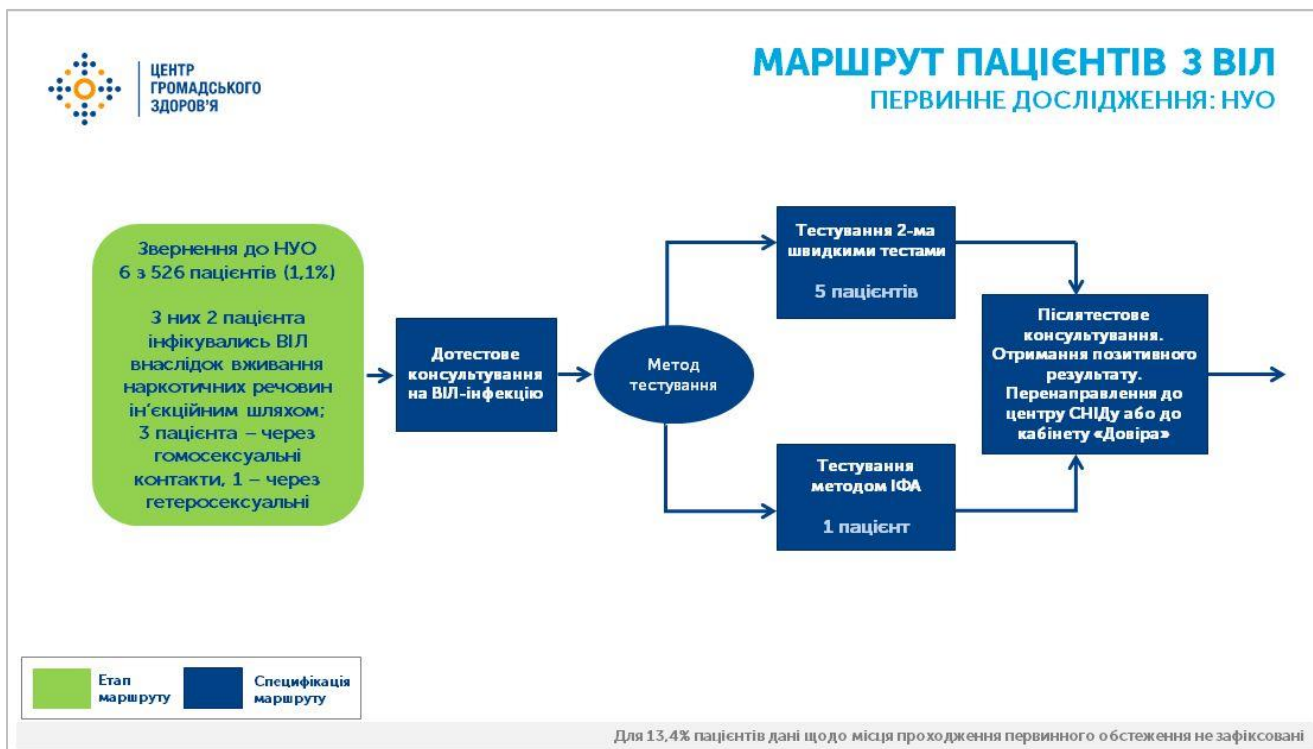


Схема 2.3.6. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Підтверджувальне дослідження

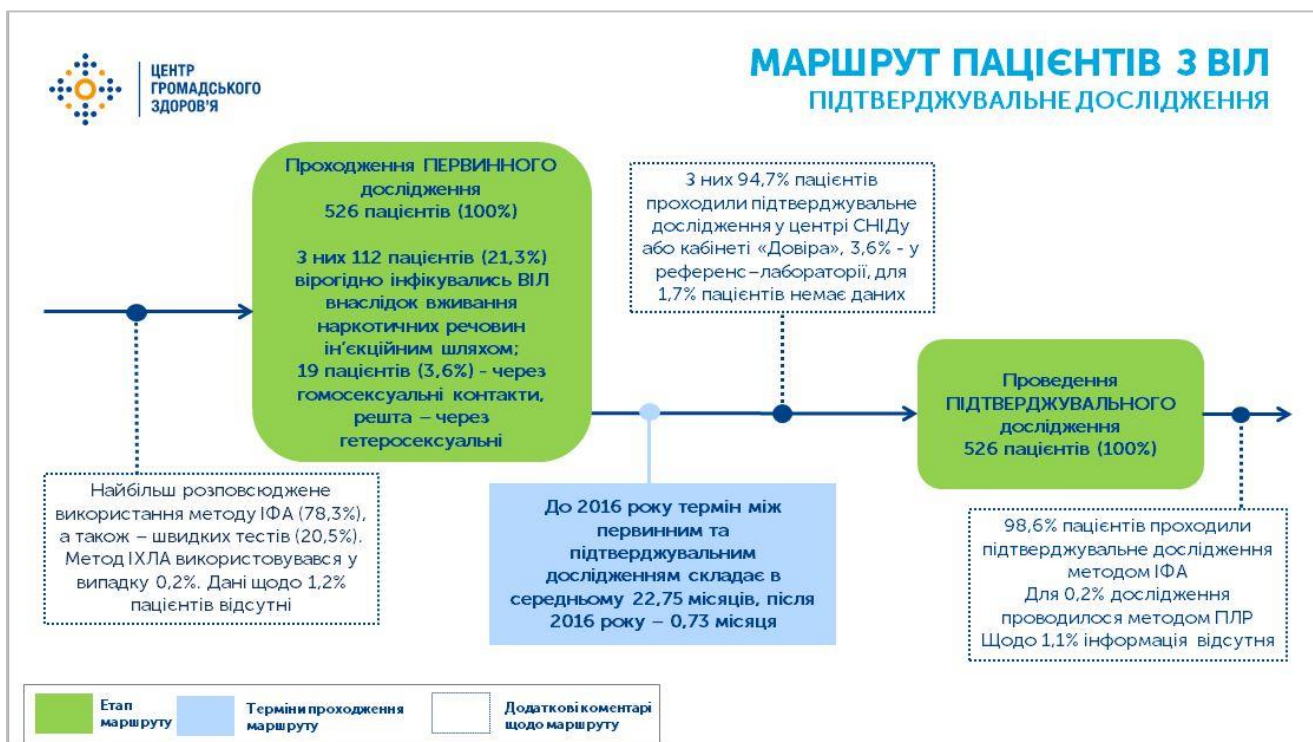


Схема 2.3.7. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Взяття під медичний нагляд

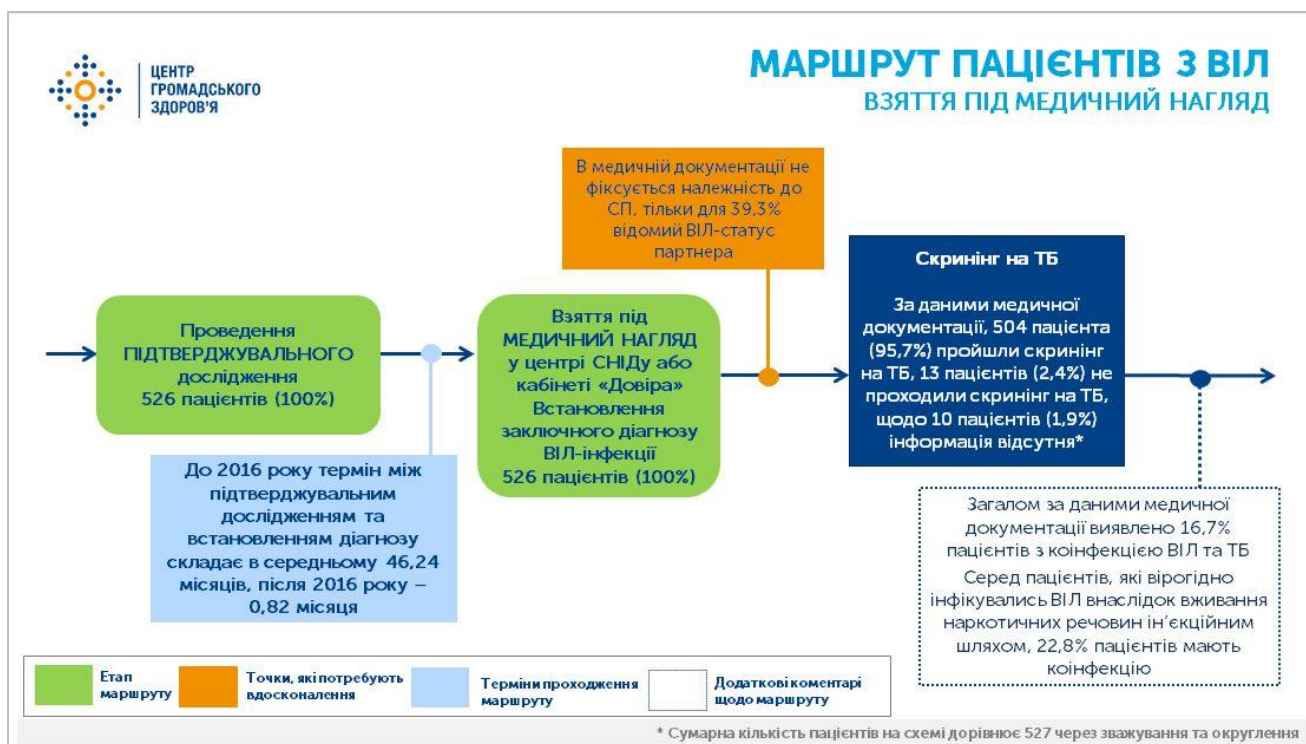


Схема 2.3.8. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Взяття під медичний нагляд

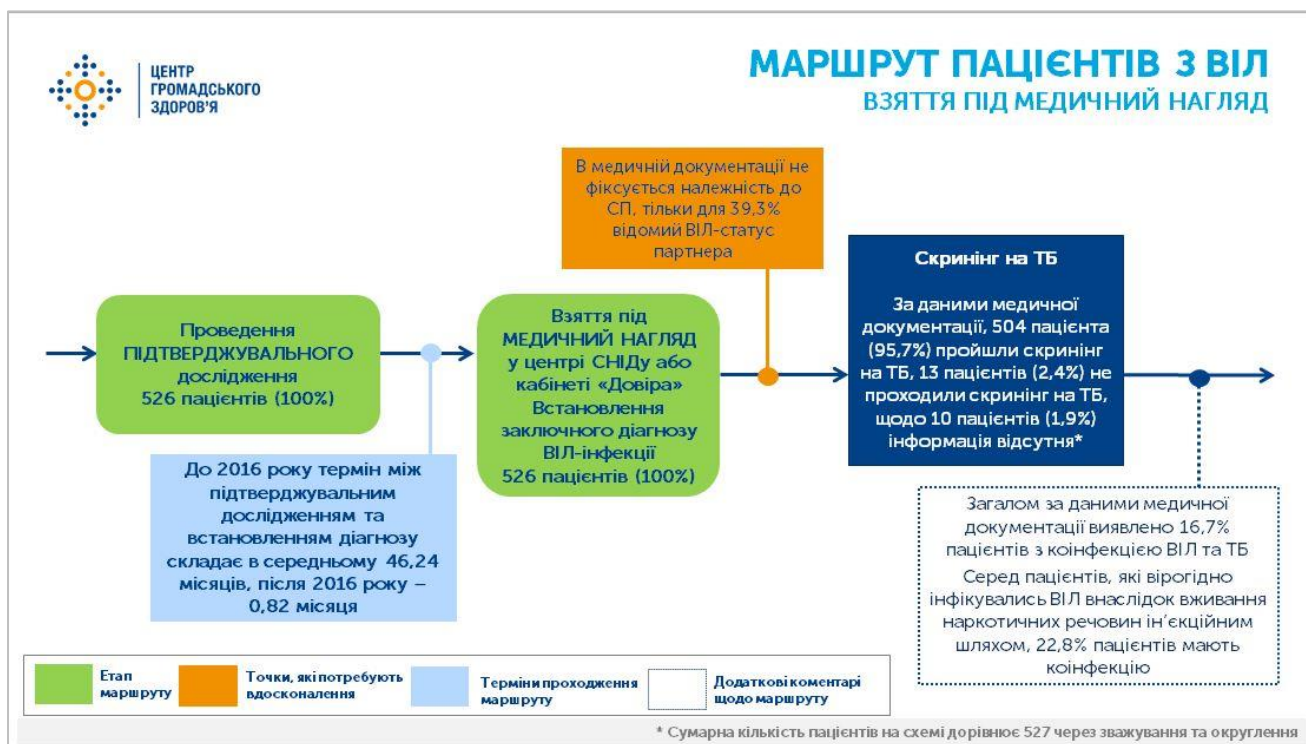
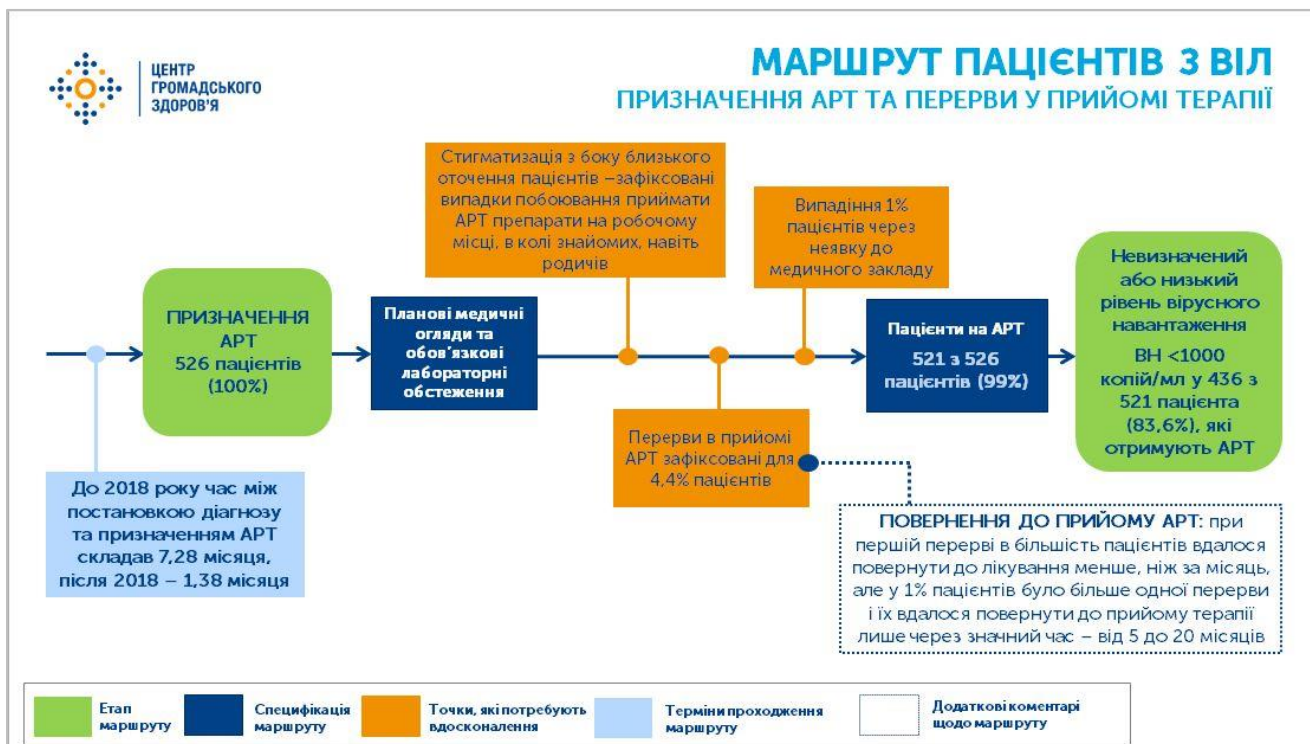


Схема 2.3.9. Маршрут пацієнтів з ВІЛ. Призначення АРТ та перерви у прийомі терапії



2. СХЕМА ПОТОЧНОГО МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА З ТБ

Схема 3.3.1. Маршрут пацієнтів з ТБ. Первинне обстеження: центри СНІДу, кабінети «Довіра»

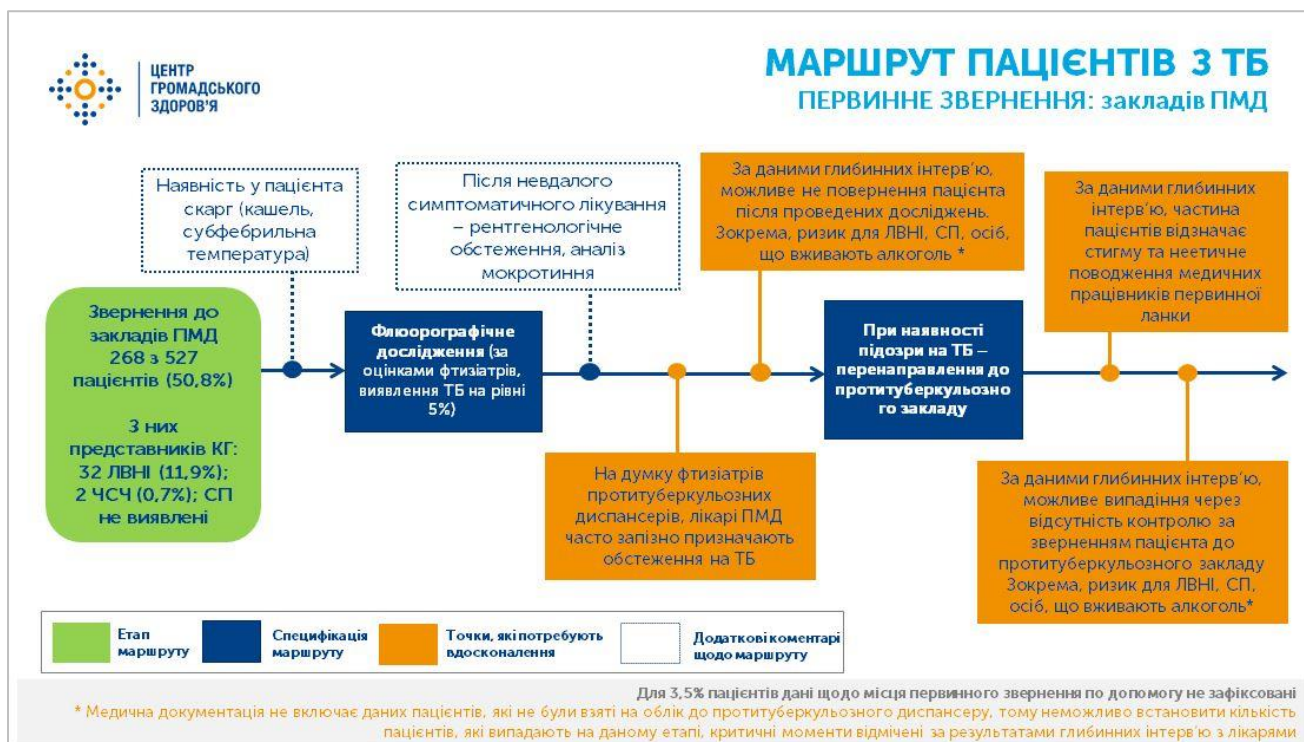


Схема 3.3.2. Маршрут пацієнтів з ТБ. Інші медичні заклади, включно з інфекційними



Схема 3.3.3. Маршрут пацієнтів з ТБ. Спеціалізовані протитуберкульозні заклади



Схема 3.3.4. Маршрут пацієнтів з ТБ. центри СНІДу, кабінети «Довіра»



Схема 3.3.5. Маршрут пацієнтів з ТБ. Взяття під медичний нагляд

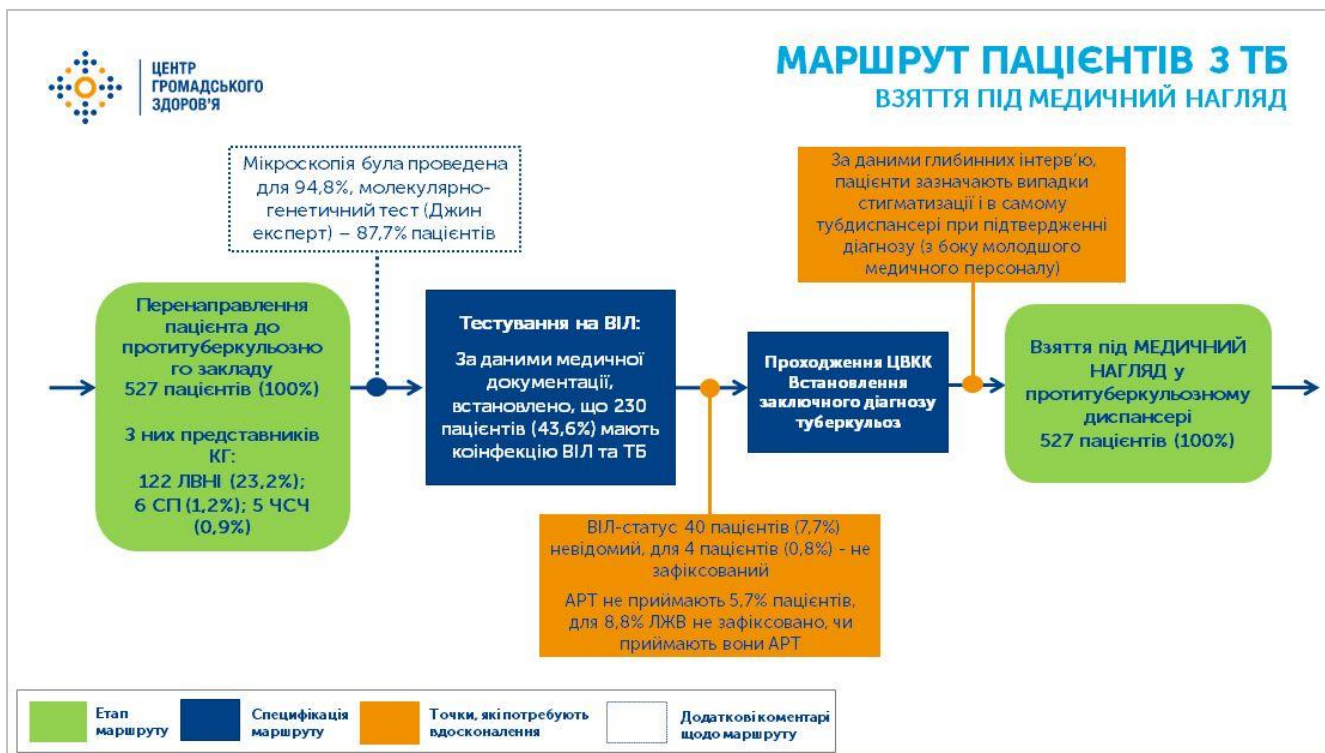


Схема 3.3.6. Маршрут пацієнтів з ТБ. Призначення лікування



Схема 3.3.7. Маршрут пацієнтів з ТБ. Продовження лікування та медичний контроль



ДОДАТОК №2. ОПИС ВИБІРКОВОЇ СУКУПНОСТІ РЕСПОНДЕНТІВ ТА ПАЦІЄНТІВ

1. Якісний етап дослідження:

Загалом на якісному етапі дослідження «Удосконалення маршруту надання послуг та системи перенаправлення осіб з ВІЛ та ТБ в умовах реформи охорони здоров'я» було проведено 20 глибинних інтерв'ю з медичними працівниками та 12 з пацієнтами. Детальна інформація щодо специфікації респондентів та розподілу за регіонами – див. Таблиці №1 та №2.

20 глибинних інтерв'ю з медичними працівниками, які надають послуги пацієнтам з ВІЛ і ТБ:

Таблиця 1. Розподіл опитаних медичних працівників за регіонами дослідження				
	Київ	Одеса	Дніпро	Кривий Ріг
Медичні працівники, які надають послуги пацієнтам з ВІЛ (центри СНІДу)	3	3	2	2
Медичні працівники, які надають послуги пацієнтам з ТБ (протитуберкульозні диспансери)	3	3	2	2
Всього:	20 ГІ			

12 глибинних інтерв'ю з пацієнтами:

Таблиця 2. Розподіл опитаних пацієнтів за регіонами дослідження				
	Київ	Одеса	Дніпро	Кривий Ріг
ВІЛ	2	1	-	1
ТБ	1	2	1	-
Коінфекція (першим виявлено ВІЛ)	-	1	1	-
Коінфекція (першим виявлено ТБ)	1	-		1
Всього:	12 ГІ			

2. Етап аналізу документів:

На етапі аналізу документів було зібрано інформацію щодо 1053 пацієнтів, з них:

- 526 пацієнтів центрів СНІДу (першим був діагностований ВІЛ-статус),
- 527 пацієнтів протитуберкульозних диспансерів (першим був діагностований ТБ).

Розподіл пацієнтів з ВІЛ та пацієнтів з ТБ за регіонами відповідав розподілу цих пацієнтів у генеральній сукупності (див. Таблицю №3).

Таблиця 3. Розподіл вибіркової сукупності за регіонами дослідження							
Регіон		ВІЛ			ТБ (ТБ+МРТБ)		
		N	%	n	N	%	n
Дніпропетровська обл.	м.Дніпро	26 030	23%	113	2 351	15%	74
	м.Кривий Ріг		22%	112	3 077	19%	97
	м. Київ	12 332	21%	107	5 910	37%	185
	Одеська обл.	19 489	34%	168	4 588	29%	144
Всього:		57 851	100%	500	15 926	100%	500

N – генеральна сукупність

n – вибірка сукупність

Пацієнти центрів СНІДу та протитуберкульозних диспансерів, щодо яких буде зібрана інформація, будуть обрані випадковим чином із запланованим кроком відбору серед усіх пацієнтів. Відбір буде проводитися працівниками ЗОЗ, в яких буде проводитися дослідження.