



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Виявлення туберкульозу серед сільських жителів: результати дослідження

*Дослідження реалізовувалося на замовлення ДУ «Центр
громадського здоров'я»*

МОЗ України

-
- **Замовник дослідження** – ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України.
 - **Організатор дослідження** – Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка Інституту соціології Національної академії наук України.

Команда дослідження



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ПІБ	ПОСАДА	ОРГАНІЗАЦІЯ
ЗАМОВНИК		
Ігор Кузін	Заступник генерального директора	Центр громадського здоров'я МОЗ України
Марія Гончарова	Провідний фахівець з координації наукових досліджень	Центр громадського здоров'я МОЗ України
ВИКОНАВЦІ		
Юрій Привалов	Директор	Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка
Олеся Трофименко	Менеджер проекту	Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка
Оксана Рокицька	Асистент Менеджера	Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка
Людмила Амджадін	Логіст	Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка
Юлія Середа	Автор звіту	
ЗАЛУЧЕНІ ЕКСПЕРТИ		
Марія Долинська	Експерт національного рівня	НМУ ІМ.О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
Наталія Заїка	Експерт національного рівня	ПАРТНЕРСТВО СТОП ТБ
Наталія Кампос-Родрігес	Експерт національного рівня	Центр громадського здоров'я МОЗ України
Ольга Зайцева	Експерт національного рівня	Центр громадського здоров'я МОЗ України

Мета:

Визначити **чинники**, що сприяють поширенню ТБ серед **сільських жителів**, описати **методи профілактики**, що застосовуються у селах, та визначити **найбільш прийнятні та ефективні методи** ранньої діагностики ТБ серед людей, які проживають у селах.

Методи дослідження: епідеміологічні, статистичні, аналіз документів, глибинні інтерв'ю.

- Дослідити **чинники, що сприяють поширенню ТБ серед людей, що проживають у селах**, та визначити **заходи для зменшення впливу цих чинників**.
- Оцінити, наскільки **клінічні маршрути** пацієнтів з підозрою на ТБ у людей, що застосовуються у селах, відповідають Уніфікованому клінічному протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим" (Наказ МОЗ України №620 від 4.09.2014 року) (далі – УКПМД) та які існують **шляхи для їх оптимізації**.
- Визначити **підходи, що використовуються для ранньої діагностики ТБ у сільського населення, їх доступність** та запропонувати **можливості для оптимізації**.
- Описати **методи профілактики ТБ**, що застосовуються у сільській місцевості, та **проранжувати їх за рівнем ефективності**.
- Надати **рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації методів профілактики ТБ** та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості.

- дані Реєстру: пацієнти, з встановленим діагнозом ТБ за 2017-2019 роки;
- первинна медична облікова документація*, що заповнюється у районних ДОТ-кабінетах, сімейних амбулаторіях та ФАПх на пацієнтів хворих ТБ, що перебувають під медичним наглядом;
- клінічні маршрути наявні у сімейних амбулаторіях та ФАПх;
- думки національних експертів та медичних працівників.

***До первинної медичної облікової документації**, яка була проаналізована в цьому дослідженні входили наступні документи:

- *форма первинної облікової документації № 081–1/о (форма ТБ01),*
- *форма первинної облікової документації №081-2/о «Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1».*

Гіпотези дослідження (1)

Вища захворюваність на туберкульоз серед сільського населення України може бути пов'язана з рядом факторів, серед яких:

- **відсутність можливості обстежитись** за місцем проживання (географічна віддаленість від медичних закладів);
- **дальність розташування** медичного закладу та необхідність оплати для доїзду до місця отримання послуг;
- складний **рельєф місцевості** та незадовільне дорожньо-транспортне сполучення;
- **низька** якість кваліфікованої **медичної допомоги** за місцем проживання;
- необхідність **оплати певних діагностичних процедур**, у разі їх необхідності (наприклад, комп'ютерна томографія ураженого органу, фібробронхоскопія тощо)
- **стигматизація та дискримінація**, відсутність конфіденційності, страх розголошення діагнозу, втрати роботи тощо;
- **низький рівень освіти** та санітарної грамотності населення, відсутність належного інформування про туберкульоз (відсутність знань як і куди звертатися за медичною допомогою);

Гіпотези дослідження (2)

- **матеріальне становище** сільського населення (великий прошарок безробітних серед сільських жителів, нерегулярне та неповноцінне харчування, погані житлові умови, зловживання алкоголем та курінням);
- **спосіб життя**: відсутність постійного заробітку, важкі сільськогосподарські роботи та/або трудова міграція, що обмежують можливість звернення за медичною допомогою (наприклад, через нелегальний статус на роботі);
- **недоступність заходів профілактики** туберкульозу за місцем проживання;
- **недоступність послуг ранньої діагностики** туберкульозу за місцем проживання;
- **невідповідність послуг лікування** в селах потребам пацієнта.

1) експерти національного рівня, які працюють у сфері протидії ТБ впродовж останніх 2-х років.

2) медичний персонал закладів охорони здоров'я, які мають досвід лікування пацієнтів, які проживають в селі із ТБ протягом останніх 2-х років, а саме:

- з районними фтизіатрами;
- з фельдшерами ФАП.

3) пацієнти, яким було становлено діагноз у 2016 – 2018 роках, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП;

- Дослідження проводилося у **4-х регіонах України**, які обиралися за показниками захворюваності на ТБ за 2017 рік, а також з урахуванням географічного розташування.
- У кожній області дослідження було відібрано 1 район, та 2 села. У кожному районі представники дослідницької команди спершу контактували з районними фтизіатрами та, з їх допомогою, відібрали села в межах свого району. Всього у дослідження було включено 12 сайтів.

№	Регіон	Область	Район
1	Південний	Одеська	Біляївський
2	Північний	Чернігівська	Чернігівський
3	Східний	Харківська	Харківський
4	Західний	Закарпатська	Мукачівський

- аналіз **клінічних маршрутів** у ФАП та амбулаторіях з метою оцінки їх відповідності до чинної нормативної документації та міжнародних клінічних протоколів;
- проведення **глибинних інтерв'ю з експертами національного рівня**, що працюють у сфері протидії туберкульозу;
- проведення **глибинних інтерв'ю з фтизіатрами** районних лікарень та **медичними працівниками первинної ланки** у селах;
- проведення **глибинних інтерв'ю із пацієнтами** – мешканцями сільської місцевості, у яких було діагностовано ТБ і які пройшли маршрут пацієнта від звернення до загальної лікарняної мережі до протитуберкульозної служби.
- вторинний аналіз даних **пацієнтів з Національного Реєстру** хворих на туберкульоз, включаючи:
 - форму первинної облікової документації №081-2/о «Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1»;
 - дані первинної облікової документації 081/о «Амбулаторна карта хворого на туберкульоз»;
 - форму первинної облікової документації № 081–1/о (форма ТБ01).

Критерії включення респондентів

Цільова група	Критерії включення у дослідження	Метод верифікації
Експерти національного рівня	Досвід роботи, не менше 2-х років, у сфері протидії ТБ	Рекомендації експертної групи Самооцінка
Медичні працівники: Фтизіатри районних лікарень Фельдшери Лікарі первинної мережі у сільських районах	Досвід лікування хворих на ТБ сільських жителів впродовж останніх 2-х років Наявність серед пацієнтів тих, хто має підтверджений діагноз ТБ	Рекомендації експертної групи, медичного працівника Самооцінка
Пацієнти, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП	Віком 18 років і старші Підозра на ТБ під час звернення до сільського фельдшера Перенаправлені із ФАП до районної лікарні Отримали консультацію районного фтизіатра	Рекомендація медичного працівника

Реалізована вибірка якісного дослідження

Регіон дослідження	Сайт/Район	Цільові групи			Всього	
		Районні фтизіатри	Сільські фельдшери	Пацієнти, з підозрою на ТБ, які звернулися до фтизіатра, з направленням ФАП		
Одеська область	Біляївський	1			1	7
	Село 1		1	2	3	
	Село 2		1	2	3	
Чернігівська область	Чернігівський	1			1	7
	Село 1		1	2	3	
	Село 2		1	2	3	
Харківська область	Харківський	1			1	7
	Село 1		1	2	3	
	Село 2		1	2	3	
Закарпатська область	Мукачівський	1			1	7
	Село 1		1	2	3	
	Село 2		1	2	3	
Національний рівень: м. Київ						5
Всього		4	8	16		33

Алгоритм залучення респондентів до ГІ

Медичний працівник / лікар попередньо телефонував пацієнтові, повідомляв про дослідження та уточнював можливість надання мобільного номеру телефону інтерв'юєру для подальшого контактування.

У випадку згоди пацієнта (за словами медичного працівника/лікаря), медичний працівник/лікар, передавав **ім'я та контакти пацієнта** (без уточнення його прізвища) **інтерв'юєру**.

Інтерв'юєр телефонував пацієнту, у випадку згоди на участь, домовлявся про зустріч і час.

Інтерв'юєр заповнював **скринінгову форму**, підписував **форму інформованої згоди**, **проводив глибинне інтерв'ю (face-to-face)** та видавав грошову винагороду пацієнту, розмір якої був однаковим для всіх респондентів, незалежно від їх соціально-демографічних характеристик та точки зору.

Реалізована вибірка кількісного дослідження



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Регіон дослідження	Сайт	Картки пацієнтів, вивантажені із Реєстру	Клінічні маршрути сімейних амбулаторій та/або ФАП
Одеська область	Біляївський район	130	1
	Село		1
	Село		1
Чернігівська область	Чернігівський район	324	1
	Село		1
	Село		1
Харківська область	Харківський район	242	1
	Село		1
	Село		1
Закарпатська область	Мукачівський район	250	1
	Село		1
	Село		1
Всього		946*	12

До початку польового етапу дослідження, було заплановано вивантаження 400 карток пацієнтів, по 100 із кожній області. Експерти Робочої групи зробили уточнення, що потрібно розглянути усі випадки, наявні у Реєстрі за вказаний період.

-
- У рамках дослідження отримано висновок Комісії з біоетики (IRB комітет ЦГЗ) стосовно програми та інструментарію дослідження;
 - Усі виконавці дослідження підписали **году про дотримання конфіденційності даних**.
 - З кожним учасником підписано **інформовану згоду** на участь у дослідженні.
 - Учасники отримали **заохочувальну винагороду** за участь у дослідженні.

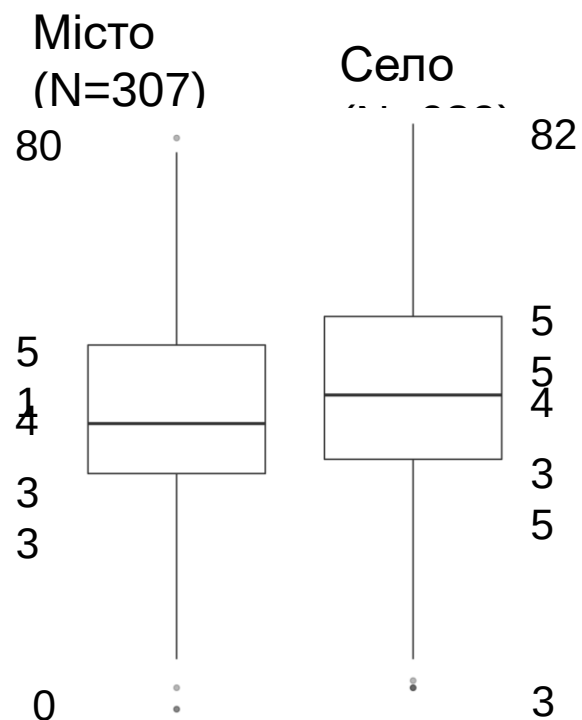
- **Якісне дослідження:** аналіз транскриптів глибинних інтерв'ю.
- **Кількісне дослідження:**
 - порівняння соціально-демографічного, поведінкового та клінічного профілю пацієнтів з ТБ у містах та селах обраних районів;
 - оцінка витрат часу та затримки на шляху до діагностики і лікування, а також пов'язаних чинників.
- Аналіз кількісних даних здійснювався у R, версія 3.5.2.



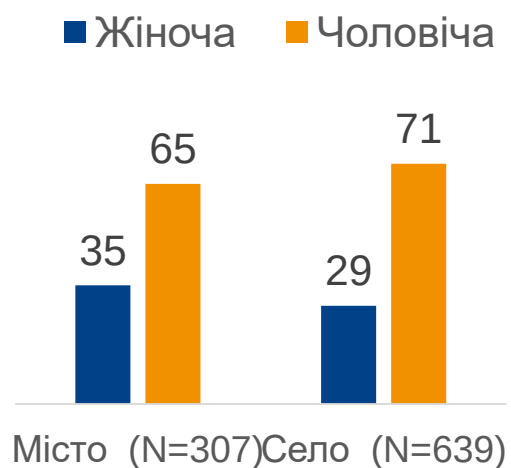
Результати дослідження

Соціально-демографічний портрет пацієнтів з ТБ: дані національного Реєстру з 4х районів дослідження

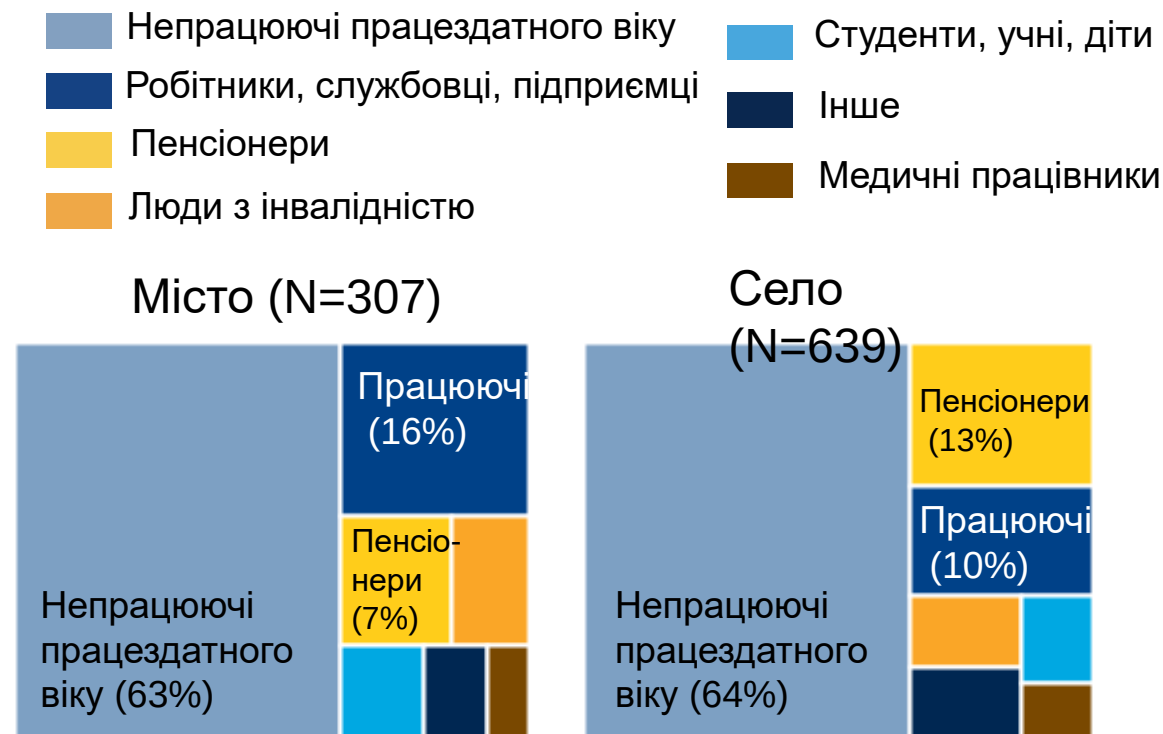
Розподіл за віком, роки
($p=0.001$)



Розподіл за статтю,
%
($p=0.09$)

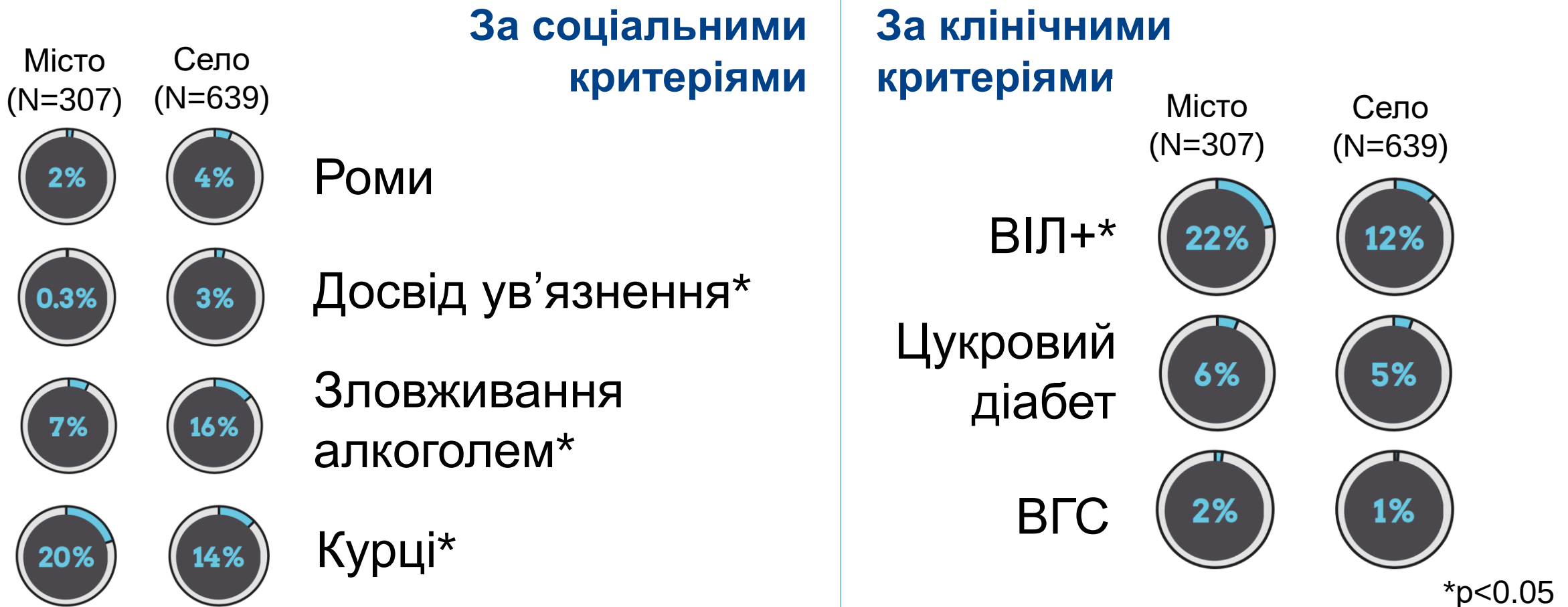


Розподіл за соціальним статусом, %
($p=0.011$)



- Більшість пацієнтів з ТБ – це непрацюючі чоловіки працездатного віку.
- У порівнянні з містами, у селах більше пацієнтів старшого віку та пенсіонерів.

Групи ризику серед пацієнтів з ТБ: дані національного Реєстру з 4х районів дослідження

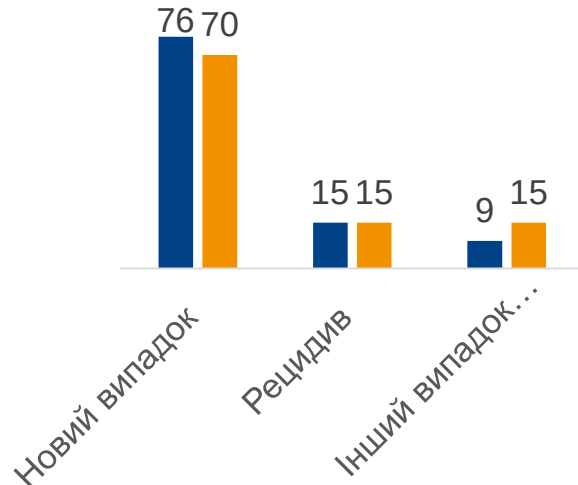


- Фельдшери, сімейні лікарі та районні фтизіатри наголошують, що групи за соціальним та поведінковим критеріями є основною групою ризику щодо ТБ. Дані Реєстру це не підтверджують.

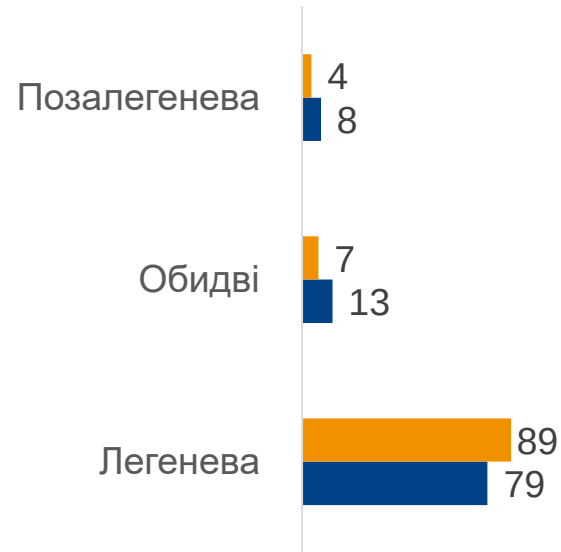
Характеристики випадків ТБ у селах: дані національного Реєстру з 4х районів дослідження

■ Місто (N=307)
■ Село (N=639)

Тип випадку
($p=0.041$)



Локалізація
($p<0.001$)



Резистентність
($p=0.40$)



Підозру на ТБ
встановлено...
($p=0.60$)



- Переважна більшість випадків ТБ – **нові**, виявлені під час **самостійного звернення** до лікаря або під час **профогляду**. Понад третини мають **резистентність** до ПТБ.
- У порівнянні з містами, у селах більше випадків повторного лікування та ТБ з менше випадків з позалегеневою локалізацією ТБ.

Топ-3 чинників, що сприяють поширенню ТБ у селах: якісне дослідження

Експерти національного рівня

1. **Особливості способу життя:** відсутність постійного заробітку, важкі сільськогосподарські роботи.
2. **Незадовільне транспортне сполучення** в селах та між селом та районним центром
3. Відсутність можливості **обстежитись за місцем проживання**

«Я їй кажу, що треба поїхати, зробити знімок, а вона каже, я їду на поле. Їх ці орендарі збирають маршрутками і відвозять.»

(медичний працівник ФАП)

Районні фтизіатри, фельдшери, сімейні лікарі

1. Нестача коштів, **бідність**
2. Вживання алкоголю та інші **шкідливі звички**
3. Трудова **міграція**

Пацієнти

1. **Віддалене розташування** медичного закладу
2. **Страх упередженого негативного ставлення**
3. Відсутність можливості **обстежитись за місцем проживання**

«Якщо аналізи треба здати та до сімейного лікаря, то треба їхати у інше село, звідки маршрутку чекати п'ять годин»

(пацієнт з ТБ)

Стигматизація та дискримінація пацієнтів з підозрою на ТБ

- Проблема стигми є критичною після повернення у село після тривалої госпіталізації:
 - **стигма з боку сільської громади**, крім членів домогосподарства, щодо пацієнта з ТБ та його родини (особливо дітей);
 - **самостигматизація**, звинувачування себе у тому, що захворіли на ТБ;
 - **подвійна стигма** серед пацієнтів з **ТБ і ВІЛ**.
- **Високий рівень задоволеності** медичними працівниками сільського та районного рівня серед пацієнтів, відсутність страху розголошення діагнозу (виключення – Чернігівська область).

«Медичний фельдшер написала скаргу, що не буде лікувати пацієнтку, бо вона заразна. Причому жінка, не те щоб асоціальна, нормальна людина, і таке неприйняття було.»

(експерт у сфері протидії ТБ національного рівня)

«Директор був проти, що діти в школу пішли ... медсестра, заступилася, коли на дітей почали нападати.»

(Пацієнт з ТБ)

Рівень поінформованості щодо ТБ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Рівень знань щодо ТБ є дуже низьким серед пацієнтів.

Зафіксовані прогалини у знаннях щодо шляхів передачі серед медичних працівників.

Поширені міфи передачі ТБ серед пацієнтів та медичних працівників:

- через поцілунки, обмін цигарками, використання спільного посуду (усі респонденти);
- для передачі ТБ достатньо мінімального контакту з інфікованою людиною у громадському транспорті, чи іншому місці (тільки серед пацієнтів).

Низький рівень знань серед пацієнтів щодо того, через **який період часу** після початку лікування **зникає ризик інфікувати** інших.

«Це алкоголіки, вони ж діляться однією склянкою, вони курять там одну сигарету. Я вважаю, що це великий відсоток передачі.»

(медичний працівник ФАП)

«Можеш навіть в тролейбусі проїхати, кашляне людина, і можшпітнілаеш захворіти [ТБ]. Через ніт може, рука, привітався і все»

(Пацієнт з ТБ)

Аналіз клінічних маршрутів пацієнтів



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

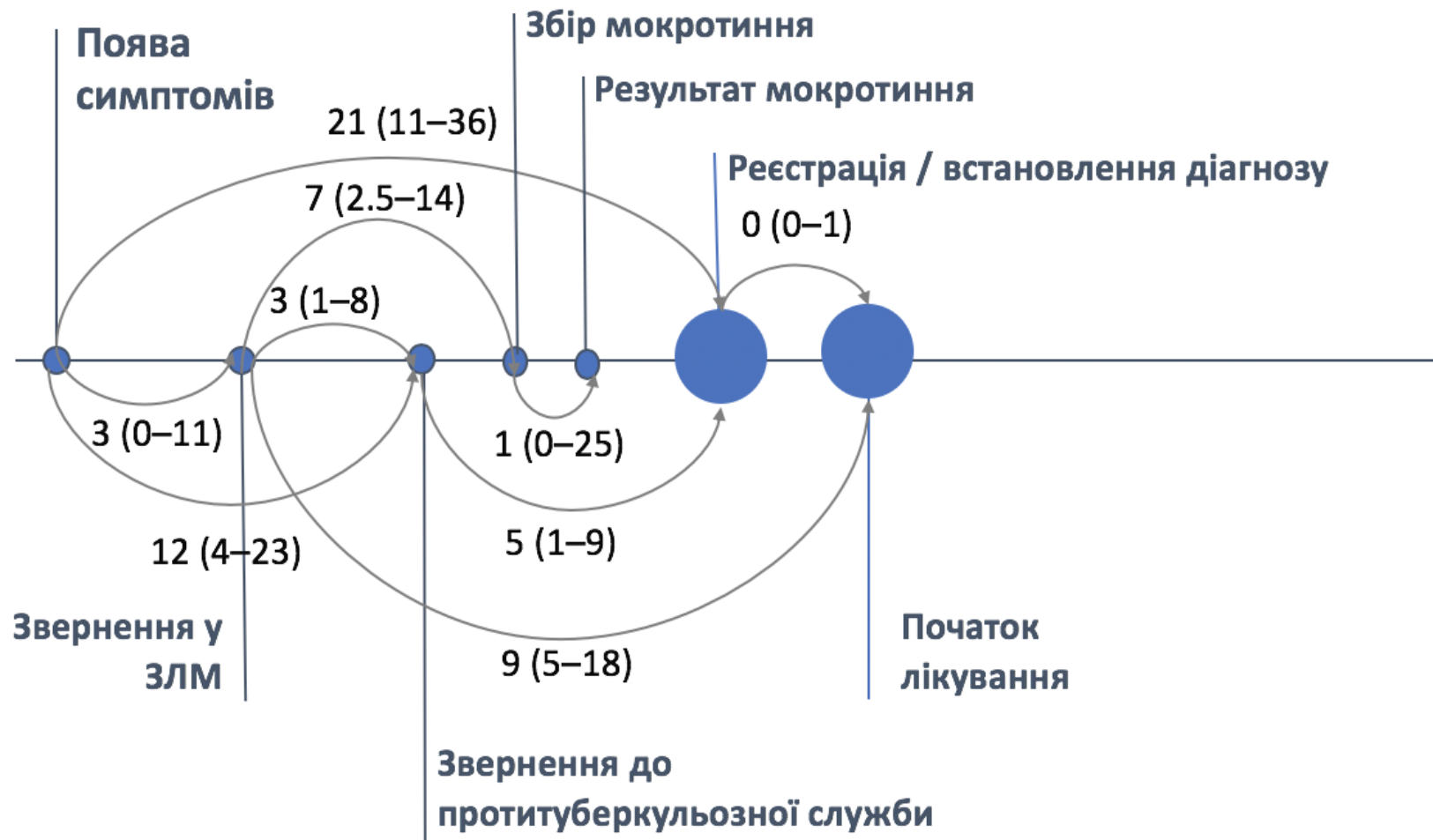
Одним з ключових факторів поширення ТБ є **затримка між появою симптомів та початком лікування**.



Аналіз клінічних маршрутів пацієнтів: тривалість маршруту пацієнта з ТБ у селах, медіана днів (25й – 75й процентилі)



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



Затримка пацієнта:

- **3 дні** від появи симптомів до звернення у ЗЛМ
- **12 днів** від появи симптомів до звернення у ПТБ службу

Діагностична затримка:

- **21 день** від появи симптомів до діагнозу.

Затримка лікування:

- **0 днів** від діагнозу до початку лікування.

Затверджені маршрути пацієнта на рівні ЗОЗ переважно є копією діагностичного алгоритму з Наказу №620 :

- З 16 проаналізованих маршрутів пацієнта, тільки у 1 (Мукачевський р-н) була спроба оптимізації алгоритму відповідно до настанов ВООЗ (Xpert MTB/RIF як перший діагностичний тест).

Основні недоліки наявних маршрутів пацієнта з підозрою на ТБ:

- низький рівень використання скринінгового анкетування;
- збір мокротиння тільки після виявлення патологічних змін за результатами флюорографії / рентгену;
- транспортування мокротиння пацієнтами;
- застосування емпіричного лікування антибіотиками для диференційної діагностики замість молекулярно-генетичних методів;
- низький рівень доступу до Xpert MTB/RIF;
- відсутність інформації про соціально-психологічні послуги у маршруті.

Логістика маршруту пацієнта на практиці



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Стандартний маршрут пацієнта включає:

- консультацію **фельдшера** у ФАП;
- переадресацію у **ЦПМСД** для проходження загальних обстежень крові і сечі, флюорографічного або рентгенологічного обстеження (за наявності), здачі мокротиння для мікроскопії (за наявності) та тесту на ВІЛ (за наявності);
- переадресацію у **ЦРЛ до фтизіатра** для консультації та проходження обстежень, які не були доступні на рівні ЦПМСД (як правило, рентгенографія та мікроскопія мазків мокротиння);
- переадресацію до **обласного протитуберкульозного диспансеру** для проходження обстежень, які не були доступні на рівні ЦРЛ (як правило, це молекулярно-генетичні дослідження).

*«Спочатку в ФАП заїхав, мене послухав лікар. Поїхав в амбулаторію в Новоградівці [ЦПМСД], там зробили флюорографію і кров здав. Потім, в Овідіополь [ЦРЛ], там вже зробили рентген і відправили до фтизіатра. Там ще раз кров здавав, і поплював [збір мокротиння] там в баночки, але одну залишив, а другу – заніс в поліклініку. Потім вже поїхав лягати на Белінського [обласний протитуберкульозний диспансер].»
(пацієнт з ТБ)*

Види послуг з ранньої діагностики ТБ для мешканців сільської місцевості



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Скринінгове анкетування під час звернення

Майже не
використовується.

Масове флюорографічн е обстеження

На думку медичних
працівників є ключовим
інструментом ранньої
діагностики, хоча доказова
база це не підтверджує.

Скринінг груп ризику

Використовується
здебільшого серед
ВІЛ+ пацієнтів. Серед
соціальних груп
ризик є рідкістю.

На сільському та районному рівні поширена думка, що **з групами ризику за поведінковим критеріями** можна працювати тільки **примусово**; водночас, це не працює.

Наявні заходи щодо первинної профілактики ТБ за місцем проживання



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Навчання й інформування

- Поширені формати: **пасивне інформування** (плакати у ЗОЗ); **інформування у школах**.
- Поодинокі випадки іншого **активного інформування у громаді**: співробітництво з релігійними установами, фермерськими господарствами

Імунопрофілактика (БЦЖ)

Основні прогалини:

- **Перерви у поставках вакцини**
- **Страх покарання у випадку неефективного використання вакцини** (наявність 20-дозних флаконів у ЦПМСД при низькому рівні попиту за межами пологових будинків)

Інфекційний контроль у ЗОЗ

10 випадків ТБ серед сільських медичних працівників на сайтах дослідження у 2017-2019 рр.

Можливі причини:

- **Тривалий час від встановлення підозри на ТБ, до збору і аналізу мокротиння.**
- Інфраструктурні обмеження
- Профзахворювання як спосіб заробітку.

Наявні заходи щодо вторинної профілактики ТБ за місцем проживання



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Обстеження контактів та виявлення латентного ТБ

- **Практика пошуку контактів** у сільській місцевості **спрямована виключно на побутові контакти**, і не враховує інші близькі контакти за визначенням ВООЗ.
 - Одеська область – єдиний регіон, де повідомили про впровадження практик розширеного пошуку контактів у сільській місцевості.
- **Відсутність доступу до нових методів** виявлення латентного ТБ (квантифероновий тест)

Хіміопрофілактика

- Профілактичне лікування ізоніазидом **призначається здебільшого дітям та ВІЛ-інфікованим**, решта контактів його не отримують.
- Серед медичних працівників **відсутнє розуміння, у якій мірі пацієнти дотримуються курсу лікування**.
- **Відсутність доступу до нових коротших схем хіміопрофілактики** (контрольоване лікування ізоніазидом і рефампіцином).

ВИСНОВКИ (1)

- **Тривала діагностична затримка:**
 - **9 днів** від звернення до фельдшера/сімейного лікаря до початку лікування ТБ та **21 день** від появи симптомів до постановки діагнозу (медіанні значення).
- **Клінічні маршрути** пацієнтів з підозрою на ТБ:
 - Відповідають національному протоколу, проте є застарілими, і **не відповідають останнім міжнародним настановам ВООЗ.**
 - **Бракує мультидисциплінарного підходу:** залучення всіх зацікавлених сторін до обговорення (ЗОЗ різного рівня, громадські організації тощо), визначення функціональних обов'язків та логістики на кожному етапі.
 - Основна проблема в логістиці маршруту сільського пацієнта з підозрою на ТБ – **відсутність організованого транспортування мокротиння з первинної ланки до лабораторій I типу.**

ВИСНОВКИ (2)

- **Ключові прогалини у забезпеченні доступу до ранньої діагностики ТБ:**
 - затримка збору мокротиння у маршруті, ініційованому пацієнтом;
 - відсутність дієвих стратегій активного скринінгу в сільській місцевості.
- **Первинна профілактика ТБ у сільській місцевості є обмеженою у частині заходів щодо навчання, інформування й консультування**
 - Основні методи: пасивне інформування та заходи у школах.
- **Основна прогалина у вторинній профілактиці – обмежений пошук контактів індекс-випадків ТБ. Доступність туберкулін-діагностики та хіміопрофілактики є задовільною.**
- **Враховуючи високий рівень захворюваності на ТБ серед сільських медичних працівників, незадовільним є рівень інфекційного контролю у ФАП та ПМСД.**

ВИСНОВКИ (3)

- **Сприйняття проблем, що впливають на тягар епідемії ТБ у селі, відрізняється** між пацієнтами з ТБ та медичними працівниками сільського і районного рівня.
 - Пацієнти та експерти національного рівня схильні вбачати основні проблеми у обмеженнях інфраструктури, а фельдшери, сімейні лікарі та районні фтизіатри вважають основними проблемами бідність та шкідливі звички.
- **Домінує підхід до госпіталізації** сільських пацієнтів з ТБ на час інтенсивної фази, незалежно від складності випадку.
 - Тривала госпіталізація стимулює стигматизацію у сільській громаді.
- **Стигматизація пацієнтів з ТБ з боку сільської громади та саможстигматизація** залишаються вагомими проблемами.
 - Проблема стигми ускладнюється низьким рівнем знань щодо ТБ. Навіть сільські пацієнти з ТБ, які пройшли лікування, мають обмежені знання шляхів передачі та профілактики ТБ.

Рекомендації (1)

- **Клінічні маршрути** сільських пацієнтів мають бути **адаптовані і деталізовані з урахуванням принципів пацієнт-орієнтованого підходу**, та відповідно до міжнародних настанов ВООЗ, у частині розширення доступу до Xpert MTB/RIF, як першого діагностичного тесту.
- Пріоритетною інтервенцією у зменшенні рівня захворюваності ТБ серед сільських мешканців має стати **налагодження централізованого транспортування зразків мокротиння з селищ до найближчих лабораторій** та мінімізація випадків переадресації пацієнтів до амбулаторій.
- **Удосконалити систему збору даних щодо пацієнтів з ТБ для національного Реєстру, зокрема у частині фіксації соціальних детермінант** при зборі анамнезу та часу появи симптомів.

Рекомендації (2)

- **Навчати та мотивувати сільських медичних працівників** підтримувати високий рівень підозри на ТБ, застосовувати скринінгове анкетування, робити пошук та обстеження інших близьких контактів, крім членів домогосподарства.
 - Необхідно **інтегрувати навчання** щодо шляхів передачі та профілактики ТБ, а також інновацій у діагностиці та супроводі пацієнтів з ТБ у систему безперервного навчання.
- Оскільки, щорічне **масове флюорографічне обстеження** мешканців села є важливим з точки зору сільських медичних працівників, необхідно **удосконалити підходити до його проведення** та урегулювати періоди його проведення.
- Важливо **розширити доступ до різних моделей амбулаторного лікування ТБ** від дня діагнозу серед сільських мешканців за участі сімейних лікарів, фельдшерів, соціальних працівників та спільноти.

Рекомендації (3)

- Підготувати та поширювати у сільській місцевості легкі для розуміння комунікаційні матеріали щодо симптомів ТБ та лікування для населення з низькою грамотністю з метою підвищення знань.
 - Докласти зусиль, щоб ці матеріали були позитивними та обнадійливими і допомагали боротися із стигмою.
- Участь громадських організацій та сільської громади у профілактиці ТБ має бути розширена для збільшення рівня поінформованості про симптоми та процедури діагностики і лікування ТБ, усвідомлення ризику та зменшення стигми, а також розширення практик активного скринінгу.
 - Гарними практиками є залучення і навчання волонтерів для інформування у фермерських домогосподарствах, церквах чи на зборах сільської ради; проведення скринінгового анкетування у групах ризику; створення груп підтримки серед селян, які мали досвід ТБ, чи проходять підтримуючу фазу лікування.