

Зведена

настанова

ВООЗ

із туберкульозу

**Всесвітня організація охорони здоров’я**

Модуль 4:Лікування.

Догляд за пацієнтами з туберкульозом

і надання їм підтримки

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Зведена  Настанова ВООЗ із туберкульозу  Модуль 4: Лікування.  **Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки** | | |
|  |  | **Всесвітня організація охорони здоров’я** |

Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу. Модуль 4: Лікування. Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки

ISBN 978-92-4-004771-6 (електронна версія)  
ISBN 978-92-4-004772-3 (паперова версія)

**© Всесвітня організація охорони здоров’я 2022**

Деякі права захищені. Ця праця доступна за Ліцензією Creative Commons із зазначенням авторства — Без похідних творів / Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Відповідно до умов цієї ліцензії ви можете копіювати, розповсюджувати та адаптувати працю в некомерційних цілях за умови її належного цитування, як зазначено нижче. За будь-якого використання цієї праці не повинно бути натяків на те, що ВООЗ підтримує будь-яку конкретну організацію, продукти чи послуги. Використання логотипу ВООЗ не допускається. Якщо ви адаптуєте цю працю, ви маєте ліцензувати її відповідно до тієї самої чи аналогічної ліцензії Creative Commons. Якщо ви створюєте переклад цієї праці, потрібно додати таку заяву про відмову від відповідальності разом із запропонованою цитатою: «Цей переклад не було створено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінальне англійське видання має юридичну силу та є автентичним».

Будь-яке посередництво, що стосується суперечок, які виникають у зв’язку з ліцензією, здійснюється відповідно до правил посередництва Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Запропоноване цитування.** Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу. Модуль 4: Лікування. Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки. Женева: Всесвітня організація охорони здоров’я, 2022 рік. Ліцензія: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

**Бібліографічний запис (БЗ).** БЗ доступний на вебсайті <http://apps.who.int/iris>.

**Продаж, права й ліцензування.** Щоби придбати публікації ВООЗ, перейдіть за посиланням <http://apps.who.int/bookorders>. Інформація щодо подання запитів стосовно комерційного використання, а також стосовно прав і ліцензування міститься за посиланням: <https://www.who.int/copyright>.

**Матеріали третіх сторін.** Якщо ви хочете повторно використовувати матеріал з цієї праці, авторські права на який належать третій стороні, наприклад таблиці, рисунки або зображення, ви несете відповідальність за те, щоб визначити, чи потрібний дозвіл на таке повторне використання, і за отримання дозволу від власника авторських прав. Ризик претензій, що виникають внаслідок порушення прав будь-якого стороннього компонента в цій праці, лежить виключно на користувачеві.

**Загальні заяви про відмову від відповідальності.** Зазначені позначення та подання матеріалу в цій публікації не передбачають вираження будь-якої думки з боку Всесвітньої організації охорони здоров'я стосовно правового статусу будь-якої країни, території, міста або району або їхньої влади, або делімітації їхньої меж. Штрихпунктирні лінії на картах позначають приблизні кордони, щодо яких, можливо, ще не досягнуто повної згоди.

Згадування конкретних компаній або продуктів певних виробників не означає, що вони схвалені або рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я, чи що ця організація віддає перевагу в порівнянні з іншими подібними компаніями, які не згадано в цій праці. За виключенням помилок або опущень назви запатентованих виробів вказуються з великої літери.

Всесвітня організація охорони здоров'я вжила всіх належних заходів для перевірки інформації, яка міститься в цій публікації. Проте опублікований матеріал розповсюджується без будь-яких явних або певних гарантій. Відповідальність за тлумачення та використання матеріалу несе читач. Всесвітня організація охорони здоров'я ні в якому разі не несе відповідальності за збитки, що виникли внаслідок його використання.

Дизайн виконала агенція Inis Communication.

Зміст

[**Слова подяки v**](#bookmark0)

[**Скорочення vi**](#bookmark1)

[**Короткий огляд vii**](#bookmark2)

[**Вступ 1**](#bookmark3)

[**Стратегічні рекомендації ВООЗ 3**](#bookmark4)

1. [Втручання з догляду й підтримки для всіх пацієнтів із ТБ 3](#bookmark4)
2. [Моделі догляду за пацієнтами з лікарсько-стійким ТБ 12](#bookmark5)
3. Моделі догляду за дітьми й підлітками, які контактують із ТБ або хворіють на ТБ 14

[**Дослідницькі пріоритети 21**](#bookmark7)

[Ефективність різних форм втручання для поліпшення прихильності до лікування 21](#bookmark7)

[Моделі догляду за всіма пацієнтами з ТБ 21](#bookmark7)

[Моделі догляду за дітьми й підлітками з ТБ 21](#bookmark7)

[**Список використаної літератури 23**](#bookmark8)

[**Додатки 33**](#bookmark9)

[Додаток 1. Експерти, які брали участь у розробці настанов 35](#bookmark10)

[Додаток 2. Запитання ПВПР 43](#bookmark11)

[**Вебдодатки 45**](#bookmark12)

Вебдодаток 1. Профілі доказів ГОРРР

Вебдодаток 2. Таблиці прийняття рішень на основі доказів

Вебдодаток 3. Звіти про систематичні огляди:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352904/9789240047754-eng.pdf

Слова подяки

Рекомендації й зауваження, що містяться в цьому документі, сформулювали три різні групи з розробки настанов (ГРН), скликані Глобальною програмою протидії туберкульозу (ГППТ) Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) у Женеві, Швейцарія. Оригіналами документів були: *Оновлення настанов щодо ведення лікарсько-стійкого туберкульозу, 2011 р.*; *Настанови щодо лікування лікарсько-чутливого туберкульозу й догляду за пацієнтами, перегляд 2017 р.*; і *Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу.Модуль 5: Ведення туберкульозу в дітей і підлітків*, *2022 р*. ВООЗ із вдячністю визнає внесок членів ГРН, окремих експертів і партнерів, яких було залучено до розробки цих настанов.

Докладну інформацію про учасників і членів ГРН, зовнішніх оглядових груп, керівних груп ВООЗ, груп з огляду доказів, осіб та партнерів, які зробили свій внесок в оновлення настанов 2011, 2017 і 2022 років, наведено в Додатку 1.

Консолідацію й написання цього документа — «Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу.*Модуль 4: Лікування. Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки»* — координували Fuad Mirzayev та Linh Nguyen під керівництвом Matteo Zignol і під загальним керівництвом Tereza Kasaeva, директорки Глобальної програми ВООЗ із протидії туберкульозу. Колеги з відділу з питань вразливих груп населення, громад і супутніх захворювань Глобальної програми ВООЗ із протидії туберкульозу під керівництвом Farai Mavhunga також сприяли консолідації цих настанов.

Укладання цього документа було профінансовано коштом грантів, наданих ВООЗ Агентством США з міжнародного розвитку.

Слова подяки V

|  |  |
| --- | --- |
| Перелік скорочень | |
| **СНІД** | Синдром набутого імунодефіциту |
| **АРТ** | Антиретровірусна терапія |
| **РЖПІ** | Рік життя з поправкою на інвалідність |
| **ДНП** | Диференційоване надання послуг |
| **Ч-ТБ** | Чутливий туберкульоз |
| **ГРН** | Група з розробки настанов |
| **ГОРРР** | Градації з оцінки, розробки й ранжування рекомендацій |
| **ГППТ** | Глобальна програма протидії ТБ |
| **ВІЛ** | Вірус імунодефіциту людини |
| **КВВЗГ** | Комплексне ведення випадків захворювання в громаді |
| **КВДХ** | Комплексне ведення дитячої хвороби |
| **МР-ТБ** | Мультирезистентний туберкульоз |
| **НУО** | Неурядова організація |
| **ПМСД** | Первинна медико-санітарна допомога |
| **ПВПР** | Формула ПВПР (пацієнти, втручання, порівняння, результати) |
| **СЛ** | Самостійне лікування або неконтрольоване лікування |
| **СМС** | Послуга коротких повідомлень або текстове повідомлення |
| **ТБ** | Туберкульоз |
| **Союз** | Міжнародний союз проти туберкульозу й хвороб легенів |
| **ПЛТ** | Профілактичне лікування туберкульозу |
| **ЛБНДВ** | Лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку |
| **ВООЗ** | Всесвітня організація охорони здоров’я |



|  |  |
| --- | --- |
| vi | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Короткий огляд

ВООЗ прагне використовувати найкращі наявні докази щодо втручань для забезпечення належного догляду й підтримки пацієнтів і для обґрунтування політичних рішень, що їх ухвалюють керівники національних програм з боротьби з ТБ, особи, які визначають політику, та лікарі-практики в різних географічних, економічних і соціальних умовах.

Цей модуль *Зведених настанов ВООЗ із туберкульозу*спрямовано на представлення огляду наявних чинних рекомендацій ВООЗ щодо надання догляду й підтримки під час лікування туберкульозу.

Рекомендації, представлені в цьому модулі, розробили три групи з розробки настанов (ГРН), скликані Глобальною програмою ВООЗ із протидії туберкульозу у 2011, 2016 та 2021 роках *(1–3)* з метою перегляду наявних доказів щодо ключових аспектів догляду за пацієнтами з ТБ і надання їм підтримки. ГРН складалися з багатопрофільної групи експертів із ТБ, зовнішніх для ВООЗ.

ГРН формулювали рекомендації з використанням підходу ГОРРР. Потім рекомендації розглянули групи зовнішні огляду, які складалися з експертів і кінцевих користувачів з усіх регіонів ВООЗ.

Було представлено такі рекомендації щодо догляду за пацієнтами з ТБ і надання їм підтримки:

**1. Втручання з догляду й підтримки для всіх пацієнтів із ТБ**

Рекомендації:

1. ***Пацієнтам, які проходять лікування ТБ, слід надавати медичне навчання й консультування щодо захворювання та прихильності до лікування (настійна рекомендація, помірна вірогідність доказів).***
2. **Пацієнтам, які проходять лікування ТБ, може бути запропоновано *комплекс втручань щодо сприяння прихильності до лікування***1, ***у поєднанні з вибором відповідного варіанту введення лікування***2 ***(умовна рекомендація, низька вірогідність доказів)***.
3. ***Пацієнтам, які проходять лікування ТБ, або медпрацівникам можна запропонувати одне або кілька з указаних нижче втручань щодо сприяння прихильності до лікування (додаткові й не взаємовиключені):***

а) ***відстежувачі***3 ***або цифровий контролер приймання препаратів***4 ***(умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів);***

1 Втручання щодо сприяння прихильності до лікування охоплюють: соціальну підтримку, як-от навчання й консультування пацієнтів; матеріальну підтримку (наприклад, харчування, фінансові можливості, транспортні збори); психологічну підтримку; відстежувачі, як-от домашні відвідування або цифрові комунікації щодо питань здоров’я (наприклад, СМС, телефонні дзвінки); контролер приймання препаратів; і навчання персоналу. Втручання слід вибирати на основі оцінки індивідуальних потреб пацієнта, ресурсів постачальника послуг та умов здійснення.

2 Підходящі варіанти організації лікування охоплюють різні форми підтримки лікування, як-от лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку й регулярна підтримка лікування в громаді або на дому.

3 Відстежувачі стосуються спілкування з пацієнтом, зокрема за допомогою СМС, телефонних (голосових) дзвінків або домашнього відвідування.

4 Цифровий контролер приймання препаратів — це пристрій, який може вимірювати час між відкриттям таблетниці.Контролер приймання препаратів може мати аудіонагадування або відправляти СМС, щоб нагадувати пацієнту прийняти ліки, разом із записом, коли відкривали таблетницю.

Короткий огляд vii

1. ***матеріальну підтримку пацієнта***5 ***(умовна рекомендація, помірна вірогідність доказів);***
2. ***психологічну підтримку***6 ***пацієнта*** ***(умовна рекомендація, низька вірогідність доказів);***
3. ***навчання персоналу***7 ***(умовна рекомендація, низька вірогідність доказів).***

***1.4.Пацієнтам, які проходять лікування ТБ, можна запропонувати такі варіанти його організації:***

1. ***Рекомендована підтримка лікування в громаді або вдома, а не підтримка лікування в медичному закладі або неконтрольоване лікування (умовна рекомендація, помірна вірогідність доказів).***
2. ***Терапевтична підтримка, яку проводять навчені непрофесіонали або медпрацівники, — кращий варіант, ніж підтримка лікування, яку проводять члени сім'ї, або лікування без підтримки (умовна рекомендація, дуже низька вірогідних доказів).***
3. ***Особисту підтримку лікування може замінити лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку (ЛБНДВ), коли технологія відеозв’язку доступна і її можуть належним чином організувати й експлуатувати медпрацівники та пацієнти (умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).***

**2. Моделі догляду за пацієнтами з лікарсько-стійким ТБ**

Рекомендації:

1. ***Пацієнти з мультирезистентним ТБ (МР-ТБ) повинні лікуватися з використанням переважно амбулаторної допомоги, а не моделей догляду, яку засновано переважно на госпіталізації (умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).***
2. ***Рекомендована не централізована, а децентралізована модель догляду для пацієнтів, що проходять лікування МР-ТБ (умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).***

**3. Моделі догляду за дітьми й підлітками, які контактують із ТБ або хворіють на ТБ**

Рекомендації:

1. ***У країнах з високим тягарем ТБ дітям і підліткам з ознаками й симптомами ТБ та/або тим, які контактували з ТБ, можна надавати децентралізовані моделі протитуберкульозного лікування (умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).***
2. ***Додатково до стандартних моделей догляду дітям і підліткам з ознаками й симптомами ТБ та/або тим, які контактували з ТБ, можна використовувати сімейно орієнтовані, інтегровані моделі надання протитуберкульозного лікування (умовна рекомендація; дуже низька вірогідність доказів).***

Надзвичайно важливо, щоб національні програми боротьби з ТБ й відповідальні діячі сфери охорони здоров’я розглядали ці рекомендації в контексті епідемій туберкульозу в країнах, сильних і слабких сторін систем охорони здоров’я й наявності фінансових, людських та інших необхідних ресурсів. Адаптуючи ці настанови, слід дотримуватися обережності для захисту доступу для найбільш нужденних груп населення, щоб охопити найбільшу

5 Матеріальною підтримкою може бути продовольча або фінансова підтримка, як-от: їжа, продуктові кошики, харчові добавки, харчові ваучери, транспортні субсидії, допомога на проживання, житлові заохочення або фінансовий бонус. Ця підтримка стосується непрямих витрат пацієнтів або їхніх доглядальників на доступ до медичних послуг і може зменшити наслідки втрати доходу, пов’язані із захворюванням.

6 Психологічною підтримкою можуть бути сеанси консультування або підтримка групи однолітків.

7 Навчання персоналу може охоплювати підготовку з питань прихильності, складання діаграм чи візуальних нагадувань, використання навчальних засобів і настільних посібників для прийняття рішень і нагадувань.

|  |  |
| --- | --- |
| vi | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

кількість людей і забезпечити стійкість. Не менш важливо забезпечити, щоб адаптація цих настанов не придушувала поточні або заплановані дослідження; нові рекомендації відображають поточний стан знань, і нова інформація буде необхідна для стійкості й майбутніх модифікацій наявних настанов.

Коротке резюме ix

|  |  |
| --- | --- |
| x | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Вступ

Глобальна програма протидії ТБ Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) тепер поєднує всі поточні рекомендації в один загальний набір зведених настанов із туберкульозу. Настанови містять рекомендації, що стосуються всіх сфер, пов’язаних із програмним лікуванням ТБ (наприклад, скринінг, профілактичне лікування, діагностика, лікування чутливого й лікарсько-стійкого ТБ та догляд за пацієнтами і їхня підтримка). Зведені настанови містять модулі, характерні для кожної програмної сфери.

Зведені науково обґрунтовані рекомендації ВООЗ щодо лікування лікарсько-стійкого ТБ *(4)*, чутливого ТБ (Ч-ТБ) *(5)* і ведення туберкульозу в дітей та підлітків *(3)* було опубліковано у 2020 й 2022 роках. Рекомендації з надання догляду й підтримки пацієнтам із ТБ, що містяться в цих настановах, було розроблено з використанням методу градації з оцінки, розробки й ранжування рекомендацій (ГОРРР) для оцінки якості доказів.

Орієнтований на людей догляд — важливий елемент Стратегії ліквідації ТБ, яка рекомендує лікування й підтримку для всіх пацієнтів із ТБ. Національні програми боротьби з ТБ впроваджували кілька втручань для підтримки прихильності пацієнтів до лікування ТБ протягом багатьох років (наприклад, підтримка лікування зі спостереженням за прийманням препаратів і соціальна підтримка), тоді як інші було введено нещодавно (наприклад, цифрові втручання в галузі охорони здоров’я, як-от СМС-повідомлення, телефонні дзвінки або інші нагадування та лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку, або ЛБНДВ). Ці втручання й моделі догляду було оцінено за допомогою методу ГОРРР, і ВООЗ видала настанови з доказовими рекомендаціями щодо різноманітних втручань для догляду за пацієнтами з ТБ та надання їм підтримки. У цьому модулі представлено всі рекомендації ВООЗ із догляду за пацієнтами з ТБ та надання їм підтримки, які є або новими, або наявними рекомендаціями, які було опубліковано раніше в інших рекомендаціях ВООЗ, які застосовували підхід ГОРРР.

**Структура документа**

Глава «Рекомендації» цього документа містить три основні розділи щодо аспектів догляду за пацієнтами з ТБ та надання їм підтримки. Розглянуті аспекти:

1. Втручання з догляду й підтримки для всіх пацієнтів із ТБ.
2. Моделі догляду за пацієнтами з лікарсько-стійким ТБ.
3. Моделі догляду за дітьми й підлітками, які контактують із ТБ або хворіють на ТБ.

Кожен розділ починається з поточних рекомендацій ВООЗ щодо цього аспекту. Потім він надає інформацію про докази, які використовують для інформування про рекомендації, узагальнює аналізи, які було проведено на основі доказів, та описує міркування щодо конкретних підгруп, для моніторингу й оцінки та для реалізації. Прогалини в наукових дослідженнях, визначені для кожного з розділів, представлено в кінці цього документа, тоді як у вебдодатках наведено докладніші відомості про методи, групи з розробки настанов (ГРН), звіти про систематичні огляди й аналізи даних, профілі доказів, неопубліковані дані та плани статистичного аналізу. Кожен розділ відображає дискусії, які проводили на засіданнях ГРН. Додаткову інформацію про впровадження втручань із догляду за пацієнтами представлено у відповідному підмодулі Операційного керівництва ВООЗ із догляду за пацієнтами з ТБ й надання їм підтримки, який є окремим документом, розробленим для сприяння зусиллям щодо впровадження.

Вступ 1

|  |  |
| --- | --- |
| 2 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

|  |
| --- |
| Стратегічні рекомендації ВООЗ |
| **1. Втручання з догляду й підтримки для всіх пацієнтів із ТБ** |
| **Рекомендації:** |
| 1.1 **Пацієнтам, що проходять лікування ТБ, слід надавати медичну освіту й консультування щодо захворювання та підвищення прихильності до лікування**  *(настійна рекомендація, помірна вірогідність доказів).*  1.2 **Пацієнтам, що проходять лікування ТБ,** **можна запропонувати комплекс втручань щодо сприяння прихильності до лікування8 в поєднанні з вибором відповідного варіанту лікування**9  *(умовна рекомендація, низька вірогідність доказів).*  1.3 **Пацієнтам, що проходять лікування ТБ, або медпрацівникам** **можна запропонувати одне або кілька зі вказаних нижче втручань щодо сприяння прихильності до лікування (додаткові й не взаємовиключені):**  а) **відстежувачі**10 **та/або цифровий контролер приймання препаратів**11 *(умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів);*  б) **матеріальну підтримку12 пацієнта** *(умовна рекомендація, помірна вірогідність доказів);*  в) **психологічну підтримку**13 **пацієнта** *(умовна рекомендація, низька вірогідність доказів);*  г)  **навчання персоналу**14 *(умовна рекомендація, низька вірогідність доказів).* |
| 8    8 Втручання щодо сприяння прихильності до лікування охоплюють: соціальну підтримку (як-от навчання й консультування пацієнтів); матеріальну підтримку (наприклад, харчування, фінансові можливості, транспортні збори); психологічну підтримку; відстежувачі, як-от домашні відвідування або цифрові комунікації щодо питань здоров’я (наприклад, СМС, телефонні дзвінки); контролер приймання препаратів; і навчання персоналу. Втручання слід вибирати на основі оцінки індивідуальних потреб пацієнта, ресурсів постачальника послуг та умов здійснення.  9 Підходящі варіанти призначення лікування охоплюють різні форми підтримки лікування, як-от лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку й регулярна підтримка лікування в громаді або на дому.  10 Відстежувачі стосуються спілкування з пацієнтом, зокрема за допомогою СМС, телефонних (голосових) дзвінків або домашнього відвідування.  11 Цифровий контролер приймання препаратів — це пристрій, який може вимірювати час між відкриттям таблетниці.Контролер приймання препаратів може мати аудіонагадування або відправляти СМС, щоб нагадувати пацієнту прийняти ліки, разом із записом, коли відкривали таблетницю.  12 Матеріальною підтримкою можуть бути продовольча або фінансова підтримка: харчування, кошики з їжею, харчові добавки, ваучери на харчування, транспортні субсидії, допомога на проживання, житлові заохочення або фінансовий бонус. Ця підтримка стосується непрямих витрат пацієнтів або їхніх доглядальників на доступ до медичних послуг і може зменшити наслідки втрати доходу, пов’язані із захворюванням.  13 Психологічною підтримкою можуть бути сеанси консультування або підтримка групи однолітків.  14 Навчання персоналу може охоплювати підготовку з питань прихильності, складання діаграм чи візуальних нагадувань, використання навчальних засобів і настільних посібників для прийняття рішень і нагадувань. |

Стратегічні рекомендації ВООЗ 3

|  |  |
| --- | --- |
| 1.4 | **Пацієнтам, що проходять лікування ТБ, можна запропонувати такі варіанти його організації:**  а) **Рекомендована підтримка лікування в громаді або вдома, а не підтримка лікування в медичному закладі або неконтрольоване лікування** *(умовна рекомендація, помірна вірогідність доказів).*  b)  **Рекомендована підтримка лікування, яку надають навчені неспеціалісти або медпрацівники, а не підтримка лікування, яку надають члени сім’ї, або неконтрольоване лікування** *(умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).*  c. **Особисту підтримку лікування може замінити** **лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку** **(ЛБНДВ), коли технологія відеозв’язку доступна і її можуть належним чином організувати й експлуатувати медпрацівники та пацієнти** *(умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).* |

**Обґрунтування**

***Підтримка лікування***

Терміном «підтримка лікування» в цьому документі описують підхід, спрямований на підтримку пацієнтів, які приймають прописані дози протитуберкульозних препаратів, щоб сформувати в них прихильність до лікування й максимізувати його ефективність. Підтримку лікування слід надавати в контексті пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, і вона має ґрунтуватися на потребах, прийнятності й перевагах окремого пацієнта. Вона охоплює аспекти підтримки, мотивації та розуміння пацієнтів без примусу. Історично цю групу втручань було позначено як «лікування під безпосереднім наглядом (ЛБН)». Однак через потребу підкреслити необхідність підтримки людей у дотриманні лікування, як радять рекомендації ВООЗ з питань етики щодо ТБ 2010 та 2017 років *(6, 7)*, цю застарілу термінологію замінили на «підтримку лікування» у всьому цьому документі з метою узгодження мови із суттю рекомендації настанови ВООЗ з питань етики щодо ТБ.

У систематичному огляді, на якому ґрунтувалися рекомендації щодо прихильності до лікування, «підтримувача лікування» визначали як будь-яку особу, яка наглядає за пацієнтом, який приймає препарати в режимі реального часу. Співробітник ЗОЗ, який здійснює підтримку лікування ТБ, не обов’язково повинен бути медпрацівником, а може бути другом, родичем або неспеціалістом, який виконує функцію підтримувача лікування.

Підтримку лікування також можна здійснювати за допомогою відеознімання в режимі реального часу та відеозапису, який називають лікуванням під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку (ЛБНДВ). У цьому огляді ЛБНДВ було проаналізовано окремо.

Визначення прихильності варіювалися в різних дослідженнях. Однак загалом прихильність визначали як застосування > 90 % препаратів в умовах безпосереднього спостереження іншою людиною.

Систематичний огляд, проведений для підтримки цієї настанови, ґрунтувався на синтезі даних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) *(8–15)* та обсерваційних досліджень *(16–29)*, при цьому перевагу надавали результатам РКД. Результати підтримки лікування зі спостереженням порівнювали з результатами самостійного лікування (СЛ), які давалися відповідно до стандартної практики лікування ТБ й без будь-якої додаткової підтримки. Підтримувати лікування може медпрацівник, член сім’ї чи громади, а надавати цю підтримку можуть удома, у громаді пацієнта або в клініці. Підтримку лікування зазвичай проводили щодня. ГРН переважно зосереджувалася на даних рандомізованих контрольованих досліджень, отриманих в результаті систематичного огляду. Коли дані рандомізованих контрольованих досліджень були обмеженими або недоступними, вивчали дані обсерваційних досліджень і представляли їхні результати. Однак інтерпретація зв’язків потребує обережності через обмеження обсерваційних даних, коли зв’язки зазнають впливу різних факторів. У неконтрольованих обсерваційних дослідженнях, наприклад, пацієнтам із серйознішим захворюванням або вищим ризиком неприхильності

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

імовірно, призначать підтримку лікування, а пацієнтам із менш серйозним захворюванням, або, менш імовірно, тим, що не відповідають вимогам, призначать СЛ. Те саме може стосуватися вибору місця підтримки лікування, співробітника ЗОЗ, який здійснює підтримку лікування, або інших втручань у когортних дослідженнях.

Якщо порівнювати підтримку лікування із СЛ, пацієнти, що отримували підтримку лікування, мали кращі показники успішності лікування, прихильності й конверсії мокротиння на 2-му місяці; а також мали дещо менші показники втрати для подальшого спостереження та набутої медикаментозної резистентності. Однак у пацієнтів, що отримували підтримку лікування, спостерігався дещо вищий показник рецидиву. ГРН вважала, що загалом доказові дані непослідовно демонстрували очевидні переваги лише підтримки лікування над СЛ або навпаки. Однак доказові дані свідчать про те, що деякі підгрупи пацієнтів (наприклад, пацієнти з ТБ, що живуть із ВІЛ) з факторами, що впливають на прихильність до лікування, найімовірніше, отримають більше користі від підтримки лікування, ніж інші пацієнти; або що конкретні типи надання підтримки лікування (наприклад, місця підтримки лікування або постачальники підтримки), імовірно, працюватимуть краще, ніж інші. Доказові дані також показали, що коли пацієнти отримували втручання для формування прихильності до лікування (наприклад, різні комбінації навчання пацієнтів, навчання персоналу, матеріальну підтримку, психологічну підтримку, відстежувачі й використання контролера приймання препаратів) спільно з підтримкою лікування або СЛ, результати лікування були значно ліпшими, як порівняти з підтримкою лікування або лише СЛ (див. нижче).

У ВІЛ-позитивних пацієнтів із ТБ були доступні лише когортні дослідження для вивчення підтримки лікування та СЛ *(30–46)*, і багато із цих досліджень проводили ще в часи до появи антиретровірусної терапії (АРТ) перед або невдовзі після застосування цього лікування для ВІЛ-позитивних пацієнтів із ТБ *(42–45)*. Як було сказано вище, підтримку лікування могли проводити різні люди в різних умовах, включно з домівками й клініками, а періодично, під час початкової інтенсивної фази лікування, його проводили на базі лікарні. Кілька досліджень забезпечували стимули або надавали підтримку лікування лише особам, що мали більший ризик втрати для подальшого спостереження. ВІЛ-позитивні пацієнти з ТБ на СЛ мали нижчі показники успішності лікування, завершення лікування й вилікування; вони також мали вищі показники смертності, невдачі лікування та втрати для подальшого спостереження. Доказові дані показали, що ВІЛ-позитивні пацієнти з ТБ, як підгрупа, отримують більше користі від підтримки лікування, ніж звичайні пацієнти з ТБ, і що СЛ самостійно не доцільний для ВІЛ-позитивних пацієнтів із ТБ. Причини, як-от підвищені показники взаємодії лікарських засобів і серйознішого захворювання в цій когорті можуть указувати на те, що підтримка лікування має значну перевагу над СЛ.

У систематичному огляді також досліджували підтримку лікування та СЛ у пацієнтів із МР-ТБ. Однак, у когортному дослідженні були дуже обмежені дані *(32)*. У пацієнтів із МР-ТБ на СЛ були вищі показники смертності й відсутності прихильності та нижчі показники завершення лікування, як порівняти з пацієнтами, що отримували підтримку лікування, хоча різниця не була значною.

***Співробітник ЗОЗ, який здійснює підтримку лікування***

Для вивчення ефективності співробітників ЗОЗ, які здійснюють підтримку лікування, як порівняти із СЛ, були доступні рандомізовані контрольовані дослідження *(10, 12–14)* та обсерваційні дослідження *(17, 18, 21, 23, 28, 31, 36, 38, 41, 42, 46, 155).* Співробітників ЗОЗ групували як медпрацівників, неспеціалістів і членів сім’ї. Група медпрацівників була різноманітною та охоплювала персонал, який працює на різних рівнях систем охорони здоров’я та пройшов медпідготовку. Медпрацівники могли бути медсестрами, лікарями або кваліфікованим медперсоналом громади. Неспеціалісти також різнилися й охоплювали вчителів, громадських волонтерів або традиційних цілителів. Підтримка лікування від неспеціалістів мала вищі показники успішності лікування та вилікування та дещо нижчий показник утрати для подальшого спостереження, як порівняти із СЛ. Однак в одному когортному дослідженні спостерігався вищий показник завершення лікування в разі СЛ, як порівняти з підтримкою лікування неспеціалістами. Пацієнти, які отримували підтримку лікування від члена сім’ї, мали вищі показники успішності лікування й менші показники втрати для подальшого спостереження, як порівняти з пацієнтами, які були на СЛ. Коли підтримку лікування, надану медпрацівником, порівнювали із СЛ, то підтримка від медпрацівника демонструвала вищі показники вилікування та прихильності, а також нижчі показники рецидиву й набуття медикаментозної резистентності. Однак у когортних дослідженнях у СЛ спостерігався вищий показник завершення лікування, як порівняти з підтримкою лікування, яку надавали медпрацівники.

Стратегічні рекомендації ВООЗ 5

Також було вивчено вплив на результати різних типів співробітників ЗОЗ, які здійснюють підтримку лікування. Порівнювали підтримку лікування, надавану медпрацівниками, і підтримку лікування, яку надавали неспеціалісти. У літературі були доступні лише обсерваційні дослідження *(18, 21, 38, 47–51)*. Істотних відмінностей не спостерігалося, хоча дещо вищі показники успішності — і нижчі показники смертності, невдачі й утрати для подальшого спостереження — спостерігалися серед пацієнтів, які отримували підтримку лікування від неспеціаліста, як порівняти з підтримкою від медпрацівника.

Коли надання підтримки лікування членом сім’ї порівнювали з наданням підтримки медпрацівником, спостерігалися вищі показники смертності, утрати для подальшого спостереження й неефективності, а також нижчі показники успішного лікування, вилікування та прихильності до лікування серед пацієнтів, яким підтримку лікування надавав член сім’ї. Тому, хоча підтримка лікування медпрацівником, навченим неспеціалістом і членом сім 'ї показала переваги над СЛ, надання підтримки навченими неспеціалістами й медпрацівниками є переважним варіантом підтримки лікування, при цьому найменш переважним співробітником ЗОЗ, який надає підтримку лікування, є член сім’ї.

***Місце надання підтримки лікування***

Рандомізовані контрольовані дослідження *(10, 12, 14, 28, 52–55)* та обсерваційні дослідження *(16, 23, 36, 38, 41, 42, 56–89)* вивчали, як місце надання підтримки лікування впливало на результат лікування. Локації розділили на ті, де підтримували лікування на базі громади чи дому, і ті, де підтримували лікування на базі медичного закладу. Підтримку лікування на базі громади чи дому визначали як підтримку лікування, яку надавали в громаді, близькій до дому чи робочого місця пацієнта. Загалом, підтримку лікування на базі громади чи дому надавали близько до пацієнтів. Підтримку лікування на базі медичного закладу визначали як підтримку лікування, яку надавали в медичному центрі, клініці або лікарні, хоча існували деякі випадки підтримки лікування на базі громади або дому, яку надавали медпрацівники. Як порівнювати місця надання підтримки лікування, у підтримки лікування на базі громади чи дому спостерігалися вищі показники успішності лікування, вилікування, завершення лікування та 2-місячної конверсії мокротиння. Підтримка лікування на базі громади чи дому також демонструвала нижчі показники смертності й несприятливих результатів, як порівняти з підтримкою лікування на базі медичного закладу.

Як порівняти підтримку лікування на базі громади/дому або на базі медичного закладу й СЛ, то в результатах рандомізованих контрольованих досліджень істотних відмінностей не було. Однак когортні дослідження показали, що підтримка лікування на базі громади/дому продемонструвала вищі показники успішності та прихильності до лікування й нижчий показник утрати для подальшого спостереження, як порівняти із СЛ.

Обсерваційні дані за результатами когортних досліджень також показали нижчі показники завершення лікування й дещо вищі показники неефективності та втрати для подальшого спостереження в підтримки лікування на базі медичного закладу, як порівняти із СЛ.

Отже, підтримка лікування на базі громади або дому є більш рекомендованим варіантом, ніж підтримка лікування на базі медичного закладу й СЛ.

Поєднуючи доказові дані щодо співробітників ЗОЗ, які здійснюють підтримку лікування, і місця надання підтримки лікування, бажано, щоб підтримку лікування надавали вдома або в громаді медпрацівник або навчений неспеціаліст. Підтримку лікування, яку надають у медичному закладі або яку надає член сім’ї, і лікування без підтримки не є рекомендованими варіантами.

***Лікування під безпосереднім наглядом за допомогою відеозв’язку (ЛБНДВ)***

Стосовно ЛБНДВ у країнах з високим рівнем доходу проводили лише два когортні дослідження, а щодо країн з низьким і середнім рівнями доходу взагалі немає даних *(90, 91)*.Ці дослідження порівнювали особисту підтримку лікування з ЛБНДВ, проведеним у режимі реального часу. Пацієнти, яким надавали ЛБНДВ, не мали статистично значущої різниці в завершенні лікування та смертності, як порівняти з пацієнтами, які отримували особисту підтримку лікування.

Хоча існує певне занепокоєння щодо непрямості доказів для ЛБНДВ, ураховуючи, що дослідження проводили в країнах з високим рівнем доходу й існує невизначеність доказових даних щодо використання ЛБНДВ,

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

результати двох когортних досліджень показали, що особиста підтримка лікування не була кращою, ніж ЛБНДВ. Підтримка лікування — це стандарт догляду, до якого прагне багато програм, навіть якщо на практиці їм доводиться рекомендувати багатьом пацієнтам СЛ через брак ресурсів. Перевага використання ЛБНДВ — його потенціал контролю за прихильністю до лікування з відстані, навіть коли пацієнти подорожують і не можуть відвідувати співробітника ЗОЗ, який здійснює підтримку лікування. ЛБНДВ також гнучкіший щодо розкладу людей, пропонуючи віртуальне спостереження в будь-який час дня. ЛБНДВ може допомогти досягти кращого рівня взаємодії пацієнтів за набагато менших витрат і менших незручностей, як порівняти з особистою підтримкою лікування. ЛБНДВ можна використовувати додатково або взаємозамінно з особистою підтримкою лікування або іншими варіантами ведення лікування. Наприклад, не очікують, що пацієнт отримуватиме ЛБНДВ як єдиний варіант спостереження протягом усього періоду лікування.

Крім того, технологія, необхідна для ЛБНДВ (широкосмуговий доступ до Інтернету й смартфонів), стає дедалі доступнішою в умовах обмежених ресурсів. Ба більше, активно формуються варіанти надання ЛБНДВ (наприклад, розширена можливість спілкування в режимі реального часу додатково до записаного відео), і тому найближчими роками, імовірно, розвиватимуться доказові дані й найкращі практики, особливо через рандомізовані контрольовані дослідження. Переваги ЛБНДВ можуть стати очевиднішими, оскільки програми можуть вибирати такі його форми, які найкраще відповідають їхнім потребам. Насправді, ЛБНДВ може бути особливо корисним для полегшення тягаря на систему охорони здоров’я в країнах з низьким і середнім рівнями доходу.

***Комплекс комбінованих втручань щодо сприяння прихильності до лікування***

Як рандомізовані контрольовані дослідження *(91–96)*, так і обсерваційні дослідження *(56–62, 97)* вивчали ефекти комбінованого втручання в прихильність до лікування. Коли пацієнтів, які отримували комбіновані втручання щодо сприяння прихильності до лікування разом з підтримкою лікування або СЛ, порівнювали з тими, хто отримував підтримку лікування або лише СЛ, у пацієнтів, які отримували комбіновані втручання щодо сприяння прихильності до лікування, були вищі показники успішності лікування, завершення лікування, вилікування та прихильності, а також нижчі показники смертності й утрати для подальшого спостереження. Види втручань щодо сприяння прихильності були різноманітними (Таблиця 1). Вони охоплювали різні комбінації навчання пацієнтів, навчання персоналу, матеріальної підтримки (наприклад, харчування, фінансові стимули, транспортні збори, бонуси за досягнення цілей лікування), психологічної підтримки й консультування. До втручань щодо сприяння прихильності до лікування також входили такі перевірки, як-от домашні відвідування, використання цифрової комунікації щодо здоров’я (наприклад, СМС, телефонні дзвінки) або контролер приймання препаратів. Втручання слід вибирати на основі оцінки індивідуальних потреб пацієнта, ресурсів постачальника послуг та умов здійснення.

Стратегічні рекомендації ВООЗ 7

|  |  |
| --- | --- |
| **Таблиця 1. Втручання щодо сприяння прихильності до лікування** | |
| **Втручання щодо сприяння прихильності до лікування** | **Опис** |
| Навчання пацієнтів | Медичне навчання й консультування. |
| Навчання персоналу | Навчання, графік або візуальні нагадування, навчальні інструменти й настільні посібники для прийняття рішень і нагадувань. |
| Матеріальна підтримка | Продовольча або фінансова підтримка, наприклад, харчування, кошики з їжею, харчові добавки, ваучери на харчування, транспортні субсидії, допомога на проживання, житлові заохочення або фінансовий бонус.  Ця підтримка стосується непрямих витрат пацієнтів або їхніх доглядальників на доступ до медичних послуг і може зменшити наслідки втрати доходу, пов’язані із захворюванням. |
| Психологічна підтримка | Сеанси консультування або підтримка групи однолітків. |
| Перевірка | Спілкування з пацієнтом, включно з домашнім відвідуванням або через мобільний зв’язок, як-от СМС або телефонний (голосовий) дзвінок. |
| Цифровий контролер приймання препаратів | Цифровий контролер приймання препаратів — це пристрій, який може вимірювати час між відкриттями таблетниці. Контролер приймання препаратів може мати звукові нагадування або надсилати СМС, щоб нагадувати пацієнту приймати препарати, а також записувати, коли відкриється таблетниця. |

***Відстежувачі й цифрові медичні втручання, окрім ЛБНДВ.***

До рандомізованих контрольованих досліджень та обсерваційних досліджень було включено різні відстежувачі *(90, 91, 106–110)*. Ці втручання можуть охоплювати СМС, телефонні дзвінки або автоматичні телефонні нагадування. Пацієнти, які пропустили зустрічі або не змогли зібрати препарати, отримували нагадування або домашні відвідування медпрацівників. Щоб допомогти медпрацівникам відстежувати пацієнтів, також використовували контролери приймання препаратів або комп’ютерні системи в клініці. Контролери приймання препаратів можуть вимірювати час між відкриттями таблетниці, здійснювати звукові нагадування, записувати, коли відкривається таблетниця, або надсилати СМС-нагадування для приймання препаратів.

Завдяки відстежувачам (або через домашні відвідування, або через мобільний зв’язок (СМС або телефонний дзвінок)) було досягнуто вищих показників успішності лікування, прихильності до лікування й конверсії мокротиння через 2 місяці, а також нижчих показників смертності, утрати для подальшого спостереження та набуття медикаментозної резистентності.

Коли окремо вивчали втручання за допомогою мобільного телефону (СМС або телефонний дзвінок), спостерігалися вищі показники успішності лікування, вилікування й конверсії мокротиння через 2 місяці, а також нижчі показники неефективності лікування, утрати для подальшого спостереження, поганої прихильності й несприятливих результатів з мобільними нагадуваннями на відміну від відсутності втручань.

Контролери приймання препаратів мали кращі показники прихильності й сприятливі результати, а комбіноване втручання СМС і контролерів приймання препаратів також показало кращу прихильність на відміну від відсутності втручань.

Слід зазначити, що для всіх цифрових медичних втручань була доступна лише невелика кількість досліджень. Було лише одне невелике рандомізоване контрольоване дослідження *(99)*, на якому ґрунтуються ці дані. З усіма цифровими втручаннями й відстежувачами, включно з ЛБНДВ, важливо зберегти підтримку пацієнтів і здатність останніх взаємодіяти з медпрацівниками. Насправді ці цифрові втручання слід розглядати як інструменти для забезпечення кращої комунікації з медпрацівником, а не як заміну інших втручань щодо сприяння прихильності. На практиці очікують, що СМС, телефонні дзвінки

|  |  |
| --- | --- |
| 8 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

й ЛБНДВ можуть заміняти особисту підтримку лікування протягом певних періодів часу, а не протягом усього строку лікування, і що вони сприяють запровадженню пацієнт-орієнтованих підходів до догляду.

Втручання за допомогою мобільних телефонів, відстежувачів і ЛБНДВ також можуть збільшити рівність у сфері охорони здоров’я, якщо зменшиться потреба відвідувати клініку чи помешкання пацієнта. Однак здатність пацієнтів брати участь у цих програмах залежить від того, чи проживають вони в районі з хорошою телекомунікаційною інфраструктурою.

***Матеріальна підтримка пацієнтів***

Ефекти матеріальної підтримки досліджували за допомогою як рандомізованих контрольованих досліджень *(69–181)*, так і обсерваційних досліджень *(78, 111–118)*. Втручання охоплювали надання їжі з підтримкою лікування зі спостереженням, щомісячні ваучери на їжу, кошики з їжею, харчові добавки й вітаміни. Продовольча підтримка пацієнтів із ТБ і членів їхніх сімей — важливий стимул, а також вона допомагає захистити пацієнтів від катастрофічних витрат, пов’язаних із ТБ. Їжа може бути стимулом, але може також біологічно поліпшити результати лікування завдяки зменшенню недоїдання та подальшому поліпшенню імунної функції. Іншою матеріальною підтримкою може бути фінансова підтримка у вигляді фінансових стимулів, транспортних субсидій, допомоги на проживання, житлових стимулів або фінансових бонусів після досягнення цілей лікування.

У пацієнтів, які отримували матеріальну підтримку, були вищі показники успішності лікування, його завершення й конверсії мокротиння та нижчі показники неефективності лікування й утрати для подальшого спостереження як порівняти з пацієнтами, які не отримували матеріальної підтримки. Слід зазначити, що всі ці дослідження проходили в країнах з низьким і середнім рівнями доходу, тому, імовірно, ці стимули були дуже важливі для пацієнтів у таких умовах. Однак матеріальна підтримка мала б важливу цінність для пацієнтів із ТБ навіть у країнах з високим рівнем доходу, особливо в країнах, які не мають належної системи соціального забезпечення, оскільки ТБ є захворюванням бідних.

Дослідження в цьому огляді показали, що матеріальну підтримку зазвичай надають найвразливішим групам, тож, імовірно, у результаті цього втручання поліпшилася рівність у сфері охорони здоров’я. Однак, якщо ці стимули не застосовувати належним чином, розбіжності в стані здоров’я можуть збільшитися. Розподіл матеріальної підтримки, імовірно, залежатиме від контексту країни й може мати різний вплив всередині та між країнами.

***Навчання пацієнтів або освітнє консультування***

Аналіз користі від навчання пацієнтів охоплював рандомізовані контрольовані дослідження *(64–67)* та обсерваційні дослідження *(75)*. Пацієнти, які пройшли навчання або освітнє консультування, мали кращі показники успішності лікування, завершення лікування, вилікування та прихильності до лікування, а також нижчі показники втрати для подальшого спостереження. Слід зазначити, що в цьому разі «консультування» стосується освітніх, а не психологічних консультацій. Навчання пацієнтів може охоплювати усну або письмову освіту через медпрацівників або фармацевтів. Навчання може бути одноразовим після завершення інтенсивної фази терапії або під час кожного відвідування лікарні для подальшого спостереження. На освітній сесії можуть бути присутні лише медпрацівник і пацієнт, а може бути й соціальна мережа пацієнта та члени його сім’ї. Важливо переконатися, що навчання й консультування здійснюють у культурно прийнятному порядку. Крім того, певні маргіналізовані популяції можуть вимагати спеціальних освітніх методів.

***Навчання персоналу***

Навчання персоналу може охоплювати навчання однолітків, наочні посібники, які допомагають ініціювати розмови з пацієнтами, інші інструменти, що допомагають у прийнятті рішень і як нагадування, та навчання працівників лабораторій. Це втручання досліджували як у рандомізованих контрольованих дослідженнях *(68, 69, 118),* так і в обсерваційних дослідженнях *(119)*. Навчання персоналу супроводжувалося вищими показниками успішності лікування й дещо нижчими показниками смертності та втрати для подальшого спостереження. У разі кращого навчання персоналу лікування пацієнтів, імовірно, теж поліпшиться. Будь-які упередження,

Стратегічні рекомендації ВООЗ 9

які медпрацівники можуть мати щодо пацієнтів, зменшаться, оскільки медпрацівники краще розумітимуть захворювання на ТБ і його лікування.

***Психологічна підтримка***

Психологічна підтримка була різноманітною й могла охоплювати групи самодопомоги, консультування щодо припинення вживання алкоголю та протитуберкульозні клуби *(56, 74, 120)*. Пацієнти, які мали доступ до психологічної підтримки, мали вищі показники завершення лікування й вилікування, а також нижчі показники неефективності лікування та втрати для подальшого спостереження. Однак ГРН висловила занепокоєння стосовно викривлень у цих дослідженнях через тяжкість захворювання в групах, які отримували підтримку. Крім того, розподіл пацієнтів у групи підтримки не завжди був рандомізованим.

Розглядаючи ці дані, слід також зазначити, що види психологічної підтримки дуже широкі й можуть бути недостатньо представлені в цьому огляді. Для досягнення максимальної рівності у сфері охорони здоров’я психологічна підтримка повинна бути спрямована на найбільш маргіналізовану популяцію.

**Міркування щодо підгруп**

Попри те, що оглянуті дані не дають змоги зробити висновки про переваги підтримки лікування над СЛ або навпаки в пацієнтів із ТБ, в аналізі підгрупи пацієнтів із ТБ, що живуть із ВІЛ, підтримка лікування продемонструвала явну користь із значно поліпшеними результатами лікування. Цілком імовірно, що підтримка лікування може бути корисною не для всіх пацієнтів, але може мати більше переваг у певних підгрупах пацієнтів із ТБ. Окрім ВІЛ-позитивних пацієнтів із ТБ, інші фактори чи групи пацієнтів, які мали більшу чи меншу ймовірність прихильності до лікування й тому потребують підтримки лікування, не входили в межі систематичного огляду.

**Міркування щодо впровадження**

***Втручання щодо сприяння прихильності до лікування***

Оскільки самої підтримки лікування, мабуть, не буде достатньо для забезпечення хороших результатів лікування ТБ, необхідно забезпечити додаткові втручання щодо сприяння прихильності до лікування. Всім пацієнтам, що отримують лікування ТБ, слід пройти навчання. Пацієнтам також слід запропонувати комплекс інших втручань щодо прихильності до лікування на основі оцінки потреб окремих пацієнтів, ресурсів постачальників та умов реалізації.

Що стосується телефонних або відеовтручань, може виникнути небажання використовувати нові технології, що ускладнює впровадження. Можуть виникнути проблеми щодо конфіденційності безпеки телефонних даних, тому потрібно розглянути шифрування та інші заходи щодо захисту конфіденційності. Доцільність здійснення цих втручань залежить від телекомунікаційної інфраструктури, наявності телефону й витрат на з’єднання. Багато організацій ініціювали подібні програми, тому програмам боротьби з ТБ може бути корисним співпрацювати з іншими програмами надання медичних послуг, які вже створили інфраструктуру.

З боку виконавців (наприклад, державних чи місцевих органів влади, партнерів у галузі охорони здоров’я) може бути небажання платити за заохочення. Виконавці можуть бути готові платити за матеріальну підтримку для менших підгруп з особливо високим ризиком (наприклад, пацієнтів із МР-ТБ). Однак один зі складників Стратегії ліквідації ТБ *(121)* — забезпечити «соціальний захист і зниження рівня бідності» пацієнтам із ТБ.Ця Стратегія спеціально закликає вжити заходів щодо «полегшення тягаря втрати доходу й немедичних витрат на пошук та отримання лікування». Запропоновані заходи охоплюють соціальні виплати, ваучери й кошики з їжею. Перевага матеріальної підтримки в цьому огляді підтримує ці складники Стратегії ліквідації туберкульозу *(121)*.

|  |  |
| --- | --- |
| 10 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Для розподілу матеріальної підтримки слід створити інфраструктуру уряду та/або неурядової організації (НУО), включно з механізмами боротьби із шахрайством (наприклад, надійні унікальні персональні ідентифікатори) і відповідним обліком для забезпечення справедливого розподілу стимулів для людей, які найбільше їх потребують. Країни повинні вибирати стимули, які є найвідповіднішими для їхньої ситуації.

***Впровадження лікування***

Підтримка лікування на базі громади чи дому має більше переваг, ніж підтримка лікування на базі медичного закладу, хоча члени сім’ї не повинні бути першим або єдиним варіантом здійснення підтримки лікування. Найкраще, щоб підтримку лікування надавали вдома або в громаді навчені неспеціалісти й медпрацівники. Однак під час надання підтримки лікування медпрацівниками на базі громади або дому можуть виникнути проблеми через збільшення кількості необхідних медпрацівників, збільшення оплати часу персоналу й щоденні поїздки до громади чи дому пацієнта. Доцільнішим є надання підтримки лікування в громаді чи вдома навченими місцевими неспеціалістами. Також можлива комбінація неспеціаліста й медпрацівника для надання підтримки лікування на базі громади або дому. Підтримка лікування на базі громади або дому швидше буде прийнятною й доступною для пацієнтів, ніж інші форми підтримки лікування. Однак для підтримки лікування на базі громади або дому може залишатися проблемою стигматизація. Регулярні відвідування медпрацівником дому пацієнта можуть бути стигматизувальними, а відчуття «спостереження» може бути неприємним пацієнтам. Інші форми підтримки лікування (наприклад, емоційно підтримувальним родичем або близьким другом) можуть бути прийнятнішими, але все ще можуть бути стигматизувальними.

Ураховуючи складну соціальну динаміку сім’ї, члени сім’ї не завжди можуть бути найкращими людьми для контролю за лікуванням, і придатність таких наглядачів за прихильністю до лікування потребує ретельного аналізу в кожному національному чи місцевому контексті. Якщо члени сім’ї вже надають підтримку лікування, потрібна ретельна ідентифікація й навчання цих осіб. Усе ще потрібен додатковий нагляд місцевих підтримувачів або медпрацівників, оскільки члени сім’ї не можуть бути єдиним варіантом надання догляду. Пацієнти й надалі потребуватимуть соціальної підтримки, навіть якщо члени сім’ї надають їм підтримку лікування.

Щоб вирішити, який варіант лікування слід вибрати для пацієнта, медпрацівники мають враховувати на початку лікування оцінку потенційних факторів ризику поганої прихильності. Деякі групи пацієнтів, які з меншою ймовірністю притримуються лікування, можуть отримати більше користі від підтримки лікування, ніж інші. Ще одним фактором, який слід ураховувати під час вибору варіантів призначення лікування, є те, що деякі пацієнти з негнучкими робочими або сімейними обов’язками можуть бути не в змозі надавати підтримку в лікуванні. Будь-який варіант лікування, запропонований пацієнту, слід забезпечувати разом з належною медичною допомогою, включно з регулярним підбиранням протитуберкульозних препаратів, консультаціями з лікарем або іншими медпрацівниками, якщо це необхідно, безоплатним лікуванням ТБ та наданням пацієнту важливої інформації про лікування ТБ.

**Моніторинг та оцінювання**

Програми повинні намагатися виміряти, чи поліпшує надання стимулів виконання програми.

Стратегічні рекомендації ВООЗ 11

|  |  |
| --- | --- |
| **2.Моделі догляду за пацієнтами з лікарсько-стійким ТБ** | |
| **Рекомендації:** | |
| 2.1  2.2 | **Пацієнтів з МР-ТБ потрібно лікувати переважно амбулаторно, а не за моделями догляду що базуються здебільшого на госпіталізації.**  *(умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).*  **Для пацієнтів, як проходять лікування МР-ТБ, рекомендована децентралізована, а не централізована**  **модель догляду**  (умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів). |

**Обґрунтування**

***Амбулаторний догляд:*** Результати моделей догляду за пацієнтами з МР-ТБ, що ґрунтуються переважно на амбулаторному лікуванні на базі клініки, порівнювали з результатами, які застосовувалися переважно для стаціонарного лікування на базі лікарні. Використані дані походять із досліджень ефективності витрат у чотирьох країнах, а саме: Естонії та Російській Федерації [Томська область] *(122)*, Перу *(123)*й Філіппінах *(124)*). Дизайн цих обсерваційних досліджень не дозволив безпосередньо порівняти наслідки моделей догляду. З огляду на те, що жодне з досліджень не було рандомізованим контрольованим дослідженням, дані визнали як дуже низької якості. Ефективність витрат було змодельовано для всіх можливих держав-членів ВООЗ у вірогідному аналізі даних чотирьох країн *(125).*

***Децентралізований догляд:*** По мірі розширення використання Xpert® MTB/RIF, дедалі більше пацієнтів діагностуватимуть і реєструватимуть на лікування МР-ТБ.Лікування й догляд у децентралізованих закладах охорони здоров’я — це практичний підхід до розширення масштабів лікування та догляду за пацієнтами, які підлягають лікуванню МР-ТБ. Тому було проведено систематичний огляд лікування й догляду за пацієнтами із бактеріологічно підтвердженим або клінічно діагностованим МР-ТБ у децентралізованих і централізованих системах, щоб зібрати докази щодо того, що якість лікування та догляду може бути порушено децентралізованим підходом. Були проаналізовані дані рандомізованих контрольованих та обсерваційних досліджень, більшість із яких — з країн з низьким і середнім рівнями доходу *(120, 126–133)*.Огляд надав додаткову цінність рекомендації в попередніх настановах щодо амбулаторних і лікарняних моделей догляду за пацієнтами з МР-ТБ, де дані перевіряли лише для лікування й догляду за пацієнтами поза лікарнями або всередині них *(4).*

В огляді децентралізований догляд визначили як догляд, який надають у місцевій громаді, де проживає пацієнт, неспеціалізовані або периферійні центри охорони здоров’я, медпрацівники чи медсестри, неспеціалізовані лікарі, громадські волонтери чи співробітники ЗОЗ, що здійснюють підтримку лікування. Догляд могли здійснювати в місцевих приміщеннях або вдома чи на робочому місці пацієнта. Лікування й догляд охоплювали лікування та догляд за пацієнтом, плюс ін’єкції під час інтенсивної фази. У цій групі була прийнята коротка фаза госпіталізації менше як 1 місяць для пацієнтів, які потребували початкової фази лікування або в яких спостерігалися будь-які ускладнення лікування.

Централізований догляд було визначено як стаціонарне лікування й догляд, що їх надають виключно центри або групи, що спеціалізуються на ЛС-ТБ, протягом тривалої інтенсивної фази терапії або до конверсії посіву або мазка. Після цього пацієнти могли отримати децентралізований догляд. Централізований догляд зазвичай надавали лікарі-спеціалісти або медсестри, і він міг охоплювати централізовані амбулаторії (амбулаторії, розташовані на місці централізованої лікарні або поблизу).

Аналіз отриманих даних показав, що успішність лікування та втрата для подальшого спостереження поліпшилися в разі децентралізованого догляду, як порівняти з централізованим. Однак ризик смерті й невдачі лікування показав мінімальну різницю

|  |  |
| --- | --- |
| 12 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

між пацієнтами, які отримували децентралізований догляд, і тими, хто отримував централізований догляд. Були обмежені дані про побічні реакції, прихильність, набуту медикаментозну резистентність і вартість.

В оглянуті дослідження входили як ВІЛ-негативні, так і ВІЛ-позитивні особи; однак дослідження не розшаровували пацієнтів відповідно до ВІЛ-статусу.

Була певна дискусія щодо якості даних. ГРН висловила стурбованість тим, що медпрацівники, можливо, вибрали для груп централізованого догляду тих пацієнтів, які, на їхню думку, могли мати гірший прогноз. Жодне з досліджень не контролювало цей ризик упередженості.

**Міркування щодо підгруп**

Децентралізований догляд може не підходити пацієнтам із серйозною формою ТБ, надзвичайно інфекційними формами захворювання, серйозними супутніми захворюваннями або пацієнтам, чия прихильність до лікування спричиняє занепокоєння.

Заходи щодо гарантування безпеки пацієнтів, що отримують схеми лікування МР-ТБ, особливо тих, що містять нові препарати, необхідно підтримувати в амбулаторних умовах.

Ці рекомендації щодо децентралізованого догляду не повинні перешкоджати госпіталізації., якщо є потреба Цей огляд не охоплював пацієнтів, які потребують хірургічного втручання.

**Міркування щодо впровадження**

***Амбулаторний догляд:*** Вартість варіювалася в різних змодельованих умовах. Вартість року життя з поправкою на інвалідністю (РЖПІ), відхилена амбулаторною моделлю за одних умов, іноді була вищою, ніж вартість РЖПІ, відхилена моделлю госпіталізації в інших умовах. Однак вартість відхиленого РЖПІ була нижчою в разі амбулаторної терапії, ніж у разі стаціонарної допомоги в переважній більшості (щонайменше 90 %) умов, для яких було змодельовано ефективність витрат. Різниця в ефективності витрат серед умов найбільш сильно співвідноситься з різницею вартості послуг загальної медичної допомоги й інших немедикаментозних витрат. Попри обмеженість наявних даних, не було ніяких доказів, які суперечили б рекомендації та вказували на те, що лікування на базі лікарні приносить сприятливіший результат лікування.

Загальну ефективність витрат на догляд за пацієнтом, що проходить лікування МР-ТБ, можна поліпшити за допомогою амбулаторної моделі. До переваг можна віднести зменшення використання ресурсів і принаймні стільки ж первинних та вторинних випадків уникнення смерті, як і під час використання моделей госпіталізації. Цей результат базується на амбулаторному лікуванні на базі клініки (пацієнти відвідують медичний заклад); у деяких умовах домашнє амбулаторне лікування (яке надає громадський медпрацівник) може ще більше підвищити ефективність витрат. Користь від зниженого передання можна очікувати лише за умови належних заходів боротьби з інфекцією як удома, так і в клініці. Потенційний вплив інфікованих людей можна мінімізувати шляхом зменшення або уникнення госпіталізації, за можливості, зменшення кількості амбулаторних відвідувань, уникнення переповнених людьми відділів і зон очікування та пріоритетності підходу до лікування ТБ в громадах *(134)*. Схему, застосовану в одному з досліджень амбулаторного догляду, було створено з тих часів, коли комбінації препаратів ще не було оптимізовано, тому досягнуті результати, імовірно, поступалися тим, які можна отримати зі схемами, які застосовуються сьогодні. Приймання до лікарень пацієнтів, які цього не потребують, також може мати важливі соціальні й психологічні наслідки, які необхідно враховувати.

Для окремих пацієнтів можуть існувати деякі важливі перешкоди для доступу до амбулаторного догляду на базі клініки, включно з оплатою дороги й іншими витратами. Слід уникати перекладу витрат від постачальника послуг на пацієнта, а їхнє впровадження може супроводжуватися відповідними умовами. Хоча очікують, що приймання пацієнтів на адекватну терапію зменшить бактеріальне навантаження й передання ЛС-ТБ, заходи боротьби з інфекцією для домашніх і клінічних заходів повинні бути частиною амбулаторної моделі догляду, щоб зменшити ризик передання вдома, у громаді й клініках. Програми боротьби з ТБ повинні будуть з’ясувати, чи здатні вони

Стратегічні рекомендації ВООЗ 13

перерозподіляти ресурси від лікарняного догляду до підтримки амбулаторного догляду з метою здійснення необхідних змін у веденні пацієнтів.Вибір між цими варіантами вплине на доцільність впровадження рекомендації в певній програмі.

Велику увагу було приділено збереженню ресурсів і результатам пацієнтів, як-от запобігання смертності й передання МР-ТБ внаслідок затримки діагностики та стаціонарного лікування. Завжди повинні бути передбачені резервні засоби для лікування пацієнтів, які потребують стаціонарного лікування. Це може знадобитися для певних груп пацієнтів з особливим ризиком, як-от діти під час інтенсивної фази, серед яких може знадобитися ретельне спостереження протягом певного періоду часу.

***Децентралізований догляд:*** НПБТ повинні мати стандартизоване керівництво щодо того, які пацієнти придатні до децентралізованого догляду. Уподобанням пацієнтів слід надавати велику увагу, вибираючи централізований або децентралізований догляд.

Децентралізований догляд для пацієнтів із МР-ТБ вимагає відповідного нагляду за лікуванням, навчання пацієнтів і соціальної підтримки, освіти персоналу, практики боротьби з інфекціями й забезпечення якості. Для пацієнтів із МР-ТБ, які отримують децентралізований догляд, слід ураховувати оптимальні варіанти нагляду за лікуванням і втручання щодо сприяння прихильності до лікування, рекомендовані в розділі 2.1.

Деякі дослідження в огляді стосувалися витрат на лікування. Однак було встановлено, що кошторис витрат сильно відрізняється й на їхній основі не можна дати конкретних рекомендацій. Потреби в ресурсах, імовірно, відрізняються, оскільки значно різняться програми лікування ТБ й витрати на ці програми в різних країнах. ГРН порушила кілька питань, які слід розглядати в програмах боротьби з ТБ. Хоча госпіталізацію зазвичай вважають дорожчою, ніж амбулаторний догляд, витрати на хороші амбулаторні програми також можуть бути значними. Крім того, амбулаторні витрати можуть істотно відрізнятися залежно від наданих послуг. Вигоду, яку слід ураховувати в разі децентралізованого догляду, полягає в тому, що пацієнти можуть отримати швидше лікування. Фінансові вигоди від децентралізованого догляду охоплюватимуть пошук пацієнтів, доки їхнє захворювання не стане надто серйозним і вони не почнуть потребувати ще більшої медичної допомоги, тоді як лікування пацієнтів до того, як вони почнуть заражати ТБ тих, хто з ними контактує, буде корисним для здоров’я населення.

Якщо пацієнт живе з особою з групи високого ризику, як-от ВІЛ-позитивною особою або маленькою дитиною, можуть виникнути ускладнення під час направлення пацієнта додому на лікування. Однак ризик для цих груп високого ризику значно відрізняється, залежно від того, чи надає програма боротьби з ТБ профілактичне лікування особам з групи високого ризику. Дослідження, пов’язані з профілактичною терапією МР-ТБ, тривають.

Додатковим питанням щодо впровадження, яке слід урахувати, є те, що в деяких умовах може бути незаконним лікування пацієнтів із МР-ТБ у децентралізованих умовах, особливо коли лікування передбачає ін’єкції. Такі юридичні проблеми потрібно вирішувати.

**3. Моделі догляду за дітьми й підлітками, які контактують із ТБ або хворіють на ТБ**

Цей розділ містить дві нові рекомендації щодо впровадження децентралізованих моделей догляду й інтегрованих сімейно орієнтованих моделей догляду для поліпшення як виявлення випадків захворювання, так і надання профілактичного лікування ТБ (ПЛТ).

Потенціал для дитячого ТБ часто дуже централізований на вторинному/третинному рівні, де діти вже можуть бути серйозно хворі, після затримок з доступом до медичної допомоги. На вищих рівнях догляду послугами часто керують у вертикальний, неінтегрований спосіб *(135, 136)*. Медпрацівники на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) можуть мати обмежену здатність і впевненість у веденні дитячого ТБ, хоча це той рівень, на якому більшість дітей із ТБ або з ризиком ТБ звертаються за допомогою *(136)*. Крім того, скринінг на ТБ часто не є систематично частиною клінічних алгоритмів охорони здоров’я дітей — як-от комплексне ведення дитячих захворювань (КВДЗ) або комплексне ведення випадків захворювання в громаді (КВВЗГ). Постачальники послуг приватного сектора відіграють дедалі більшу роль як перший пункт надання медичної допомоги в багатьох країнах *(137)*. Однак існує багато

|  |  |
| --- | --- |
| 14 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

упущених можливостей для відстеження контактів, а також для профілактики, виявлення й догляду за пацієнтами з ТБ через слабку інтеграцію протитуберкульозних служб для дітей і підлітків з іншими програмами та службами.

Децентралізація й надання сімейно орієнтованої інтегрованої допомоги виділені як одна з 10 ключових дій у *Дорожній карті 2018 року щодо ліквідації ТБ у дітей і підлітків (136)*. Дорожня карта підкреслює, що послідовне й систематичне усунення прогалин і вузьких місць на шляху дітей та підлітків від контакту з ТБ до інфікування й захворювання може призвести до зменшення передання ТБ, розширеної профілактики ТБ-інфекції та ранньої діагностики ТБ з кращими результатами. Досягнення цього безперервного рівня догляду вимагає співпраці між сферами обслуговування, практичними дисциплінами й секторами, а також залучення громад, децентралізації й інтеграції надання послуг на рівні ПМСД *(136)*.

Дорожня карта пропонує заходи щодо інтеграції дитячого й підліткового ТБ в сімейний і громадський догляд, зокрема шляхом:

* зміцнення співпраці й координації на рівні країни в межах усіх програм, пов’язаних зі здоров’ям жінок, підлітків і дітей, — особливо репродуктивним здоров’ям, здоров’ям матерів, новонароджених, дітей та підлітків (ЗМНДП), харчуванням, ВІЛ, первинною та громадською охороною здоров’я, — із чітко визначеними ролями, обов’язками й спільною підзвітністю;
* децентралізації й інтеграції успішних моделей догляду для скринінгу, профілактики та діагностики ТБ з іншими наявними платформами надання послуг з охорони здоров’я матері та дитини — як-от антенатальний догляд, КВВЗГ та КВДЗ, — а також інших супутніх послуг (наприклад, ВІЛ, харчування, імунізація);
* забезпечення того, щоб дітей і підлітків з іншими поширеними супутніми захворюваннями (як-от менінгіт, недостатнє харчування, пневмонія, хронічні захворювання легенів і ВІЛ-інфекція) регулярно оцінювали на ТБ;
* забезпечення того, щоб громадські стратегії охорони здоров’я інтегрували освіту дітей і підлітків з питань ТБ, скринінг, профілактику й виявлення випадків захворювання в навчальні заходи та заходи з надання послуг; і
* підвищення обізнаності й попиту на послуги лікування дитячого та підліткового ТБ у громадах і серед медпрацівників *(136)*.

Набір питань ПВПР вивчав вплив децентралізації15 та сімейно орієнтованих, інтегрованих підходів16 до лікування дитячого й підліткового ТБ на виявлення випадків захворювання у дітей і підлітків, які мають ознаки та симптоми ТБ. У питаннях також розглядався вплив цих підходів на охоплення ПЛТ дітей і підлітків.

15 ***Децентралізація:*** Залежно від стандарту умов досліджень, який використовували для порівняння, децентралізація передбачає надання доступу до лікування дитячого й підліткового ТБ або його можливості на нижчому рівні системи охорони здоров’я, а не на найнижчому, на якому його сьогодні регулярно надають. У більшості випадків децентралізацію застосовують до рівня районної лікарні (лікарня першого рівня направлення) та/або рівня первинної медико-санітарної допомоги та/або рівня громади. Втручання для децентралізації можуть охоплювати нарощування потенціалу різних кадрів медпрацівників і розширення доступу до діагностичних послуг.

16 ***Сімейно орієнтований, інтегрований догляд:*** Сімейно орієнтовані моделі догляду належать до втручань, вибраних на основі потреб, цінностей та уподобань дитини або підлітка та їхньої сім’ї або доглядальника. Це може охоплювати медичне навчання, спілкування й матеріальну або психологічну підтримку. Інтегровані послуги стосуються підходів до посилення співпраці, координації, інтеграції й гармонізації послуг лікування дитячого та підліткового ТБ з іншими програмами й послугами, пов’язаними зі здоров’ям дітей. Це може охоплювати інтеграцію моделей надання допомоги для скринінгу, профілактики, діагностики й лікування ТБ з іншими наявними платформами надання послуг з охорони здоров’я матері та дитини (наприклад, антенатальний догляд, комплексне ведення випадків захворювання в громадах, комплексне ведення дитячих захворювань) та іншими супутніми послугами (наприклад, ВІЛ, харчування, імунізація). Інші приклади охоплюють обстеження дітей і підлітків з поширеними супутніми захворюваннями (наприклад, менінгіт, недостатнє харчування, пневмонія, хронічні захворювання легенів, діабет, ВІЛ) на ТБ та стратегії громадського здоров’я, які інтегрують обізнаність про ТБ дітей і підлітків, їхнє навчання щодо нього, скринінг на ТБ, його профілактику й виявлення випадків захворювання на нього в навчальні заходи та заходи з надання послуг.

Стратегічні рекомендації ВООЗ 15

|  |  |
| --- | --- |
| **Рекомендації:** | |
| 3.1 | **У країнах з високим тягарем ТБ дітям і підліткам з ознаками й симптомами ТБ та/або тим, які контактували з ТБ, можна надавати децентралізовані моделі протитуберкульозного догляду**  *(умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).* |
| 3.2 | **Додатково до стандартних моделей догляду дітям і підліткам з ознаками й симптомами ТБ та/або тим, які контактували з ТБ, можна використовувати сімейно орієнтовані, інтегровані моделі надання протитуберкульозного догляду**  *(умовна рекомендація, дуже низька вірогідність доказів).* |
| **Коментар:**  • Ці рекомендації стосуються протитуберкульозного лікування у всьому спектрі надання медичної допомоги з акцентом на виявлення випадків захворювання й надання ПЛТ.  • Ці рекомендації стосуються дітей і підлітків з ознаками й симптомами ТБ з погляду впливу на виявлення випадків захворювання. Їх також застосовують до дітей і підлітків, які контактують із ТБ (носії інфекції ТБ) та які мають право на ПЛТ з погляду впливу на надання ПЛТ. Діти й підлітки з ознаками та симптомами, які потребують обстеження на ТБ, також можуть мати в анамнезі контакт із ТБ (носії інфекції ТБ). Дітей і підлітків — носіїв інфекції ТБ, які не мають ознак і симптомів захворювання, слід оцінити щодо відповідності вимогам ПЛТ.  • Рекомендація щодо децентралізованих послуг стосується поліпшення дитячого й підліткового протитуберкульозного лікування на периферійних рівнях системи охорони здоров’я, які є ближчими до громади, а не заміни спеціалізованого дитячого протитуберкульозного лікування на вищих рівнях системи охорони здоров’я.  • Децентралізація повинна бути пріоритетною для країн і груп населення з поганим доступом до наявних послуг та/або в районах з високою поширеністю ТБ.  • Сімейно орієнтовані інтегровані підходи рекомендують як додатковий варіант до стандартного протитуберкульозного лікування (наприклад, поряд зі спеціалізованим лікуванням, яке може мати обмежений рівень інтеграції з іншими програмами або зв’язки із загальними службами охорони здоров’я).  • Сімейно орієнтований догляд є наскрізним принципом догляду за дітьми на всіх рівнях системи охорони здоров’я. | |

**Обґрунтування й докази**

***Запитання ПВПР***

а. Що слід використовувати для лікування дітей і підлітків з ознаками й симптомами ТБ: децентралізоване лікування дитячого та підліткового ТБ, чи його централізоване лікування (на рівні направлення або третинної лікарні)?

b. У разі дітей і підлітків, які контактують із ТБ, чи слід використовувати децентралізовані послуги з профілактики й догляду, чи централізовані послуги (на рівні перенаправлення або третинної лікарні) для збільшення охоплення ПЛТ в дітей і підлітків, які відповідають критеріям?

c. Під час лікування дітей і підлітків з ознаками й симптомами ТБ слід використовувати сімейно орієнтовані інтегровані послуги, чи стандартні, не орієнтовані на сім’ю, неінтегровані послуги?

d. У разі дітей і підлітків, які контактують із ТБ, чи слід використовувати сімейно орієнтовані інтегровані послуги, чи стандартні, не орієнтовані на сім’ю, неінтегровані послуги для збільшення охоплення ПЛТ дітей та підлітків, які відповідають критеріям?

|  |  |
| --- | --- |
| 16 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

***Докази:*** Систематичний огляд досліджень, що оцінюють вплив децентралізованих, інтегрованих або сімейно орієнтованих моделей догляду на результати діагностики, лікування або профілактики ТБ у дітей і підлітків із ТБ у віці від 0 до 19 років, що охоплюють як дітей (0–9 років), так і підлітків (10–19 років), було проведено для відповіді на цю групу запитань ПВПР. У лютому 2021 року вивчали бази даних PubMed, Embase, Web of Science, Global Index Medicus, Global Health та Cochrane Central, як і посилання на 17 пов’язаних оглядів. Загалом було визначено й оцінено 3265 тез із баз даних і 129 додаткових посилань з відповідних оглядів. З них 516 повнотекстових статей оцінювали на відповідність критеріям, з яких було виявлено 25 порівняльних досліджень (7 рандомізованих, 18 обсерваційних); було додано одне неопубліковане обсерваційне дослідження, так що загалом було 26 досліджень. Після огляду від чотирьох досліджень (1 рандомізоване, 3 обсерваційні) відмовилися, оскільки описана модель догляду була підтримкою лікування на рівні громади, для якої рекомендація ВООЗ уже існує *(138)*. З решти досліджень, з якими працювали, 16 мали елементи децентралізації, п’ять мали елементи інтеграції, а три мали елементи сімейно орієнтованого догляду. Чотири дослідження мали елементи більш ніж однієї моделі догляду, що становила інтерес, але були додані лише на основі їхньої основної моделі — наприклад, або децентралізація, або сімейно орієнтований, інтегрований догляд. Більшість досліджень зосереджувалися на віковій групі 0–14 років.

Дослідження, у яких первинним втручанням була децентралізація, здебільшого оцінювали результати діагностики або повідомлення про випадок (n = 16) *(139–154)*, з меншою кількістю результатів оцінки ПЛТ (n = 3) *(59, 145, 155)*. Загалом, втручання, які охоплювали як зміцнення діагностичного потенціалу в установах первинної медико-санітарної допомоги, так і зміцнення зв’язків між громадами й закладами, послідовно демонстрували збільшення кількості повідомлень про випадки захворювання та ініціювання ПЛТ, тоді як втручання, які охоплювали лише діяльність на рівні громад, цього не робили.

Два дослідження інтеграції послуг було визначено *(156, 157*) як такі, що демонструють обмежений вплив на реєстрацію випадків скринінгу в клініках КВДХ або спільного розміщення протитуберкульозних та АРТ-сервісів. Два дослідження сімейно орієнтованого догляду *(158, 159)* показали, що надання пакетів соціально-економічної підтримки сім’ям, які постраждали від ТБ, було пов’язане зі збільшенням ініціювання й завершення ПЛТ.

Оглядачі зазначили, що, хоча існує значно ширший обсяг літератури з питань інтеграції та сімейно орієнтованого догляду, докази конкретного впливу на результати лікування дитячого й підліткового ТБ обмежені. Відзначали певне дублювання між інтеграцією протитуберкульозних послуг у неспеціалізовані установи, як-от загальні амбулаторні служби або служби первинної медико-санітарної допомоги та децентралізацією. Це було трохи штучне відокремлення для огляду доказів, оскільки на практиці децентралізація й інтеграція в ПМСД можуть відбуватися разом.

***Міркування ГРН:*** Що стосується доказів, розглянутих щодо впливу децентралізації на виявлення випадків ТБ, ГРН зауважила, що два дослідження *(148, 150)* та одне обсерваційне дослідження домашнього скринінгу (без зміцнення на базі закладів) *(153)* мали менше діагнозів або повідомлень серед дітей віком до 15 років у групі втручання, як порівняти з контрольною групою, але жодна із цих відмінностей не була статистично значущою. ГРН вважає, що, хоча може бути зменшення кількості повідомлень про випадки захворювання на вищих рівнях догляду, виявлення ТБ може поліпшитися, якщо дітей оглядатиме компетентний клініцист у першій точці доступу (наприклад, на рівні ПМСД). Загальні докази визнали непереконливими. Перевага підвищення виявлення випадків захворювання та збільшення кількості дітей із ТБ, які розпочали лікування ТБ, вважалася такою, що перевершує занепокоєння щодо надмірного лікування. Тому небажані ефекти виявлення випадків вважалися малозначущими. ГРН обговорила потенційні ризики надання та ведення ПЛТ на периферійному рівні, включно з невиявленими небажаними явищами, пов’язаними з препаратами, як-от гепатотоксичність і недостатній потенціал для ведення цих явищ. Крім того, може існувати ризик лікування ТБ курсом ПЛТ, а не повною схемою лікування. Усі ці небажані явища потенційно можуть трапитися, але їх вважали рідкісними й не вартими серйозної уваги. Тому небажані ефекти для надання ПЛТ теж вважали малозначущими. Загалом, ГРН погодилася з тим, що балансу бажаних і небажаних ефектів, імовірно, сприяє децентралізоване протитуберкульозне лікування, яке виявляє випадки захворювання й надає ПЛТ дітям та підліткам. Група зазначила, що важливими міркуваннями є відмінності в умовах і наявність адекватних ресурсів.

Стратегічні рекомендації ВООЗ 17

ГРН також обговорила той факт, що сімейно орієнтований, інтегрований догляд охоплює втручання на рівні домогосподарств для виявлення членів домогосподарства, які потребують обстеження на наявність захворювання на ТБ, ПЛТ, підтримки в лікуванні тощо. Було відзначено певне дублювання між інтеграцією протитуберкульозного лікування в неспеціалізовані установи, як-от загальні амбулаторні служби або первинні медико-санітарні служби, і децентралізацією. Однак це вважали дещо штучним розділенням, оскільки на практиці децентралізація й інтеграція в ПМСД можуть відбуватися одночасно. Загалом, попри відсутність доказів про небажані ефекти й низьку якість даних, група погодилася з тим, що існують докази позитивного ефекту сімейно орієнтованого інтегрованого догляду. Було висловлено припущення, що сімейно орієнтований інтегрований догляд може бути доповненням як до стандартного догляду, так і до спеціалізованих послуг, які не мають інтеграційного складника. Сімейно орієнтований догляд (у сенсі залучення сім’ї) виділили як основний принцип охорони здоров’я дітей.

ГРН зазначила, що встановлення специфічних факторів, пов’язаних з тягарем ТБ або організацією медичних послуг, може вплинути на доцільність, прийнятність і рівність. Члени ГРН також зазначили, що початкові витрати системи охорони здоров’я на створення децентралізованих і сімейно орієнтованих інтегрованих послуг можуть бути відносно високими (наприклад, на інфраструктуру, людські ресурси, навчання, обладнання, залучення громад), але ці витрати, імовірно, згодом зменшаться (за умови ефективного ведення пацієнтів із ТБ й надання ПЛТ на периферійному рівні, що призводить до зменшення захворюваності на ТБ). Децентралізовані й сімейно орієнтовані інтегровані послуги можуть принести постраждалим сім’ям важливу економію. Рівність пацієнтів у питаннях охорони здоров’я вважалася важливою наскрізною проблемою, яка також впливає на вартість. ГРН підкреслила, що впровадження ПЛТ може бути дуже складним з високим рівнем утрат для подальшого спостереження в програмах, що їх реалізують на вищих рівнях системи охорони здоров’я, ураховуючи, що діти, які мають право на ПЛТ, не хворіють. Група погодилася з тим, що децентралізація й інтеграція послуг потенційно може підвищити рівність та успіх програми, і вирішила, що економічна ефективність, імовірно, сприяє децентралізованим та сімейно орієнтованим інтегрованим підходам як до виявлення випадків, так і до надання ПЛТ.

Хоча ГРН наголосила на важливості врахування потенційного впливу упередження під час децентралізації протитуберкульозного лікування дітей і підлітків до нижчих рівнів, група визначила, що децентралізовані підходи, імовірно, є прийнятними для ключових зацікавлених сторін. Загалом, децентралізовані й сімейно орієнтовані інтегровані підходи вважали доцільними для впровадження, хоча доцільність може варіюватися залежно від факторів, як-от інфраструктура, наявність фінансування та структура національної програми боротьби з ТБ. Однак адекватні інвестиції мають вирішальне значення для прийнятності, рівності й доцільності децентралізованих підходів.

**Міркування щодо підгруп**

***Підлітки*** мають захворювання, подібні до дорослих, і тому можуть потребувати інших втручань, ніж малолітні діти. Додаткові міркування підгрупи щодо підлітків внесені в операційний довідник ВООЗ, ураховуючи їхню специфічну поведінку, пов’язану з піклуванням про здоров’я, і потребу в прийнятних для підлітків послугах.

***Контактні особи з ТБ:*** Надання ПЛТ протягом багатьох років зосереджувалося переважно на дітях віком до п’яти років. 2018 року цільові групи для надання ПЛТ розширили, додавши до них контактних осіб з усіх вікових груп *(160)*. Наявні дані з глобальної бази даних щодо ТБ *(161)* показують, що охоплення ПЛТ в побутових контактах є поганим, — особливо серед контактних осіб старше п’яти років.

У дітей з поширеними захворюваннями та накладенням ознак і симптомів ТБ підходи, які інтегрують у догляд за ними протитуберкульозне лікування, можуть поліпшити виявлення випадків захворювання й надання ПЛТ.

До цих підгруп належать:

* діти з важкою гострою нестачею харчування (ВГНХ);
* діти з важкою пневмонією;
* діти, які живуть з ВІЛ-інфекцією; та
* діти з іншими хронічними захворюваннями.

|  |  |
| --- | --- |
| 18 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

**Міркування щодо впровадження**

***Вимоги до системи охорони здоров’я***: Навчання медпрацівників на периферійних рівнях системи охорони здоров’я є критично важливою вимогою для забезпечення належного впровадження децентралізованих підходів. Аналогічним чином, на периферійному рівні потрібні ресурси — особливо спочатку для створення служб. Очікується, що, оскільки служби створюються й ефективно впроваджуються, довгостроковий вплив призведе до зменшення захворюваності на ТБ з пов’язаним зменшенням потреб у ресурсах. Залежно від місцевого тягаря ТБ, наявності внутрішнього або донорського фінансування й обсягу технічної та програмної підтримки, можна застосовувати поетапний підхід, якщо це буде найдоцільніше в країні або регіоні.

До факторів, які слід ураховувати під час децентралізації лікування дитячого й підліткового ТБ, належать: наявна інфраструктура (наприклад, базова інфраструктура охорони здоров’я, потреби в розширенні або оновленні); чинна нормативна база; фінансування; вибір між оперативним дослідницьким середовищем або програмним упровадженням; питання людських ресурсів (включно з кадровими вимогами та розвитком людських ресурсів, наприклад, навички нарощування потенціалу / навчання й консультування); моніторинг та оцінка; якісне дослідження потреб громади; сприйняття (включно з поглядами на упередження); і пропозиції. Децентралізація послуг до рівня ПМСД вимагає інтеграції лікування дитячого й підліткового ТБ в загальні послуги ПМСД, що призводить до можливого значного перекриття децентралізації та сімейно орієнтованих інтегрованих підходів.

***Відстеження контактних осіб:***Активне відстеження контактних осіб на рівні громади й домогосподарства є критично важливим втручанням для поліпшення як виявлення випадків захворювання, так і надання ПЛТ дітям і підліткам.

***Перенесення завдань*:**Децентралізація не тільки стосується рівнів системи охорони здоров’я, але в ідеалі також повинна відбуватися в межах однієї структури, шляхом навчання всіх медпрацівників усіх служб догляду за дітьми й підлітками, як розпізнавати та лікувати ТБ. ГРН згадала це так зване перенесення завдань як важливий фактор упровадження.

***Сімейно орієнтований, інтегрований догляд:*** Хоча в системі охорони здоров’я дітей догляд стосується сім’ї, концепцію сімейно орієнтованого догляду не було чітко визначено. Сімейно орієнтований догляд пов’язаний з поширенішою концепцією пацієнт-орієнтованого догляду. Стратегія ліквідації ТБ *(162)* стверджує: «Пацієнт-орієнтований догляд передбачає систематичну оцінку й вирішення потреб та очікувань пацієнтів. Мета полягає в тому, щоб забезпечити якісну діагностику й лікування ТБ для всіх пацієнтів — чоловіків, жінок і дітей — без необхідності нести катастрофічні витрати. Залежно від потреб пацієнтів необхідно надавати освітню, емоційну й економічну підтримку, щоб вони могли завершити діагностичний процес і повний курс призначеного лікування». Існує кілька описів, які охоплюють компоненти підтримки й навчання на основі індивідуальних потреб, побудови партнерства між пацієнтом і надавачем послуг та участі в прийнятті рішень. Сімейно орієнтований догляд також охоплює втручання на рівні домогосподарств для виявлення членів домогосподарства, які потребують обстеження на ТБ, ПЛТ, підтримки лікування тощо. Оскільки концепція інтегрованого сімейно орієнтованого догляду може бути специфічною для певних умов, один з перших кроків упровадження охоплює уточнення того, яке визначення застосовується до умов, у яких має бути реалізовано догляд. Аналогічно, стратегія впровадження відрізняється залежно від умов і має бути специфічною для країни або регіону й інформованою про соціальні, культурні та суспільні цінності.

Національна програма боротьби з ТБ повинна визначити й розробити комплекс потрібних протитуберкульозних послуг у тісній координації з іншими відповідними програмами, наприклад через наявну технічну робочу групу з протидії ТБ серед дітей і підлітків. Цей комплекс має бути спрямовано на виявлення й задоволення потреб у потенціалі для національних програм, зацікавлених у впровадженні запропонованих втручань, і в ідеалі повинен базуватися на сімейних та громадських уявленнях про ідеальну сімейно орієнтовану модель догляду. Комплекс може охоплювати громадські моделі активного відстеження контактних осіб, виявлення дітей з ознаками й симптомами ТБ або контакту з ТБ в межах рутинних послуг з моніторингу росту або комплексну модель інтеграції КВДХ, починаючи з хворої дитини та виявлення ознак і симптомів, що вказують на високу ймовірність ТБ.

Стратегічні рекомендації ВООЗ 19

Інтеграція може розпочатися всередині сім’ї шляхом надання членам сім’ї знань щодо розпізнавання ознак і симптомів, щоб зрозуміти важливість історії контактів, знати, коли звернутися за допомогою до медичного закладу та як мінімізувати упередження, пов’язане з ТБ. Пункти приймання пацієнтів забезпечують гарне місце для початку роботи в системі охорони здоров’я. Наприклад, протитуберкульозні служби для дітей і підлітків можуть бути інтегровані з клініками для пацієнтів, що страждають на харчові розлади, жіночими консультаціями, Розширеною програмою з імунізації, стаціонарами, дорослими протитуберкульозними й легенево-хірургічними клініками, ВІЛ- та дитячими клініками загального профілю. Протитуберкульозний догляд в ідеалі повинен бути інтегрований у загальні медичні послуги, а не обмежуватися посиленням координації між двома програмами. Однак визначення оптимального потоку пацієнтів між службами й створення міцних зв’язків між дитячими закладами охорони здоров’я та протитуберкульозними клініками залишається важливим, особливо в закладах, де послуги фізично розділено. Це має вирішальне значення для підвищення якості послуг, включно зі спостереженням за пацієнтами з ТБ під час діагностичного обстеження, а також для забезпечення точності реєстрації та звітності. На ранньому етапі можна було б розглянути пілотні програми, які за потреби слід оцінювати й коригувати, а відтак масштабувати.

До факторів, які слід ураховувати під час розроблення інтегрованого підходу до лікування дитячого й підліткового ТБ, належать: наявна інфраструктура (наприклад, базова інфраструктура охорони здоров’я, потреби в розширенні або оновленні); чинна нормативна база; фінансування; вибір між оперативним дослідницьким середовищем або програмним упровадженням; питання людських ресурсів (включно з кадровими вимогами та розвитком людських ресурсів, наприклад, навички нарощування потенціалу / навчання й консультування); моніторинг та оцінка; якісне дослідження потреб громади; сприйняття (включно з поглядами на упередження); і пропозиції.

***Диференційовані моделі надання послуг (ДМНП):*** ДМНП — це людиноорієнтований підхід, розроблений у програмі боротьби з ВІЛ, який спрощує й адаптує послуги з боротьби з ВІЛ у всьому спектрі медичної допомоги так, щоб водночас обслуговувати потреби людей, які живуть із ВІЛ та вразливі до ВІЛ, й оптимізувати наявні ресурси в системах охорони здоров’я. Принципи ДМНП можна застосовувати до профілактики, тестування, зв’язку з доглядом, початку АРТ та подальшого спостереження, а також до інтеграції догляду за ВІЛ-пацієнтами, коінфекцій і супутніх захворювань *(163)*. Цей підхід ґрунтується на принципі, що коли сім’ї отримують можливість взаємодіяти із системою охорони здоров’я, це забезпечує можливий механізм інтеграції протитуберкульозного лікування дітей і підлітків у межах ПМСД або інших програм. Приклади впровадження ДМНП для дітей і підлітків, які хворі на ТБ або ризикують на нього захворіти, наведено в Операційному керівництві ВООЗ.

**Моніторинг та оцінювання**

Перехід до децентралізованих, сімейно орієнтованих, інтегрованих послуг вимагає ретельного планування й регулярного моніторингу виконання плану. Для впровадження запропонованих заходів необхідно визначити й вирішити потреби в потенціалі національних протитуберкульозних програм.

Розширений збір даних щодо дитячого й підліткового ТБ потенційно потребує значної кількості додаткового часу, а збір докладних даних може бути доцільним лише в конкретних умовах операційних досліджень. Програми, зазвичай, мають реєстри для відстеження контактних осіб, реєстрації лікування й результатів, а також реєстри ПЛТ. Використання цих (бажано електронних) інструментів важливе для забезпечення комплексного управління й лікування, оскільки програми переходять до децентралізованішого та сімейно орієнтованого інтегрованого підходу. Використання інструментів слід оцінювати й удосконалювати, зокрема шляхом операційних досліджень.

Важливим буде моніторинг кількості дітей, діагностованих на різних рівнях системи охорони здоров’я, — включно із часткою дітей, у яких є бактеріологічне підтвердження, часткою дітей, у яких було встановлено клінічний діагноз, і кількістю дітей, які почали й завершили ПЛТ. Для оцінки впливу на гендерну рівність важливою буде дезагрегація даних за статтю. Оцінка якості послуг (що охоплює якість усіх етапів шляху пацієнта, від скринінгу до діагностики й лікування), а також задоволеність клієнтів також є важливими компонентами.

|  |  |
| --- | --- |
| 20 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Пріоритети наукових досліджень

ГРН обговорили майбутні дослідження й виділили низку пріоритетів.

**Ефективність різних форм втручання для поліпшення прихильності до лікування**

* Втручання щодо лікування й догляду за пацієнтами, які найкраще підходять для конкретних популяцій.
* Втручання щодо догляду за пацієнтами, які є найефективнішими в країнах з низьким і середнім рівнями доходу.
* Аналіз ефективності витрат на різні стимули.
* Дослідження ефективності ЛБНДВ у країнах з низьким і середнім рівнями доходу, ураховуючи, що наявні дані надходять із країн з високим рівнем доходу.
* Типи психологічної підтримки, які є найбільш підходящими.

**Моделі догляду за всіма пацієнтами з ТБ**

* Оцінка ризику передання ТБ в різних умовах — тобто чи становить лікування, зосереджене на лікарняній допомозі або амбулаторіях, вищий ризик передання?
* Додаткові дослідження ефективності витрат на децентралізовану й централізовану допомогу.
* Багато програм надають децентралізовану допомогу, але дуже мало з них опублікували дані. Слід заохочувати програми публікувати — або принаймні систематично збирати — свої дані.

**Моделі догляду за дітьми й підлітками з ТБ**

***Децентралізація протитуберкульозних послуг для дітей і підлітків з ознаками й симптомами ТБ, а також для дітей та підлітків, які контактують із ТБ***

* Економічна ефективність децентралізації/інтеграції для виявлення випадків захворювання й надання ПЛТ.
* Вплив децентралізації послуг на рівність у сфері охорони здоров’я.
* Прийнятність і доцільність децентралізованих підходів до догляду за хворими на ТБ дітьми й підлітками для виявлення випадків захворювання та надання ПЛТ.

***Сімейно орієнтовані протитуберкульозні послуги для дітей і підлітків з ознаками й симптомами ТБ, а також для дітей та підлітків, які контактують із ТБ***

* Докладний опис поточних сімейно орієнтованих та інтегрованих послуг із супутніми витратами й економічною ефективністю.
* Дослідження реалізації компонентів втручань та оцінка реалізації програм у реальному світі.
* Прийнятність і доцільність сімейно орієнтованих, інтегрованих та/або децентралізованих підходів до догляду за хворими на ТБ дітьми й підлітками для виявлення випадків захворювання та надання ПЛТ в різних умовах з погляду пацієнтів із ТБ, доглядальників і надавачів послуг.

Пріоритети наукових досліджень 21

* Витрати й катастрофічні витрати.
* Оцінка економічної ефективності сімейно орієнтованих, інтегрованих та/або децентралізованих підходів з урахуванням наявних на цей момент ресурсів (примітка: деякі моделі передбачають, що ці втручання побудовано на наявних структурах, які можуть бути недоступними).
* Результати, що становлять інтерес: початок ПЛТ; кількість додатково діагностованих дітей і підлітків; затримка, утримання в лікуванні, завершення лікування, клінічні результати (як-от успішність лікування); якісні дослідження, пов’язані з упередженням, наслідками для психічного здоров’я, перервою в навчанні, рівністю.
* Оцінка результатів, що становлять інтерес, з використанням рандомізованих/нерандомізованих конструкцій і якісних конструкцій.
* Оцінка базових потреб у громаді, сприйняття громадою лікування та профілактики ТБ у дітей і підлітків.
* Дослідження щодо якості діагностики туберкульозу в дітей — вирішення як недостатньої, так і надмірної діагностики.

|  |  |
| --- | --- |
| 22 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Список використаної літератури

1. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2011 update. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care – 2017 update. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 5: Co-morbidities, vulnerable populations and people-centred care. Management of tuberculosis in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment. Drug-resistant tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2020.
5. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment. Drug-susceptible tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2022.
6. WHO Guidance on ethics of tuberculosis, prevention, care and control, Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Ethics guidance for the implementation of the End TB strategy. Geneva: World Health Organization; 2017.
8. Bayer R, Wilkinson D. Directly observed therapy for tuberculosis: history of an idea. Lancet. 1995;345(8964):1545–8.
9. Kamolratanakul P, Sawert H, Lertmaharit S, Kasetjaroen Y, Akksilp S, Tulaporn C et al. Randomized controlled trial of directly observed treatment (DOT) for patients with pulmonary tuberculosis in Thailand. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1999;93(5):552–7.
10. MacIntyre CR, Goebel K, Brown G V, Skull S, Starr M, Fullinfaw RO. A randomised controlled clinical trial of the efficacy of family-based direct observation of anti-tuberculosis treatment in an urban, developed-country setting. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(9):848–54.
11. A controlled clinical trial of oral short-course regimens in the treatment of sputum-positive pulmonary tuberculosis. Tuberculosis Research Centre. Int J Tuberc Lung Dis. 1997;1(6):509–17.
12. Walley JD, Khan MA, Newell JN, Khan MH. Effectiveness of the direct observation component of DOTS for tuberculosis: a randomised controlled trial in Pakistan. Lancet. 2001;357(9257):664–9.
13. Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Tatley M. Randomised controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. Lancet. 1998;352(9137):1340-3.
14. Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Tatley M. A randomised controlled trial of lay health workers as direct observers for treatment of tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2000;4(6):550-4.
15. Tandon M, Gupta M, Tandon S, Gupta KB. DOTS versus self administered therapy (SAT) for patients of pulmonary tuberculosis: a randomised trial at a tertiary care hospital. Indian J Med Sci. 2002;56(1):19–21.
16. Akkslip S, Rasmithat S, Maher D, Sawert H. Direct observation of tuberculosis treatment by supervised family members in Yasothorn Province, Thailand. Int J Tuberc Lung Dis. 1999;3(12):1061–5.
17. Balasubramanian VN, Oommen K, Samuel R. DOT or not? Direct observation of anti-tuberculosis treatment and patient outcomes, Kerala State, India. Int J Tuberc Lung Dis. 2000;4(5):409–13.

Список використаної літератури 23

1. Mathema B, Pande SB, Jochem K, Houston RA, Smith I, Bam DS et al. Tuberculosis treatment in nepal: a rapid assessment of government centers using different types of patient supervision. Int J Tuberc Lung Dis. 2001;5(10):912–9.
2. Ormerod L P, Horsfield N, Green RM. Tuberculosis treatment outcome monitoring: Blackburn 1988–2000. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6(8):662–5.
3. Tsuchida K, Koyanagi H. Outcome of directly observed therapy for tuberculosis in Yokohama City, Japan. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(8):730–4.
4. Nirupa C. Sudha G, Santha T, Ponnuraja C, Fathima R, Chandrasekharam V et al. Evaluation of directly observed treatment providers in the revised National Tuberculosis Control Programme. Indian J Tuberc. 2005;52:73–7.
5. Daniel OJ. Pre- and post-directly observed treatment era in the management of TB: a teachiing hospital experience. Trop Doct. 2006;36(3):163–5.
6. Okanurak K, Kitayaporn D, Wanarangsikul W, Koompong C. Effectiveness of DOT for tuberculosis treatment outcomes: a prospective cohort study in Bangkok, Thailand. Int J Tuberc Lung Dis. 2007;11(7):762–8.
7. Abassi A, Mansourian AR. Efficacy of DOTS strategy in treatment of respiratory tuberculosis in Gorgan, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2007;13(3):664–9.
8. Siemion-Szcześniak I, Kuś J. [Treatment outcomes in culture-positive pulmonary tuberculosis]. Pneumonol Alergol Pol. 2009;77(1):11–22.
9. Caylà JA, Rodrigo T, Ruiz-Manzano J, Caminero JA, Vidal R, García JM et al. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. Respir Res. 2009;10:121.
10. Zvavamwe Z, Ehlers VJ. Experiences of a community-based tuberculosis treatment programme in Namibia: a comparative cohort study. Int J Nurs Stud. 2009;46(3):302–9.
11. Xu W, Lu W, Zhou Y, Zhu L, Shen H, Wang J. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. BMC Health Serv Res. 2009;9:169.
12. Abuaku B, Ta n H, Li X, Chen M, Huang X. Treatment default and death among tuberculosis patients in Hunan, China. Scand J Infect Dis. 2010;42(4):281–7.
13. Ershova J V, Podewils L J, Bronner LE, Stockwell HG, Dlamini SS, Mametja LD. Evaluation of adherence to national treatment guidelines among tuberculosis patients in three provinces of South Africa. S Afr Med J. 2014;104(5):362–8.
14. Weis SE, Slocum PC, Blais FX, King B, Nunn M, Matney GB et al. The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. N Engl J Med. 1994;330(17):1179–84.
15. Bashar M, Alcabes P, Rom WN, Condos R. Increased incidence of multidrug-resistant tuberculosis in diabetic patients on the Bellevue Chest Service, 1987 to 1997. Chest. 2001;120(5):1514–9.
16. Ollé-Goig JE, Alvarez J. Treatment of tuberculosis in a rural area of Haiti: directly observed and non-observed regimens. The experience of Hôpital Albert Schweitzer. Int J Tuberc Lung Dis. / Moussa HS, Bayoumi FS, Mohamed AMA. Gene Xpert for direct detection of Mycobacterium tuberculosis in stool specimens from children with presumptive pulmonary tuberculosis. Ann Clin Lab Sci. 2001;5(2):137–41.
17. Pungrassami P, Johnsen S P, Chongsuvivatwong V, Olsen J. Has directly observed treatment improved outcomes for patients with tuberculosis in southern Thailand? Trop Med Int Health. 2002;7(3):271–9.
18. Jasmer RM, Seaman CB, Gonzalez LC, Kawamura LM, Osmond DH, Daley CL. Tuberculosis treatment outcomes: directly observed therapy compared with self-administered therapy. Am J Respir Crit Care Med. 2004;170(5):561–6.
19. Cavalcante SC, Soares EC, Pacheco AG, Chaisson RE, Durovni B, Team DE. Community DOT for tuberculosis in a Brazilian favela: comparison with a clinic model. Int J Tuberc Lung Dis. 2007;11(5):544–9.
20. Radilla-Chávez P, Laniado-Laborín R. Results of directly observed treatment for tuberculosis in Ensenada, Mexico: not all DOTS programs are created equally. Int J Tuberc Lung Dis. 2007;11(3):289–92.

|  |  |
| --- | --- |
| 24 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Module 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

1. Anuwatnonthakate A, Limsomboon P, Nateniyom S, Wattanaamornkiat W, Komsakorn S, Moolphate S et al. Directly observed therapy and improved tuberculosis treatment outcomes in Thailand. PLoS One. 2008;3(8):e3089.
2. Kapella BK, Anuwatnonthakate A, Komsakorn S, Moolphate S, Charusuntonsri P, Limsomboon P et al. Directly observed treatment is associated with reduced default among foreign tuberculosis patients in Thailand. Int J Tuberc Lung Dis. 2009;13(2):232–7.
3. Vieira AA, Ribeiro SA. Compliance with tuberculosis treatment after the implementation of the directly observed treatment, short-course strategy in the city of Carapicuíba, Brazil. J Bras Pneumol. 2011;37(2):223–31.
4. Ong’ang’o JR, Mwachari C, Kipruto H, Karanja S. The effects on tuberculosis treatment adherence from utilising community health workers: a comparison of selected rural and urban settings in Kenya. PLoS One. 2014;9(2):e88937.
5. Das M, Isaakidis P, Armstrong E, Gundipudi NR, Babu RB, Qureshi IA et al. Directly-observed and self-administered tuberculosis treatment in a chronic, low-intensity conflict setting in India. PLoS One. 2014;9(3):e92131.
6. Alwood K, Keruly J, Moore-Rice K, Stanton DL, Chaulk C P, Chaisson RE. Effectiveness of supervised, intermittent therapy for tuberculosis in HIV-infected patients. AIDS. 1994;8(8):1103–8.
7. Alvarez-Uria G, Midde M, Pakam R, Naik PK. Directly-observed intermittent therapy versus unsupervised daily regimen during the intensive phase of antituberculosis therapy in HIV infected patients. Biomed Res Int. 2014;2014:937817.
8. Juan G, Lloret T, Perez C, Lopez P, Navarro R, Ramón M et al. Directly observed treatment for tuberculosis in pharmacies compared with self-administered therapy in Spain. Int J Tuberc Lung Dis. 2006;10(2):215–21.
9. Caylà JA, Caminero JA, Rey R, Lara N, Vallés X, Galdós-Tangüis H et al. Current status of treatment completion and fatality among tuberculosis patients in Spain. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8(4):458–64.
10. Colvin M, Gumede L, Grimwade K, Maher D, Wilkinson D. Contribution of traditional healers to a rural tuberculosis control programme in Hlabisa, South Africa. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(9 Suppl 1):S86–91.
11. Singh AA, Parasher D, Shekhavat GS, Sahu S, Wares DF, Granich R. Effectiveness of urban community volunteers in directly observed treatment of tuberculosis patients: a field report from Haryana, North India. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8(6):800–2.
12. Kingkaew N, Sangtong B, Amnuaiphon W, Jongpaibulpatana J, Anuwatnonthakate A. Effectiveness of and results from directly observed treatment of tuberculosis patients by health-care workers vs. family members, Vachira Phuket Hospital, 2005–2006. J Health Syst Res. 2008;2(2):1127–34.
13. Tripathy SK, Kumar P, Sagili KD, Enarson DA. Effectiveness of a community-based observation of anti-tuberculosis treatment in Bangalore City, India, 2010–2011. Public Health Action. 2013;3(3):230–4.
14. Wilkinson D, Davies GR. Coping with Africa’s increasing tuberculosis burden: are community supervisors an essential component of the DOT strategy? Directly observed therapy. Trop Med Int Health. 1997;2(7):700–4.
15. Lwilla F, Schellenberg D, Masanja H, Acosta C, Galindo C, Aponte J et al. Evaluation of efficacy of community-based vs. institutional-based direct observed short-course treatment for the control of tuberculosis in Kilombero district, Tanzania. Trop Med Int Health. 2003;8(3):204–10.
16. Wandwalo E, Kapalata N, Egwaga S, Morkve O. Effectiveness of community-based directly observed treatment for tuberculosis in an urban setting in Tanzania: a randomised controlled trial. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8(10):1248–54.
17. Wright J, Walley J, Philip A, Pushpananthan S, Dlamini E, Newell J et al. Direct observation of treatment for tuberculosis: a randomized controlled trial of community health workers versus family members. Trop Med Int Health. 2004;9(5):559–65.

Список використаної літератури 25

1. Newell JN, Baral SC, Pande SB, Bam DS, Malla P. Family-member DOTS and community DOTS for tuberculosis control in Nepal: cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2006;367(9514):903–9.
2. Farmer P, Robin S, Ramilus SL, Kim J Y. Tuberculosis, poverty, and “compliance”: lessons from rural Haiti. Semin Respir Infect. 1991;6(4):254-60.
3. Jasmer RM, Bozeman L, Schwartzman K, Cave MD, Saukkonen JJ, Metchock B et al. Recurrent tuberculosis in the United States and Canada: relapse or reinfection? Am J Respir Crit Care Med. 2004;170(12):1360-6.
4. Soares EC, Vollmer WM, Cavalcante SC, Pacheco AG, Saraceni V, Silva JS et al. Tuberculosis control in a socially vulnerable area: a community intervention beyond DOT in a Brazilian favela. Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17(12):1581–6.
5. Yassin MA, Datiko DG, Tulloch O, Markos P, Aschalew M, Shargie EB et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in southern Ethiopia. PLoS One. 2013;8(5):e63174.
6. Chan PC, Huang SH, Yu MC, Lee SW, Huang YW, Chien ST et al. Effectiveness of a government-organized and hospital-initiated treatment for multidrug-resistant tuberculosis patients – a retrospective cohort study. PLoS One. 2013;8(2):e57719.
7. Gärden B, Samarina A, Stavchanskaya I, Alsterlund R, Övregaard A, Taganova O et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. Scand J Caring Sci. 2013;27(1):117–22.
8. Davidson BL. A controlled comparison of directly observed therapy vs self-administered therapy for active tuberculosis in the urban United States. Chest. 1998;114(5):1239-43.
9. Puchalski Ritchie LM, Schull MJ, Martiniuk AL, Barnsley J, Arenovich T, van Lettow M et al. A knowledge translation intervention to improve tuberculosis care and outcomes in Malawi: a pragmatic cluster randomized controlled trial. Implement Sci. 2015;10:38.
10. Datiko DG, Lindtjørn B. Health extension workers improve tuberculosis case detection and treatment success in southern Ethiopia: a community randomized trial. PLoS One. 2009;4(5):e5443.
11. Clark PM, Karagoz T, Apikoglu-Rabus S, Izzettin F V. Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment. Am J Health Syst Pharm. 2007;64(5):497–505.
12. Janmeja AK, Das SK, Bhargava R, Chavan BS. Psychotherapy improves compliance with tuberculosis treatment. Respiration. 2005;72(4):375–80.
13. Liefooghe R, Suetens C, Meulemans H, Moran MB, De Muynck A. A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis. 1999;3(12):1073-80.
14. Baral SC, Aryal Y, Bhattrai R, King R, Newell JN. The importance of providing counselling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies. BMC Public Health. 2014;14:46.
15. Martins N, Morris P, Kelly PM. Food incentives to improve completion of tuberculosis treatment: randomised controlled trial in Dili, Timor-Leste. BMJ. 2009;339:b4248.
16. Lutge E, Lewin S, Volmink J, Friedman I, Lombard C. Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: a pragmatic cluster-randomized controlled trial. Trials. 2013;14:154.
17. Jahnavi G, Sudha CH. Randomised controlled trial of food supplements in patients with newly diagnosed tuberculosis and wasting. Singapore Med J. 2010;51(12):957–62.
18. Sinclair D, Abba K, Grobler L, Sudarsanam TD. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11):CD006086.
19. Álvarez Gordillo G.C. AGJ, Dorantes Jimenez J., . Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas. Pan Am J Public Heal. 2003;14(6):402–8.

|  |  |
| --- | --- |
| 26 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

1. Demissie M, Getahun H, Lindtjørn B. Community tuberculosis care through “TB clubs” in rural North Ethiopia. Soc Sci Med. 2003;56(10):2009–18.
2. Dick J, Lombard C. Shared vision – a health education project designed to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. Int J Tuberc Lung Dis. 1997;1(2):181–6.
3. Banerjee A, Harries AD, Mphasa N, Nyirenda TE, Veen J, Ringdal T et al. Evaluation of a unified treatment regimen for all new cases of tuberculosis using guardian-based supervision. Int J Tuberc Lung Dis. 2000;4(4):333–9.
4. Becx-Bleumink M, Wibowo H, Apriani W, Vrakking H. High tuberculosis notification and treatment success rates through community participation in central Sulawesi, Republic of Indonesia. Int J Tuberc Lung Dis. 2001;5(10):920-5.
5. Dobler CC, Korver S, Batbayar O, Oyuntsetseg S, Tsolmon B, Wright C et al. Success of community-based directly observed anti-tuberculosis treatment in Mongolia. Int J Tuberc Lung Dis. 2015;19(6):657–62.
6. Dudley L, Azevedo V, Grant R, Schoeman JH, Dikweni L, Maher D. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(9 Suppl 1):S48–55.
7. Maciel EL, Guidoni LM, Brioshi A P, do Prado TN, Fregona G, Hadad DJ et al. Household members and health care workers as supervisors of tuberculosis treatment. Rev Saude Publica. 2010;44(2):339–43.
8. Miti S, Mfungwe V, Reijer P, Maher D. Integration of tuberculosis treatment in a community-based home care programme for persons living with HIV/AIDS in Ndola, Zambia. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(9 Suppl 1):S92–8.
9. Moalosi G, Floyd K, Phatshwane J, Moeti T, Binkin N, Kenyon T. Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(9 Suppl 1):S80–5.
10. Niazi AD, Al-Delaimi AM. Impact of community participation on treatment outcomes and compliance of DOTS patients in Iraq. East Mediterr Health J. 2003;9(4):709–17.
11. Wares DF, Akhtar M, Singh S. DOT for patients with limited access to health care facilities in a hill district of eastern Nepal. Int J Tuberc Lung Dis. 2001;5(8):732–40.
12. Arora V. K. NSN, Gupta R.. Community mediated domiciliary DOTS execution – a study from New Delhi. Ind J Tub. 2003;50:143.
13. Kironde S, Meintjies M. Tuberculosis treatment delivery in high burden settings: does patient choice of supervision matter? Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6(7):599-608.
14. van den Boogaard J, Lyimo R, Irongo CF, Boeree MJ, Schaalma H, Aarnoutse RE et al. Community vs. facility-based directly observed treatment for tuberculosis in Tanzania’s Kilimanjaro Region. Int J Tuberc Lung Dis. 2009;13(12):1524–9.
15. Manders A J, Banerjee A, van den Borne HW, Harries AD, Kok GJ, Salaniponi FM. Can guardians supervise TB treatment as well as health workers? A study on adherence during the intensive phase. Int J Tuberc Lung Dis. 2001;5(9):838–42.
16. Akhtar S, Rozi S, White F, Hasan R. Cohort analysis of directly observed treatment outcomes for tuberculosis patients in urban Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15(1):90–6.
17. Chuck C, Robinson E, Macaraig M, Alexander M, Burzynski J. Enhancing management of tuberculosis treatment with video directly observed therapy in New York City. Int J Tuberc Lung Dis. 2016;20(5):588–93.
18. Wade VA , Karnon J, Eliott JA, Hiller JE. Home videophones improve direct observation in tuberculosis treatment: a mixed methods evaluation. PLoS One. 2012;7(11):e50155.
19. Khortwong P, Kaewkungwal J. Thai health education program for improving TB migrant’s compliance. J Med Assoc Thai. 2013;96(3):365–73.

Список використаної літератури 27

1. Morisky DE, Malotte CK, Choi P, Davidson P, Rigler S, Sugland B et al. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. Health Educ Q. 1990;17(3):253–67.
2. Drabo M, Zerbo R, Berthe A, Ouedrago L, Konfe S, Mugishe E et al. [Community involvement in tuberculosis care in three rural health districts of Burkina Faso]. Santé Publique. 2009;21(5):485–97.
3. Thiam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL et al. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource-poor setting: a cluster randomized controlled trial. Jama. 2007;297(4):380–6.
4. Hsieh CJ, Lin LC, Kuo BI, Chiang CH, Su WJ, Shih JF. Exploring the efficacy of a case management model using DOTS in the adherence of patients with pulmonary tuberculosis. J Clin Nurs. 2008;17(7):869–75.
5. Atkins S, Lewin S, Jordaan E, Thorson A. Lay health worker-supported tuberculosis treatment adherence in South Africa: an interrupted time-series study. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15(1):84–9.
6. Iribarren S, Chirico C, Echevarria M, Cardinali D. TextTB: A parallel design randomized control pilot study to evaluate acceptance and feasibility of a patient-driven mobile phone based intervention to support adherence to TB treatment. J Mob Technol Med. 2012;1(4S):23–4.
7. Krishnaswami KV, Somasundaram PR, Tripathy S P, Vaidyanathan B, Radhakrishna S, Fox W. A randomised study of two policies for managing default in out-patients collecting supplies of drugs for pulmonary tuberculosis in a large city in South India. Tubercle. 1981;62(2):103–12.
8. Kunawararak P, Pongpanich S, Chantawong S, Pokaew P, Traisathit P, Srithanaviboonchai K et al. Tuberculosis treatment with mobile-phone medication reminders in northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2011;42(6):1444–51.
9. Mohan A, Nassir H, Niazi A. Does routine home visiting improve the return rate and outcome of DOTS patients who delay treatment? East Mediterr Health J. 2003;9(4):702–8.
10. Paramasivan R, Parthasarathy RT, Rajasekaran S. Short course chemotherapy: a controlled study of indirect defaulter retrieval method. Indian J Tuberc. 1993;40:185-90.
11. Tanke ED, Leirer VO. Automated telephone reminders in tuberculosis care. Med Care. 1994;32(4):380–9.
12. Moulding TS, Caymittes M. Managing medication compliance of tuberculosis patients in Haiti with medication monitors. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6(4):313–9.
13. Liu X, Lewis JJ, Zhang H, Lu W, Zhang S, Zheng G et al. Effectiveness of electronic reminders to improve medication adherence in tuberculosis patients: a cluster-randomised trial. PLoS Med. 2015;12(9):e1001876.
14. Bronner LE, Podewils L J, Peters A, Somnath P, Nshuti L, van der Walt M et al. Impact of community tracer teams on treatment outcomes among tuberculosis patients in South Africa. BMC Public Health. 2012;7(12):621.
15. Snidal SJ, Barnard G, Atuhairwe E, Amor YB. Use of eCompliance, an innovative biometric system for monitoring of tuberculosis treatment in rural Uganda. Am J Trop Med Hyg. 2015;92(6):1271–9.
16. Thomson KA, Cheti EO, Reid T. Implementation and outcomes of an active defaulter tracing system for HIV, prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT), and TB patients in Kibera, Nairobi, Kenya. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2011;105(6):320-6.
17. Al-Hajjaj MS, Al-Khatim IM. High rate of non-compliance with anti-tuberculosis treatment despite a retrieval system: a call for implementation of directly observed therapy in Saudi Arabia. Int J Tuberc Lung Dis. 2000;4(4):345–9.
18. Broomhead S, Mars M. Retrospective return on investment analysis of an electronic treatment adherence device piloted in the Northern Cape Province. Telemed e-Health. 2012;18(1):24–31.
19. Ngamvithayapong-Yanai J, Luangjina S, Nedsuwan S, Kantipong P, Wongyai J, Ishikawa N. Engaging women volunteers of high socioeconomic status in supporting socioeconomically disadvantaged tuberculosis patients in Chiang Rai, Thailand. WPSAR. 2013;4(1):34–8.

|  |  |
| --- | --- |
| 28 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

1. Zou G, Wei X, Witter S, Yin J, Walley J, Liu S et al. Incremental cost-effectiveness of improving treatment results among migrant tuberculosis patients in Shanghai. Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17(8):1056–64.
2. Lu H, Ya n F, Wang W, Wu L, Ma W, Chen J et al. Do transportation subsidies and living allowances improve tuberculosis control outcomes among internal migrants in urban Shanghai, China? WPSAR. 2013;4(1):19–24.
3. Wei X, Zou G, Yin J, Walley J, Yang H, Kliner M et al. Providing financial incentives to rural-to-urban tuberculosis migrants in Shanghai: an intervention study. Infect Dis Poverty. 2012;1(1):9.
4. Cantalice Filho J P. Food baskets given to tuberculosis patients at a primary health care clinic in the city of Duque de Caxias, Brazil: effect on treatment outcomes. J Bras Pneumol. 2009;35(10):992–7.
5. Sripad A, Castedo J, Danford N, Zaha R, Freile C. Effects of Ecuador’s national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2014;18(1):44–8.
6. Tsai W-C, Kung P-T, Khan M, Campbell C, Yang W-T, Lee T-F et al. Effects of pay-for-performance system on tuberculosis default cases control and treatment in Taiwan. J Infect.2010;61(3):235–43.
7. Bock NN, Sales RM, Rogers T, DeVoe B. A spoonful of sugar...: improving adherence to tuberculosis treatment using financial incentives. Int J Tuberc Lung Dis. 2001;5(1):96–8.
8. Safdar N, Hinderaker SG, Baloch NA, Enarson DA, Khan MA, Morkve O. Childhood tuberculosis deskguide and monitoring: An intervention to improve case management in Pakistan. BMC Health Serv Res. 2011;1(11):187.
9. Shin S, Livchits V, Connery HS, Shields A, Yanov S, Yanova G et al. Effectiveness of alcohol treatment interventions integrated into routine tuberculosis care in Tomsk, Russia. Addiction. 2013;108(8):1387–96.
10. End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva: World Health Organization; 2014.
11. Floyd K, Hutubessy R, Kliiman K, Centis R, Khurieva N, Jakobowiak W et al. Cost and cost-effectiveness of multidrug-resistant tuberculosis treatment in Estonia and Russia. Eur Respir J. 2012;40(1):133-42.
12. Suárez PG, Floyd K, Portocarrero J, Alarcón E, Rapiti E, Ramos G et al. Feasibility and cost-effectiveness of standardised second-line drug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort study in Peru. Lancet. 2002;359(9322):1980–9.
13. Tupasi TE, Gupta R, Quelapio MID, Orillaza RB, Mira NR, Mangubat NV et al. Feasibility and cost-effectiveness of treating multidrug-resistant tuberculosis: a cohort study in the Philippines. PLoS Med. 2006;3(9):e352.
14. Fitzpatrick C, Floyd K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of treatment for multidrug-resistant tuberculosis. PharmacoEconomics. 2012;30(1):63–80.
15. Chan P-C, Huang S-H, Yu M-C, Lee S-W, Huang Y-W, Chien S-T et al. Effectiveness of a government-organized and hospital-initiated treatment for multidrug-resistant tuberculosis patients – a retrospective cohort study. PLoS One. 2013;8(2):e57719.
16. Cox H, Hughes J, Daniels J, Azevedo V, McDermid C, Poolman M et al. Community-based treatment of drug-resistant tuberculosis in Khayelitsha, South Africa. Int J Tuberc Lung Dis. 2014;18(4):441–8.
17. Gler MT, Podewils L J, Munez N, Galipot M, Quelapio MID, Tupasi TE. Impact of patient and program factors on default during treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2012;16(7):955-60.
18. Loveday M, Wallengren K, Brust J, Roberts J, Voce A, Margot B et al. Community-based care vs. centralised hospitalisation for MDR-TB patients, KwaZulu-Natal, South Africa. Int J Tuberc Lung Dis. 2015;19(2):163–71.
19. Musa BM, John D, Habib AG, Kuznik A. Cost-optimization in the treatment of multidrug resistant tuberculosis in Nigeria. Trop Med Int Health. 2016;21(2):176-82.
20. Sinanovic E, Ramma L, Vassall A, Azevedo V, Wilkinson L, Ndjeka N et al. Impact of reduced hospitalisation on the cost of treatment for drug-resistant tuberculosis in South Africa. Int J Tuberc Lung Dis. 2015;19(2):172–8.

Список використаної літератури 29

1. Narita M, Alonso P, Lauzardo M, Hollender ES, Pitchenik AE, Ashkin D. Treatment experience of multidrug-resistant tuberculosis in Florida, 1994–1997. Chest. 2001;120(2):343–8.
2. Ho J, Byrne AL, Linh NN, Jaramillo E, Fox GJ. Decentralized care for multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2017;95(8):584–93.
3. WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. Roadmap towards ending TB in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Public–private mix for TB prevention and care: a roadmap. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment. Care and support during tuberculosis treatment Geneva: World Health Organization; 2022.
8. Talukder K, Salim MA, Jerin I, Sharmin F, Talukder MQ, Marais BJ et al. Intervention to increase detection of childhood tuberculosis in Bangladesh. Int J Tuberc Lung Dis. 2012;16(1):70–5.
9. Khan A J, Khowaja S, Khan FS, Qazi F, Lotia I, Habib A et al. Engaging the private sector to increase tuberculosis case detection: an impact evaluation study. The Lancet Infectious diseases. 2012;12(8):608–16.
10. Malik AA, Amanullah F, Codlin A J, Siddiqui S, Jaswal M, Ahmed JF et al. Improving childhood tuberculosis detection and treatment through facility-based screening in rural Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis. 2018;22(8):851–7.
11. Zawedde-Muyanja S, Nakanwagi A, Dongo J P, Sekadde M P, Nyinoburyo R, Ssentongo G et al. Decentralisation of child tuberculosis services increases case finding and uptake of preventive therapy in Uganda. Int J Tuberc Lung Dis. 2018;22(11):1314–21.
12. Maha A, Majumdar SS, Main S, Phillip W, Witari K, Schulz J et al. The effects of decentralisation of tuberculosis services in the East New Britain Province, Papua New Guinea. Public Health Action. 2019;9(Suppl 1):S43–s9.
13. Islam Z, Sanin KI, Ahmed T. Improving case detection of tuberculosis among children in Bangladesh: lessons learned through an implementation research. BMC Public Health. 2017;17(1):131.
14. Catalyzing Pediatric TB Innovation (CaP-TB) project. [Unpublished data]. In press 2021.
15. Oshi DC, Chukwu JN, Nwafor CC, Meka AO, Madichie NO, Ogbudebe CL et al. Does intensified case finding increase tuberculosis case notification among children in resource-poor settings? A report from Nigeria. International journal of mycobacteriology. 2016;5(1):44–50.
16. Joshi B, Chinnakali P, Shrestha A, Das M, Kumar AM, Pant R et al. Impact of intensified case-finding strategies on childhood TB case registration in Nepal. Public Health Action. 2015;5(2):93–8.
17. Hanrahan CF, Nonyane BAS, Mmolawa L, West NS, Siwelana T, Lebina L et al. Contact tracing versus facility-based screening for active TB case finding in rural South Africa: a pragmatic cluster-randomized trial (Kharitode TB). PLoS Med. 2019;16(4):e1002796.
18. Moyo S, Verver S, Hawkridge A, Geiter L, Hatherill M, Workman L et al. Tuberculosis case finding for vaccine trials in young children in high-incidence settings: a randomised trial. Int J Tuberc Lung Dis. 2012;16(2):185–91.
19. Davis JL, Turimumahoro P, Meyer A J, Ayakaka I, Ochom E, Ggita J et al. Home-based tuberculosis contact investigation in Uganda: a household randomised trial. ERJ Open Res. 2019;5(3).
20. Fatima R, Qadeer E, Yaqoob A, Haq Mu, Majumdar SS, Shewade HD et al. Extending ‘contact tracing’ into the community within a 50-metre radius of an index tuberculosis patient using Xpert MTB/RIF in urban Pakistan. Did it increase case detection? PLoS One. 2016;11(11):e0165813.
21. Reddy KK, Ananthakrishnan R, Jacob AG, Das M, Isaakidis P, Kumar AMV. Intensified tuberculosis case finding amongst vulnerable communities in southern India. Public health action. 2015;5(4):246–8.

|  |  |
| --- | --- |
| 30 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

1. Bayona J, Chavez-Pachas AM, Palacios E, Llaro K, Sapag R, Becerra MC. Contact investigations as a means of detection and timely treatment of persons with infectious multidrug-resistant tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(12 Suppl 3):S501–9.
2. Sachdeva KS, Raizada N, Sreenivas A, van’t Hoog AH, van den Hof S, Dewan PK et al. Use of Xpert MTB/ RIF in decentralized public health settings and its effect on pulmonary TB and DR-TB case finding in India. PLoS One. 2015;10(5):e0126065.
3. Zachariah R, Spielmann M P, Harries AD, Gomani P, Graham SM, Bakali E et al. Passive versus active tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy among household contacts in a rural district of Malawi. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(11):1033–9.
4. Ketema L, Dememew ZG, Assefa D, Gudina T, Kassa A, Letta T et al. Evaluating the integration of tuberculosis screening and contact investigation in tuberculosis clinics in Ethiopia: a mixed method study. PLoS One. 2020;15(11):e0241977.
5. Miyano S, Dube C, Kayama N, Ishikawa N, Nozaki I, Syakantu G. Association between tuberculosis treatment outcomes and the mobile antiretroviral therapy programme in Zambia. Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17(4):540–5.
6. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Montoya R, Ramos E et al. A randomized controlled study of socioeconomic support to enhance tuberculosis prevention and treatment, Peru. Bull World Health Organ. 2017;95(4):270–80.
7. Rocha C, Montoya R, Zevallos K, Curatola A, Ynga W, Franco J et al. The Innovative Socio-economic Interventions Against Tuberculosis (ISIAT) project: an operational assessment. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15(Suppl 2):50–7.
8. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
10. The End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva: World Health Organization 2014.
11. Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021.

Список використаної літератури 31

|  |  |
| --- | --- |
| 32 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Додатки

Додатки 33

|  |  |
| --- | --- |
| 34 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Додаток 1.Експерти, які брали участь у розробці настанов

**Додаток 1.1. Експерти, які беруть участь в оновленні настанов, 2017 р.**

**Члени групи з розробки настанов (ГРН)**

Si Thu Aung, заступник директора (ТБ) і керівник національної програми боротьби з туберкульозом, Міністерство охорони здоров’я, Nay Pyi Taw, М’янма (не зміг бути присутнім на засіданні)

Frank Bonsu, керівник національної програми боротьби з туберкульозом, Міністерство охорони здоров’я, Аккра, Гана

Jeremiah Muhwa Chakaya, клініцист, керівник національної програми боротьби з туберкульозом, Найробі, Кенія

Lucy Chesire, Найробі, Кенія

Daniela Cirillo, керівниця відділу нових бактеріальних патогенів, Центр співпраці ВООЗ і наднаціональна референтна лабораторія з діагностики ТБ, Науковий інститут Сан-Рафаель, Мілан, Італія

Poonam Dhavan, координатор міграційної програми охорони здоров’я, Міжнародна організація з міграції, Женева, Швейцарія (не зміг бути присутнім на засіданні)

Kelly Dooley, доцент медицини, фармакології й молекулярних наук, підрозділи клінічної фармакології та інфекційних хвороб, Центр досліджень туберкульозу, керівник факультету, фірма Janeway програми ординатури Ослер, медична школа Університету Джона Гопкінса, Балтимор, штат Мериленд, Сполучені Штати Америки

Kathy Fiekert, старша консультантка з ТБ, Королівський голландський туберкульозний фонд (KNCV), Гаага, Нідерланди

Paula Fujiwara, наукова директорка, Міжнародний союз проти туберкульозу й хвороб легенів, Париж, Франція

Mike Frick, Проєкт із ТБ/ВІЛ, Група «Дієве лікування», Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, Сполучені Штати Америки

Andrei Mariandyshev, начальник фтизіопульмонального відділу, Архангельськ, Російська Федерація

Nguyen Viet Nhung, директор Національної легеневої лікарні, керівник національної програми боротьби з туберкульозом, Ханой, В’єтнам

Ejaz Qadeer, Міністерство охорони здоров’я, Ісламабад, Пакистан

Abdul Hamid Salim, радник національної програми боротьби з туберкульозом Бангладеш із питань Глобального фонду й МР-ТБ, Мохахалі, Дакка, Бангладеш

Додаток 1. Експерти, які брали участь у розробці настанов 35

Simon Schaaf, педіатр, педіатрія й охорона здоров’я дітей, факультет медицини та наук про здоров’я, Університет Стелленбоша, Південна Африка

Holger Schünemann (голова), методист, Університет Макмастера, Гамільтон, Канада

Pedro Guillermo Suarez, менеджментологія в галузі охорони здоров’я, Арлінгтон, штат Вірджинія, Сполучені Штати Америки (не зміг бути присутнім на засіданні)

Carrie Tudor, директорка протитуберкульозного проєкту, Міжнародна рада медичних сестер, Дурбан, Південна Африка

Justin Wong Yun Yaw, керівник відділу контролю захворювань, Міністерство охорони здоров’я, Jalan Menteri Besar, Бруней.

***Група з перевірки доказів***

Narges Alipanah, медичний центр долини Санта-Клара, Сан-Хосе, Каліфорнія, Сполучені Штати Америки

Lelia Chaisson, кафедра епідеміології, Школа громадського здоров’я Джона Гопкінса Блумберга, Балтимор, штат Мериленд, Сполучені Штати Америки

Jennifer Ho, Вулкокський інститут медичних досліджень, Сіднейський університет, Австралія

James Johnston, протитуберкульозна служба, Центр контролю захворювань Британської Колумбії, Ванкувер, Канада

Dick Menzies, відділ респіраторної епідеміології та клінічних досліджень (ВРЕКД) / Монреальський інститут грудної клітки, Монреаль, Канада

Payam Nahid, професор, Каліфорнійський університет, Сан-Франциско, Каліфорнія, Сполучені Штати Америки.

***Спостерігачі***

Amy Bloom, Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), Вашингтон, округ Колумбія, Сполучені Штати Америки

Janet Ginnard, UNITAID, Женева, Швейцарія.

***Секретаріат/штаб-квартира ВООЗ***

Глобальна програма боротьби з туберкульозом: Annabel Baddeley, Dennis Falzon, Giuliano Gargioni, Nebiat Gebresselassie, Haileyesus Getahun, Licé Gonzalez-Angulo, Malgorzata Grzemska, Elizabeth Harausz, Ernesto Jaramillo, Avinash Kanchar, Soleil Labelle, Christian Lienhardt, Knut Lönnroth, Fuad Mirzayev, Linh Nguyen, Marco Vitoria, Diana Weil, Karin Weyer, Matteo Zignol.

***Члени Групи зовнішнього рецензування***

Mohammed Aziz, Регіональний відділ ВООЗ для країн Східного Середземномор’я

Masoud Dara, Європейський регіональний відділ ВООЗ

Riitta Dlodlo, Міжнародний союз проти туберкульозу й хвороб легенів, Франція (технічне агентство / реалізація програм)

Celine Garfin, Міністерство охорони здоров’я, Філіппіни (національна програма / кінцевий користувач)

Mirtha del Granado, Регіональний відділ ВООЗ для країн Північної й Південної Америки

Daniel Kibuga, Регіональний відділ ВООЗ для країн Африки

Md Khurshid Alam Hyder, Регіональний відділ ВООЗ для країн Південно-Східної Азії

|  |  |
| --- | --- |
| 36 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Vaira Leimane, лікарня Ризького східного університету, Центр туберкульозу й захворювань легенів, Латвія (клініцист / кінцевий користувач)

Nobuyuki Nishikiori, Регіональний відділ ВООЗ для країн західної частини Тихого океану

Lee Reichman Rutgers, медична школа Нью-Джерсі, Ньюарк, Нью-Джерсі, Сполучені Штати Америки (клініцист / кінцевий користувач)

Rohit Sarin, Національний інститут ТБ та респіраторних захворювань, Міністерство охорони здоров’я, Індія (національна програма / кінцевий користувач)

Dalene von Delft, TB Proof, Південна Африка (представник пацієнта)

Fraser Wares, Королівська голландська спілка контролю за туберкульозом (КГСКТ), Гаага, Нідерланди (технічне агентство / реалізація програм).

Додаток 1. Експерти, які брали участь у розробці настанов 37

**Додаток 1.2. Експерти, які беруть участь у розробці настанов з ведення туберкульозу в дітей і підлітків, 2022 р.**

**Члени групи з розробки настанов (ГРН)**

Susan Abdel-Rahman (Дитячий науково-дослідний інститут милосердя, Сполучені Штати Америки)

Deepak Agrawal (лікарня педіатрії Аарогям, Індія)

Shakil Ahmed (Даккський медичний коледж, Бангладеш)

Elie Akl (Американський університет Бейрута й Центр систематичних оглядів політики в галузі охорони здоров’я та системних досліджень, Ліван)

Valentina Aksenova (Науково-дослідний інститут фтизіопульмонології Першого Московського державного медичного університету імені М. І. Сеченова, Російська Федерація)

Farhana Amanullah (лікарня Інду, Пакистан)

Grace Bolie (Національна програма боротьби з туберкульозом, Демократична Республіка Конго)

Chishala Chabala (Університетська викладацька лікарня, Замбія)

Gunta Dravniece (PATH, Україна)

Connie Erkens (Фонд КГСКТ з боротьби з туберкульозом, Нідерланди)

Betina Mendez Alcântara Gabardo (Клінічна лікарня Федерального університету штату Парана, Бразилія)

Stephen Graham (Університет Мельбурна, Австралія)

Patrik Hummel (Університет Фрідріха — Олександра, Німеччина)

Amir M. Khan (Асоціація соціального розвитку, Пакистан)

Margaret Nasil Kal (Національна програма боротьби з туберкульозом, Папуа — Нова Гвінея)

Tamara Kredo (Південноафриканський Кокранівський центр, Південноафриканська рада медичних досліджень, Південно-Африканська Республіка)

Susan Maloney (Центри з контролю та профілактики захворювань, Сполучені Штати Америки)

Anna Mandalakas (Медичний коледж Бейлор, Техаська дитяча лікарня, Сполучені Штати Америки)

Sushant Mane (Грант урядового медичного коледжу й Група лікарень сера Дж. Дж., Індія)

Lindsay McKenna (Група «Дієве лікування», Сполучені Штати Америки)

Imran Pambudi (Національна програма боротьби з туберкульозом, Індонезія)

Phan Huu Phuc (Національна дитяча лікарня, В’єтнам)

Moorine Sekadde (Національна програма боротьби з туберкульозом і проказою, Уганда)

Kathryn Snow (Університет Мельбурна, Австралія)

Sabira Tahseen (Національна референтна лабораторія з діагностики ТБ, Пакистан)

Співголовами на засіданні ГРН були Elie Akl, Farhana Amanullah, Stephen Graham і Tamara Kredo.

|  |  |
| --- | --- |
| 38 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

**Технічні консультанти й спостерігачі**

Під час засідання ГРН функції технічних консультантів виконували Pete Dodd (Університет Шеффілда, Сполучене Королівство Великої Британії й Північної Ірландії), Anneke Hesseling (Університет Стелленбоша, Південна Африка), Oliver Marcy (Університет Бордо, Франція), Nicole Salazar-Austin (Університет Джона Гопкінса, Сполучені Штати Америки) і James Seddon (Імперський коледж Лондона, Сполучене Королівство).

Участь у засіданнях ГРН у якості спостерігачів брали: Draurio Barreira Cravo Neto (Unitaid, Швейцарія); Charlotte Colvin (USAID, Сполучені Штати Америки); Anne Detjen (UNICEF, Сполучені Штати Америки); Thomas Gradel (Unitaid, Швейцарія); Brian Kaiser (Глобальний механізм із забезпечення лікарськими засобами Партнерства «Покласти край ТБ», Швейцарія); Michael McCaul (Університет Стелленбош, Південна Африка); Lawrence Mbuagbaw (Мед. центр Св. Джозефа Гамільтона, Канада); Celeste Naude (Університет Стелленбош, Південна Африка); Oxana Rucsineanu (Громадська консультативна рада з питань туберкульозу); Anna Scardigli (Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, Швейцарія); Cherise Scott (Unitaid, Швейцарія).

**Група зовнішнього рецензування**

Martina Casenghi (Фонд боротьби з дитячим СНІДом Елізабет Глейзер, Швейцарія)

Anthony Enimil (Викладацька лікарня Комфо Анок’є, Гана)

Malgorzata Grzemska (колишня співробітниця ВООЗ, Польща)

Catherine Hewison («Лікарі без кордонів», Франція)

Devan Jaganath (Каліфорнійський університет, Сан-Франциско, Сполучені Штати Америки)

Kobto Ghislain Koura (Міжнародний союз проти туберкульозу й хвороб легенів, Франція)

Celia Martínez de Cuellar (Лікарня «Клінікас», Національний університет Асунсьйона, Парагвай)

Ya Diul Mukadi (Агентство США з міжнародного розвитку [USAID], Сполучені Штати Америки)

Rahab Mwaniki (Кенійський консорціум громадських організацій з питань допомоги [ККГОПД], Кенія)

Marc Nicol (Університет Західної Австралії, Австралія)

Elizabeth Maleche Obimbo (Університет Найробі, Кенія)

Peter Owiti (Проєкт молодіжного розвитку Wote, Кенія)

Nyan Win Phyo (Робоча група громадянського суспільства; World Vision, Таїланд)

Ramatoulaye Sall (незалежний консультант, Сенегал)

Rina Triasih (Університет Гадья-Мада, Індонезія)

Eric Wobudeya (Національна лікарня для направлення Мулаго, Уганда; університет Макерере — університет Джона Гопкінса [УМ-УДГ], Дослідницька колаборація, Уганда).

**Група з перевірки доказів**

Yael Hirsch-Moverman (Колумбійський університет, Сполучені Штати Америки), Hamidah Hussain (Інтерактивні дослідження й розробки [ІРД] Global, Сингапур), Daria Szkwarko (Браунський університет, Сполучені Штати Америки) і Courtney Yuen (Гарвардська медична школа, Сполучені Штати Америки) провели перевірку доказів для запитання 6 ПВПР: Моделі догляду для виявлення випадків ТБ та його профілактики в умовах високого ступеню тягаря ТБ.

Додаток 1. Експерти, які брали участь у розробці настанов 39

**Керівна група ВООЗ**

Керівна група ВООЗ складалася з: Annabel Baddeley, Lice Gonzalez Angulo, Ernesto Jaramillo, Avinash Kanchar, Charalambos Sismanidis (Глобальна програма ВООЗ із протидії туберкульозу); Martina Penazzato (Глобальна програма ВООЗ із протидії ВІЛ, гепатиту й інфекцій, що передаються статевим шляхом); Bernadette Cappello, Lorenzo Moja (Відділ ВООЗ з питань продуктів, політики та стандартів охорони здоров’я); Marie Valentin (Відділ регулювання й попередньої кваліфікації ВООЗ); Corinne Simone Collette Merle (Спеціальна програма ВООЗ із досліджень і підготовки фахівців із тропічних хвороб); Valentina Baltag, Wilson Milton Were (Відділ ВООЗ з питань охорони здоров’я матерів, новонароджених, дітей і підлітків та старіння); Lina Mahy (Відділ ВООЗ з питань харчування й безпеки харчових продуктів); Chiara Servili (Відділ ВООЗ з питань психічного здоров’я та вживання речовин); Sarah Rylance (Відділ ВООЗ з нагляду за неінфекційними захворюваннями); Ogtay Gozalov (Європейський регіональний відділ ВООЗ); Mukta Sharma (Регіональний відділ ВООЗ для країн Південної Азії); Kyung Hyun Oh (Регіональний відділ ВООЗ для країн західної частини Тихого океану); Pedro Avedillo (Панамериканська організація охорони здоров’я); Kenza Bennani, Martin van den Boom (Регіональний відділ ВООЗ для країн Східного Середземномор’я); André Ndongosieme (Регіональний відділ ВООЗ для країн Африки).

|  |  |
| --- | --- |
| 40 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

**Додаток 1.3. Експерти, які брали участь у розробці настанов щодо лікування ЛС-ТБ, 2011 р.**

**Члени групи з розробки настанов (ГРН)**

Jaime Bayona, Socios En Salud Sucursal, Перу (програмне управління, громадське здоров’я)

José A. Caminero, Загальна лікарня університету Гран-Канарія, Іспанія та СОЮЗ, Париж, Франція (клінічна практика)

Charles L. Daley, лікарня «Національне єврейське здоров'я», Сполучені Штати Америки (клінічна практика)

Agnes Gebhard, Королівський голландський туберкульозний фонд (KNCV), Нідерланди (програмне управління)

Myriam Henkens, «Лікарі без кордонів», Франція (програмне управління)

Timothy H. Holtz, Програма досліджень ВІЛ/ЗПСШ, Центри контролю та профілактики захворювань США (ЦКЗ), Азійське регіональне бюро, Таїланд (епідеміологія, епіднагляд, оцінка програм)

Joël Keravec, менеджментологія в галузі охорони здоров’я, Бразилія (управління препаратами)

Salmaan Keshavjee, Гарвардська медична школа, Сполучені Штати Америки (програмне управління, громадське здоров’я)

Aamir J. Khan, Програма лікування ТБ лікарні Інду, Пакистан (епідеміологія, програмне управління)

Vaira Leimane, Державний інфекційний центр, Клініка туберкульозу й легеневих хвороб, Латвія (програмне управління, клінічна практика)

Andrey Mariandyshev, Північний державний медичний університет, Архангельськ, Російська Федерація (клінічна практика)

Carole D. Mitnick, Гарвардська медична школа, Сполучені Штати Америки (епідеміологія, програмна підтримка)

Gloria Nwagboniwe, Альянс за надію, Нігерія (громадянське суспільство)

Domingo Palmero, відділ пульмонології, лікарня Муньїс, Аргентина (клінічна практика)

Ma. Imelda Quelapio, Фонд тропічних хвороб, Філіппіни (програмне управління)

Michael L. Rich, «Партнери в охороні здоров’я», Сполучені Штати Америки (клінічна практика)

Sarah Royce, PATH, Сполучені Штати Америки (епіднагляд, громадське здоров’я)

Sabine Rüsch-Gerdes, Національний довідковий центр мікобактерій, Німеччина (спеціалістка лабораторії)

Archil Salakaia, менеджментологія в галузі охорони здоров’я, Сполучені Штати Америки (програмне управління)

Rohit Sarin, Інститут туберкульозу й супутніх захворювань LRS, Індія (клінічна практика)

Holger Schünemann, Університет Макмастера, Канада (голова Групи

розробників настанов; епідеміологія, методологія настанов)

Elena Skachkova, Федеральний центр моніторингу туберкульозу, Російська Федерація (епіднагляд)

Francis Varaine, «Лікарі без кордонів», Франція (клінічне й програмне управління)

Додаток 1. Експерти, які брали участь у розробці настанов 41

**Штаб-квартира ВООЗ, Женева, Швейцарія**

Глобальна програма боротьби з туберкульозом: Léopold Blanc, Dennis Falzona, Christopher Fitzpatrick, Katherine Floyd, Haileyesus Getahun, Malgorzata Grzemska, Christian Gunneberg, Ernesto Jaramillo, Christian Lienhardt, Fuad Mirzayev, Paul Nunn, Mario C. Raviglione, Delphine Sculiera, Fraser Wares, Karin Weyer, Matteo Zignol.

ВІЛ-відділ: Chris Duncombe, Marco Antonio de Avila Vitoria.

**Група зовнішнього рецензування**

Samiha Baghdadi, Регіональний відділ ВООЗ для країн Східного Середземномор’я, Єгипет

Mercedes Becerra, Гарвардська медична школа, Сполучені Штати Америки (наукова сфера)

Vineet Bhatia, Регіональний відділ ВООЗ для країн Південно-Східної Азії, Індія

Masoud Dara, Європейський регіональний відділ ВООЗ, Данія

Mirtha del Granado, Регіональний відділ ВООЗ для країн Північної й Південної Америки, Сполучені Штати Америки

Reuben Granich, Відділ ВООЗ з питань ВІЛ, Швейцарія

Lindiwe Mvusi, Відділ охорони здоров’я, Південна Африка (програмне управління)

Nani Nair, Регіональний відділ ВООЗ для країн Південно-Східної Азії, Індія

Norbert Ndjeka, Відділ охорони здоров’я, Південна Африка (програмне управління, клінічна практика)

Wilfred A.C Nkhoma, Регіональний відділ ВООЗ для країн Африки, Зімбабве

Katsunori Osuga, Регіональний відділ ВООЗ для країн західної частини Тихого океану, Філіппіни

Hendrik Simon Schaaf, Відділ педіатрії й охорони здоров’я дітей, Університет Стелленбоша та дитяча лікарня Тигерберга, Південна Африка (клінічна практика, дитячий МР-ТБ, епіднагляд)

Catharina van Weezenbeek, Регіональний відділ ВООЗ для країн західної частини Тихого океану, Філіппіни

Irina Vasilyeva, Центральний науково-дослідний інститут туберкульозу РАМН, Російська Федерація (дослідження, клінічна практика)

Wang Xie Xiu, Тяньцзіньські центри контролю та профілактики захворювань, Китай (епіднагляд)

Richard Zaleskis, Європейський регіональний відділ ВООЗ, Данія.

**Команди з перевірки доказів**

Chunling Lu, Carole D. Mitnick, Гарвардська медична школа, Бостон, штат Массачусетс, і Richard A. White, Гарвардська школа громадського здоров’я, Бостон, штат Массачусетс, Сполучені Штати Америки.

Gail Kennedy, George Rutherford, Karen Steingart, Каліфорнійський університет (Сан-Франциско), Каліфорнія, Сполучені Штати Америки.

Matthew Arentz, David Horne, Patricia Pavlinac, Judd L. Walson, Вашингтонський університет, Сіетл, штат Вашингтон, Сполучені Штати Америки.

Melissa Bauer, Richard (Dick) Menzies, Olivia Oxlade, Університет Макгілла, Монреаль, Квебек, Канада.

**Консультант:** Patricia Whyte, Університет Гріффіта, Квінсленд, Австралія (розробка настанов).

|  |  |
| --- | --- |
| 42 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Додаток 2.Запитання ПВПР | | | |
| **Втручання з догляду й підтримки для всіх пацієнтів із ТБ (Оновлення настанов, 2017 р.)**  **1. Чи призводять втручання для сприяння прихильності до лікування ТБ в якійсь мірі до нижченаведених результатів у пацієнтів із ТБ?** | | | |
| **Пацієнти** | **Втручання** | **Порівняння** | **Результат** |
| Пацієнти, що проходять лікування Ч-ТБ  Пацієнти, що проходять лікування МР-ТБ  Діти  (0–14 років) і  дорослі  ВІЛ-інфіковані й ВІЛ-неінфіковані пацієнти з ТБ | Будь-яке втручання для сприяння прихильності до лікування  • Нагляд за лікуванням (підтримка лікування, віртуальна (відео-) підтримувана терапія)  • Втручання для поліпшення прихильності до лікування (наприклад, контролери приймання препаратів та/або нагадування через СМС або телефонні дзвінки)  • Соціальна підтримка (освітня, психологічна, матеріальна)  • Комбінації вищезазначених втручань | Стандартна  практика17 | • Прихильність до лікування (або переривання лікування через відсутність прихильності)  • Традиційні результати лікування ТБ: вилікування або завершення лікування, неефективність, рецидив, виживання/смерть  • Побічні реакції протитуберкульозних препаратів (тяжкість, тип, клас органів)  • Витрати для пацієнта, включно з прямими витратами на медичну допомогу й іншими витратами, як-от транспортними, і втраченою заробітною платою через утрату працездатності  • Витрати на послуги охорони здоров’я |

**Моделі догляду за пацієнтами з лікарсько-стійким ТБ (оновлення настанов 2011 та 2017 років)**

1. **Чи призводить амбулаторна терапія, як порівняти зі стаціонарним лікуванням, у якійсь мірі до нижченаведених результатів серед пацієнтів із МР-ТБ?**
2. **Чи призводять децентралізоване лікування та догляд за пацієнтами з МР-ТБ в якійсь мірі до нижченаведених результатів?**

17 Стандартна практика: регулярне отримання протитуберкульозних препаратів і консультації з лікарем або іншими медпрацівниками, коли це необхідно; лікування ТБ є безоплатним; надається важлива інформація / медичне навчання стосовно лікування ТБ.

Додаток 2. Запитання ПВПР 43

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Пацієнти** | **Втручання** | **Порівняння** | **Результати** |
| Пацієнти, що проходять лікування МР-ТБ | Децентралізоване лікування й догляд (надається неспеціалізованими або периферійними медичними центрами; громадським медперсоналом, громадськими волонтерами або співробітниками ЗОЗ, які здійснюють підтримку лікування)  • Лікування й підтримка пацієнтів  • Ін’єкції під час інтенсивної фази  • Спеціалізована допомога в разі супутніх захворювань (наприклад, ВІЛ, діабет, хронічні захворювання легенів або інші стани, як-от слухова функція, функція нирок, функція печінки, неврологія, офтальмологія) | Лікування й догляд, які надають виключно центри або команди, що спеціалізуються на лікарсько-стійкому ТБ | • Прихильність до лікування (або переривання лікування через відсутність прихильності)  • Традиційні результати лікування ТБ: вилікування або завершення лікування, неефективність, рецидив, виживання/смерть  • Побічні реакції протитуберкульозних препаратів (тяжкість, тип, клас органів)  • Набуття (посилення) медикаментозної резистентності  • Витрати для пацієнта, включно з прямими витратами на медичну допомогу й іншими витратами, як-от транспортними, і втраченою заробітною платою через утрату працездатності  • Витрати на послуги охорони здоров’я |

**Моделі догляду за дітьми й підлітками з ТБ (Оновлення настанов, 2022 р.)**

**4. Моделі догляду для виявлення випадків ТБ та закладів профілактики ТБ з поширеністю ТБ в загальній кількості 100 на 100 000 населення або більше:**

а. Що слід використовувати для лікування дітей і підлітків з ознаками й симптомами ТБ: децентралізоване лікування дитячого та підліткового ТБ, чи його централізоване лікування (на рівні направлення або третинної лікарні)?

b. У разі дітей і підлітків, які контактують із ТБ, чи слід використовувати децентралізовані послуги з профілактики й догляду, чи централізовані послуги (на рівні перенаправлення або третинної лікарні) для збільшення охоплення профілактичним лікуванням ТБ дітей і підлітків, які відповідають критеріям?

c. Під час лікування дітей і підлітків з ознаками й симптомами ТБ слід використовувати сімейно орієнтовані інтегровані послуги, чи стандартні, не орієнтовані на сім’ю, неінтегровані послуги?

d. У разі дітей і підлітків, які контактують із ТБ, чи слід використовувати сімейно орієнтовані інтегровані послуги, чи стандартні, не орієнтовані на сім’ю, неінтегровані послуги для збільшення охоплення профілактичним лікуванням ТБ дітей та підлітків, які відповідають критеріям?

|  |  |
| --- | --- |
| 44 | Зведені настанови ВООЗ із туберкульозу:  Модуль 4: Догляд за пацієнтами з туберкульозом і надання їм підтримки |

Вебдодатки

Вебдодаток 1. Профілі доказів ГОРРР

Вебдодаток 2. Таблиці прийняття рішень на основі доказів

Вебдодаток 3. Звіти про систематичні огляди:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352904/9789240047754-eng.pdf>

Вебдодатки 45



За додатковою інформацією звертайтеся:

**Глобальна програма протидії туберкульозу**

**Всесвітня організація охорони здоров’я**

20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland

Вебсайт: [www.who.int/tb](http://www.who.int/tb)

**Всесвітня організація охорони здоров’я**