

*Круглый стол о внедрении контролируемого лечения туберкулеза, ориентированного на пациента, в амбулаторных условиях и совершенствовании финансирования противотуберкулезной службы Республики Беларусь*

# Модель противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей: подход ВОЗ



World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR  
Europe



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'  
Europe



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR  
Europa



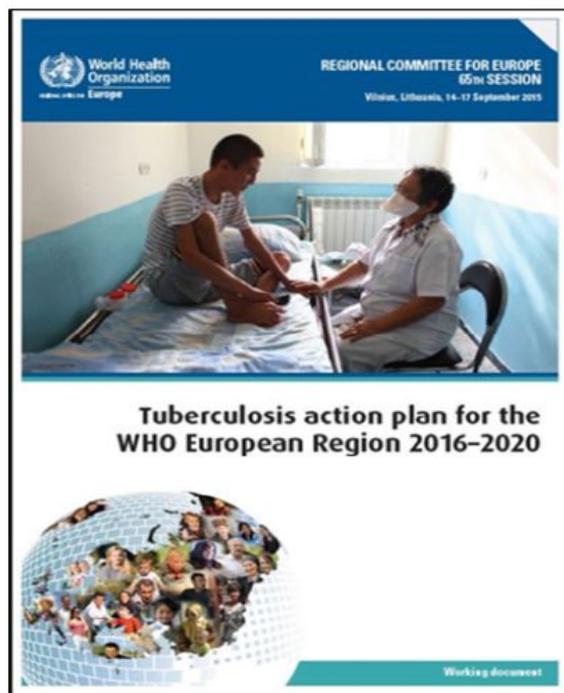
Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

**Вячеслав Граньков**

Координатор программ ВОЗ по инфекционным  
заболеваниям,  
Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь

# План действий по борьбе с туберкулёзом в Европейском регионе ВОЗ на 2016-2020 гг.



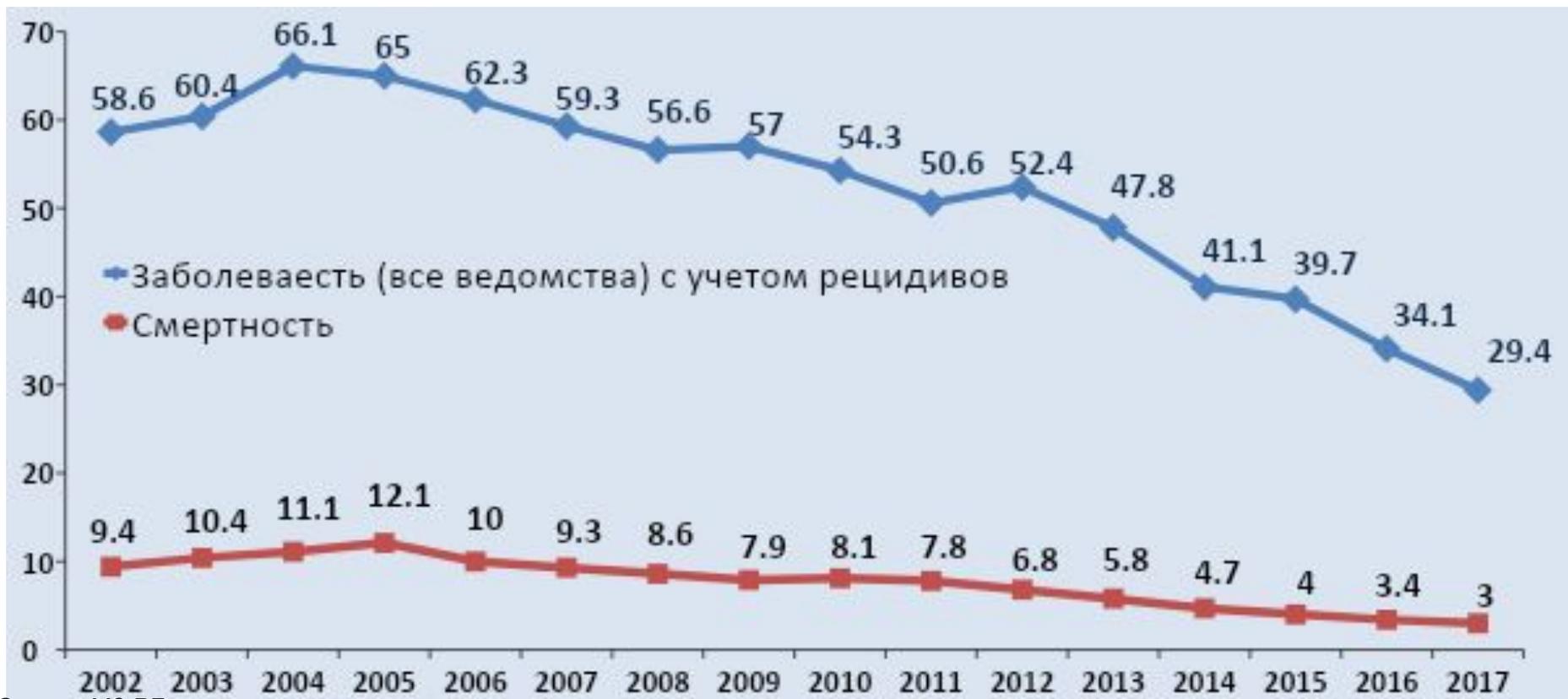
## Цели

Сокращение смертности от ТБ на **35%**

Снижение числа новых случаев ТБ на **25%**

Успешное лечение **75%** всех диагностированных больных МЛУ-ТБ

# Динамика заболеваемости и смертности от туберкулеза населения Республики Беларусь (на 100 000 населения)



Source: МЗ РБ

# Динамика заболеваемости туберкулезом населения Республики Беларусь

- Среднегодовой уровень снижения заболеваемости туберкулезом в Беларуси в период 2007 – 2016 – 6%, по сравнению с 4.3% в Европейском регионе ВОЗ в целом;
- Среднегодовой уровень снижения заболеваемости туберкулезом в Беларуси в период 2013 – 2017 – 10%;
- Оценочная заболеваемость в настоящее время на 45% выше регистрируемой



*Это истинное снижение заболеваемости или, в том числе, следствие недовыявления случаев туберкулеза?*

Высокие темпы  
снижения  
заболеваемости  
и

Высокая  
оценочная  
заболеваемость

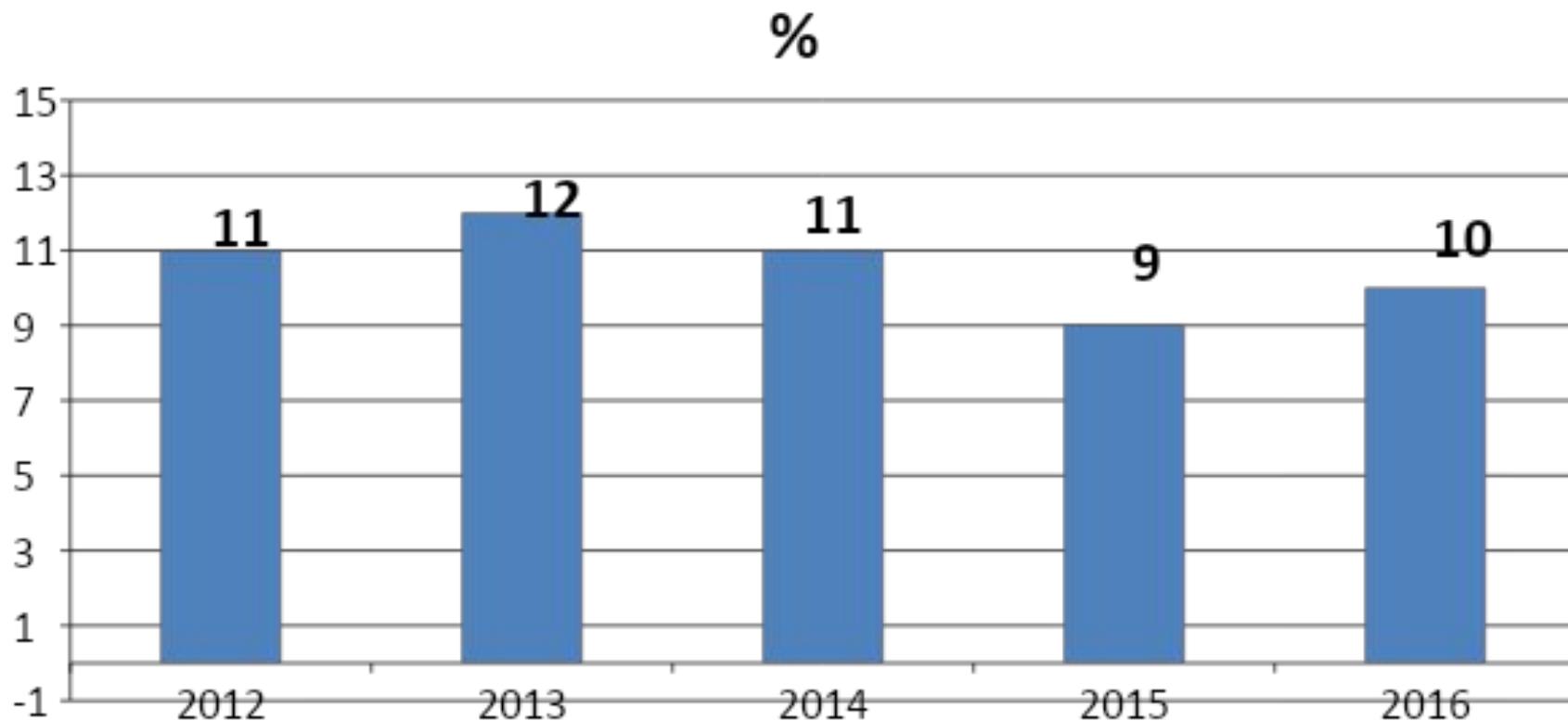
Один из самых  
низких уровней  
выявляемости  
туберкулеза

Необходимость  
валидации  
данных и  
уточнения  
оценочного  
уровня  
заболеваемости  
и

# План действий по борьбе с туберкулёзом в Европейском регионе ВОЗ на 2016-2020 гг.

- 1.C.6. «Все высокоприоритетные страны определяют стратегии и механизмы **обеспечения ориентированных на человека услуг и расширения и продолжения предоставления амбулаторного лечения**».
- 2.A.1 «Региональное бюро предоставит техническую помощь государствам-членам **для обеспечения улучшенной, подотчетной и эффективной центральной координации контроля туберкулеза** и реализации подходов к управлению, основанных на результатах».
- 2.A.2. «Государства-члены, при помощи Регионального бюро и партнеров, обеспечат **рациональное использование существующих финансовых и прочих ресурсов**».
- В. «Укрепление систем здравоохранения по всем функциям, включая **хорошо координированные механизмы финансирования для туберкулеза**».

# Процент потери для наблюдения среди когорт МЛУ-ТБ



# Помощь, ориентированная на пациента

Обеспечение помощи, которая строится на уважительном отношении к индивидуальным предпочтениям пациентов, их потребностям и ценностям, и обеспечение того, чтобы ценности пациентов учитывались при принятии всех клинических решений.

Source: <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>  
National Academy of Medicine, USA

# WHO Framework on integrated people-centred health services

**Интегрированные медико-санитарные услуги, ориентированные на людей**



поставить комплексные потребности людей и сообществ, а не только заболевания, в центре систем здравоохранения, а также дать возможность людям иметь более активную роль в их собственном здоровье.

- WHO is supporting countries to progress towards universal health coverage by designing health systems around the needs of people instead of diseases and health institutions, so that everyone gets **the right care, at the right time, in the right place.**
- ВОЗ оказывает поддержку странам в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения путем разработки систем здравоохранения, которые строятся вокруг потребностей людей, а не болезней и медицинских учреждений, с тем чтобы каждый человек получал **нужную помощь, в нужное время, в нужном месте.**

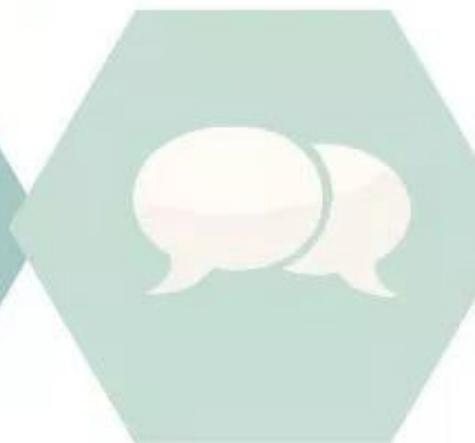
# THE 4 C'S OF PATIENT CENTERED CARE



CULTURE



CARE



COMMUNICATION



COLLABORATION

Source: <https://www.seaetc.com/4cs-part1/>

# Восемь Пикеровских принципов помощи, ориентированной на пациента

Harvard Medical School,  
on behalf of Picker Institute  
and The Commonwealth Fund



Source: <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>

# Доступ к медицинской помощи

Среди прочего

- Наличие/удобство транспортного сообщения
- Простота планирования приема
- Доступность приема тогда, когда необходимо
- Доступность специалистов или специализированных служб при направлении
- Четкие инструкции о том, когда и как получать консультацию

# Непрерывность

Озабоченность пациентов по поводу их способности заботиться о себе после выписки.

Со стороны медицинских работников:

- Понятная, подробная информация о лекарствах, физических ограничениях, потребностях в диете и т. д.
- Координация и планирование лечения и услуг после выписки
- Предоставление информации на постоянной основе о доступе к медицинской, социальной, физической и финансовой поддержке

# Вовлечение семьи и друзей

Среди прочего:

- Вовлечение семьи и близких друзей в процесс принятия решений
- Поддержка членов семьи в процессе ухода за больными
- Признание потребности семьи и друзей

# Эмоциональная поддержка

Страх и беспокойство, связанные с болезнью, могут быть столь же изнурительными, как и физические страдания.

Учреждениям следует уделять особое внимание:

- Беспокойство по поводу физического состояния, лечения и прогноза
- Тревога по поводу воздействия болезни на себя и семью
- Тревога по поводу финансового воздействия болезни

# Физический комфорт

Уровень физического комфорта оказывает значительное влияние на пациентов и их опыт.

Было выявлено, что три области были особенно важны для пациентов:

- Контроль над болью
- Помощь в повседневных потребностях
- Больничное окружение и окружающая среда

# Информация и образование

Учреждения могут сосредоточиться на трех видах коммуникации:

- Информация о клиническом статусе, прогрессе и прогнозе
- Информация о процессах ухода
- Информация для содействия автономии, самообслуживанию и укреплению здоровья

# Координация и интеграция помощи

Пациенты указали три области, в которых координация помощи может уменьшить чувство их уязвимости:

- Координация клинической помощи
- Координация вспомогательных и услуг поддержки
- Координация ухода за пациентами «на переднем крае»

# Уважение предпочтений пациентов

Привлечение пациентов к принятию решений, признавая, что они - люди с их собственными уникальными ценностями и предпочтениями.

Отношение к пациентам с достоинством, уважением и чувствительностью к их культурным ценностям и автономии.

# Курсы по обучению навыкам эффективной коммуникации с пациентами и коллегами

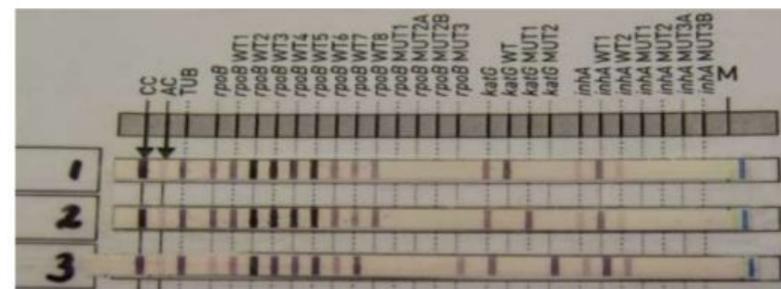
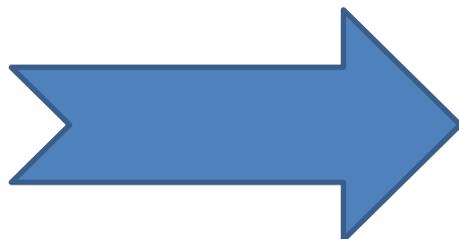


Source: <http://www.medvestnik.by/ru/news/view/uchimsja-obscheniju-dlja-luchshego-lechenija-18245-2018/>

# Стационар-ориентированная модель оказания противотуберкулезной помощи

- Модель лечения туберкулеза строится вокруг стационарного лечения.
- Пациенты госпитализируются чрезмерно часто и пребывают в больнице долго без необходимости. **Уровень госпитализации и средней продолжительности пребывания** являются самыми высокими в сравнении с другими странами с высокой распространенностью заболевания в регионе.
- Данная практика является дорогой и повышает риск перекрестной инфекции по причине внутрибольничного заражения. В силу распространенности штаммов МЛУ/ШЛУ-ТБ, госпитализация приводит к распространению резистентного туберкулеза.

# Сокращение времени постановки диагноза: внедрение быстрых молекулярно- генетических диагностических тестов



<http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1396561>

<http://nsau.edu.ru/images/vetfac/images/ebooks/microbiology/stu/micro/tuberk.htm>

<http://microbeonline.com/wp-content/uploads/2016/01/GeneXpert-box.jpg>

<https://www.slideshare.net/DrKalaiyaran/lpa-and-genexpertcnaatxpert-mtbrif>

# Причины высокого уровня МЛУ/ШЛУ-ТБ на постсоветском пространстве

## 1. Высокий уровень перекрестного инфицирования пациентов из-за:

- высокого уровня госпитализации и её длительности;
- несовершенства мер инфекционного контроля (совместное пребывание в палатах, общие санузлы, столовая и т.д.);
- отсутствия эффективного лечения в период диагностики и до проведения консилиума.

## 2. Отсутствие приверженности пациента лечению

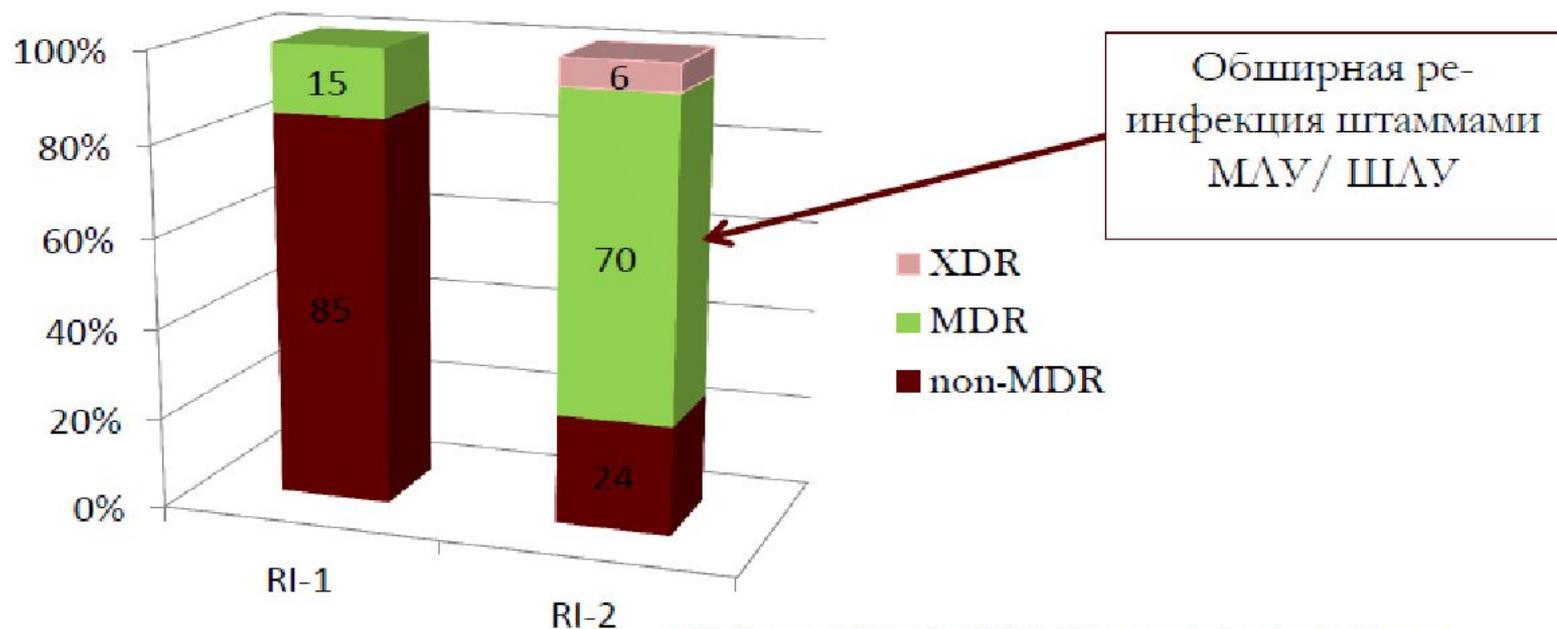
## 3. Отсутствие эффективного лечения для пациентов на симптоматическом (паллиативном лечении).

# Результаты генетических исследований микобактерий

В большинстве регионов мира лекарственно-устойчивый туберкулез в настоящее время преимущественно вызван передачей инфекции, а не приобретением резистентности, при этом, **по оценкам, 95,9% МЛУ-ТБ у новых случаях ТБ и 61,3% у ранее леченых были связаны с передачей.**

*The epidemiology, pathogenesis, transmission, diagnosis, and management of multidrug-resistant, extensively drug-resistant, and incurable tuberculosis. Keertan Dheda\*, Tawanda Gumbo\*, Gary Maartens\*, Kelly E Dooley\*, Ruth McNerney\*, Megan Murray\*, Jennifer Furin\*, Edward A Nardell\*, Lancet Respir Med 2017  
Published Online March 23, 2017 <http://dx.doi.org/10.1016/>*

66 из 85 штаммов МТ (78%) из повторных случаев отличались по сравнению с исходными эпизодами, предполагая преобладание экзогенной реинфекции в патогенезе рецидивирующих случаев заболевания ТБ



A.Nodieva et al; The role of MDR TB emergence in retreatment cases in Latvia 2001 – 2008, 36<sup>th</sup> ESM Annual Congress, Riga, Latvia



# TB REP

TB Regional EECA Project on Strengthening Health Systems for Effective TB and DR-TB Control, funded by the Global Fund

Центр политики и исследований в здравоохранении (Центр PAS),  
Европейское бюро ВОЗ,  
при финансовой поддержке Глобального фонда



**Цель:** улучшение результатов лечения туберкулеза и ускорение прогресса в деле прекращения эпидемии туберкулеза путем устранения барьеров в системе здравоохранения и расширения масштабов реформ в системе здравоохранения.

**Национальный координатор** – первый заместитель Министра здравоохранения Пиневич Д.Л.

## A PEOPLE-CENTRED MODEL OF TB CARE

### Blueprint for EECA countries, first edition

This document builds on the framework of the TB-REP Project to support Member States in the Eastern Europe and Central Asia region to: adopt policy options and implement effective and efficient TB service delivery systems; shift towards out-patient, people-centred models of care with sustainable financing and well-aligned payment mechanisms; and achieve better health outcomes in TB prevention and care.



## МОДЕЛЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

### Концептуальный проект модели для стран Восточной Европы и Центральной Азии, первое издание

Этот документ основывается на общих принципах Регионального проекта по борьбе с туберкулезом в Восточной Европе и Центральной Азии, с тем чтобы оказать поддержку странам региона для выработки политических решений и внедрения эффективных и действенных систем оказания противотуберкулезной помощи, обеспечить переход к амбулаторным, ориентированным на нужды людей моделям медицинской помощи при устойчивом финансировании, а также добиться более высоких результатов профилактики и лечения ТБ.





# ОБОСНОВАНИЕ И ВАЖНОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

Государства-члены Европейского региона ВОЗ привержены укреплению систем здравоохранения в целях здоровья и развития, и признают важность перехода к системам здравоохранения, ориентированным на нужды людей (21, 25–37).

Медицинская помощь, ориентированная на нужды людей, сосредоточена не на пациентах или болезнях, а на потребностях людей и местных сообществ, а также на их ожиданиях в отношении здравоохранения (25).

# Модель оказания противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей



Научная рабочая группа проекта TB-REP определила модель оказания противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, как **„эффективный и комплексный набор недорогих, доступных и приемлемых медицинских услуг, предоставляемых в благоприятной среде для профилактики, диагностики и лечения ТБ”**.

# Модель оказания противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей

- соответствие услуг потребностям и ожиданиям пациентов и их семей;
- принятие во внимание социальных детерминант здоровья;
- определение услуг, задач и обязанностей каждого учреждения и подразделений внутри разных медицинских учреждений с признанием необходимости гибкого подхода к реагированию на потребности отдельных пациентов;
- наличие в разных учреждениях и подразделениях хорошо функционирующих систем направления пациентов к специалистам;
- наличие приемлемой для потребителей модели оказания медицинской помощи;
- наличие надежной системы отчетности по данным для мониторинга выполнения работ, а также задержек с постановкой диагноза и случаев потери пациентов для дальнейшего врачебного наблюдения;
- защита пациентов и их семей от катастрофических финансовых расходов.

Рис. 3. Структура механизмов финансирования в странах проекта TB-REP



Источник адаптация из Imre и др (82), Szigeti S и A Lourenco

# ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ТБ



Предлагаемые ключевые критерии госпитализации включают:

- **осложненные формы ТБ**, требующие госпитализации (4) - состояния, непосредственно связанные с заболеванием ТБ, требующие стационарного лечения (то есть, дыхательная недостаточность и состояния, требующие хирургических вмешательств, такие как кровотечение, пневмоторакс и плеврит);
- **тяжелые формы заболеваний**, в том числе болезни с тяжелыми клиническими проявлениями сопутствующих заболеваний, требующие госпитализации; состояния, связанные с предшествующими сопутствующими заболеваниями, которые усугубились на фоне ТБ и не поддаются лечению в амбулаторных условиях (заболевания печени, заболевания почек и неконтролируемый диабет);
- **угрожающие жизни и серьезные медицинские состояния**, вызванные неблагоприятными побочными эффектами противотуберкулезных препаратов (такими как угрожающие жизни аритмии, психоз, почечная недостаточность и потеря слуха).

# ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ТБ (2)



## Дополнительные обстоятельства включают:

- случаи, когда эффективное и безопасное лечение не может быть обеспечено в амбулаторных учреждениях, по месту жительства или на дому (например, в тяжелых случаях бездомности, перенаселенности, в случае контакта больного с детьми в возрасте до 5 лет и беременными женщинами в домашних условиях) и/или при проблемах с территориальной доступностью (например, большая удаленность амбулаторного учреждения);
- в качестве крайней меры - принудительная изоляция больных, не соблюдающих требования лечения, если использованы/исчерпаны все другие подходы к обеспечению непрерывности лечения (5).

***Примечание. Эти дополнительные пункты следует применять только в очень редких и исключительных случаях. Все поставщики медицинских услуг должны максимально стремиться к проведению амбулаторного лечения.***

# ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ТБ (3)



**Госпитализированные пациенты должны находиться в одноместных палатах.** В условиях стационара больных с предполагаемым контагиозным ТБ или подтвержденным ТБ легких следует быстро обследовать на предмет наличия МЛУ-ТБ, после чего:

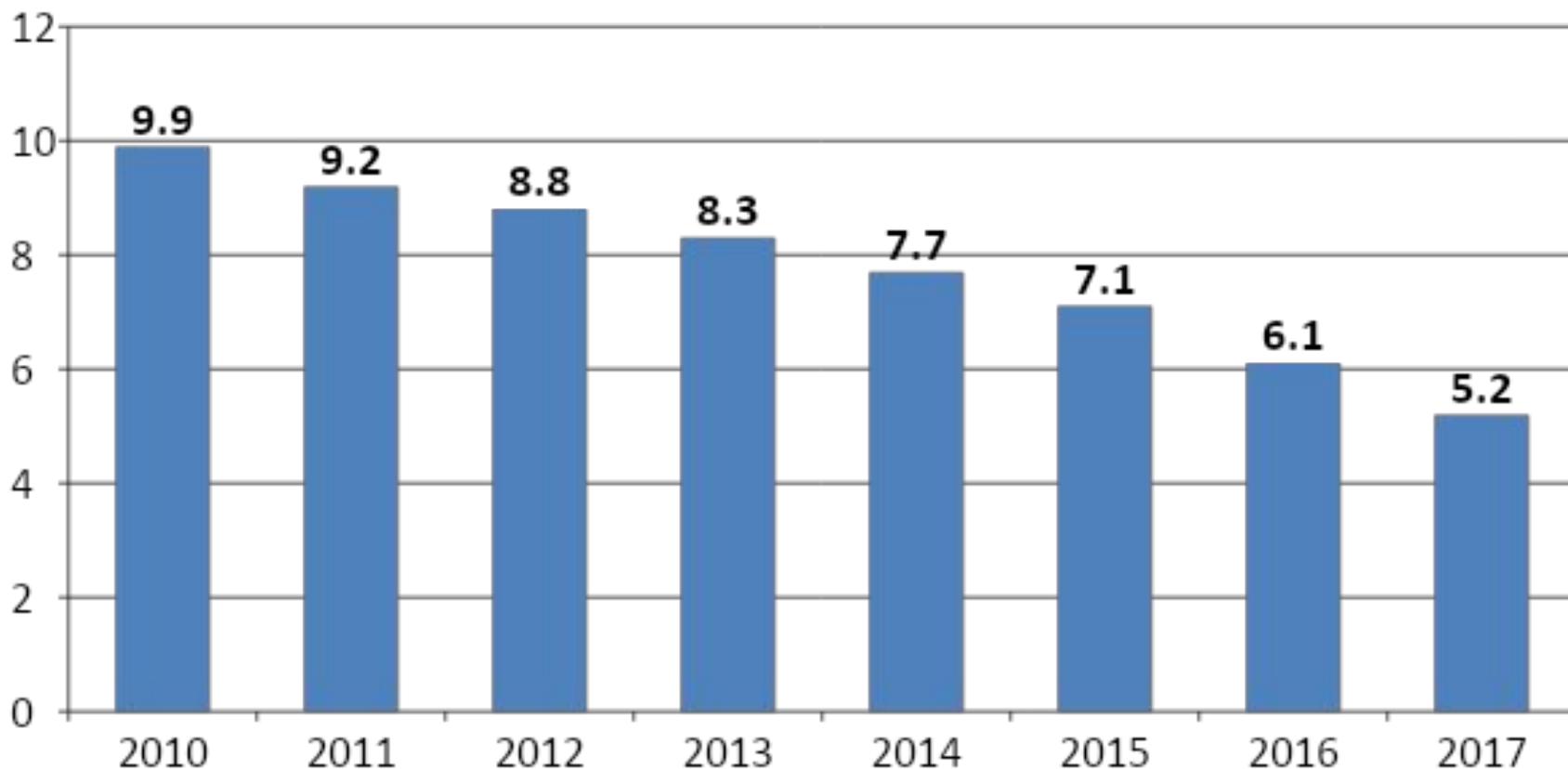
- пациентов, отнесенных к группе низкого риска РР/МЛУ-ТБ, следует разместить в одноместных палатах;
- пациентов, отнесенных к группе высокого риска РР/МЛУ-ТБ, в идеале, следует разместить в палатах с отрицательным давлением и незамедлительно провести быстрые диагностические тесты, например, тесты амплификации нуклеиновых кислот.

# ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРУЮЩИХ БОЛЬНЫХ ТБ



- обязательное соблюдение соответствующих инструкций по **инфекционному контролю**, выполнение и контроль установленных требований;
- обеспечение **наличия изоляторов** для больных ТБ с сохраняющимся положительным результатом микроскопического/культурального исследования мокроты;
- обеспечение обучения и надлежащей курации всех сотрудников для соблюдения административных мер инфекционного контроля ТБ;
- обеспечение **достаточного числа подготовленного персонала** для предоставления всем пациентам помощи и поддержки в лечении под наблюдением, например, при лечении под непосредственным наблюдением (ЛНН) или лечении под видеонаблюдением (ЛВН);
- обеспечение **открытого и безопасного пространства для общения пациентов** в соответствии с их статусом инфективности и типом устойчивости: важно не смешивать группы больных с выявленной лекарственной устойчивостью и больных с лекарственно-чувствительной формой ТБ;

# Число новых случаев заболевания туберкулезом в год в расчете на 1 врача-фтизиатра



# ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРУЮЩИХ БОЛЬНЫХ ТБ (2)



- внедрение «дружественных» административных процедур, облегчающих регулярные посещения пациентов родственниками;
- наличие четко определенных протоколов для **эффективного информационного взаимодействия и координации действий** с подробным описанием круга обязанностей для задействованного персонала (включая подотчетность и функциональные обязанности), для лабораторий, оказывающих услуги во время лечения, а также для подразделений на периферии, в которые пациенты поступают после выписки из стационара;
- наличие у лечебного учреждения возможностей разрабатывать план клинических и психосоциальных услуг, который охватывает особые и индивидуальные потребности, выявленные во время обследования пациента, в том числе соответствующую **психологическую и социальную поддержку**.

# КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА



- ❑❑ **отсутствует клиническая необходимость стационарного лечения** (т. е. больной не отвечает ключевым критериям госпитализации), и после проведения эффективной терапии наблюдается клиническое улучшение, в том числе:
  - ❖ ❑ улучшение состояния (т.е. нормализация температуры тела, улучшение общего состояния здоровья, которые характеризуются стабилизацией массы тела или ее увеличением);
  - ❖ сокращение респираторных симптомов (кашля, выделения мокроты);
  - ❖ ❑ сокращение клинических проявлений сопутствующих заболеваний;
  - ❖ ❑ снижение тяжести побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, если они ранее наблюдались или о них сообщал медицинский работник и/или пациент;
- ❑❑ **обеспечено эффективное лечение** (лекарственная схема основана на достоверном результате ТЛЧ и хорошо переносится), непрерывное продолжение лечения и ЛНН в условиях амбулатории, на дому или в ЛПУ по месту жительства.

# ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ МИКРОСКОПИИ МАЗКА МОКРОТЫ И ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

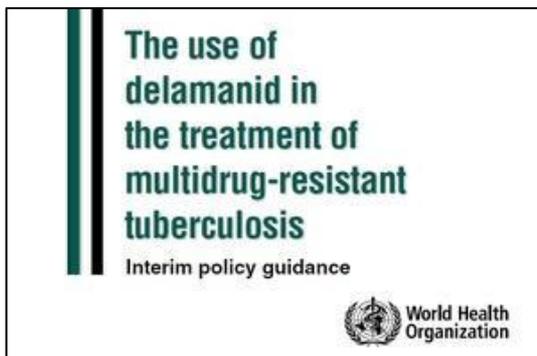
- В соответствии с действующими рекомендациями ВОЗ, **лечение ТБ, независимо от статуса мазка мокроты и ТЛЧ, может осуществляться в амбулаторных условиях с первого дня**, в том числе и для больных с положительным результатом микроскопии мазка мокроты, с целью снижения риска внутрибольничной передачи инфекции в условиях стационара и улучшения приверженности пациента к лечению.
- Благодаря эффективному лечению лекарственно-чувствительного ТБ, больные быстро перестают быть заразными, задолго до того, как произойдет негативация мазков мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) или негативация культуры, поэтому **положительный результат мазка не является противопоказанием для выписки из стационара.**
- **Большинство больных ТБ уже инфицировали всех, кого могли, еще до постановки диагноза и госпитализации.** Поэтому основное внимание следует уделять надлежащему расследованию контактов (как бытовых, так и других близких контактов), а не госпитализации и содержанию пациентов в больнице.

# Модель оказания противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей

Поддержка и ведение лечения включают в себя поддерживающее и вспомогательное наблюдение за пациентами, например, в рамках ЛНН или ЛВН, а также мероприятия, направленные на улучшение соблюдения требований лечения и уменьшение числа пациентов, выбывших из-под наблюдения. Сюда могут входить следующие мероприятия:

- социальная поддержка больных ТБ и их семей;
- психологическая поддержка, консультирование и санитарное просвещение;
- обеспечение доверительных отношений между медицинскими работниками, пациентами и их семьями;
- соблюдение профессиональной этики, деонтологии и конфиденциальности;
- оказание материальной поддержки (например, выдача продуктовых пайков, финансовые льготы и оплата расходов на общественный транспорт);
- так называемые «контрольные мероприятия», такие как посещение на дому и общение по медицинским вопросам в цифровом формате (например, текстовые сообщения или телефонные звонки);
- цифровой контроль приема препаратов

# Улучшение охвата лечением НОВЫМИ препаратами



- В ближайшее время ожидается выход новых рекомендаций ВОЗ по лечению МЛУ-ТБ

**The use of bedaquiline in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis**

Interim policy guidance

# Новые рекомендации ВОЗ по лечению МЛУ-ТБ

- Основные изменения будут заключаться в регруппировке противотуберкулезных препаратов с включением **бедаквилина, левофлоксацина/моксифлоксацина и линезолида** в приоритетную **группу А**, с которой будет начинаться подбор схемы лечения.
- Следующая – **группа В** - клофазимин, циклосерин/теризидон.
- Препараты **группы С** будут назначаться для комплектации режима или невозможности назначения препаратов групп А-В.
- Препараты **канамицин и капреомицин** более не рекомендованы для применения.

# Optima-TB Model



- *Как оптимизировать расходы, чтобы достичь лучших результатов?*
- *Какие могут быть дальнейшие сценарии развития ситуации с ТБ в Беларуси?*



*Круглый стол о внедрении контролируемого лечения туберкулеза, ориентированного на пациента, в амбулаторных условиях и совершенствовании финансирования противотуберкулезной службы Республики Беларусь.*

*Минск, 19 октября 2018*

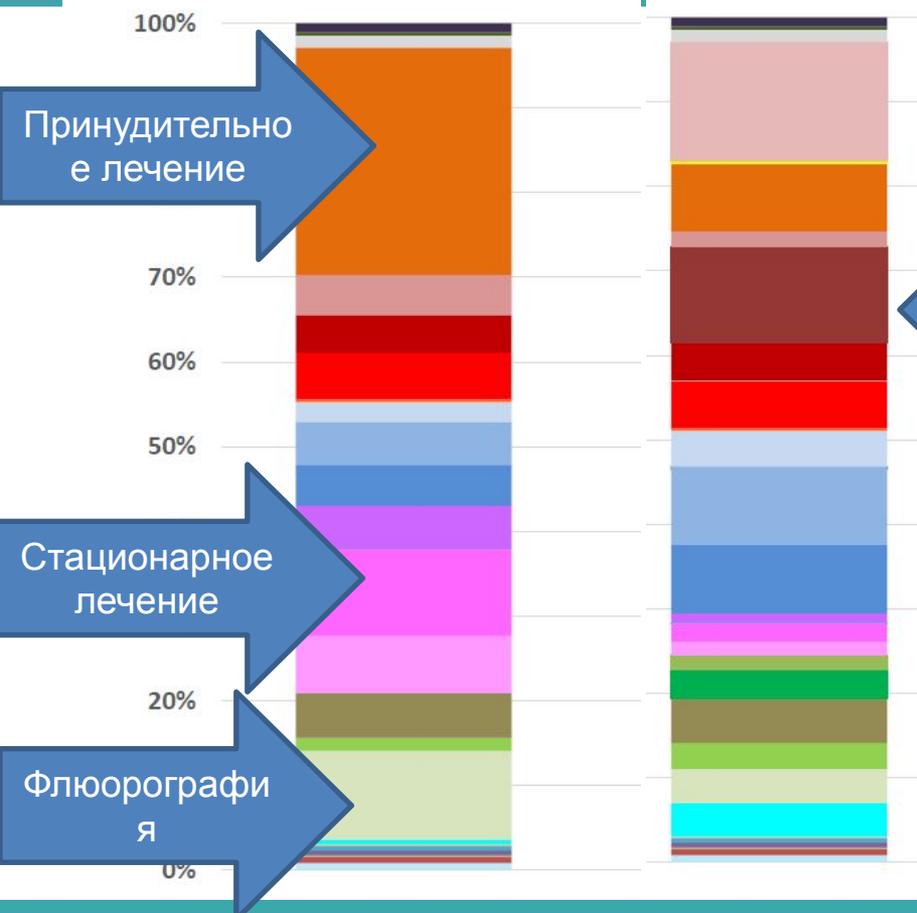
# Optima-TB Model



WORLD BANK GROUP



Spending on TB: ~US\$ 62 million



Закупка новых лекарственных препаратов для лечения МЛУ-ТБ



# Благодарю за внимание