



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

8.11.2012 № 1323

г. Минск

г. Минск

Об утверждении Клинического руководства по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Республике Беларусь

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 сентября 2011 г. № 1446,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клиническое руководство по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Республике Беларусь (далее – Руководство) согласно приложению.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям республиканских организаций здравоохранения обеспечить в подчиненных организациях здравоохранения выполнение и контроль за соблюдением Руководства.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Республики Беларусь Пиневи́ча Д.Л.

Министр

В.И.Жарко

УТВЕРЖДЕНО
Приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
8.11.2012 № 1323

**РУКОВОДСТВО
ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

**Минск
2012**

**РУКОВОДСТВО
ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Авторы:

А.П. Астровко, Е.М. Скрягина, О.М. Калечиц, О.М. Залуцкая

Рецензенты:

Г.Л. Гуревич, В.З. Русович, А. Даду

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ	4
1. ВВЕДЕНИЕ	5
1.1. Эпидемиология туберкулеза.....	5
1.2. Стратегия борьбы с туберкулезом, рекомендованная ВОЗ	6
2. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ..	9
2.1. Структура противотуберкулезной службы	9
2.2. Задачи противотуберкулезной службы	9
2.3. Основные функции противотуберкулезной службы.....	10
2.4. Основные функции организаций первичной медицинской помощи	12
3. МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ	14
4. ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ	18
4.1. Общие положения	18
4.2. Основные определения и понятия, используемые при проведении оценки эпидемической ситуации	19
4.3. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу	20
4.4. Показатели оценки эффективности мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза среди населения	22
4.5. Показатели оценки эффективности лечения пациентов с ТБ.....	24
4.6. Показатели, характеризующие эффективность диагностики и лечения МЛУ-ТБ	24
4.7. Показатели, характеризующие эффективность диагностики и лечения ТБ/ВИЧ	25
4.8. Показатели, характеризующие эффективность мероприятий инфекционного контроля в организациях здравоохранения.....	26
5. ПРОВЕДЕНИЕ КОГОРТНОГО АНАЛИЗА.....	29
5.1. Общие положения	29
5.2. Основные определения и понятия, используемые при проведении когортного анализа.....	30
5.3. Правила заполнения ведомственной отчетной формы	32
5.4. Показатели оценки результатов лечения по ведомственной отчетной форме	35
5.5. Показатели оценки результатов лечения пациентов IV категории..	37
5.6. Порядок и сроки представления отчетов.....	38
6. ОРГАНИЗАЦИЯ КУРАТОРСКИХ ВИЗИТОВ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	43
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	47

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГДУ	группа диспансерного учета
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом, малярией
ДОТС (DOTS)	Международная стратегия борьбы с туберкулезом: стандартизированная контролируемая химиотерапия туберкулеза короткими курсами
КЗС	Комитет Зеленого Света
КУБ	кислотоустойчивые бактерии
ЛЖВС	лица, живущие с ВИЧ/СПИД
ЛЧ	лекарственная чувствительность
ЛЧ-ТБ	лекарственно-чувствительный туберкулез
ЛУ	лекарственная устойчивость
ЛУ-ТБ	лекарственно-устойчивый туберкулез
ЛС	лекарственное средство
МБТ	микобактерии туберкулеза
МЗ РБ	Министерство здравоохранения Республики Беларусь
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ПЛУ-ТБ	туберкулез с поли лекарственной устойчивостью
ПТД	противотуберкулезный диспансер
ПТЛС	противотуберкулезное лекарственное средство
ПТО	противотуберкулезные организации
ПТС	противотуберкулезная служба
РБ	Республика Беларусь
РНПЦ ПФ	Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии
РРЛ	Республиканская референс-лаборатория
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита (человека)
СНРЛ	Супранациональная референс-лаборатория
ТБ	туберкулез
ТБ/ВИЧ	ВИЧ-ассоциированный туберкулез
ТЛЧ	тестирование лекарственной чувствительности
ХТ	химиотерапия
ШЛУ	широкая лекарственная устойчивость
ШЛУ-ТБ	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Эпидемиология туберкулеза

В последние десятилетия в мире эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ) значительно ухудшилась, что обусловлено двумя основными причинами: распространением множественно лекарственно-устойчивых (МЛУ) штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) и эпидемией ВИЧ/СПИДа.

Как известно, ВИЧ-инфицированные лица и больные СПИДом в 30 раз чаще болеют ТБ и умирают от данного заболевания. Каждый третий пациент с иммунодефицитом умирает от ТБ.

Еще более значимой является проблема множественно лекарственно-устойчивого туберкулеза (МЛУ-ТБ). За последнее 5 лет количество пациентов с МЛУ-ТБ в мире возросло в 4 раза, количество пациентов с ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) – в 10 раз. Необходимо учитывать, что нарастание числа случаев МЛУ-ТБ увеличивает в десятки раз экономические затраты государства на борьбу с ТБ вследствие необходимости приобретения нового диагностического оборудования, расходных материалов, удорожания (в 100 раз и более) лечения, удлинения сроков химиотерапии и снижения ее эффективности.

Учитывая актуальность данной проблемы, в 2011 г. на 61 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ был единогласно принят «Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011-2015 гг.», который предусматривает объединение усилий Европейских стран в борьбе с распространением МЛУ/ШЛУ-ТБ.

ТБ в Республике Беларусь в последние два десятилетия продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны. С 1991 по 2005 гг. уровень заболеваемости ТБ в республике увеличился на 65,4% (с 30,9 до 51,1 на 100 тыс. населения), а уровень смертности – в 2,8 раза (с 4,3 до 12,1 на 100 тыс. населения). С 2005 по 2010 гг. наметилась положительная динамика эпидемиологических показателей по ТБ: уровень заболеваемости ТБ снизился на 13,9% (с 51,1 до 44,0 на 100 тыс. населения), уровень смертности – на 32,2% (с 12,1 до 8,2 на 100 тыс. населения).

В Республике Беларусь отмечается неблагоприятная ситуация по МЛУ/ШЛУ-ТБ: по данным исследования по надзору за лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза в Республике Беларусь (2010-2011), показатель МЛУ среди вновь выявленных пациентов составил

32,7%, среди ранее леченных пациентов – 76,6%, показатель ШЛУ – 1,7% и 16,5% соответственно. Среди ВИЧ-инфицированных лиц, больных ТБ легких, отмечается достоверно более высокий уровень МЛУ-ТБ как среди вновь выявленных пациентов ($51,1 \pm 7,5\%$), так и среди ранее леченных пациентов ($100,0 \pm 0,0\%$).

Быстрое распространение эпидемии, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), привело во многих странах к значительному увеличению числа новых случаев заболевания ТБ. Распространение ТБ, связанного с ВИЧ-инфекцией, продолжается даже в странах с хорошо функционирующей национальной программой борьбы с ТБ, которая обеспечивает успешное применение международной стратегии ДОТС, рекомендованной для борьбы с ТБ. Поскольку ВИЧ-инфекция способствует распространению эпидемии ТБ, применение всех компонентов стратегии ДОТС оказывается недостаточным для контроля за ТБ, и контроль за ВИЧ-инфекцией становится важной составляющей национальной программы борьбы с ТБ. Высокая заболеваемость и смертность от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией/СПИДом (ЛЖВС), делает выявление, лечение и профилактику случаев ТБ приоритетным компонентом национальных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

За последние 5 лет в РБ число зарегистрированных пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (ТБ/ВИЧ) увеличилось с 7,8 на 100 тыс. населения (2007г.) до 19,0 на 100 тыс. (2011 г.), а распространенность ТБ/ВИЧ за этот период – с 2,9 до 4,2 на 100 тыс. населения.

1.2. Стратегия борьбы с туберкулезом, рекомендованная ВОЗ¹

В 2006 г. ВОЗ совместно с партнерством «СТОП ТБ» приняла новую стратегию «СТОП ТБ» с целью внедрения в практику работы здравоохранения современных методов борьбы с ТБ.

Цель стратегии:

существенно сократить к 2015 г. глобальное бремя ТБ в соответствии с Целями тысячелетия в области развития (ЦТР) и задачами Партнерства «СТОП ТБ».

Задачи стратегии:

обеспечить пациентам, больным ТБ, всеобщий и равный доступ к качественной медицинской помощи;

уменьшить социально-экономическое бремя и человеческие страдания, связанные с ТБ;

¹ http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/ru/index.html

защитить уязвимые группы населения от ТБ, в том числе от ТБ/ВИЧ и МЛУ-ТБ;

поддерживать разработку новых подходов и методов борьбы с ТБ и создавать возможности для их своевременного и эффективного использования;

способствовать защите прав человека в области профилактики, лечения и контроля ТБ.

Целевые показатели стратегии:

ЦТР 6, Задача 8: к 2015 г. остановить рост и положить начало снижению заболеваемости туберкулезом

Задачи, связанные с ЦТР и одобренные Партнерством «СТОП ТБ»:

к 2015 г. снизить на 50% распространенность и смертность от ТБ по сравнению с показателями 1990г.;

к 2050 г. ликвидировать ТБ как проблему общественного здравоохранения (один случай заболевания на миллион человек).

Компоненты стратегии:

1. Продолжение распространения эффективно реализуемой стратегии DOTS:

политическая приверженность в сочетании с адекватным и устойчивым финансированием;

своевременное выявление и диагностика случаев заболевания с помощью бактериологических исследований гарантированного качества;

стандартная контролируемая химиотерапия (ХТ) в сочетании с оказанием поддержки пациентам;

эффективная система снабжения и управления лекарственными средствами;

мониторинг и оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий, в том числе количественная оценка результатов лечения.

2. Борьба с ТБ/ВИЧ, МЛУ-ТБ с учетом потребностей пациентов из малоимущих и уязвимых групп населения:

расширение совместных мероприятий по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией;

расширение мероприятий по профилактике и организации борьбы с МЛУ-ТБ;

обращение к потребностям лиц, находившихся в контакте с пациентами с ТБ, а также лиц из малоимущих и уязвимых групп населения.

3. Содействие укреплению систем здравоохранения на основе развития первичной медицинской помощи:

оказание помощи в совершенствовании политики здравоохранения, развитии кадровых ресурсов, финансировании, снабжении, оказании услуг и информационном обеспечении;

усиление мер инфекционного контроля в организациях здравоохранения, других местах массового нахождения людей и в местах проживания;

модернизация лабораторных сетей и внедрение стратегии Практического подхода к охране здоровья легких (ПОЗЛ);

адаптация подходов, успешно применяемых в других областях здравоохранения, и активизация действий, направленных на социальные детерминанты здоровья.

4. Привлечение всех поставщиков медицинских услуг:

обеспечение участия всех государственных, добровольных, корпоративных и частных поставщиков услуг с использованием смешанных частно-государственных структур;

содействие применению международных стандартов оказания медицинской помощи пациентам, больным ТБ.

5. Расширение прав и возможностей лиц с ТБ и общественных организаций через партнерское сотрудничество:

разъяснительная деятельность, информирование и социальная мобилизация;

поощрение участия общества в мероприятиях по лечению и профилактике ТБ, пропаганде здорового образа жизни;

содействие в использовании Хартии пациентов о медицинской помощи пациентам с ТБ.

6. Поддержка и развитие научных исследований:

проведение прикладных исследований в рамках программы борьбы с ТБ;

поддержка и участие в проведении научных исследований, направленных на разработку новых диагностических средств, лекарственных средств и вакцин.

2. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

2.1. Структура противотуберкулезной службы

Противотуберкулезная служба (ПТС) является специализированной организационной структурой, обеспечивающей организацию и оказание специализированной противотуберкулезной помощи населению РБ, включая консультативно-диагностическую, стационарную и амбулаторную помощь, медицинскую реабилитацию пациентов.

ПТС включает в себя государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» (РНПЦ ПФ), республиканские туберкулезные больницы, областные противотуберкулезные организации, районные и городские противотуберкулезные диспансеры, тубкабинеты центральных районных больниц, территориальных медицинских объединений, поликлиник.

Все структурные подразделения ПТС находятся в непосредственном подчинении территориального органа управления здравоохранением (республиканские организации – в непосредственном подчинении Министерства здравоохранения Республики Беларусь (МЗ РБ)).

Руководство противотуберкулезной службой осуществляется МЗ РБ и территориальными органами управления здравоохранением. Возглавляет службу РНПЦ ПФ (в лице директора), который осуществляет организационно-методическое руководство всеми организациями здравоохранения, оказывающими противотуберкулезную помощь.

В своей деятельности ПТС руководствуется законодательством РБ, директивными документами МЗ РБ (приложение 1), территориального органа управления здравоохранением, Уставом организации здравоохранения.

Схематично структура противотуберкулезной службы представлена на рис. 2.1.

2.2. Задачи противотуберкулезной службы

Основными задачами ПТС являются:

обеспечение квалифицированной консультативно-диагностической и специализированной лечебной помощи (амбулаторной и стационарной) взрослому и детскому населению;

диспансеризация пациентов, больных ТБ;

контроль за диспансерным наблюдением и лечением пациентов в организациях здравоохранения;

мониторинг основных эпидемиологических показателей по ТБ с использованием современных автоматизированных информационных систем, разработка стратегии и тактики противотуберкулезной помощи населению на прогнозные периоды развития здравоохранения;

осуществление учета пациентов с ТБ на территории обслуживания;

методическое руководство организацией противотуберкулезной работы в больницах и поликлиниках, женских консультациях на территории обслуживания.

2.3. Основные функции противотуберкулезной службы

В соответствии с основными задачами на ПТС возлагаются следующие основные функции:

1. Организационно-методическое руководство и координация противотуберкулезных мероприятий, осуществляемых организациями здравоохранения:

изучение и внедрение в практику передовых форм организации борьбы с ТБ, в том числе рекомендованных ВОЗ;

разработка и утверждение проектов нормативных документов органов управления здравоохранением, комплексных программ противотуберкулезных мероприятий;

методическое руководство и оказание практической помощи лечебно-профилактическим организациям по вопросам профилактики, раннего выявления, лечения ТБ и наблюдения за диспансерными контингентами;

планирование противотуберкулезных мероприятий, выездов врачей-фтизиатров и других специалистов диспансера в противотуберкулезные и другие лечебно-профилактические организации, учреждения образования (детские сады, школы, интернаты);

планирование профилактических осмотров населения на ТБ;

контроль за организацией, качеством и выполнением плана обследования групп риска по ТБ;

совместно с центрами гигиены и эпидемиологии, роддомами и другими организациями здравоохранения планирование и организационно-методическое руководство проведением вакцинации, ревакцинации БЦЖ;

проведение совместно с центрами гигиены и эпидемиологии профилактических и оздоровительных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции;

проведение качественного лекарственного менеджмента противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС);

анализ состояния противотуберкулезной помощи населению на территории обслуживания, эффективности и качества профилактических мероприятий, диагностики, лечения и наблюдения за диспансерными контингентами;

сбор и обработка статистической информации по ТБ, составление статистических отчетов по утвержденным формам и представление их вышестоящему органу здравоохранения в установленном порядке;

организация и проведение конференций, семинаров, выставок и пр. по проблемам, связанным с ТБ;

привлечение инновационных проектов, благотворительных организаций к оказанию социальной поддержки пациентам с ТБ.

2. Оказание квалифицированной диагностической, консультативной и лечебной помощи ТБ пациентам:

консультирование и дообследование пациентов, направленных с подозрением на ТБ организациями общелечебной сети;

оказание квалифицированной лечебной помощи пациентам с ТБ с использованием современных медицинских технологий, включая импортозамещающие методики лечения;

соблюдение мер инфекционного контроля при оказании противотуберкулезной помощи населению;

диспансерное наблюдение за пациентами с ТБ;

оформление документации и направление на принудительное лечение пациентов с ТБ органов дыхания, уклоняющихся от добровольного лечения;

осуществление врачебно-консультативных функций, в том числе при проведении кураторских визитов в медицинские организации.

3. Внедрение в практику противотуберкулезных и других организаций здравоохранения новых медицинских технологий оказания медицинской помощи пациентам с ТБ.

4. Осуществление экспертных функций:

проведение экспертизы трудоспособности и направление пациентов на МРЭК, проведение комплексной социально-трудовой реабилитации пациентов;

анализ эффективности и качества медицинской помощи пациентам с ТБ в специализированных и неспециализированных лечебно-профилактических организациях с использованием многоуровневой системы экспертного контроля;

изучение и анализ причин случаев позднего выявления ТБ, качества протоколов разбора случаев выявления запущенной формы ТБ;

анализ обоснованности диагноза ТБ, указываемого в свидетельствах о смерти.

5. Организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по соблюдению здорового образа жизни, профилактике ТБ.

6. Обеспечение повышения квалификации кадров врачей-фтизиатров, врачей основных клинических специальностей и средних медицинских работников:

направление специалистов для повышения квалификации на циклы усовершенствования и специализации государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», в клиническую ординатуру и аспирантуру;

проведение занятий, семинаров, конференций по вопросам фтизиатрии;

организация аттестации сотрудников на получение квалификационной категории в сроки, установленные действующими положениями.

2.4. Основные функции организаций первичной медицинской помощи

1. Организация профилактических осмотров населения на ТБ.
2. Проведение вакцинации и туберкулинодиагностики у детей.
3. Организация контролируемого лечения пациентов с ТБ на амбулаторном этапе.
4. Санитарно-просветительная работа среди населения по вопросам ТБ.

Более подробно данная информация изложена в Клиническом руководстве по организации и проведению противотуберкулезных мероприятий в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения, утвержденная приказом МЗ РБ от 23.05.2012г. №622.

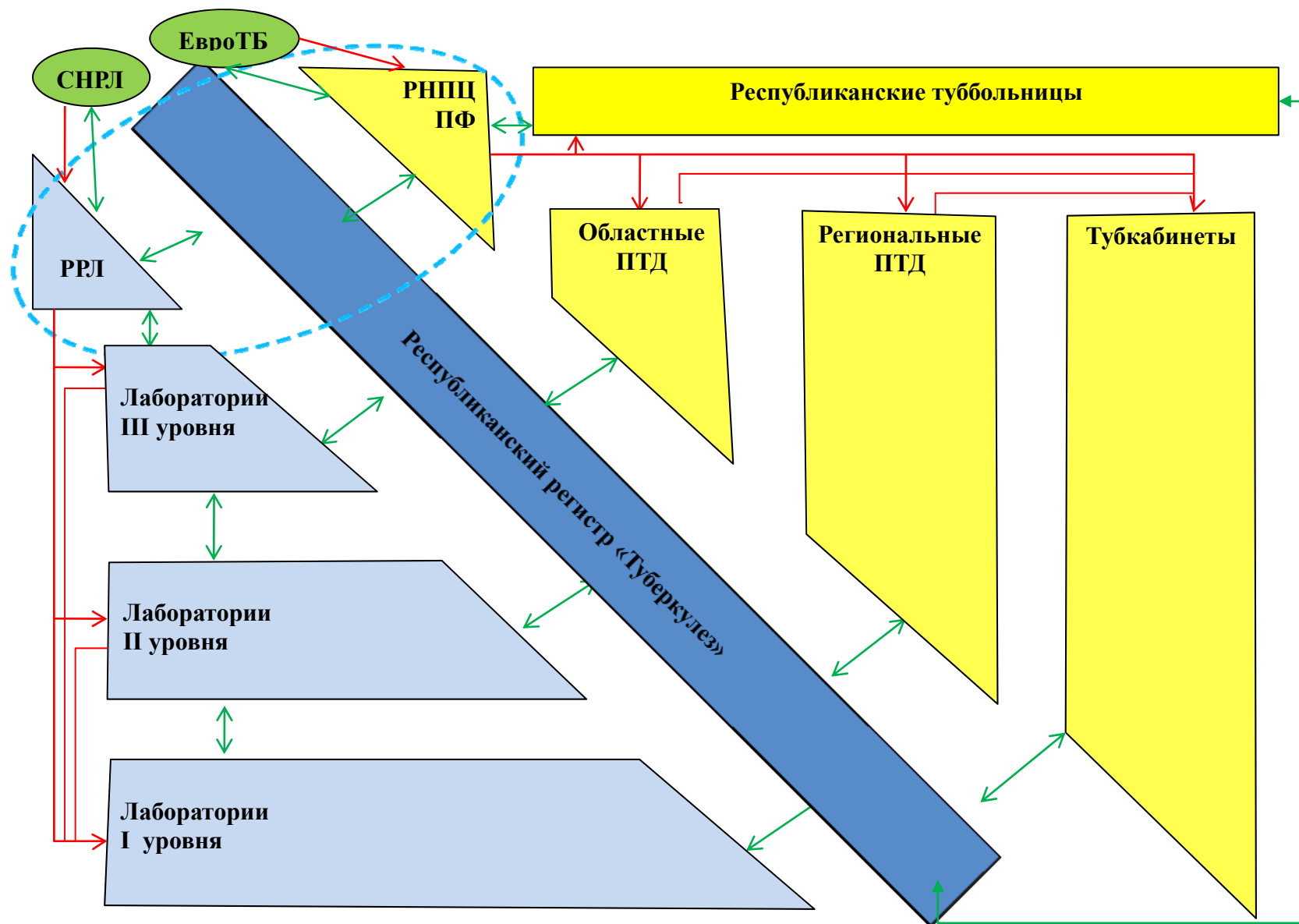


Рис. 2.1. Структура противотуберкулезной службы республики

3. МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Мониторинг можно определить как постоянно продолжающийся процесс, благодаря которому регулярно получают информацию о прогрессе в достижении целей и поставленных задач. В отличие от множества определений, которые представляют мониторинг в основном как процесс наблюдения за прогрессом, достигнутым в ходе реализации тех или иных мероприятий, определение, используемое в данном руководстве, основано на анализе результатов деятельности медицинских организаций, например, для оценки хода реализации Государственной программы «Туберкулез» на 2010-2014 годы. В хорошо организованной системе мониторинга и оценки мониторинг значительно облегчает оценку.

Эффективный мониторинг создает надежную базу данных для оценки. Полученные данные, отчеты, результаты анализа и решения, основанные на фактах мониторинга, следует сохранять для их последующего использования при оценке².

Оценка представляет собой тщательный и независимый контроль завершенной или продолжающейся деятельности для определения степени достижения поставленных целей и содействия принятию управленческих решений. Основное различие между оценкой и мониторингом состоит в том, что оценка является независимым процессом, обеспечивающим руководителей и сотрудников информацией о степени реализации поставленных задач. Однако цели мониторинга и оценки очень схожи: предоставление информации, которая может помочь в принятии правильных решений, в улучшении качества деятельности медицинской организации.

Оценка должна быть независимой, прозрачной, этичной, беспристрастной, высококачественной, своевременной и используемой.

Оценка результатов позволяет измерить достижение непосредственных задач программы, например, частоты выявления случаев заболевания ТБ или контрольных индикаторов эффективности лечения пациентов с ТБ. Оценка должна ориентироваться на анализ прогресса в достижении результатов и факторов, влияющих на результаты. Оценка позволяет вскрыть причины неудач в достижении ожидаемых результатов в целом и провести своевременную коррекцию, если она необходима, и таким образом дать пользователям информацию, которая нужна им для принятия решений, мер или пополнения базы знаний.

²Руководство по планированию, мониторингу и оценке результатов развития, ООН, 2010

Источниками информации для проведения оценки служат отчетные данные о результатах деятельности ПТО, отчеты о результатах мониторинговых визитов, финансовая и административная информация.

Оценка подразумевает анализ причин и следствий и включает в себя 3 основных этапа:

1. Измерение изменений в изучаемых показателях.
2. Связь наблюдаемых изменений с деятельностью ПТО.
3. Определение важности изменений (положительных или отрицательных).

Важными разделами оценки являются синтез и анализ данных, интерпретация заключений, составление выводов и рекомендаций.

Предварительная оценка проводится до начала деятельности, промежуточная – в середине, итоговая, или заключительная, – в конце, оценка отдаленных результатов – через 2 года и/или более после завершения деятельности.

Результаты оценки должны быть оформлены в виде отчета (акта, справки) и содержать заключения, основанные на достоверных фактах, выводы и основанные на них конкретные практические рекомендации. Отчёт по оценке должен быть доскональным и логически систематизированным.

Руководители структурных подразделений отвечают за проведение оценки в областях деятельности, за которые они несут ответственность, а также за использование полученной информации при принятии управленческих решений. Оценка требует ответных мер со стороны руководства. Результаты оценки должны использоваться при планировании деятельности.

Показатель – это переменная, используемая для оценки степени реализации намеченных целей и задач программы деятельности, позволяющая руководителям оценивать процесс по отношению к контрольным индикаторам за определенный период времени. При выборе показателей следует руководствоваться следующими критериями отбора показателей:

показатели должны измерять условия или события, для измерения которых эти показатели предназначены;

при измерении условий или событий должны использоваться одинаковые методы/приборы/инструменты;

показатели должны быть объективными и давать одинаковые результаты, когда проводится более одного измерения одинаковых условий или событий;

показатели должны отражать изменения условий или событий в процессе наблюдения;

показатели должны быть соизмеримы с определениями, которые разработаны и тестированы на уровне программы и сравнительных стандартов;

стоимость измерения показателей должна быть разумной;

должна иметься возможность осуществления сбора предложенных данных при нормальных условиях работы программы;

показатель должен быть измерен объективно;

показатели должны быть сопоставимы по времени и по различным географическим зонам (ВОЗ, 1978).

Результат представляет собой изменения, произошедшие в ходе воздействия определенных мероприятий или программы в целом.

Анализ данных является систематическим процессом, включающим в себя организацию и классификацию собранной информации, ее резюмирование и сравнение результатов с другими имеющимися в наличии данными для извлечения полезных сведений, которые отвечают на вопросы оценки и соответствуют ее целям.

Анализ данных направлен на формулирование важных заключений (анализ) или же комбинирования данных, полученных из разных источников информации для достижения понимания ситуации (синтез).

Интерпретация заключений – это процесс осмысливания заключений оценки, вытекающих из анализа. Интерпретация – это усилия, направленные на выявление значений полученных данных, придание смысла доказательствам, собранным при оценке и их практическое применение в здравоохранении.

Вывод – это аргументированное рассуждение, основанное на синтезе практических заключений или фактических утверждений. Выводы считаются вескими и надежными, если они связаны с фактами и могут быть подтверждены с помощью соответствующих методов анализа и синтеза.

Выводы должны:

- учитывать принцип сравнения результатов (например, по сравнению с программными целями, группой сравнения, национальными нормами, прошлой деятельностью или потребностью);

- давать объяснения заключениям;

- служить основой для рекомендуемых мер и решений, соответствующих выводам;

- быть всеобъемлющими и сбалансированными, выдвигать на первый план сильные и слабые стороны, а также результаты деятельности, и отвечать на основные вопросы оценки.

Рекомендации – это основанные на фактах предложения для последующих действий со стороны пользователей оценки. Рекомендации должны основываться на выводах и быть реалистичными.

Планирование – это процесс постановки целей, разработки стратегий развития, определения ресурсов для достижения этих целей:

без надлежащего планирования и чёткой формулировки намеченных результатов очень сложно определить объекты мониторинга, следовательно, мониторинг не может проводиться правильно;

без эффективного планирования база для проведения оценки будет слабой, следовательно, оценка не может быть проведена качественно;

без тщательного мониторинга невозможно собрать необходимые данные, следовательно, оценка не может быть проведена качественно.

4. ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ

4.1. Общие положения

Эпиднадзор за ситуацией по ТБ предусматривает многоаспектное изучение факторов, определяющих состояние и прогноз эпидемического процесса, и разработку мер, уменьшающих распространение инфекции.

Для оценки эффективности действующих программ по борьбе с ТБ необходимо изучение следующих показателей:

эпидемиологические показатели по ТБ, которые являются конечными показателями результативности противотуберкулезных мероприятий;

показатели, характеризующие эффективность мероприятий по профилактике и выявлению ТБ среди населения;

показатели эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациентов, больных ТБ;

показатели, характеризующие эффективность диагностики и лечения МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ;

показатели, характеризующие эффективность мероприятий инфекционного контроля в организациях здравоохранения.

При сравнении показателей пользуются формулой для расчета темпов прироста или снижения:

$$\text{темпы прироста/} \\ \text{снижения (\%)} = \frac{П1 - П0}{П0} \times 100$$

где П1 – показатель текущего наблюдения, а П0 – показатель предыдущего наблюдения, получаемый при этом знак (+/-) говорит о характере изменений: «+» – прирост, «-» – снижение.

Показатели рассчитываются по мере необходимости за изучаемый промежуток времени (месяц, квартал, год):

при подготовке отчетов о деятельности, ходе выполнения противотуберкулезных программ;

при кураторских визитах;

при планировании противотуберкулезных мероприятий и программ.

4.2. Основные определения и понятия, используемые при проведении оценки эпидемической ситуации

Когорта — это группа пациентов, диагностированных и зарегистрированных для прохождения лечения в течение определенного периода времени (обычно в течение квартала или года).

Когортный анализ – рекомендованный ВОЗ метод, используемый при оценке эффективности результатов лечения конкретной когорты пациентов, больных ТБ, и является основным инструментом при проведении мониторинга и оценки проводимых противотуберкулезных мероприятий.

Когортный анализ проводится на регулярной основе в организациях здравоохранения, оказывающих противотуберкулезную помощь населению. Для проведения когортного анализа в противотуберкулезных организациях назначается ответственное лицо.

Впервые выявленные пациенты (новые случаи) – пациенты, никогда ранее не получавшие ПТЛС или получавшие противотуберкулезную химиотерапию (ХТ) на протяжении менее 1 месяца.

Ранее леченные пациенты:

рецидив – пациенты, у которых вновь установлено бактериовыделение после регистрации результата последнего лечения «излечение» или «лечение завершено»;

повторный курс после неудачи в лечении – пациенты с неудачей в лечении по категории I или II;

повторный курс после перерыва в лечении – пациенты с бактериовыделением, вернувшиеся к лечению после перерыва на два и более последовательных месяца.

Прибывшие³ – пациенты, прибывшие из другого регистра (другой страны).

Другие случаи – случаи, которые не включены в предыдущие группы пациентов (с неизвестным статусом предыдущего лечения, с неизвестным результатом предыдущего лечения, вернувшиеся на лечение с внелегочным ТБ и ТБ легких с отрицательным результатом микроскопии мазка).

Среднегодовая численность населения – среднее арифметическое численностей населения на начало и конец анализируемого года.

«Угрожаемые» (по заболеванию ТБ) контингенты – это группы населения повышенного (в 5 и более раз) риска заболевания ТБ.

³ Пациенты, прибывшие из других организаций здравоохранения внутри страны, регистрируются в журнале для оценки качества работы, но не включаются в когортный анализ (результаты лечения оцениваются по месту регистрации).

Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ – устойчивость МБТ по меньшей мере одновременно к изониазиду и рифампицину.

Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) МБТ – МЛУ МБТ с дополнительной устойчивостью к любому фторхинолону и хотя бы к одному из инъекционных ПТЛС второго ряда (капреомицин, канамицин, амикацин).

4.3. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу

$$(1) \text{ заболеваемость ТБ (на 100 тыс. населения) } = \frac{\text{число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

$$(2) \text{ заболеваемость ТБ детей (на 100 тыс. детского населения) } = \frac{\text{число детей с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ}}{\text{среднегодовая численность детского населения}} \times 100\,000$$

Аналогично рассчитывается показатель заболеваемости ТБ среди городских и сельских жителей, а также в различных возрастно-половых группах населения.

$$(3) \text{ заболеваемость ТБ органов дыхания (на 100 тыс. населения) } = \frac{\text{число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ органов дыхания}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

$$(4) \text{ заболеваемость ТБ органов дыхания с бактериовыделением (на 100 тыс. населения) } = \frac{\text{число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ органов дыхания с бактериовыделением}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

$$(5) \text{ рецидивы ТБ (на 100 тыс. населения) } = \frac{\text{число пациентов с рецидивами ТБ}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

$$(6) \text{ заболеваемость ТБ угрожаемых контингентов (на 100 тыс. населения)} = \frac{\text{число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ из угрожаемых контингентов}}{\text{численность угрожаемых контингентов}} \times 100\ 000$$

$$(7) \text{ контактных лиц из очагов ТБ (на 100 тыс. контактных лиц)} = \frac{\text{число контактных лиц из очагов ТБ, у которых установлен диагноз ТБ}}{\text{численность контактных лиц из очагов ТБ}} \times 100\ 000$$

Показатель рассчитывается отдельно для взрослого и детского населения, проживающего в очагах ТБ и МЛУ-ТБ.

Показатель заболеваемости ТБ также оценивается по отдельным группам риска (например, прибывшим из ИТУ, беженцам и т.д. на 100 тыс. человек соответствующей группы). При правильно сформированных группах риска значение показателя заболеваемости ТБ угрожаемых контингентов должно в 5 и более раз превышать значение общего показателя заболеваемости ТБ.

$$(8) \text{ (распространенность) ТБ (на 100 тыс. населения)} = \frac{\text{число пациентов с активным ТБ на конец года} + \text{число выбывших} + \text{число переведенных в III ГДУ} + \text{число умерших}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\ 000$$

Показатель распространенности ТБ рассчитывается отдельно среди городских и сельских жителей, среди взрослых и детей, а также по ТБ органов дыхания, внелегочным и бациллярным формам ТБ.

$$(9) \text{ контингенты пациентов с активным ТБ на конец года (на 100 тыс. населения)} = \frac{\text{число пациентов с активным ТБ, состоящих на учете в ПТО на конец года}}{\text{численность населения на конец года}} \times 100\ 000$$

$$(10) \text{ смертность от ТБ (на 100 тыс. населения)} = \frac{\text{число пациентов, умерших от ТБ}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\ 000$$

$$(11) \text{ смертность от ТБ населения трудоспособного возраста (на 100 тыс. населения)} = \frac{\text{число пациентов трудоспособного возраста, умерших от ТБ}}{\text{среднегодовая численность населения трудоспособного возраста}} \times 100\ 000$$

Аналогично рассчитываются показатели смертности от ТБ органов дыхания, среди городских и сельских жителей, а также в различных возрастно-половых группах населения.

$$(12) \text{ ВИЧ – инфицированных лиц (на 100 тыс. ВИЧ – инфицированных лиц)} = \frac{\text{заболеваемость ТБ} \times \text{число ВИЧ – инфицированных лиц с впервые в жизни установленным ТБ}}{\text{среднегодовая численность ВИЧ – инфицированных лиц}} \times 100\,000$$

Аналогично рассчитываются показатели заболеваемости ТБ/ВИЧ среди городских и сельских жителей, а также в различных возрастно-половых группах населения.

$$(13) \text{ удельный вес МЛУ – ТБ среди новых случаев ТБ (\%)} = \frac{\text{число новых случаев МЛУ – ТБ}}{\text{общее число новых случаев ТБ}} \times 100$$

$$(14) \text{ удельный вес МЛУ – ТБ среди ранее леченных пациентов с ТБ (\%)} = \frac{\text{число случаев МЛУ – ТБ среди ранее леченных пациентов}}{\text{общее число ранее леченных пациентов с ТБ}} \times 100$$

Аналогично рассчитываются показатели ШЛУ-ТБ.

Оценка показателей МЛУ-ТБ, а также структуры МЛУ-ТБ, имеет большое значение при определении прогноза развития эпидемической ситуации по ТБ и эффективности лечения.

Уровень МЛУ-ТБ среди новых случаев более 5% свидетельствует о неблагоприятной ситуации по ТБ и о недостатках в оказании противотуберкулезной помощи в регионе, в том числе о низкой эффективности выявления и лечения ТБ, а также о недостатках в организации изоляции бактериовыделителей.

Уровень МЛУ-ТБ среди ранее леченных пациентов отражает адекватность и эффективность проведения ХТ ТБ и оказывает непосредственное влияние на уровень МЛУ-ТБ среди новых случаев. Поэтому при хорошем функционировании противотуберкулезной программы вначале снижается уровень МЛУ-ТБ среди ранее леченных пациентов, и только потом – уровень МЛУ-ТБ среди новых случаев.

4.4. Показатели оценки эффективности мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза среди населения

$$(15) \text{ охват новорожденных вакцинацией (\%)} = \frac{\text{число вакцинированных новорожденных}}{\text{общее число новорожденных}} \times 100$$

$$(16) \text{ качество вакцинации (\%)} = \frac{\text{число вакцинированных с поствакцинальным знаком (рубчиком)}}{\text{общее число вакцинированных лиц}} \times 100$$

Показатели 15 и 16 должны приближаться к 100%.

$$(17) \text{ охват профосмотрами угрожаемых контингентов (\%)} = \frac{\text{число обследованных лиц из угрожаемых контингентов}}{\text{численность угрожаемых контингентов}} \times 100$$

Этот показатель должен приближаться к 100%. Фтизиатрическая служба ежемесячно контролирует ход обследования угрожаемых по туберкулезу контингентов. Показатель может рассчитываться как в целом, так и по отдельным группам риска (ВИЧ-инфицированные, лица, бывшие в заключении, и т.д.)

$$(18) \text{ выявляемость ТБ (‰)} = \frac{\text{число выявленных при обследовании пациентов с ТБ}}{\text{общее число обследованных лиц}} \times 1000$$

В условиях сложившейся эпидситуации по ТБ в республике при высоком качестве проведения осмотров, правильном формировании групп для обследования ориентировочное значение показателя должно составлять 1-2 на 1000 обследованных лиц.

$$(19) \text{ удельный вес пациентов с ТБ, выявленных при профосмотрах (\%)} = \frac{\text{число пациентов с ТБ, выявленных при профосмотрах}}{\text{общее число выявленных пациентов с ТБ}} \times 100$$

При хорошей организации профосмотров и правильном формировании групп лиц для обследования должно активно выявляться не менее 65-70% пациентов с ТБ.

$$(20) \text{ удельный вес пациентов, умерших от ТБ, состоявших на учете менее 1 года (\%)} = \frac{\text{число пациентов, умерших от ТБ, состоявших на учете менее 1 года}}{\text{общее число пациентов, умерших от ТБ}} \times 100$$

$$(21) \text{ удельный вес пациентов, умерших от ТБ, у которых диагноз ТБ был установлен посмертно (\%)} = \frac{\text{число пациентов, умерших от ТБ, у которых диагноз ТБ был установлен посмертно}}{\text{общее число пациентов, умерших от ТБ}} \times 100$$

Косвенным свидетельством неудовлетворительной работы по выявлению ТБ является высокий удельный вес умерших от ТБ, состоявших на учете менее 1 года, и умерших от ТБ, у которых диагноз установлен посмертно, от общего числа умерших от ТБ.

При хорошей организации выявления ТБ сумма показателей 20 и 21 не должна превышать 3%.

$$(22) \text{ первичное инфицирование ТБ у детей (\%)} = \frac{\text{число детей, у которых установлено первичное инфицирование ТБ}}{\text{число детей, которые при предыдущем осмотре были признаны неинфицированными}} \times 100$$

По мнению экспертов ВОЗ, проблема ТБ как распространенного заболевания в стране считается решенной, если показатель инфицированности ТБ детей до 14 лет не превышает 1%.

$$(23) \text{ уровень госпитализации пациентов с ТБ (\%)} = \frac{\text{число госпитализированных пациентов с ТБ}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с ТБ}} \times 100$$

Показатель может быть рассчитан для отдельных групп пациентов (в том числе для пациентов с КУБ+, МБТ-).

4.5. Показатели оценки эффективности лечения пациентов с ТБ

Данные показатели и методика их расчета будут подробно рассмотрены в главе 5.

4.6. Показатели, характеризующие эффективность диагностики и лечения МЛУ-ТБ

$$(24) \text{ охват пациентов с бактериовыделением ТЛЧ к ПТЛС 1 ряда (\%)} = \frac{\text{число зарегистрированных пациентов с бактериовыделением, для которых были выполнены ТЛЧ к ПТЛС 1 ряда}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с бактериовыделением}} \times 100$$

$$(25) \text{ охват пациентов с МЛУ – ТБ ТЛЧ к ПТЛС 2 ряда (\%)} = \frac{\text{число зарегистрированных пациентов с МЛУ – ТБ, для которых были выполнены ТЛЧ к ПТЛС 2 ряда}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с МЛУ – ТБ}} \times 100$$

Значения показателей 24 и 25 должны приближаться к 100%.

$$(26) \text{ удельный вес пациентов с задержкой в диагностике МЛУ – ТБ (\%)} = \frac{\text{число пациентов с МЛУ – ТБ, у которых результаты ТЛЧ получены в срок позднее 45 дней от даты сбора мокроты}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с МЛУ – ТБ}} \times 100$$

$$(27) \text{ удельный вес пациентов с МЛУ – ТБ с задержкой в назначении лечения (\%)} = \frac{\text{число пациентов с МЛУ – ТБ, которым лечение назначено в срок позднее 15 дней от даты получения результатов ТЛЧ}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с МЛУ – ТБ}} \times 100$$

$$(28) \text{ охват лечением пациентов с МЛУ – ТБ (\%)} = \frac{\text{число зарегистрированных пациентов с МЛУ – ТБ, начавших лечение по адекватным схемам}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с МЛУ – ТБ}} \times 100$$

Значения показателей 26 и 27 должны приближаться к 0%, а 28 – к 100%. Показатели 26-28 могут быть рассчитаны для пациентов с ШЛУ-ТБ. Учитывая, что пациентам с ШЛУ-ТБ часто назначается симптоматическое (паллиативное) лечение, значение показателя охвата лечением у этой категории пациентов может составлять 10-15%.

4.7. Показатели, характеризующие эффективность диагностики и лечения ТБ/ВИЧ

$$(29) \text{ охват пациентов с ТБ тестированием на ВИЧ (\%)} = \frac{\text{число впервые зарегистрированных пациентов с ТБ, которым проведено тестирование на ВИЧ}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с ТБ}} \times 100$$

$$(30) \text{ удельный вес ТБ/ВИЧ (\%)} = \frac{\text{число впервые зарегистрированных пациентов с ТБ с положительным результатом теста на ВИЧ}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с ТБ}} \times 100$$

Показатели 29 и 30 могут быть рассчитаны для групп пациентов с разным статусом лечения ТБ (вновь выявленные, ранее леченные, с неизвестным статусом лечения).

$$(31) \text{ охват химиопрофилактикой ВИЧ – инфицированных лиц (\%)} = \frac{\text{число ВИЧ – инфицированных лиц, получающих химиопрофилактику}}{\text{общее число зарегистрированных ВИЧ – инфицированных лиц}} \times 100$$

Значение показателя 31 может составлять 30-50%.

$$(32) \text{ охват профилактической терапией ко – тримоксазолом пациентов с ТБ/ВИЧ (\%)} = \frac{\text{число пациентов с ТБ/ВИЧ, получающих профилактическую терапию ко – тримоксазолом}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с ТБ/ВИЧ}} \times 100$$

Значение показателя 32 должно приближаться к 100%.

$$(33) \text{ охват АРТ пациентов с ТБ/ВИЧ (\%)} = \frac{\text{число пациентов с ТБ/ВИЧ, получающих АРТ}}{\text{общее число зарегистрированных пациентов с ТБ/ВИЧ}} \times 100$$

Показатели 31-33 характеризуют совместные мероприятия, проводимые противотуберкулезной и инфекционной службами в отношении пациентов с ТБ/ВИЧ.

4.8. Показатели, характеризующие эффективность мероприятий инфекционного контроля в организациях здравоохранения

$$(34) \text{ планирование мер инфекционного контроля (\%)} = \frac{\text{число организаций здравоохранения, в которых утверждены планы инфекционного контроля}}{\text{общее число организаций здравоохранения}} \times 100$$

Наличие утвержденных планов инфекционного контроля, соответствующих международным рекомендациям, является основным шагом в предотвращении распространения туберкулеза в организациях здравоохранения.

$$(35) \text{ подготовленность медработников по вопросам инфекционного контроля (\%)} = \frac{\text{число медработников, прошедших подготовку по вопросам инфекционного контроля}}{\text{общее число медработников}} \times 100$$

Показатель может быть рассчитан как по региону в целом, так и по отдельным медицинским организациям.

$$(36) \text{ обеспеченность медработников респираторами (\%)} = \frac{\text{число закупленных респираторов}}{\text{расчетная потребность в респираторах}} \times 100$$

$$(37) \text{ прохождение фит – теста медработниками (\%)} = \frac{\text{число фит – тестов, пройденных медработниками}}{\text{расчетное число фит – тестов}} \times 100$$

$$(38) \text{ обеспеченность пациентов с бактериовыделением медицинскими масками (\%)} = \frac{\text{число закупленных медицинских масок}}{\text{расчетная потребность в медицинских масках для пациентов с бактериовыделением}} \times 100$$

$$(39) \text{ обеспеченность бактерицидными облучателями постоянного действия (\%)} = \frac{\text{число бактерицидных облучателей постоянного действия}}{\text{расчетная потребность в бактерицидных облучателях постоянного действия}} \times 100$$

Значения показателей 34 – 39 должны приближаться к 100%.

$$(40) \text{ заболеваемость ТБ медработников (на 100 тыс. медработников)} = \frac{\text{число медработников, заболевших ТБ}}{\text{общее число медработников}} \times 100\,000$$

$$(41) \text{ заболеваемость ТБ медработников в течение первого года работы (на 100 тыс. медработников)} = \frac{\text{число медработников, заболевших ТБ в течение первого года работы}}{\text{общее число медработников, принятых на работу в отчетном году}} \times 100\,000$$

При эффективной реализации мероприятий по инфекционному контролю значения показателей 40 и 41 должны приближаться к 0%.

$$(42) \frac{\text{удельный вес медработников с повышенным риском развития активного ТБ (\%)}}{\text{число медработников с положительным результатом тестирования на латентную ТБ инфекцию}} = \frac{\text{число медработников с положительным результатом тестирования на латентную ТБ инфекцию}}{\text{общее число медработников, прошедших тестирование на латентную ТБ инфекцию}} \times 100$$

Показатель 42 необходим для планирования мероприятий по оздоровлению работников противотуберкулезных организаций.

5. ПРОВЕДЕНИЕ КОГОРТНОГО АНАЛИЗА

5.1. Общие положения

Регистрация всех случаев ТБ (нового, рецидива, случая после отрыва, случая после неудачи, случая МЛУ-ТБ) проводится на основании извещения, которое заполняется врачом стационара или диспансера (тубкабинета) сразу, как только диагноз подтвержден. Один экземпляр извещения высылается в районный (городской) противотуберкулезный диспансер (тубкабинет) по месту жительства пациента. Второй экземпляр высылается в организационно-методический кабинет областного противотуберкулезного диспансера. Регистрация проводится как на бумажном носителе, так и в электронном Республиканском регистре «Туберкулез». Осуществляет регистрацию лечащий врач по месту жительства. В случае отсутствия доступа к Республиканскому регистру «Туберкулез» регистрацию в электронном регистре осуществляет врач организационно-методического кабинета (отдела) вышестоящей противотуберкулезной организации.

Карта лечения пациента заполняется врачом-фтизиатром противотуберкулезной организации, в которой пациент был зарегистрирован и начал лечение ПТЛС, и передается вслед за пациентом в организацию, где будет осуществляться дальнейшее лечение и наблюдение.

Оценка результатов лечения в когорте проводится через 12-15 месяцев от даты регистрации и начала лечения для всех пациентов, включая тех, у которых установлен МЛУ-ТБ.

Журнал регистрации ведется по утвержденному образцу.

Оценка результатов лечения пациентов, зарегистрированных как МЛУ-ТБ, проводится через 24-36 месяцев от даты начала лечения.

Пациенты с МЛУ-ТБ для когортного анализа распределяются:

1. В соответствии со статусом предыдущего лечения:

I группа: впервые выявленные (новые) пациенты с МЛУ-ТБ, никогда ранее не принимавшие ПТЛС или получавшие противотуберкулезную ХТ на протяжении менее 1 месяца;

II группа: пациенты с МЛУ-ТБ с рецидивом туберкулезного процесса;

III группа: пациенты с МЛУ-ТБ после отрыва от лечения;

IV группа: пациенты с МЛУ-ТБ после первого неэффективного курса ХТ;

V группа: пациенты с МЛУ-ТБ после повторного неэффективного курса ХТ;

VI группа: пациенты с МЛУ-ТБ, прибывшие из других регистров ТБ (из других стран);

VII группа: пациенты с МЛУ-ТБ, получавшие лечение ранее, не входящие в группы II-VI.

2. В зависимости от предыдущего лечения ПТЛС второго ряда:

– пациенты, лечившиеся ранее только ПТЛС первого ряда на протяжении 1 месяца и более;

– пациенты, лечившиеся ранее одним или более ПТЛС второго ряда на протяжении 1 месяца или более в сочетании с ПТЛС первого ряда или без них.

Для пациентов, зарегистрированных по IV категории, проводятся когортный анализ регистрации и когортный анализ результатов лечения.

Когортный анализ регистрации необходим для мониторинга распространенности и динамики ЛУ-ТБ в регионе. Для этого используется журнал регистрации МЛУ-ТБ и электронный регистр.

В журнал регистрации МЛУ-ТБ и электронный регистр вносятся все пациенты с установленным диагнозом МЛУ-ТБ с целью получения полной информации о бремени МЛУ-ТБ в стране.

Когортный анализ лечения МЛУ-ТБ проводится только для тех пациентов, которые начали лечение лекарствами второго ряда в отчетном периоде.

Датой начала лечения является дата получения пациентом первой дозы всех ПТЛС второго ряда.

При проведении когортного анализа необходимо фиксировать следующие даты:

- дата первоначальной регистрации случая заболевания ТБ;
- дата регистрации по МЛУ-ТБ;
- дата начала лечения.

5.2. Основные определения и понятия, используемые при проведении когортного анализа

Абациллирование (прекращение бактериовыделения) – промежуточный показатель, указывающий на успех лечения. Под абациллированием у пациентов с ЛЧ-ТБ понимают получение первых отрицательных результатов бактериоскопии и/или посева. Под абациллированием у пациентов с ЛУ-ТБ понимают получение отрицательных посевов в течение 2 последовательных месяцев с интервалом в 30 дней, при этом датой абациллирования является дата первого отрицательного результата.

Стандартные определения результатов лечения представлены в таблице 5.1.

Таблица 5.1. Определения результатов лечения лекарственно-чувствительного ТБ (ЛЧ-ТБ) и лекарственно-устойчивого ТБ (ЛУ-ТБ)

Результат	ЛЧ-ТБ	ЛУ-ТБ
1	2	3
Излечен	Пациенты, выделявшие МБТ до начала лечения, которые полностью прошли курс лечения и у которых подтверждено отсутствие бактериовыделения при микроскопии и/или посеве в конце интенсивной фазы и последних 2 месяцев курса ХТ	Пациенты категории IV, полностью завершившие ХТ в соответствии с протоколом при наличии не менее пяти отрицательных результатов посевов мокроты, проведенных с промежутком не менее 30 дней в течение последних 12 месяцев
Лечение завершено	Пациенты, у которых отсутствовало бактериовыделение, прошедшие полный курс ХТ, но не соответствующие критериям «излечен», а также пациенты с бактериовыделением, у которых отсутствуют результаты лабораторных исследований, подтверждающие абациллирование в конце лечения	Пациенты категории IV, полностью завершившие ХТ в соответствии с программным протоколом, но не соответствующие определению «излечение». Это несоответствие обусловлено недостаточностью бактериологических сведений (например, получено менее пяти отрицательных результатов культурального исследования)
Умер ⁴	Пациенты, умершие во время курса ХТ от ТБ или любой другой причины	Пациенты категории IV, умершие от любых причин в процессе ХТ по поводу МЛУ-ТБ

⁴ Целесообразно отдельно вести учет пациентов с ТБ, умерших от ТБ.

1	2	3
Неудача в лечении	Пациенты, у которых сохраняется или появляется бактериовыделение (микроскопически и/или посевом) на 5-ом месяце ХТ и позже, а также пациенты, у которых был выявлен МЛУ-ТБ на любом из этапов лечения	Пациенты, у которых отмечены положительные результаты не менее двух из пяти посевов мокроты, проведенных за последние 12 месяцев ХТ, или при обнаружении возбудителя в любом из трех последних посевов, проведенных на финальном этапе лечения, а также пациенты при досрочном прекращении лечения по клиническим показаниям из-за плохой переносимости или развития неустраняемых побочных эффектов
Лечение прервано	Пациенты, прервавшие лечение на 2 и более месяцев подряд	Пациенты категории IV, прервавшие ХТ по любым причинам на срок 2 и более месяцев подряд
Переведен ⁵	Пациенты, выбывшие из-под наблюдения учреждения, проводившего ХТ, в другую страну	Пациенты категории IV, выбывшие из-под наблюдения учреждения, проводившего ХТ, в другую страну

5.3. Правила заполнения ведомственной отчетной формы

Таблица 1 раздела II «Новые случаи заболевания и рецидивов туберкулеза» заполняется на основании ф. №081-1/у «Журнал регистрации больных туберкулезом» после сверки с ф. №089-1/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза с диагностированным в данном году случаем повторного заболевания (рецидивом) туберкулеза» по всем графам (мужчины и женщины отдельно) в зависимости от формы заболевания: ТБ легких, ТБ плевры, ТБ внутригрудных л/узлов, внелегочный ТБ.

В строку 1.0 по всем графам вносятся пациенты, у которых МБТ выявлены микроскопически и посевом (далее М+П+).

В строку 2.0 по всем графам вносятся пациенты, у которых при микроскопии КУБ в мокроте не выявлены, но при посеве выделена культура МБТ (далее М-П+).

В строку 3.0 по всем графам вносятся пациенты, у которых при микроскопии выявлены КУБ, но при посеве культура МБТ не выделена (далее М+П-).

⁵ В случае перевода внутри страны результат лечения вносится врачом, осуществившим регистрацию.

В строку 4.0 по всем графам вносятся пациенты, у которых диагноз ТБ выявлен на основании клинико-рентгенологических данных, но при микроскопическом исследовании и посевом МБТ не выявлены (далее М-П-).

В строку 5.0 под таблицей вносятся пациенты, у которых ТБ зарегистрирован посмертно.

Таблица 2 раздела II «Возрастно-половое распределение новых случаев ТБ с положительным мазком мокроты и положительным результатом посева».

В строку 1.0 по всем графам вносятся пациенты с вновь диагностированным ТБ легких М+П+, в строку 2.0 – пациенты с М-П+, в строку 3.0 – пациенты с М+П-.

Значение графы 19 таблицы 2 должно соответствовать сумме значений граф 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, значение графы 20 – сумме значений граф 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, значение графы 21 – сумме значений граф 19 и 20 в соответствующих строках.

Таблица 3 раздела II «Возрастно-половое распределение рецидивов туберкулеза с положительным мазком мокроты и положительным результатом посева».

В строку 1.0 по всем графам вносятся пациенты с рецидивом ТБ легких М+П+, в строку 2.0 – пациенты с рецидивом ТБ легких М-П+, в строку 3.0 – пациенты с рецидивом ТБ легких М+П-. Значение графы 21 таблицы 3 должно соответствовать сумме значений граф 3 и 4 таблицы 1 строк 1.0, 2.0, 3.0 соответственно.

Значение графы 19 таблицы 3 должно соответствовать сумме значений граф 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, значение графы 20 – сумме значений граф 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, значение графы 21 – сумме значений граф 19 и 20 в соответствующих строках.

Таблица 4 раздела II «Зарегистрировано случаев для повторного лечения».

В строку 1.0 по всем графам вносятся пациенты с повторно леченным ТБ М+П+.

В строку 2.0 по всем графам вносятся пациенты с повторно леченным ТБ М-П+.

В строку 3.0 по всем графам вносятся пациенты с повторно леченным ТБ М+П-.

В строке 4.0 заполняются только графы 5-11.

Значение графы 7 таблицы должно соответствовать сумме значений граф 1, 3, 5, значение графы 8 – сумме значений граф 2, 4, 6, значение графы 9 – сумме значений граф 7 и 8.

Таблица 5 раздела II «Абациллирование мокроты после завершения интенсивной фазы лечения, подтвержденное бактериоскопически».

В графы 2-9 вносятся пациенты с ТБ М+П+, абациллированные по мазку и/или посеву через 2-3-4-5 месяцев лечения соответственно. Результат на одного пациента вносится однократно по первому месяцу абациллирования по мазку/посеву.

Значение графы 10 должно равняться сумме значений граф 2, 4, 6, 8, значение графы 11 – сумме значений граф 3, 5, 7, 9, значение графы 1 – сумме значений граф 10-15 в соответствующих строках.

Значения вносятся в строку 1.0 для новых случаев ТБ, в строку 2.0 – для рецидивов ТБ и в строку 3.0 – для других случаев повторного лечения.

Таблица 6 раздела II «Абациллирование мокроты после завершения интенсивной фазы лечения, подтвержденное результатами посева».

В графы 2-5 вносятся пациенты с ТБ М-П+, абациллированные по посеву через 2-3-4-5 месяцев лечения соответственно. Результат на одного пациента вносится однократно по первому месяцу абациллирования.

Значение графы 6 должно равняться сумме значений граф 2-5, значение графы 1 – сумме значений граф 6-8 в соответствующих строках.

Значения вносятся в строку 1.0 для новых случаев ТБ, в строку 2.0 – для рецидивов ТБ и в строку 3.0 – для других случаев повторного лечения.

Таблица 7 раздела II «Результаты лечения больных туберкулезом легких, зарегистрированных 12-15 месяцев назад».

В строки 1.0-1.4 вносятся новые случаи ТБ, в том числе М+П+, М-П+, М+П-, М-П-.

В строки 2.0-2.4 вносятся рецидивы ТБ, в том числе М+П+, М-П+, М+П-, М-П-.

В строки 3.0-3.4 вносятся другие случаи повторного лечения, в том числе М+П+, М-П+, М+П-, М-П-.

В графы 1-3 строк 1.0-1.4, 2.0-2.4, 3.0-3.4 не вносятся пациенты, у которых диагноз ТБ снят, такие пациенты вносятся для новых случаев и случаев повторного лечения в строки 1.5 и 2.5 соответственно.

Значения граф 1-3 строк 3.1-3.4 должны равняться значениям граф 7-9 строк 1.0-4.0 таблицы 4 раздела II соответственно.

Значение графы 3 должно соответствовать сумме значений граф 1 и 2, а также сумме значений граф 4-11 соответственно по каждой строке.

Значения граф 1-11 строки 1.0 должны равняться сумме значений соответствующих граф 1-11 строк 1.1-1.4.

Значения граф 1-11 строки 2.0 должны равняться сумме значений соответствующих граф 1-11 строк 2.1-2.4.

Значения граф 1-11 строки 3.0 должны равняться сумме значений соответствующих граф 1-11 строк 3.1-3.4.

5.4. Показатели оценки результатов лечения по ведомственной отчетной форме

Оценке подлежит когорта за исключением случаев, когда диагноз ТБ снят. Оценка проводится на основании таблицы 7 раздела II «Результаты лечения больных туберкулезом легких, зарегистрированных 12-15 месяцев назад» ведомственной отчетной формы.

5.4.1. Показатель излечения

$$(1) \text{ по данным бактериоскопии среди новых случаев (\%)} = \frac{\text{строка 1.1 графа 4} + \text{строка 1.3 графа 4}}{\text{строка 1.1 графа 3} + \text{строка 1.3 графа 3}} \times 100$$

$$(2) \text{ по данным посева среди новых случаев (\%)} = \frac{\text{строка 1.1 графа 4} + \text{строка 1.2 графа 4}}{\text{строка 1.1 графа 3} + \text{строка 1.2 графа 3}} \times 100$$

$$(3) \text{ по данным бактериоскопии среди рецидивов (\%)} = \frac{\text{строка 2.1 графа 4} + \text{строка 2.3 графа 4}}{\text{строка 2.1 графа 3} + \text{строка 2.3 графа 3}} \times 100$$

$$(4) \text{ по данным посева среди рецидивов (\%)} = \frac{\text{строка 2.1 графа 4} + \text{строка 2.2 графа 4}}{\text{строка 2.1 графа 3} + \text{строка 2.2 графа 3}} \times 100$$

$$(5) \text{ по данным бактериоскопии среди других повторных случаев (\%)} = \frac{\text{строка 3.1 графа 4} + \text{строка 3.3 графа 4}}{\text{строка 3.1 графа 3} + \text{строка 3.3 графа 3}} \times 100$$

$$(6) \text{ по данным посева среди других повторных случаев (\%)} = \frac{\text{строка 3.1 графа 4} + \text{строка 3.2 графа 4}}{\text{строка 3.1 графа 3} + \text{строка 3.2 графа 3}} \times 100$$

5.4.2. Показатель завершеного лечения

$$(7) \text{ лечение завершено (\%)} = \frac{\text{графа 5}}{\text{графа 3}} \times 100$$

Показатель рассчитывается среди новых случаев (строки 1.0-1.4), рецидивов (строки 2.0-2.4) и других случаев повторного лечения (строки 3.0-3.4).

В сумме показатели излечения и завершеного лечения характеризуют благоприятный исход лечения ТБ (показатель успешного

лечения). По рекомендациям ВОЗ этот показатель должен быть не ниже 85%.

5.4.3. Показатель летальности

$$(8) \text{ умерло пациентов с ТБ от любых причин (\%)} = \frac{\text{графа 6} + \text{графа 7}}{\text{графа 3}} \times 100$$

Целесообразно отдельно рассчитывать показатель летальности от туберкулеза:

$$(9) \text{ умерло пациентов с ТБ от ТБ (\%)} = \frac{\text{графа 6}}{\text{графа 3}} \times 100$$

Показатели 8 и 9 рассчитываются среди новых случаев (строки 1.0-1.4), рецидивов (строки 2.0-2.4) и других случаев повторного лечения (строки 3.0-3.4).

5.4.4. Показатель неэффективного лечения (неудача лечения)

$$(10) \text{ неудача в лечении (\%)} = \frac{\text{графа 8} + \text{графа 9}}{\text{графа 3}} \times 100$$

Отдельно выделяют показатель «неудача, перевод в IV категорию». К данному определению относятся пациенты, у которых установлена МЛУ или ПЛУ (с устойчивостью к рифампицину) штамма МБТ, выделенного до лечения или в течение первых 2-х недель после начала лечения, и которые были переведены на режим лечения по IV категории в срок не позднее 2 месяцев от установления диагноза ТБ.

$$(11) \text{ неудача в лечении, перевод в IV категорию (\%)} = \frac{\text{графа 9}}{\text{графа 3}} \times 100$$

Показатели 10 и 11 рассчитываются среди новых случаев (строки 1.0-1.4), рецидивов (строки 2.0-2.4) и других случаев повторного лечения (строки 3.0-3.4).

5.4.5. Показатель прерванного лечения (отрыв от лечения)

$$(12) \text{ отрыв от лечения (\%)} = \frac{\text{графа 10}}{\text{графа 3}} \times 100$$

Высокий уровень показателя 12 свидетельствует о низкой эффективности проводимых мероприятий по повышению приверженности пациентов лечению.

Показатель рассчитывается среди новых случаев (строки 1.0-1.4), рецидивов (строки 2.0-2.4) и других случаев повторного лечения (строки 3.0-3.4).

5.4.6. Показатель выбывших пациентов (переведенных в другие регистры)

$$(13) \text{ выбыло (\%)} = \frac{\text{графа 11}}{\text{графа 3}} \times 100$$

Показатель рассчитывается среди новых случаев (строки 1.0-1.4), рецидивов (строки 2.0-2.4) и других случаев повторного лечения (строки 3.0-3.4).

5.5. Показатели оценки результатов лечения пациентов IV категории⁶

Оценка проводится по данным, представленным в таблице о результатах химиотерапии для категории IV, которая заполняется через 24 и 36 месяцев от даты начала лечения (таблицы П6.5, П6.6, П6.7, П6.8 приложения 10 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.08.2012г. № 939 «Об утверждении Клинического руководства по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм»). Общее число случаев в таблицах П6.5 и П6.6 должно соответствовать общему числу случаев, взятых на лечение, указанных в графе 1 таблицы П6.1, а в П6.7 и П6.8 – указанных в графе 2 таблицы П6.1 вышеназванного приложения. В таблицах П6.5 и П6.7 результаты лечения оцениваются в зависимости от характера бактериовыделения, в таблицах П6.6 и П6.8 – в зависимости от статуса предыдущего лечения. Таблицы П6.5 и П6.6 заполняются на пациентов с МЛУ-ТБ, таблицы П6.7 и П6.8 – на пациентов с ПЛУ-ТБ.

$$(14) \text{ излечение (\%)} = \frac{\text{графа 2}}{\text{графа 10}} \times 100$$

$$(15) \text{ лечение завершено (\%)} = \frac{\text{графа 3}}{\text{графа 10}} \times 100$$

⁶ К категории IV относятся случаи МЛУ-ТБ и ПЛУ-ТБ с устойчивостью к рифампицину.

$$(16) \text{ умерло от всех причин (\%)} = \frac{\text{графа 6} + \text{графа 7}}{\text{графа 10}} \times 100$$

$$(17) \text{ умерло от ТБ (\%)} = \frac{\text{графа 6}}{\text{графа 10}} \times 100$$

$$(18) \text{ неудача в лечении (\%)} = \frac{\text{графа 4}}{\text{графа 10}} \times 100$$

$$(19) \text{ отрыв от лечения (\%)} = \frac{\text{графа 5}}{\text{графа 10}} \times 100$$

$$(20) \text{ переведено (\%)} = \frac{\text{графа 8}}{\text{графа 10}} \times 100$$

$$(21) \text{ продолжает лечение (\%)} = \frac{\text{графа 9}}{\text{графа 10}} \times 100$$

5.6. Порядок и сроки представления отчетов

Городские, районные противотуберкулезные диспансеры (тубкабинеты) представляют ведомственную отчетную форму за кварталный период областному противотуберкулезному диспансеру (учреждению здравоохранения «2-й противотуберкулезный диспансер» г. Минска) к 10 числу следующего за кварталом месяца.

Областные противотуберкулезные диспансеры, учреждение здравоохранения «2-й противотуберкулезный диспансер» г. Минска представляют отчетные формы в РНПЦ ПФ за кварталный период к 15 числу следующего за кварталом месяца.

Разделы ведомственной отчетной формы представляются областными противотуберкулезными организациями в РНПЦ ПФ по схеме, представленной в таблице 5.2.

Таблица 5.2. Схема представления разделов ведомственной отчетной формы в РНПЦ ПФ.

Разделы ведомственной отчетной формы	Представление данных		
	предварительных	уточненных	окончательных
раздел I			
таблица 1	15 число месяца, следующего за отчетным кварталом	—	15 число месяца, следующего через I квартал после отчетного квартала

Разделы ведомственной отчетной формы	Представление данных		
	предварительных	уточненных	окончательных
таблица 2	–	–	15 число месяца, следующего за отчетным кварталом
раздел II			
таблица 1	15 число месяца, следующего за отчетным кварталом	–	15 число месяца, следующего через I квартал после отчетного квартала
таблица 2	15 число месяца, следующего за отчетным кварталом	–	15 число месяца, следующего через I квартал после отчетного квартала
таблица 3	15 число месяца, следующего за отчетным кварталом	–	15 число месяца, следующего через I квартал после отчетного квартала
таблица 4	15 число месяца, следующего за отчетным кварталом	–	15 число месяца, следующего через I квартал после отчетного
таблица 5	15 число месяца, следующего через II квартала после отчетного квартала	15 число месяца, следующего через III квартала после отчетного квартала	15 число месяца, следующего через IV квартала после отчетного квартала
таблица 6	15 число месяца, следующего через II квартала после отчетного квартала	15 число месяца, следующего через III квартала после отчетного квартала	15 число месяца, следующего через IV квартала после отчетного квартала
таблица 7	–	–	15 число месяца, следующего через IV квартала после отчетного квартала

Промежуточные данные высылаются только в формате Excel по электронной почте.

Окончательно сверстаный отчет (через IV квартала после отчетного) высылается в оригинале в адрес РНПЦ ПФ за подписью руководителя ПТО.

Отчеты по регистрации пациентов по IV категории и результатам лечения представляются в РНПЦ ПФ в соответствии с таблицей 5.3.

Таблица 5.3. Схема представления таблиц П6.1 – П6.8 в РНПЦ ПФ.

Таблицы	Представление данных
П6.1 – П6.3	15 число месяца, следующего за отчетным кварталом
П6.4	15 число месяца, следующего через III квартала после отчетного квартала
П6.5 – П6.8	15 число месяца, следующего через 2 года и 3 года после отчетного квартала

6. ОРГАНИЗАЦИЯ КУРАТОРСКИХ ВИЗИТОВ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ

В Республике Беларусь действует многоуровневая система мониторинга и оценки проводимых противотуберкулезных мероприятий:

1. Супранациональный уровень:

Всемирная организация здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь);

Супранациональная референс-лаборатория (Стокгольм, Швеция).

2. Национальный уровень:

Совет Министров (Межведомственный координационный совет по оказанию противотуберкулезной помощи);

Министерство здравоохранения (Первый заместитель Министра – координатор противотуберкулезных программ, республиканская координационная рабочая группа по борьбе с туберкулезом, главный внештатный специалист по туберкулезу, проблемная комиссия по оказанию противотуберкулезной помощи).

3. Республиканский уровень:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» (заместитель директора по организационно-методической работе, фтизиопульмонологический отдел мониторинга и оценки, кураторы);

Республиканская референс-лаборатория, функционирующая на базе РНПЦ ПФ.

4. Региональный уровень:

управления здравоохранения облисполкомов, комитет по здравоохранению Мингорисполкома;

областные противотуберкулезные организации, учреждение здравоохранения «2-й противотуберкулезный диспансер» г. Минска;

региональные межведомственные советы по оказанию противотуберкулезной помощи.

Для мониторинга и оценки проводимых противотуберкулезных мероприятий на республиканском и региональном уровнях приказами руководителей противотуберкулезных организаций назначаются кураторы из числа сотрудников.

Курация осуществляется:

1. По территориальному признаку (кураторы областей, районов, отдельных организаций).

2. По виду оказываемой технической помощи (кураторы по ведению МЛУ-ТБ, по инфекционному контролю, по лекарственному менеджменту, по лабораторной диагностике, в том числе по бактериоскопической

диагностике туберкулеза в общелечебной сети, по мониторингу и оценке и т.д.)

Целью кураторских визитов является оказание технической помощи по проведению противотуберкулезных мероприятий с целью повышения их качества и эффективности.

Кураторские визиты осуществляются по мере необходимости, но не реже 1 раза в квартал. На основании кураторского визита заполняется протокол кураторского визита, копия которого предоставляется курируемой организации здравоохранения (приложение 2), и конкретные предложения по устранению недостатков, выявленных в ходе визита. При последующем посещении в протоколе кураторского визита дополнительно указывается информация о выполнении предыдущих рекомендаций.

При составлении протокола кураторских визитов проводится сравнение показателей деятельности ПТО со стандартными индикаторами, в качестве которых применяются международные нормативы, в т.ч. приведенные в данном руководстве, в случае их отсутствия – средние показатели по республике или области.

По результатам кураторских визитов проверяемые регионы или организации в обязательном порядке в месячный срок представляют отчет об устранении недостатков, выявленных в ходе мониторингового визита, и о реализации сделанных рекомендаций. В случае невозможности реализовать предложения в месячный срок по каждому пункту указываются конкретные сроки их исполнения.

В первую очередь кураторские визиты осуществляются в регионы (организации):

с неблагоприятной эпидемической ситуацией по ТБ (на основании регулярно получаемых статистических данных);

с отрицательной динамикой основных показателей (заболеваемость, смертность, показатели лечения пациентов);

с целью проверки выполнения рекомендаций, данных в ходе предыдущих мониторинговых визитов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1**ДЕЙСТВУЮЩАЯ НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО
ОКАЗАНИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 г. №2435-XII «О здравоохранении»;

закон Республики Беларусь от 07.01.2012 г. №345-З «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека».

Постановление МЗ РБ от 19.04.2001 г. №27 «Об утверждении перечня заболеваний, дающих лицам, страдающим ими, право на дополнительную площадь жилого помещения, и перечня заболеваний, при наличии которых признается невозможным совместное проживание с лицами, страдающими ими, в одной комнате или однокомнатной квартире»;

постановление Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.12.2005 г. №409/61 «О мерах по повышению эффективности выявления, регистрации, медицинского обследования на туберкулез и лечения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, в лечебно-трудовых профилакториях Министерства внутренних дел Республики Беларусь, освобожденных из них и без определенного места жительства»;

постановление МЗ РБ от 14.03.2006 г. №12 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и педагогических работников туберкулезных (детских туберкулезных) больниц, противотуберкулезных диспансеров»;

постановление Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 г. №377 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 21.10.2008 г. №317) «Отчет о больных туберкулезом и саркоидозом за 20__ г. (Форма 1-туберкулез)»;

постановление Совета Министров Республики Беларусь от 13.06.2008 г. №857 «О создании Межведомственного координационного совета по оказанию противотуберкулезной помощи»;

постановление МЗ РБ от 25.05.2009 г. №57 «Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности лабораторий, осуществляющих диагностику туберкулеза в государственных организациях здравоохранения»;

постановление МЗ РБ от 15.06.2009 г. №66 «Об утверждении норм времени на проведение бактериологических исследований на туберкулез в государственных организациях здравоохранения»;

постановление Совета Министров Республики Беларусь от 8.01.2010 г. №11 «О Государственной программе «Туберкулез» на 2010 – 2014 годы»;

постановление МЗ РБ от 30.03.2010 г. №36 «Об утверждении перечня заболеваний, при которых родители не могут выполнять родительские обязанности, и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 августа 2005 г. №25»;

постановление МЗ РБ от 28.04.2010 г. №47 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признания утратившими силу некоторых постановлений МЗ РБ»;

постановление МЗ РБ и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 29.08.2011 г. №89/84 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.07.2002 г. №52/97»;

постановление Министерства внутренних дел и МЗ РБ от 21.05.2012 г. №145/50 «О порядке доставки лица, в отношении которого имеются достаточные основания полагать о наличии у него социально опасного заболевания, вируса иммунодефицита человека либо имеющего социально опасное заболевание, подлежащего принудительному медицинскому освидетельствованию либо принудительной госпитализации и лечению, в государственную организацию здравоохранения»;

постановление МЗ РБ от 15.06.2012 г. №75 «Об установлении перечня заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

постановление МЗ РБ от 12.07.2012 г. №97 «Об утверждении клинических показаний, по которым лица подлежат обязательному медицинскому освидетельствованию, и перечня иных категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию».

Приказ МЗ РБ от 08.06.2006 г. №473 «О некоторых мерах по совершенствованию организации и качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом»;

приказ МЗ РБ от 09.10.2006 г. №659 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по туберкулезу»;

приказ МЗ РБ от 03.04.2007 г. №239 «Об оптимизации оказания фтизиатрической помощи лицам, страдающим туберкулезом и психическим расстройством»;

приказ МЗ РБ от 11.06.2008 г. №517 «Об организации контролируемого амбулаторного лечения больных туберкулезом»;

приказ МЗ РБ от 12.06.2008 г. №532 «О мерах, направленных на предотвращение роста заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью»;

приказ МЗ РБ от 09.09.2009 г. №865 «Об утверждении показаний к госпитализации пациентов в организации здравоохранения»;

приказ МЗ РБ от 01.10.2009 г. №925 «О перепрофилировании Республиканской туббольницы «Сосновка»;

приказ МЗ РБ от 11.12.2009 г. №1151 «Об утверждении методического руководства «Мероприятия по инфекционному контролю в противотуберкулезных организациях»;

приказ МЗ РБ от 22.12.2009 г. №1189 «О внедрении государственного регистра «Туберкулез»

приказ МЗ РБ от 10.02.2010 г. №132 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам, страдающим туберкулезом и психическими расстройствами (заболеваниями)»;

приказ МЗ РБ от 11.11.2010 г. №1217 «Об утверждении Инструкции об организации оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом»;

приказ МЗ РБ от 14.01.2011 г. №23 «О некоторых мерах по совершенствованию работы государственных учреждений «Республиканская туберкулезная больница «Сосновка» и «Республиканская туберкулезная больница «Новоельня»»;

приказ МЗ РБ от 23.05.2011 г. №538 «Об утверждении Порядка реализации проекта «Внедрение Стратегии СТОП-ТБ в Беларуси, в частности направленной на меры по борьбе с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)», финансируемого Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией»;

приказ МЗ РБ от 30.05.2011 г. №557 «О совершенствовании лекарственного обеспечения»;

приказ МЗ РБ от 01.06.2011 г. №577 «О некоторых мерах по совершенствованию работы ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»»;

приказ МЗ РБ от 08.08.2011 г. № 803 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения туберкулинодиагностики среди детского населения»;

приказ МЗ РБ от 15.03.2012 г. №286 «Об упорядочении оказания помощи пациентам с множественно лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза»;

приказ МЗ РБ от 14.05.2012 г. №544 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.01.2011г. №23»;

приказ МЗ РБ от 23.05.2012 г. №621 «Об утверждении Инструкции по группировке пациентов противотуберкулезных организаций, подлежащих диспансерному учету и динамическому наблюдению»;

приказ МЗ РБ от 23.05.2012 г. №622 «Об утверждении «Клинического руководства по организации и проведению противотуберкулезных мероприятий в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения»;

приказ МЗ РБ от 22.08.2012 г. № 939 «Об утверждении Клинического руководства по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм».

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Протокол
мониторингового визита
Раздел 1. Управление противотуберкулезной программой

Дата _____

Область / район _____

Организация здравоохранения _____

Руководитель организации _____

Координатор программы _____

Куратор _____

Структурное подразделение/руководитель:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Оцениваемый период _____

Выполнение рекомендаций, данных в ходе предыдущего мониторингового визита
(подчеркнуть): да нет частично

1.1 ПЛАНИРОВАНИЕ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Наличие региональной туберкулезной программы			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Наличие координаторов программы			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Наличие межведомственного совета по ТБ			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Наличие кураторов регионов, кураторов по видам оказываемой технической помощи			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Наличие плана кураторских визитов			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Наличие плана мероприятий по информированию населения (лекции для населения, публикации в печати, выступления на радио и телевидении)			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
7	Наличие печатных материалов для пациентов, наглядной информации о ТБ (плакаты, буклеты, листовки и т.д.)			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
8	Наличие плана повышения квалификации сотрудников путем проведения семинаров и занятий в данной организации здравоохранения			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
9	Наличие программы оказания социальной поддержки пациентам на амбулаторном этапе			да – 5 баллов нет – 0 баллов	

	ИТОГО				
1.2. РЕАЛИЗАЦИЯ					
№	индикатор	#	% от плана (П)	расчет	баллы
1	Освоение финансовых средств государственных программ			10*П/100	
2	Число заседаний Межведомственного совета			10*П/100	
3	Число проведенных кураторских визитов			10*П/100	
4	Число проведенных мероприятий по информированию населения			10*П/100	
5	Число проведенных семинаров			10*П/100	
6	Число участников семинаров			10*П/100	
7	Число специалистов, прошедших курсы повышения квалификации			10*П/100	
8	Оказание социальной поддержки пациентам на амбулаторном этапе			10*П/100	
	ИТОГО				
1.3. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ					
№	индикатор	#	% от республ./ нормат. (П)	расчет	баллы
1	Заболеваемость всеми формами активного ТБ (на 100 тыс. нас.)			10*(100-П)/100	
2	Заболеваемость ТБ детей (на 100 тыс. детского нас.)			10*(100-П)/100	
3	Заболеваемость ТБ органов дыхания (на 100 тыс. нас.)			10*(100-П)/100	
4	Заболеваемость ТБ органов дыхания с бактериовыделением (на 100 тыс. нас.)			10*(100-П)/100	
5	Заболеваемость ТБ угрожаемых контингентов (на 100 тыс. конт.)			10*(100-П)/100	
6	Рецидивы ТБ (на 100 тыс. нас.)			10*(100-П)/100	
7	Болезненность (распространенность) ТБ (на 100 тыс. нас.)			10*(100-П)/100	
8	Контингенты пациентов с активным ТБ на конец года (на 100 тыс. нас.)			10*(100-П)/100	
9	Смертность от ТБ (на 100 тыс. нас.)			10*(100-П)/100	
10	Заболеваемость ТБ ВИЧ-инфицированных лиц (на 100 тыс. ВИЧ-инфицир.)			10*(100-П)/100	
11	Удельный вес МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ (%)			10*(100-П)/100	
12	Удельный вес МЛУ-ТБ среди ранее леченных пациентов с ТБ			10*(100-П)/100	

Протокол
мониторингового визита

Раздел 2. Выявление и контролируемое лечение случаев туберкулеза
в организациях первичной медицинской помощи

Дата _____

Область / район _____

Организация здравоохранения _____

Руководитель организации _____

Координатор программы _____

Куратор _____

Структурное подразделение/руководитель:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Оцениваемый период _____

Выполнение рекомендаций, данных в ходе предыдущего мониторингового визита
(подчеркнуть): да нет частично

1.1 ПЛАНИРОВАНИЕ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Наличие плана (раздела) противотуберкулезных мероприятий			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Наличие постоянного куратора противотуберкулезной службы			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Наличие специально оборудованного помещения (места) для сбора мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Наличие небулайзера для сбора индуцированной мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Наличие ответственного лица для контроля за сбором мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Ответственное лицо знает методику сбора мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
7	Наличие контейнеров для сбора и транспортировки мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
8	Наличие холодильника для хранения мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
9	Наличие памяток для пациентов по сбору мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
10	Наличие кабинета ДОТ			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
11	Наличие в процедурном кабинете (комнате приема ПТЛС) карт лечения			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
12	Процедурный кабинет (комната для приема ПТЛС) оснащены всем необходимым для контролируемого приема			да – 5 баллов нет – 0 баллов	

	ИТОГО				
1.2. РЕАЛИЗАЦИЯ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Наличие пациентов с туберкулезом на контролируемом амбулаторном лечении			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Прием ПТЛС под непосредственным контролем медицинской сестры			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Процедурный кабинет (комната для приема ПТЛС) работают 6(7) дней в неделю			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Осуществляется доставка ПТЛС на дом для пациентов, не явившихся (не имеющих возможности явиться) на прием			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Пациенты инструктируются о методике сбора мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Сбор мокроты проводится под контролем медработника			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
№	индикатор	#	% от плана (П)	расчет	баллы
7	Число среднего медперсонала, прошедшего обучение по вопросам ТБ			$10 \cdot П / 100$	
8	Число врачебного медперсонала, прошедшего обучение по вопросам ТБ			$10 \cdot П / 100$	
9	Число пациентов в интенсивной фазе, получающих контролируемое лечение			$10 \cdot П / 100$	
10	Число пациентов в фазе продолжения, получающих контролируемое лечение			$10 \cdot П / 100$	
11	Число правильно заполненных карт лечения (от числа проверенных)			$10 \cdot П / 100$	
12	Число пациентов, получающих социальную поддержку			$10 \cdot П / 100$	
13	Наличие достаточного запаса ПТЛС			$10 \cdot П / 100$	
	ИТОГО				
1.3. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ					
№	индикатор	#	% от республ./ нормат. (П)	расчет	баллы
1	Охват профосмотрами угрожаемых контингентов			$10 \cdot П / 100$	
2	Выявляемость ТБ (на 1000 обсл.)			$10 \cdot П / 100$	

Протокол
мониторингового визита
Раздел 3. Диагностика и лечение случаев туберкулеза
в противотуберкулезных организациях

Дата _____
 Область / район _____
 Организация здравоохранения _____
 Руководитель организации _____
 Координатор программы _____
 Куратор _____
 Структурное подразделение/руководитель:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 Оцениваемый период _____
 Выполнение рекомендаций, данных в ходе предыдущего мониторингового визита
 (подчеркнуть): да нет частично

1.1 ПЛАНИРОВАНИЕ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Наличие плана противотуберкулезных мероприятий			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Наличие кураторов по закрепленным регионам (организациям здравоохранения)			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Наличие специально оборудованного помещения для сбора мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Наличие небулайзера для сбора индуцированной мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Наличие ответственного лица для контроля за сбором мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Ответственное лицо знает методику сбора мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
7	Наличие контейнеров для сбора и транспортировки мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
8	Наличие памяток для пациентов по сбору мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
9	Наличие лица, отвечающего за лекарственный менеджмент			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
10	Наличие в процедурном кабинете (комнате приема ПТЛС) карт лечения			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
	ИТОГО				
1.2. РЕАЛИЗАЦИЯ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы

1	Наличие ПТЛС I ряда			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Наличие ПТЛС II ряда			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Заявка на ПТЛС составлена с учетом 6-месячного запаса			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Заявка на ПТЛС соответствует числу зарегистрированных пациентов с ТБ			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Заявка на ПТЛС составлена с учетом спектра лекарственной чувствительности МБТ в регионе			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Прием ПТЛС под непосредственным контролем медицинской сестры			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
7	Процедурный кабинет (комната для приема ПТЛС) работает 6(7) дней в неделю.			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
8	Осуществляется доставка ПТЛС на дом для пациентов, не явившихся (не имеющих возможность явиться) на прием			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
9	Пациенты инструктируются о методике сбора мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
10	Сбор мокроты проводится под контролем медработника			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
№	индикатор	#	% от плана (П)	расчет	баллы
11	Число среднего медперсонала, прошедшего обучение (курсы повышения квалификации) по вопросам ТБ			$10*П/100$	
12	Число врачебного медперсонала, прошедшего обучение (курсы повышения квалификации) по вопросам ТБ			$10*П/100$	
13	Число пациентов в интенсивной фазе, получающих контролируемое лечение			$10*П/100$	
14	Число пациентов в фазе продолжения, получающих контролируемое лечение			$10*П/100$	
15	Число правильно заполненных карт лечения			$10*П/100$	
16	Число пациентов, получающих социальную поддержку			$10*П/100$	
	ИТОГО				

Протокол
мониторингового визита
Раздел 4. Когортный анализ

Дата _____

Область / район _____

Организация здравоохранения _____

Руководитель организации _____

Координатор программы _____

Куратор _____

Структурное подразделение/руководитель:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Оцениваемый период _____

Выполнение рекомендаций, данных в ходе предыдущего мониторингового визита
(подчеркнуть): да нет частично

1.1. ПЛАНИРОВАНИЕ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Наличие журналов регистрации ТБ и МЛУ-ТБ			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Наличие доступа к сети Интернет			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Наличие доступа к электронному регистру			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Наличие лица, ответственного за проведение когортного анализа			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
1.2 РЕАЛИЗАЦИЯ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Журналы регистрации ТБ и МЛУ-ТБ заполняются в полном объеме и своевременно			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Пациенты, находящиеся на лечении, внесены в журнал регистрации			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Пациенты с положительными результатами лабораторных исследований на МБТ внесены в журнал регистрации ТБ			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Журнал регистрации соответствует данным в электронном регистре			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Отчетные данные соответствуют данным журнала регистрации			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Результаты когортного анализа используются при составлении планов противотуберкулезных мероприятий			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
	ИТОГО				

Рекомендации: _____

Комментарии: _____

дата визита

подпись куратора

подпись руководителя организации/подразделения

Протокол
мониторингового визита
Раздел 5. Инфекционный контроль

Дата _____

Область / район _____

Организация здравоохранения _____

Руководитель организации _____

Координатор программы _____

Куратор _____

Структурное подразделение/руководитель:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Оцениваемый период _____

Выполнение рекомендаций, данных в ходе предыдущего мониторингового визита
(подчеркнуть): да нет частично

1.1 ПЛАНИРОВАНИЕ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Наличие плана инфекционного контроля			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Наличие лица, ответственного за мероприятия по инфекционному контролю			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Наличие графика прохождения фит-теста			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Наличие бактерицидных облучателей постоянного действия в зонах риска			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Наличие приточно-вытяжной вентиляции в отделениях для МЛУ-ТБ			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
7	Наличие разделения потоков пациентов по отделениям			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
8	Наличие разделения потоков пациентов по палатам			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
9	Комната для сбора мокроты соответствует требованиям инфекционного контроля			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
10	Зоны высокого риска обозначены			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
	ИТОГО				
1.2. РЕАЛИЗАЦИЯ					
№	индикатор	#	% от плана (П)	расчет	баллы
1	Число медработников, обученных мероприятиям по инфекционному контролю			10*П/100	
2	Обеспеченность медперсонала			10*П/100	

Комментарии: _____

дата визита

подпись куратора

подпись руководителя организации/подразделения

Протокол
мониторингового визита
Раздел 6. Бактериоскопическая диагностика туберкулеза
в организациях первичной медицинской помощи

Дата _____

Область / район _____

Организация здравоохранения _____

Руководитель организации _____

Координатор программы _____

Куратор _____

Структурное подразделение/руководитель:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Оцениваемый период _____

Выполнение рекомендаций, данных в ходе предыдущего мониторингового визита
(подчеркнуть): да нет частично

1.1 ПЛАНИРОВАНИЕ					
№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Наличие помещения для бактериоскопического исследования на КУБ, отвечающего действующим санитарно-гигиеническим нормам			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Планировка помещения обеспечивает технологическую поточность в движении материала			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Наличие квалифицированного (прошедшего обучение) персонала (врачи, лаборанты)			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Наличие вытяжного шкафа			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Поток воздуха направлен внутрь вытяжного шкафа			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Наличие бинокулярного микроскопа			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
7	Микроскоп находится в рабочем состоянии			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
8	Наличие договора на сервисное обслуживание вытяжного шкафа и микроскопа			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
9	Наличие достаточного количества средств индивидуальной защиты (респираторы, перчатки)			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
10	Наличие достаточного запаса дезинфицирующих средств с туберкулоцидным действием			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
11	Наличие инструкции по			да – 5 баллов	

	применению используемого дезинфицирующего средства			нет – 0 баллов	
12	Наличие запаса реактивов, предметных стекол, фильтровальной бумаги на 6 месяцев			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
13	Наличие стандартной методики проведения исследования, включая приготовление красителей			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
14	Наличие лабораторного журнала			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
15	Наличие стандартных бланков направления на исследование			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
16	Наличие контрольных (неокрашенных положительных и отрицательных) мазков			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
17	Наличие штатив-боксов для хранения мазков			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
18	В лаборатории не используются реагенты с истекшим сроком годности			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
19	Растворы и реагенты хранятся в надлежащих условиях			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
20	Растворы красителей надлежащим образом промаркированы (название, дата приготовления, срок использования)			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
21	Наличие контейнера с крышкой для сбора биологических отходов			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
	ИТОГО				

1.2. РЕАЛИЗАЦИЯ

№	индикатор	да	нет	расчет	баллы
1	Образцы мокроты поступают в одноразовых контейнерах с закрывающимися крышками			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
2	Образцы мокроты доставляются в день сбора или хранятся в холодильнике не более 72 часов			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
3	Персонал лаборатории знает об опасности аэрогенной инфекции			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
4	Бланки направления на исследование доставляются отдельно от образцов мокроты			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
5	Маркировка контейнеров с мокротой четкая			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
6	Образцы мокроты транспортируются в специальном контейнере			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
7	Материал для исследования поступает через специальное окно			да – 5 баллов нет – 0 баллов	

8	Информация о качестве образца отмечается в лабораторном журнале и на бланке			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
9	Лабораторный журнал заполняется правильно			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
10	Маркировка предметных стекол соответствует номеру в лабораторном журнале			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
11	Мазки готовятся бактериологической петлей или деревянными палочками			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
12	Размер и толщина мазка соответствуют стандарту			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
13	Мазки высушиваются при комнатной температуре			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
14	Мазки фиксируются в пламени спиртовки			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
15	Мазки окрашиваются по стандартной методике			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
16	За один раз окрашивается не более 12 мазков, мазки при окрашивании не касаются друг друга			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
17	Отрицательный результат исследования выдается после просмотра 100 полей зрения			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
18	Положительный результат исследования выдается с количественной оценкой			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
19	Все положительные мазки пересматриваются в курирующей лаборатории			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
20	Результаты исследований сообщаются ежедневно			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
21	Пластиковые контейнеры для образцов используются однократно			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
22	Использованные контейнеры утилизируются после обработки			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
23	Результаты внутреннего контроля качества микроскопии удовлетворительные			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
24	В лабораторию проводились кураторские визиты не реже 1 раза в квартал, что подтверждается протоколами визитов			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
25	10% мазков пересмотрено в курирующей лаборатории			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
26	В лаборатории проводилось панельное тестирование			да – 5 баллов нет – 0 баллов	
27	Отчетные данные соответствуют данным в лабораторном журнале			да – 5 баллов нет – 0 баллов	

Комментарии: _____

дата визита

подпись куратора

подпись руководителя организации/подразделения