

Алишеров А.А., Сулайманова М.И., Алишеров А.Ш.

**СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

A.A. Alisherov, M.I. Sulaimanova, A.Sh. Alisherov

**MONITORING AND EVALUATION SYSTEM OF TB CONTROL
ACTIVITIES IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 614.4. 001.41- 002.5 (575.2)

В статье рассматривается система проведения мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: мониторинг и оценка, туберкулез, противотуберкулезные мероприятия, когортный анализ.

The article discusses monitoring and evaluation system of TB control activities in the Kyrgyz Republic.

Key words: monitoring and evaluation, tuberculosis, TB activities, cohort analysis.

Введение

Проведение мониторинга за эпидемиологической ситуацией по туберкулезу среди населения является неотъемлемой частью системы противотуберкулезных мероприятий, проводимых в республике. Качественный мониторинг - это один из основных компонентов DOTS стратегии, рекомендованной ВОЗ, и потому, является основой экономической эффективности менеджмента Национальной Противотуберкулезной Программы (НТП).

Мониторинг - это регулярное отслеживание программ с использованием входных данных, данных процесса и данных о результатах реализации противотуберкулезных мероприятий, сбор которых ведется регулярно в рабочем порядке посредством ведения документации, отчетов и систем надзора (7).

В частности, улучшение работы противотуберкулезных учреждений заключается не только в успешном завершении лечения туберкулеза, но и в обеспечении достоверными данными, касающимися состояния НТП и определении потенциальных возможностей для улучшения.

В отличие от мониторинга оценка - это эпизодический анализ изменений в планируемых результатах, которые относятся к мерам, применяемым в рамках программы. Оценка применяется для измерения качества и полноты реализации программы, а также для оценки охвата. Задача Мониторинга и Оценки (МиО) в целом состоит в том, чтобы измерить эффективность программы, выявить проблемные участки, обобщить полученный опыт и улучшить общие показатели. Мониторинг и оценка представляют собой совокупное применение методов социологии и эпидемиологических исследований для оценки и, в конечном счете, усовершенствования реализации программ или компонентов программ. Надзор - это планомерный сбор эпидемиологических данных (т.е., исходов заболеваний) для отслеживания динамики изменения заболеваемости или распространенности с течением времени (1).

Выделяют основные методы проведения мониторинга: изучение документации, изучение отчетных материалов, непосредственное наблюдение и интервью. Изучение документации предусматривает просмотр медицинской документации, просмотр ежесменных и ежеквартальных форм отчетности.

Аспектами мониторинга в противотуберкулезной программе определены: персонал и инфраструктура службы, безопасность и оборудование, система регистрации пациентов и достоверность статистических данных, их когортный анализ; доступность противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда для лечебных учреждений, взаимодействие ТБ службы с другими ведомствами и службами здравоохранения, качество и эффективность лечения ТБ пациентов, социальная реабилитация, санитарное просвещение (5).

Кыргызская Республика одна из первых стран СНГ приступила к реализации стратегии DOTS в рамках Национальной противотуберкулезной программы. С 1998 года стратегией DOTS были охвачены все регионы республики, за исключением пенициллиновой системы. С 2003 года началось поэтапное внедрение стратегии DOTS и в системе Государственная система исполнения наказаний при Правительстве КР. Для эффективного использования имеющихся в стране человеческих ресурсов и гарантированного получения качественных данных, необходимых для принятия решений, система мониторинга и оценки программы контроля над туберкулезом в Кыргызской Республике имеет несколько уровней выполнения:

I. Национальный (центральный) уровень системы мониторинга и оценки противотуберкулезной программы.

II. Областной (городской) уровень системы мониторинга и оценки противотуберкулезной программы.

III. Районный уровень системы мониторинга и оценки противотуберкулезной программы.

IV. Межведомственный уровень системы мониторинга и оценки противотуберкулезной программы.

Национальный уровень системы МиО

Мониторинговые визиты проводятся согласно принятого графика выездов, утвержденного Национальным координатором и согласованного донором. Мониторинг центрального уровня проводится 1 раз в квартал координаторами НЦФ. Состав мониторинговой команды:

1. Специалист по эпидемиологии, выявлению и регистрации.
2. Специалист по лаборатории.
3. Специалист по клинике и инфекционному контролю.
4. Специалист по лекарственному менеджменту.

Выезд на места ими может проводиться как в область, так и в район, где имеется в этом необходимость для оказания практической помощи. Работа мониторинговой команды проводится с помощью оценочных листов (чек-лист), которые включают в себя наиболее важные для ДОТС стратегии индикаторы. Перед каждым мониторинговым визитом изучаются отчеты областного ЦБТ, справки предыдущего мониторинга и ответ на нее, определяются недостатки в работе для устранения и принятые меры. Заранее оповещаются соответствующие медучреждения о визите. Производится верификация учетно-отчетной документации в соответствующий временной период (квартал), анализируются и при необходимости оказывается консультативно-практическая помощь на местах. При необходимости проводится встреча мониторинговой команды с администрацией учреждения соответствующего уровня.

Справка по результатам проведенного мониторинга предоставляется в течение 10 дней в соответствующую область. Справка отражает в полном объеме проделанную командой работу и включает адекватные рекомендации с указанием срока, по истечению которого областные координаторы должны предоставить в НЦФ ответную справку в письменном (бумажном) и электронном виде.

Отчет о проведении мониторинговых визитов и рекомендации по улучшению работы предоставляется руководству НЦФ и заслушивается на расширенном Директорском совете с участием областных координаторов Национальной противотуберкулезной программы и представителей международных организаций, кафедры фтизиатрии КГМА на базе НЦФ. Составляется протокол заседания с вынесенным решением совета.

Областной уровень системы МиО

На областном уровне сотрудники областных противотуберкулезных учреждений регулярно согласно утвержденному графику Директором центра борьбы с туберкулезом посещают районы и оказывают Районным координаторам содействие в их работе. Длительность визита от 3 рабочих дней и более, в зависимости от эпидемиологической ситуации. Результаты визита группы по мониторингу представляются на совместной заключительной встрече с директором ЦСМ (координатор по туберкулезу в районе) и территориальной больницы, представителем районного управления СЭН, руководителем пенитенциарного учреждения, куратором района (врачом-фтизиатром), районным специалистом по ВИЧ/СПИД.

Детальный отчет с практическими рекомендациями представляется в течение 10 дней после

окончания визита по электронной почте с обязательным уведомлением отправителя о его получении. Результаты мониторинга, проведенного специалистами ОЦБТ, регулярно представляются на областном директорском совете.

Районный уровень системы МиО

Визиты в районы 1 раз в два месяца, в соответствии с графиком, утвержденным для районов, где возникают серьезные трудности в работе - ежемесячные. На районном уровне учреждения, работающие неудовлетворительно, посещаются Областными координаторами ежемесячно. Отдаленные учреждения, такие как ФАПы посещаются раз в 2-3 месяца, в зависимости от их количества.

Результаты визита представляются на заключительной встрече с руководителем учреждения ПМСМ, представителем районного управления СЭН. Краткий отчет по визиту с принятыми решениями, с указанием ответственности и временных рамок выполнения рекомендаций, согласовывается на данной встрече.

В течение 10 дней после окончания визита представляется детальный отчет областному координатору. Результаты визитов по мониторингу заслушиваются на районном медицинском совете.

Межведомственный уровень системы МиО

Во всех противотуберкулезных учреждениях страны, не входящих в систему МЗ КР, включая учреждения ГСИН, Национальные медицинские центры, НИИ, медучреждения Национальной гвардии, Минобороны и др. где проводится выявление и диагностика случаев туберкулеза, регистрация, лечение, лекарственное обеспечение, информационно-просветительная работа мониторинг осуществляется за качеством выполнения практических противотуберкулезных мероприятий. Инспекторские визиты проводятся с участием представителей НЦФ и сотрудниками мониторируемого учреждения.

Существующая Национальная Система МиО по ТБ

Система отчетности по мониторингу и оценке связана со стратегией DOTS и проводится согласно рекомендациям ВОЗ. Периодичность выдачи отчетов - ежеквартально, а также за полугодие, и в целом за отчетный год. За отчетный год имеется государственная статистическая отчетность: Форма №33 здрав. Отчет о больных туберкулезом "Контингенты больных, состоящие под наблюдением данного лечебно-профилактического учреждения", утвержденная Постановлением Нацстаткомитета КР от 19.07. 2004 г. № 21 и форма №8 "Распределение больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза по полу и возрасту", утвержденная Постановлением Нацстаткомитета КР от 26.07.2002г.

НЦФ предоставляет ежегодно государственную статистическую отчетную форму по полу и возрасту №8, ведомственную статистическую отчетную форму №33 здрав по регионам, свод и обработанную статистическую информацию по туберкулезу в Республиканский медико-информационный центр

(РМИЦ) Министерства здравоохранения КР. В свою очередь городские и областные центры борьбы с туберкулезом, а также медслужба ДИН при ГСИН при Правительстве КР ежеквартально предоставляют отчеты в Центр информатики и эпидемиологии НЦФ (РЦИиЭ) к 10 числу первого месяца следующего квартала по форме ТБ 07 "Квартальный отчет о новых случаях и рецидивах заболевания туберкулезом", включающий данные о случаях ТБ, половозрастной структуры бациллярных больных, категорий лечения, конверсии микроты, лекарственного менеджмента и микроскопических исследований и отчет по форме ТБ 08 "Квартальный отчет по результатам лечения больных туберкулезом", зарегистрированных 12-15 месяцев назад, по стандартным исходам лечения. Районные координаторы представляют отчеты и пакет информационных материалов по туберкулезу в Областные центры борьбы с туберкулезом к 5-му числу первого месяца следующего квартала.

Ежеквартальная технология анализа информации о результатах лечения позволяет проводить наблюдение за уровнем эпидемиологических показателей и своевременно проводить мероприятия по выяснению причин создавшегося положения на каждой территории и в целом по республике. Таким же образом, согласно приказа МЗ КР №458 от 26.12.2007г. "Об утверждении и внедрении информационной системы менеджмента противотуберкулезных лекарственных средств в рамках реализации Национальной программы "Туберкулез - 3" областные центры борьбы с туберкулезом представляют ежеквартальный отчет Республиканскому центру информатики и эпидемиологии НЦФ по лекарственному менеджменту. Областной сводный отчет содержит информацию о количестве препаратов (ПТП) на областном лекарственном складе, сводную информацию о количестве ПТП, выданных больным туберкулезом по всем районам области по каждому наименованию препаратов.

Отчетные данные по потреблению и остаткам ПТП позволяют принимать своевременные решения по закупкам и распределению ПТП, а также способствуют бесперебойному обеспечению и поддержанию оптимального запаса ПТП на районном, областном и центральном уровнях.

В рамках реализации программы DOTS Plus представляются отчеты по формам ТБ07У "Квартальный отчет регистрации больных категории ГУ", ТБ08У "Квартальный отчет по предварительным результатам после 6 мес. химиотерапии" и ТБ09У "Ежеквартальный отчет по результатам химиотерапии для случаев МЛУ-ТБ, зарегистрированных 24-36 мес. назад".

Система когортного анализа внедрила персональную регистрацию всех впервые выявленных случаев заболевания ТБ, поэтому позволяет эффективно отслеживать больных туберкулезом. Эта система пользуется формами регистрации и отчетности по ТБ в соответствии с требованиями ВОЗ. Все вновь выявленные случаи активного ТБ являются предметом обязательной регистрации в данной системе в противотуберкулезном медучреждении в месте проживания больного. Информация о бактериоскопии и вновь выявленных положительных случаях ТБ сообщается в соответствующее медучреждение с помощью срочного уведомления. Срочное уведомление также предоставляется в случае смерти, когда аутопсия (вскрытие) показывает, что умерший страдал от туберкулеза, хотя умерший не был зарегистрирован как больной туберкулезом (5,6).

В результате эффективного внедрения системы МиО в рамках Национальной противотуберкулезной программы достигнуты:

- Улучшение выявляемое™ бациллярных больных ТБ среди населения.
- Эффективность лечения остается в пределах достигнутого уровня.
- Стабилизация и тенденция к снижению показателей заболеваемости и смертности от ТБ среди населения.

Выявляемость туберкулеза методом бактериоскопии на первичном звене в республике составляет 8,8 % в 2010г. в сравнении с показателем 2009г., который составил 8,5 % (целевой показатель 5-10%) (табл.2). Самая низкая выявляемость, ниже общереспубликанских данных по данным 2010 года наблюдается в Нарынской (4,2%) и Баткенской (4,9%) областях и в г. Ош (4,9%). Это объясняется тем, что в регионах республики отмечается интенсивная текучесть кадров, в том числе и лабораторных специалистов. Вновь прибывшие кадры нуждаются в обучении и переобучении (рис. 1).

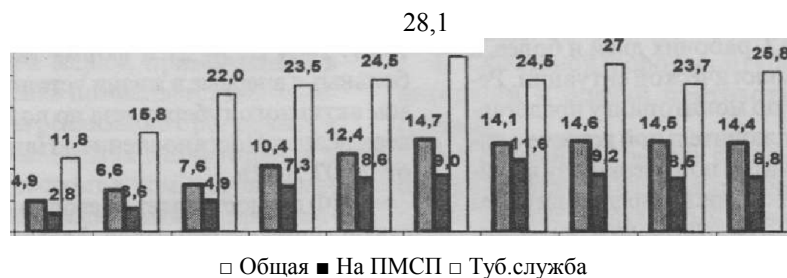


Рис. 1. Выявляемость новых случаев ТБ легких с положительным мазком микроты методом микроскопии

Эффективность (успех программы) лечения впервые выявленных больных туберкулезом по республике в целом держится стабильно.

Низкие показатели "успеха программы" свидетельствуют о том, что выявление новых случаев происходит в запущенной форме из-за недостаточной осведомленности населения о ТБ, отсутствия должного контроля лечения со стороны медицинских работников ГСВ и ЦСМ за больными туберкулезом, и нарушения режима лечения со стороны больных из-за их низкой приверженности лечению. Это не приводит к достижению целевого показателя - 85% в отдельных регионах страны. В г. Бишкек и Чуйской

области увеличивается процент резистентных форм ТБ и нарушителей режима, что также сказывается на эффективности противотуберкулезного лечения.

С 2006 года успех программы составляет меньше 85% и причинами этого являются: 1) социальные факторы - миграционные процессы, плохое питание (как в стационарных, так и в амбулаторных условиях), позднее обращение больных, вследствие этого выявление запущенных случаев туберкулеза; 2) медицинские факторы - недостаточный контроль лечения в амбулаторных условиях, низкая приверженность больных лечению, нарушение режима лечения больными (рис.2).

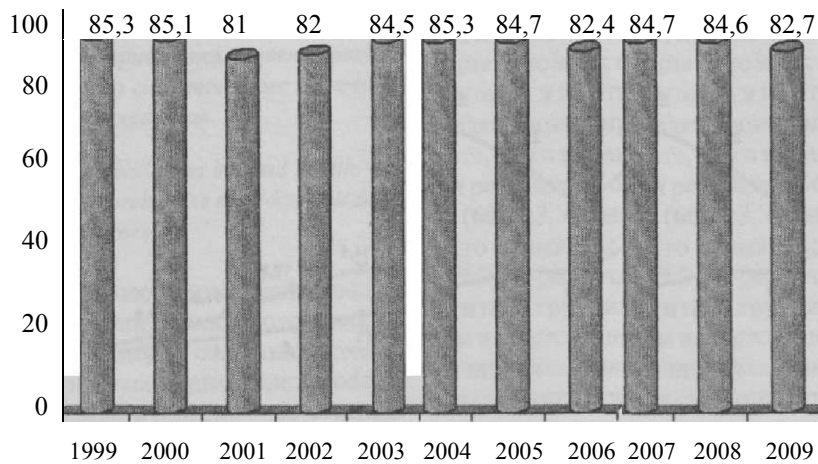


Рис. 2. Успех программы по результатам лечения новых случаев ТБ легких с положительным мазком мокроты

Положительным результатом реализации противотуберкулезной программы в республике явилось снижение темпа прироста заболеваемости, который, начиная с 2002 года, достиг отрицательной величины (- 0,7%). В 2002 и 2003 годах впервые за многие годы наметилась тенденция к стабилизации заболеваемости туберкулезом среди населения. Показатель заболеваемости туберкулезом среди населения республики в 2007 г. составлял 108,8 на 100 тыс. населения. Самый высокий темп прироста заболеваемости отмечался в 1995 и 1996 годах (21,7% и 20,0% соответственно). Показатель заболеваемости, который к 2001 году при сравнении с 1991г., увеличился более чем в 2 раза (127,3 на 100 тыс. населения), постепенно снижается и к 2010г. составляет 102,6 на 100 тыс. населения с учетом пенитенциарной системы (рис. 3).

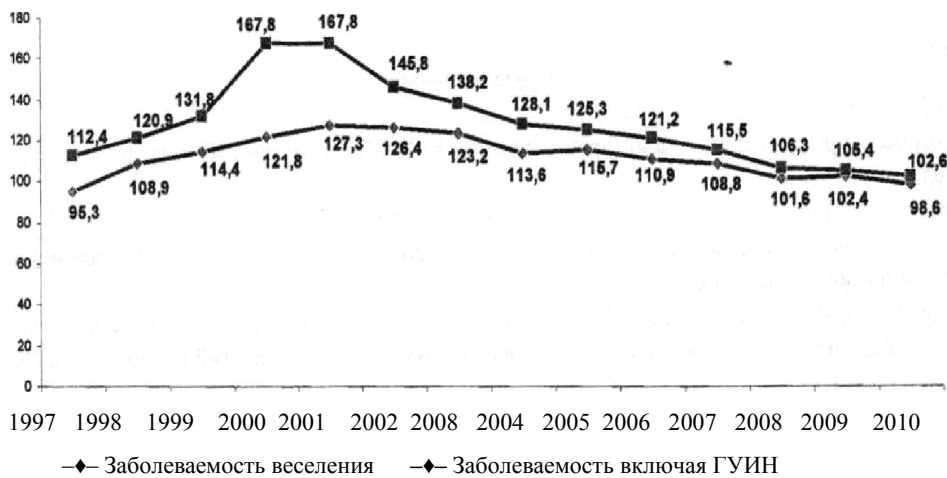


Рис. 3. Динамика заболеваемости туберкулезом в Кыргызской Республике (на 100 тыс. населения)

С 2002 года показатель заболеваемости туберкулезом среди населения по республике снизился на 19,6%, показатель смертности от туберкулеза - на 33,3%.

Пенитенциарная система все еще остается источником туберкулезной инфекции. После освобождения из мест лишения свободы, больные туберкулезом, преждевременно прекратившие лечение в гражданском секторе, представляют угрозу населению (табл. 1).

Таблица 1.

Ежегодный прирост заболеваемости по туберкулезу в КР

Показатели/год	2004	2005	2006	2007	2008
Заболеваемость (на 100 тысяч населения)	113,6	115,7	110,9	108,8	101,6
Ежегодный прирост заболеваемости в %	-7,8	-1,9	-4,2	- 1,9	-6,6

С 1998 года появилась тенденция к стабилизации показателя смертности от туберкулеза, а с 2003 года - его снижение (1998г.-13,5 на 100 тыс. населения; 2003г. -11,8, 2004 -11,2, 2005 г. -11,0, 2006 г. -10,2, 2007 г. - 9,6) (рис.4).

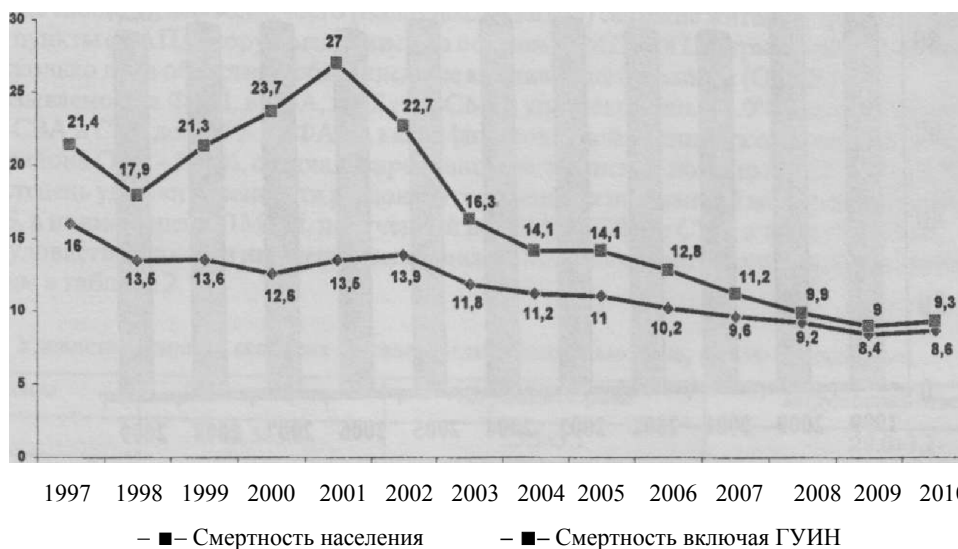


Рис. 4. Динамика смертности от туберкулеза в Кыргызской Республике (на 100 тыс. нас.)

Таким образом, в Кыргызской Республике функционирует налаженная система мониторинга противотуберкулезных мероприятий, основанная также на компьютерной технологии. Электронная система надзора туберкулеза позволяет обеспечивать адекватность проводимых мероприятий, оценки их эффективности и принятия оперативных управленческих решений на районном, областном и республиканском уровнях системы мониторинга. Качественное и эффективное проведение мониторинга - это основа успеха любой противотуберкулезной программы.

Литературные источники:

1. Компендиум индикаторов ВОЗ, 2004 год
2. Методологическое руководство по мониторингу и оценке ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия, третье издание, февраль 2009 год.
3. Руководство по предоставлению плана МиО для получения грантов Глобального фонда.
4. Руководящие принципы проведения операционных и прикладных исследований при осуществлении программ здравоохранения и борьбы с болезнями.
5. Руководство по борьбе с туберкулезом в Кыргызской Республике. Второе дополненное издание. 2008 г.
6. Национальный план по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Кыргызской Республике на 2010-2015 гг.
7. Rossi P, Freeman H. Evaluation: a systematic approach. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1993.

Рецензент: д.м.н. Кадыров А.С.