

# Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ ВИЧ



Всемирная  
организация здравоохранения



**ЮНЭЙДС**  
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН  
ЮНИСЕФ  
ВПП  
ПРООН  
ЮНФПА

ЮНОДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

# **Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ**

**Департамент "Остановить ТБ" и Департамент по ВИЧ/СПИДу,  
Всемирная организация здравоохранения**

**Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом**

**Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу**

**2009**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

A guide to monitoring and evolution for collaborative TB/HIV activities – 2009 revision

WHO/HTM/TB/2009.414

WHO/HTM/HIV/09.01

1. HIV infections. 2. Acquired immunodeficiency syndrome -prevention and control. 3. AIDS-related opportunistic infections – prevention and control. 4. Tuberculosis, Pulmonary – prevention and control. 5. Guidelines. 6. Delivery of health care, Integrated – organization and administration. 7. Program evaluation – methods. I. World Health Organization. Stop TB Dept. II.UNAIDS. III. PEPFAR.

ISBN 978 92 4 459819 1

(NLM classification: WC 503.5)

**© Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

<b>Содержание</b>	
<b>Сокращения</b> .....	<b>iv</b>
<b>Выражение благодарности</b> .....	<b>v</b>
<b>Методология пересмотра руководства</b> .....	<b>vi</b>
<b>Глоссарий</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. Введение</b> .....	<b>1</b>
Пересмотр руководства.....	1
Цель этого руководства.....	2
Целевая аудитория.....	3
<b>2. Совместная деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ</b> .....	<b>4</b>
Компоненты совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.....	4
Обоснование мониторинга и оценки совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.....	4
Когда необходимо предпринимать совместные действия по борьбе с ТБ/ВИЧ?.....	5
Кому принесет пользу совместная деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ?.....	5
<b>3. Методология мониторинга и оценки совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ</b> .....	<b>6</b>
Системы текущего мониторинга.....	6
Поддерживающий надзор.....	6
Эпиднадзор и обследования.....	7
Ситуационный анализ страны.....	7
Внешние обзоры программ.....	7
<b>4. Профиль и ситуационный анализ страны</b> .....	<b>10</b>
Население и службы.....	10
Специфическая информация о заболевании.....	11
Оценка механизмов совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.....	12
Оценка существующих в стране систем эпиднадзора и мониторинга.....	15
Географический охват совместной деятельностью по борьбе с ТБ/ВИЧ.....	16
Обзор заинтересованных кругов, участвующих в деятельности по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией.....	18
Финансирование деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.....	18
<b>5. Индикаторы совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ</b> .....	<b>19</b>
<b>6. Разбивка данных для индикатора по возрасту и полу</b> .....	<b>42</b>
<b>7. Приоритетность индикаторов</b> .....	<b>43</b>
<b>8. Индикаторы обеспечения качества услуг при ТБ и ВИЧ-инфекции</b> .....	<b>44</b>
<b>Дополнительные информационные ресурсы</b> .....	<b>45</b>
<b>Приложения</b>	
1. Краткий обзор и обоснование мониторинга и оценки.....	46
2. Контрольный перечень для составления профиля страны и ситуационного анализа.....	49
3. Краткий обзор индикаторов, измерение которых проводится в рамках программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом в учреждениях, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции.....	50
4. Краткий обзор индикаторов, измерение которых проводится в рамках программы по борьбе с ТБ в учреждениях, предоставляющих помощь при ТБ.....	51

## Сокращения

АКСМ	адвокация, коммуникация, социальная мобилизация
АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ДОТС	основной пакет мер стратегии “Остановить ТБ”
ИИСУЗ	интегрированная информационная система управления здравоохранением
ИОК	информация, образование, коммуникация
КИП	коммуникация по изменению поведения
МиО	мониторинг и оценка
МЛУ-ТБ ТБ	с множественной лекарственной устойчивостью
НПВС	национальная программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом
НПО	неправительственная организация
НПТ	национальная программа по борьбе с ТБ
ПЛИ	профилактическое лечение изониазидом
ПЛК	профилактическое лечение котримоксазолом
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций
ТБ	туберкулез
ТБ/ВИЧ	пересекающаяся эпидемия ТБ и ВИЧ-инфекции
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
CDC	Центры по профилактике и контролю заболеваний США
PEPFAR	Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом
USAID	Агентство США по международному развитию

## Выражение благодарности

Этот документ подготовлен в сотрудничестве с Чрезвычайным планом Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR) и ЮНЭЙДС. Представленные в документе индикаторы разработаны в сотрудничестве с PEPFAR и ЮНЭЙДС и согласованы с их индикаторами.

Документ был отрецензирован основной группой по ТБ/ВИЧ рабочей группы по ТБ/ВИЧ партнерства "Остановить ТБ". Много ценных предложений было получено благодаря электронным консультациям с участием широкого круга заинтересованных сторон, включая Агентство по международному развитию США (USAID), Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), Международный союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких (IUATLD), Королевскую ассоциацию по борьбе с туберкулезом Нидерландов (KNCV), Объединенную программу ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), сотрудников Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), работающих по проблеме ВИЧ-инфекции и ТБ в штаб-квартире и в региональных и стантовых бюро, а также руководителей программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ.

Перечисленные ниже лица изучили документ и представили ценные комментарии: William Coggin, Puneet Dewan, Riitta Dlodlo, Cornelia Hennig, Paul Nunn, Obatunde Oladapo, Victor Ombeka, Fabio Scano, Jean Michel Tassie, Igor Toskin, Arnaud Trébucq, Jeroen van Gorkom, Michael Voniatis, Eliud Wandwalo и Irum Zaidi.

## Методология пересмотра руководства

Первая редакция этого руководства по мониторингу и оценке совместной деятельности, направленной на борьбу с ТБ/ВИЧ, была опубликована в 2004 г. По решению ВОЗ руководство было пересмотрено для отражения в нем полученного на местах опыта в проведении мониторинга действий, направленных на борьбу с ТБ/ВИЧ; также возникла необходимость привести индикаторы в соответствие с изменениями в рекомендуемых ВОЗ форматах регистрации и отчетности по ТБ и ВИЧ-инфекции, которые теперь включают данные по совместным действиям в отношении ТБ/ВИЧ.

Первоначальный проект пересмотренного документа был усовершенствован благодаря ценной информации, полученной в результате пересмотра индикаторов по ТБ/ВИЧ, проведенного PEPFAR, а также деятельности основной группы по ТБ/ВИЧ Партнерства "Остановить ТБ" и ее целевой группы по мониторингу ТБ/ВИЧ. Группа по пересмотру руководства по мониторингу и оценке была учреждена во время прошедшей в Женеве в сентябре 2008 г. двухдневной встречи. Во время этой встречи, а также в процессе последующей электронной консультации с участием более широкого круга лиц, Группа провела критический обзор проекта руководства и возглавила процесс пересмотра и редактирования. В электронной консультации участвовали представители широкого круга заинтересованных сторон, включая PEPFAR, CDC, USAID, IUATLD, KNCV, ЮНЭЙДС, сотрудники ВОЗ, работающие по проблеме ВИЧ-инфекции и ТБ в штаб-квартире и в региональных и станковых бюро, а также руководители программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ.

### Комитет по пересмотру руководства по мониторингу и оценке

---

Helen Ayles, Anand Date, Haileyesus Getahun, Philippe Glaziou, Reuben Granich, Sandy Gove, Christian Gunneberg, Anthony Harries, Harry Hausler, Chika Hayashi, René L'Herminez, Tisha Mitsunaga, Pierre-Yves Norval, Laura Porter, Alasdair Reid, Nguyen Thi, Minh Thu.

### Общая координация

---

Christian Gunneberg.

## Глоссарий

Определения, представленные ниже, используются в качестве терминов в этом руководстве и не обязательно будут подходить для использования в других контекстах.<sup>1</sup>

### **оценка**

тщательный, научно обоснованный сбор информации о действиях и характеристиках программы/вмешательства, и результатах, которые определяют преимущества или достоинства программы/вмешательства. Оценочные исследования дают надежную информацию, используемую для усовершенствования программ/вмешательств, определяя, какие уроки были извлечены, и предоставляя информацию для принятия решения о будущем выделении ресурсов.

Смежные термины: Экономическая оценка; Формирующая (промежуточная) оценка; Оценка воздействия; Оценка конечных результатов; Оценка процесса; Операционный анализ; Обобщающая (завершающая) оценка

### **воздействие**

долгосрочный совокупный эффект программ/вмешательств, проявляющийся с течением времени в отношении тех параметров, на изменение которых они направлены, например: изменение частоты передачи ВИЧ, изменение показателей заболеваемости и смертности, связанных со СПИДом.

Примечание: Воздействие на популяционном уровне редко определяется одной программой/вмешательством, однако конкретная программа/вмешательство вместе с другими программами/вмешательствами может внести свой вклад в этот процесс.

### **оценка воздействия**

вид оценки, который определяет усиление и ослабление воздействия, например, изменение показателей распространенности и заболеваемости в результате проведения программ/вмешательств по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Воздействие на население редко является результатом одной программы/вмешательства, поэтому оценка воздействия, как правило, требует тщательной разработки и планирования, которые позволяют проводить оценку совокупных результатов воздействия нескольких программ/вмешательств на группы населения, подверженные риску.

Смежные термины: Экономическая оценка; Оценка конечных результатов; Обобщающая (завершающая) оценка

### **вклад**

финансовые, человеческие и материальные ресурсы, которые используются при осуществлении программы/вмешательства

Синоним: Ресурсы

### **мониторинг**

проводимые в обычном порядке (рутинные) наблюдение и отчетность в отношении приоритетной информации о программе/вмешательстве (ресурсы и ожидаемые промежуточные результаты, конечные результаты и воздействие).

Смежные термины: Мониторинг воздействия; Мониторинг вклада и промежуточных результатов; Мониторинг конечных результатов

### **конечные результаты (исход)**

краткосрочный и среднесрочный эффект от полученных промежуточных результатов вмешательства, например изменение знаний, установок, взглядов, поведения.

Смежные термины: Промежуточные результаты; Воздействие

---

<sup>1</sup> Глоссарий терминов по МиО, подготовленный технической рабочей группой по оценке Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и специальной группой по мониторингу и оценке, июнь 2008 г. (на англ. языке) [http://www.globalhivmeinfo.org/DigitalLibrary/DigitalLibrary/Glossary of Monitoring and Evaluation Terms.doc](http://www.globalhivmeinfo.org/DigitalLibrary/DigitalLibrary/Glossary%20of%20Monitoring%20and%20Evaluation%20Terms.doc)

### **оценка конечных результатов**

вид оценки, который определяет, достигнуты ли (и в какой степени) планируемые результаты вмешательства или услуг. При оценке конечных результатов делается попытка связать наблюдаемые изменения с исследованным вмешательством.

Примечание: Оценка конечных результатов требует методологически тщательного подхода и, как правило, наличия в схеме оценки сравнительного компонента, например группы контроля или сравнения, хотя в некоторых случаях, когда группы контроля/сравнения отсутствуют, можно использовать статистические методы, (например для оценки национальной программы).

Смежные термины: Экономическая оценка; Оценка воздействия; Обобщающая (завершающая) оценка

### **промежуточные результаты**

результаты действий, проводимых в рамках программы/вмешательства; прямой результат или непосредственный продукт программы/вмешательства, например: число проведенных сеансов консультирования в связи с ВИЧ-инфекцией, число людей, получивших услуги, число предоставленных презервативов.

Смежные термины: Воздействие; Вклад; Конечные результаты

### **процессы**

различные действия, направленные на достижение целей программ.

### **оценка процесса**

вид оценки, который сосредоточен на реализации программы/вмешательства, включая такие вопросы (но, не ограничиваясь ими), как уровень доступа к услугам; предоставляются ли они населению, для которого они предназначены; как предоставляются услуги; удовлетворенность клиентов и их представления о потребностях и услугах; методы управления. Кроме того, оценка процесса может способствовать пониманию культурных, социально-политических и экономических условий, которые оказывают влияние на реализацию программы/вмешательства

Смежные термины: Формирующая (промежуточная) оценка; Операционный анализ

### **эпиднадзор**

постоянный, систематический сбор, анализ, интерпретация и распространение данных, относящихся к связанному со здоровьем событию, для использования в деятельности общественного здравоохранения, направленной на снижение заболеваемости и смертности и улучшение здоровья населения. Данные эпиднадзора могут помочь предсказать будущие тенденции и планировать цели необходимых программ по профилактике и лечению.

Синоним: Мониторинг воздействия. Смежные термины: Эпидемиология; Эпиднадзор второго поколения; Дозорный эпиднадзор

## 1. Введение

Во многих странах в результате быстрого роста эпидемии инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), также резко возросло расчетное число новых случаев туберкулеза (ТБ). Уровни ассоциированного с ВИЧ-инфекцией ТБ продолжают расти даже в тех странах, где существуют хорошо организованные национальные программы по борьбе с ТБ (НПТ), реализующие ДОТС - базовый пакет мер, лежащий в основе стратегии "Остановить ТБ". Очевидно, что даже полная реализация ДОТС является недостаточной для борьбы с ТБ там, где ВИЧ-инфекция активизирует эпидемию ТБ, поэтому борьба с ВИЧ-инфекцией должна стать предметом серьезного внимания НПТ. Исходя из этого, совместные действия по борьбе с ТБ/ВИЧ были включены в стратегию "Остановить ТБ" и в Глобальный план "Остановить ТБ" в качестве важнейшего компонента. Высокие уровни связанных с ТБ заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, делают выявление случаев ТБ, его лечение и профилактику приоритетом для национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом (НПВС). Коинфекция ТБ и ВИЧ существует у большого числа людей по всему миру, поэтому программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ должны сотрудничать друг с другом для того, чтобы предотвратить и облегчить страдания этих людей

Беспрецедентный масштаб эпидемии ТБ, связанной с ВИЧ-инфекцией, требует срочных, эффективных и скоординированных действий, направленных на совершенствование услуг по диагностике, оказанию помощи и профилактике для людей, живущих с ВИЧ и ТБ. Однако это не требует разработки отдельной программы по ТБ/ВИЧ; необходимо лишь наладить более тесное сотрудничество между существующими программами по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией, чтобы действовать совместно, избегать дублирования и заполнять пробелы в предоставлении услуг.

Там, где ВИЧ-инфекция активизирует эпидемию ТБ, совместные действия по борьбе с ТБ/ВИЧ направлены на снижение бремени этих болезней путем расширения масштаба программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией и улучшения качества предоставляемых услуг. Все больше ресурсов выделяется на совместную деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ; сегодня во многих странах инновационные пилотные проекты уступают место масштабным национальным действиям по борьбе с ТБ/ВИЧ. В результате растет потребность в мониторинге подобных программ и оценке их воздействия для предоставления информации, необходимой для широкого использования наиболее эффективных из них в будущем. Необходима прочная доказательная база для поддержки планирования и совершенствования будущей совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ. Руководители программ несут ответственность перед населением, которому предоставляются услуги, и нередко перед донорскими организациями. Они должны суметь продемонстрировать, как их программы продвигаются к достижению поставленных целей, а в случае, если программы терпят неудачу, определить причины неудач и найти решения. Кроме того, необходимо, чтобы программы, страны и донорские организации могли наглядно продемонстрировать прогресс в достижении Целей тысячелетия в области развития (см. вставку на стр 3)

### Пересмотр руководства

Первая версия этого руководства, опубликованная ВОЗ в 2004 г., представляла собой обзор совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ, являющейся важнейшей частью национальных и международных ответных действий на общую эпидемию ТБ/ВИЧ. Разработанные в то время индикаторы, а также опыт, полученный впоследствии на местах, предоставили информацию для обновления существовавших руководств по мониторингу и оценке (МиО), предназначенных как для НПТ, так и для НПВС.<sup>2,3</sup> Эта версия руководства была обновлена для отражения дальнейшего, полученного на местах практического опыта по мониторингу действий, направленных на борьбу с ТБ/ВИЧ, а также для согласования индикаторов с изменениями, которые были внесены в рекомендуемые ВОЗ форматы регистрации и отчетности по этим заболеваниям.

<sup>2</sup> Revised TB recording and reporting forms and registers, version 2006. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at [www.who.int/tb/publications/2006/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/2006/en/index.html)).

<sup>3</sup> Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy (ART). Geneva, World Health Organization, 2006 (available at [www.who.int/hiv/pub/guidelines/patient/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/patient/en/index.html)).

### Основные изменения

Число индикаторов по ТБ/ВИЧ в этой обновленной версии было уменьшено с 20 до 13; при этом индикаторы по Цели А (создание механизмов сотрудничества) были включены в раздел "Профили стран", к которому следует обращаться при составлении обзоров стран и проведении ситуационного анализа. Индикаторы для Целей В и С были сохранены и обновлены; кроме того, были добавлены два новых индикатора: первый (В.3.2) предназначен для мониторинга ТБ у работников здравоохранения; второй (С.1.2.2) измеряет выявление случаев, то есть выявление ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, выраженное в процентах от расчетного числа случаев в стране.

### Цель этого руководства

---

Это руководство по мониторингу и оценке (МиО) было разработано для оказания помощи руководителям программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекций в организации совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Оно предназначено для того, чтобы облегчить сбор стандартизированных данных и помочь в интерпретации и распространении этих данных для усовершенствования программ. Кроме того, цель руководства состоит в том, чтобы обеспечить согласованность между всеми агентствами и заинтересованными кругами, вовлеченными в деятельность по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ, а также в совместную деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ, избегая при этом дублирования усилий по сбору данных; это обеспечивается путем предоставления основного набора принятых на международном уровне и стандартизированных индикаторов для МиО выполнения программ. Эти индикаторы разрабатывались при тесном взаимодействии с процессом пересмотра индикаторов по ТБ/ВИЧ 2008 г., осуществляемого PEPFAR; они также были включены в последний набор инструментов по МиО (версия 2009 г.), разработанных Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ).<sup>4</sup> С помощью данных, собранных с использованием этих стандартизированных индикаторов, будут получены новые доказательства преимуществ совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Ожидается, что эти индикаторы также обеспечат согласованность сбора данных между различными партнерами и донорскими организациями. Сбор данных и отчетность, везде, где возможно, должны быть интегрированы в единую национальную систему МиО, в соответствии с Триедиными принципами.<sup>5</sup>

Это руководство не содержит детальной информации, необходимой программам для мониторинга достигнутого прогресса в расширении стратегии "Остановить ТБ" или службам по профилактике, помощи и лечению в связи с ВИЧ-инфекцией, так как эта информация хорошо отражена в других документах.<sup>6,7</sup> Однако большая часть собранной информации для этих двух целей будет полезна для проведения общих МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ. Для обеспечения всеобщего доступа к совместным мероприятиям по борьбе с ТБ/ВИЧ необходимо, чтобы обе программы расширяли масштабы своей деятельности по выявлению случаев и лечению обоих заболеваний, используя один и тот же подход. Новый индикатор по выявлению случаев, представленный в этом руководстве, разработан для мониторинга прогресса в отношении этого компонента всеобщего доступа.

---

<sup>4</sup> *Monitoring and evaluation toolkit: HIV, tuberculosis and malaria and health systems strengthening. Part 1: The M&E system and Global Fund M&E requirements.* Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009 (доступен на: [www.theglobalfund.org/documents/me/M\\_E\\_Toolkit.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/me/M_E_Toolkit.pdf)).

<sup>5</sup> Принципы, руководствуясь которыми правительства, работающие совместно с партнерами, представляющими гражданское общество и международное сообщество, могут значительно снизить уровень распространения ВИЧ/СПИДа. Донорские организации, развивающиеся страны и агентства ООН договорились согласовать свои усилия, опираясь на три ключевых принципа, известные как "Триединые принципы": единая согласованная концепция противодействия ВИЧ/СПИДу, которая является основой для координации работы всех партнеров; единый национальный координирующий орган по вопросам ВИЧ/СПИДа; единая согласованная национальная система мониторинга и оценки.

<sup>6</sup> *Revised TB recording and reporting forms and registers, version 2006.* Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373; доступны на: [www.who.int/tb/dots/r\\_and\\_r\\_forms/en/index.html](http://www.who.int/tb/dots/r_and_r_forms/en/index.html)).

<sup>7</sup> *The three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT and TB/ HIV: standardized minimum data set and illustrative tools.* Geneva, World Health Organization [в процессе подготовки].

## Целевая аудитория

Это руководство предназначено для разработчиков политики из министерств здравоохранения, а также из других организаций и учреждений, деятельность которых оказывает воздействие на состояние здоровья населения; руководителей программ по борьбе с ВИЧ-инфекции и ТБ всех уровней; национальных, региональных и районных координаторов по ТБ/ВИЧ или членов координационных органов; персонала технических агентств и агентств по развитию; неправительственных организаций (НПО), организаций гражданского общества и организаций на базе местных сообществ, участвующих в оказании поддержки совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.

### Международные цели в области развития

Ряд международных организаций установили целевые показатели для стимулирования глобальных действий, направленных на снижение тяжелого бремени инфекционных заболеваний, включая ТБ и ВИЧ-инфекцию, в развивающихся странах. Эти целевые показатели получили общее название - Международные цели в области развития.

### Цели тысячелетия в области развития (ЦТР)

В 2000 г. Генеральная Ассамблея ООН одобрила цели и целевые показатели, закрепленные в Декларации тысячелетия. Эти целевые показатели включают два целевых показателя ВОЗ в отношении ТБ (уровень выявления случаев - 70%, уровень излечения - 85%). Также предлагается к 2015 г. сократить распространенность ТБ и смертность от него на 50% по сравнению с расчетными значениями 1990 г. Они также направлены на то, чтобы остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

### Декларация о приверженности, принятая на Специальной сессии по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН (ССГАООН)

В июне 2001 г. ССГАООН вновь подтвердила Декларацию тысячелетия и установила количественные глобальные целевые показатели:

- сократить к 2005 г. распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет в наиболее пострадавших странах на 25%, а в глобальном масштабе - на 25% к 2010 г.;
- сократить к 2010 г. долю ВИЧ-инфицированных младенцев на 50%.
- Эти цели были включены в разработанную ВОЗ Глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу, одобренную Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2003 г.

### Глобальный план "Остановить ТБ" на 2006-2015 гг.

Глобальный план, принятый в 2006 г. (и одобренный Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2007 г.), содержит следующие целевые показатели в отношении борьбы с ТБ/ВИЧ, которые должны быть достигнуты к 2015 г.

- 26 миллионов (100%) людей, живущих с ВИЧ и обратившихся в службы по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на ТБ к 2015 г.;
- 3,1 миллиона людей, живущих с ВИЧ, вновь диагностированных и соответствующих критериям назначения профилактической терапии изониазидом, получающих ее ежегодно;
- 2,9 миллиона (85%) пациентов с ТБ, включенных в программу ДOTS, получивших услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию, ежегодно;
- 400 000 (57%) ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, начавших получать АРТ (антиретровирусную терапию) ежегодно.

## 2. Совместная деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ

### Компоненты совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ

В 2004 г. ВОЗ опубликовала документ "Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ",<sup>8</sup> в котором было изложено, что должны делать страны для борьбы с ТБ/ВИЧ в сложившейся ситуации. Этот документ ясно определяет, в чем заключается сотрудничество в области борьбы с ТБ/ВИЧ, его цели и задачи (таблица 1).

Цель совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ - снизить бремя ТБ и ВИЧ-инфекции в группах населения, затронутых обоими заболеваниями, путем расширения масштаба программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией. Задачи, лежащие в основе этой цели, следующие:

- разработать механизмы сотрудничества между программами по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией;
- снизить бремя ТБ среди людей, живущих с ВИЧ;
- снизить бремя ВИЧ-инфекции среди людей, живущих с ТБ.

Эти задачи могут быть выполнены только при эффективной реализации программы ДОТС, расширении действий по профилактике и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции и осуществлении дополнительных совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Дополнительные совместные действия относятся к пограничной области пересекающихся эпидемий ТБ и ВИЧ-инфекции и должны проводиться как часть ответных мер сектора здравоохранения на двойную эпидемию ТБ/ВИЧ. Они будут более успешными при эффективной реализации национальных стратегий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ, основанных на международных рекомендациях. Рекомендуемые действия могут осуществлять программы по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией, а также НПО, организации на базе местных сообществ и частный сектор.

### Обоснование мониторинга и оценки совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ

МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ предоставляет средства для анализа качества, эффективности, охвата и предоставления услуг и способствует культуре накопления знаний в рамках программ, необходимых для обеспечения постоянного улучшения здоровья населения. Путем учета пациентов, которые получают поддержку в рамках установившихся, специализированных по отношению к этим заболеваниям программ, а также в других различных службах и организациях, МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ способствуют предоставлению всеобъемлющих услуг. Программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией могут проводить мероприятия и собирать данные, которые представляют интерес для управления программами по контролю ТБ и наоборот, поэтому необходим постоянный обмен информацией по управлению программами и ведению пациентов между вовлеченными программами, службами и организациями. Необходимо обеспечить, чтобы пациенты получали оптимальную помощь в обеих программах, и собирать данные для подтверждения того, что это действительно так, а в противном случае принимать меры по исправлению ситуации.

Введение стандартных индикаторов, схем отчетности и регистрации позволяет оптимизировать процессы МиО. Предъявляемые донорскими организациями и другими агентствами требования по отчетности, не согласующиеся со стандартизированными на международном уровне системами предоставления отчетов, создают ненужную нагрузку на программы, хотя в условиях высокой распространенности заболеваний возможности для проведения МиО часто ограничены.

Согласованные и гармонизированные на международном уровне индикаторы по МиО акцентируют внимание тех, кто отвечает за разработку и внедрение политики, на важности конкретных действий и могут помочь в обеспечении того, что эти действия осуществляются в соответствии с изречением "что измеряется, то и делается".

Системы МиО облегчают подотчетность в отношении использования ресурсов, выделенных на осуществление какой-либо деятельности. Программы по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией должны отчитываться за ресурсы, выделенные на борьбу с двойной

<sup>8</sup> Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).

эпидемией. Если программы смогут продемонстрировать положительные результаты своей работы, используя эффективную систему МиО, вероятно, им легче будет получить дополнительные ресурсы. Поэтому успешное проведение МиО может повлиять на мобилизацию дополнительных ресурсов.

Эффективные МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ, включая проведение совместных проверок, будут содействовать перекрестному контролю и согласованию данных между двумя программами на местном и национальном уровнях. Программы по борьбе и с тем и с другим заболеванием должны сообщать число пациентов, получающих лечение и по поводу ТБ, и по поводу ВИЧ-инфекции. Если обе программы проводят перекрестный контроль и подсчет всех случаев, два набора данных должны совпадать, так как они отражают лечение одних и тех же пациентов. На районном и более низком уровне при проведении проверок регистрационных журналов помощи при ВИЧ-инфекции и ТБ, будут выявлены любые проблемы, касающиеся системы направлений между программами. Каждый пациент с ВИЧ-инфекцией и ТБ должен быть зарегистрирован в обоих журналах, а регистрационный номер при оказании помощи при ВИЧ-инфекции должен быть отмечен в журнале по ТБ и наоборот.

### Когда необходимо предпринимать совместные действия по борьбе с ТБ/ВИЧ?

Разработаны показатели, определяющие ситуацию, с которой рекомендуется совместная деятельность в области ТБ/ВИЧ. Они отличаются между странами в зависимости от национального или регионального уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослых и/или распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ.<sup>9</sup>

### Кому принесет пользу совместная деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ?

Основную пользу совместная деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ принесет сообществам, пострадавшим от ВИЧ-инфекции и/или испытывающим высокое или все возрастающее бремя ТБ, обусловленное ВИЧ-инфекцией.

**Таблица 1. Рекомендованная совместная деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ<sup>9</sup>**

<b>Разработать механизмы сотрудничества</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Создать координационный орган по осуществлению мероприятий в области ТБ/ВИЧ, эффективный на всех уровнях.</li><li>Проводить эпиднадзор за распространенностью ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ</li><li>Осуществлять совместное планирование мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ</li><li>Проводить мониторинг и оценку</li></ul>	Совместно НПТ и НПВС и партнеры
<b>Уменьшить бремя ТБ среди людей, живущих с ВИЧ: "Три И"</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Организовать интенсивное выявление случаев ТБ: скрининг и диагностика</li><li>Внедрять профилактическое лечение изониазидом</li><li>Обеспечить инфекционный контроль ТБ в учреждениях здравоохранения и в местах скопления людей</li></ul>	Программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией
<b>Уменьшить бремя ВИЧ-инфекции среди людей, живущих с ТБ</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Предоставлять услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию</li><li>Внедрять методы профилактики ВИЧ-инфекции</li><li>Внедрять профилактическое лечение котримоксазолом</li><li>Обеспечить помощь и поддержку при ВИЧ-инфекции</li><li>Внедрять антиретровирусную терапию</li></ul>	Программы по борьбе с ТБ

<sup>9</sup> Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).

### 3. Методология мониторинга и оценки совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ

Система МиО в рамках программы или проекта должны быть организована таким образом, чтобы гарантировать наиболее рациональное использование ресурсов для получения данных, необходимых для принятия решений. Она направляет сбор и анализ данных, повышая их согласованность и давая возможность руководителям проследить тенденции, проявляющиеся во времени. Система МиО должна обслуживать множество различных участников, в том числе руководителей программ, донорские организации и правительственных служащих, осуществляющих планирование; в то же время она должна объединять различные интересы в единую систему, чтобы избежать дублирования усилий.

На центральном уровне в работе системы должны участвовать преданные сотрудники, осуществляющие координацию МиО в интересах здоровья и создающих потенциал по проведению МиО на национальном и субнациональном уровнях. (Рекомендуется, чтобы на МиО выделялось 10% бюджета программы.) Система МиО должна основываться на стратегии, которая включает четкие цели, целевые показатели и методические рекомендации по осуществлению действий, а также специфические индикаторы для определения прогресса программы. Она должна также включать планы по сбору, анализу и распространению данных и использовать полученные результаты для совершенствования программ. В таблице 2 суммированы ключевые элементы качественной системы МиО; более детальный общий обзор и обоснование МиО представлены в приложении 1.

Существуют различные методы МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ. Краткое описание самых важных из них представлено ниже.

#### Системы текущего мониторинга

---

Качественная программа по борьбе с конкретным заболеванием использует собранные в обычном порядке данные в процессе оказания помощи пациентам, которые затем используются для информирования руководителей программ. Как программы по борьбе с ТБ, так и программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, используют медицинские карты пациентов в качестве источников данных для журналов регистрации пациентов по каждому заболеванию. Журналы регистрации используются для наблюдения за течением заболевания пациента и позволяют проводить регулярный мониторинг. Периодически (обычно каждые три месяца), на основании учетных данных журналов составляются ежеквартальные сводные отчеты. В них отражена информация о включении пациентов в программы помощи и их удержании в программах в течение квартала, а также о результатах лечения; для этого используется когортный анализ всех пациентов, начавших лечение в предварительно установленный период времени. Эти отчеты анализируются на местном уровне, желательно в сочетании с проведением поддерживающего надзора или ежеквартальных обзорных совещаний, и затем направляются на районный и национальный уровень для объединения, анализа, распространения и использования для управления программой.

Кроме того, регистрационные журналы содержат переменные, которые используются для измерения совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ. Например, рекомендованные ВОЗ регистрационные журналы по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции содержат колонки для регистрации лечения ТБ и даты начала (месяц и год) профилактического лечения изониазидом (ПЛИ); также в них отмечается ТБ-статус в соответствии с оценкой, проведенной во время предыдущего визита. Аналогично, в регистрационных журналах по ТБ имеется колонка по тестированию на ВИЧ и колонка для регистрации предоставления профилактического лечения котримоксазолом (ПЛК) и АРТ. Эти показатели в текущем порядке включаются в ежеквартальные сводные отчеты обеих программ, что позволяет проводить оценку совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.

#### Поддерживающий надзор

---

Поддерживающий надзор медицинских учреждений, осуществляемый на районном и/или центральном уровне - важнейший элемент текущих МиО программ. Надлежащий поддерживающий надзор заключается в проверке качества отчетности и регистрации: проводится ревизия медицинских карт пациентов и регистрационных журналов, повторно проверяется передача данных и пересчитываются некоторые элементы ежеквартальных

отчетов. Необходимо, чтобы поддерживающий надзор включал определение и обсуждение проблем или недопонимания при обработке данных и обеспечивал возможности для обучения.

Частота проведения поддерживающего надзора зависит от ресурсов, однако в ходе программ по борьбе с ТБ установлено, что в целом в течение года, который следует за началом работы системы, необходим тщательный ежемесячный надзор. Текущий поддерживающий надзор должен осуществляться хотя бы один раз в три месяца.

Поддерживающий надзор может также использоваться для сбора форм регистрации данных с целью передачи их на центральный уровень и для обеспечения медицинских учреждений лекарственными препаратами и офисными принадлежностями. Для мотивации работников здравоохранения можно использовать простые инструменты, например оценочные листы или сертификаты, выданные за отличные действия по отчетности и регистрации.

Хотя бы один раз в год команда по поддерживающему надзору может проводить более углубленный систематический обзор систем текущего мониторинга. В идеале, в этом должны принимать участие работники как программ по борьбе с ТБ, так и программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Мероприятия могут включать проверку качества отчетности и анализа по когортным группам; качества ежеквартального отчета; дополнительную сверку регистрационных журналов и систематическую выборку медицинских карт пациентов для оценки качества помощи и проверки качества основных индикаторов, таких как оценка и регистрация ТБ-статуса во время последнего визита. И наконец, инспекторы, осуществляющие поддерживающий надзор в отношении ТБ и ВИЧ-инфекции на районном уровне, могут сверять данные регистрационных журналов по ВИЧ-инфекции и ТБ для перекрестной проверки регистрации пациентов с ТБ в службах оказания помощи при ВИЧ-инфекции и пациентов с ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезных службах.

### Эпиднадзор и обследования

---

При эпидемии ВИЧ-инфекции любого уровня (низкого уровня, концентрированной, генерализованной) результаты рутинного тестирования на ВИЧ пациентов с ТБ (если доступно) необходимо использовать для целей эпиднадзора. Эти данные могут быть выверены при проведении периодических (специальных) или дозорных обследований: это либо отдельные, независимые обследования, проводимые периодически, либо дозорный эпиднадзор выбранных учреждений, предоставляющих лечение. ВОЗ выпустил методические рекомендации по осуществлению таких действий в соответствии с установленными стандартами;<sup>10</sup> более подробно это описано в разделе 4 данного руководства. Системы эпиднадзора должны также использоваться для определения уровня заболеваемости ТБ среди пациентов с ВИЧ-инфекцией.

### Ситуационный анализ страны

---

Ситуационный анализ страны - это важный инструмент, который рассматривает всю имеющуюся информацию по эпидемиологии заболевания (включая данные эпиднадзора и обследований), а также структуру, функцию, результаты и воздействие программы в контексте системы здравоохранения в целом. Анализ определяет сильные и слабые стороны программы и ее пробелы и часто проводится как компонент цикла планирования при подготовке стратегического многолетнего плана программы. Часто его проведение требуется при направлении заявок на финансирование в донорские организации; также он необходим для предоставления информации при внешнем обзоре программ. В разделе 4 этого руководства предлагаются рекомендации по разработке ситуационного анализа стран для осуществления совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ.

### Внешние обзоры программ

---

Внешний обзор программ обычно проводится в течение 1-2 недель и организуется по запросу программы, часто во время подготовки многолетнего стратегического плана. Обычно для этого формируется команда международных и национальных экспертов по управлению программами или специалистов по техническим аспектам; в

---

<sup>10</sup> Более подробную информацию по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией у пациентов с ТБ можно найти в документе Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.339; WHO/HIV/2004.06; UNAIDS/04.30E).

ней также должны участвовать партнеры по реализации на местном уровне, персонал программы из министерства здравоохранения, представители гражданского общества и донорских организаций. Команда встречается в течение 1-2 дней для ознакомления с заранее подготовленной программой проведения ситуационного анализа и для согласования методов проведения обзора. Подгруппы экспертов ездят по стране и проводят обзор программы на всех уровнях (национальном, региональном, районном, уровне медицинских центров и местных сообществ). Они используют согласованные инструменты для изучения документации, наблюдения за деятельностью, проведения интервью с ключевыми источниками информации, в том числе с медицинским персоналом, клиентами, другими поставщиками медицинских услуг и членами добровольных гражданских и общественных организаций. Вся полученная информация затем объединяется и сводится на национальном уровне для предоставления данных с целью составления окончательного отчета, содержащего ключевые выводы и рекомендации для правительства и заинтересованных сторон. Краткое изложение основных выводов обычно представляется высшим чиновникам министерства здравоохранения перед отъездом команды экспертов из страны.

Обзор совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ должен входить в процесс обзора обеих программ – НПТ и НПВС; при этом желательно участие основного персонала программ. Эксперты должны обеспечить, чтобы с выводами обзоров были ознакомлены и использовали их в своей работе сотрудники обеих программ.

**Таблица 2. Контрольный список характеристик качественной системы МиО<sup>а</sup>**

<p><b>Отдел по МиО</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Специально подготовленный персонал, осуществляющий МиО работы служб здравоохранения на национальном уровне</li><li>• Наличие бюджета для проведения МиО (10% от общего бюджета программы)</li><li>• Официальная связь с партнерами, к которым относятся: научно-исследовательские учреждения, ведущие НПО, донорские организации и организации на базе местных сообществ, вовлеченные в борьбу с ТБ/ВИЧ; частный сектор; другие смежные сектора</li><li>• Наличие знаний и опыта в области обработки данных и статистики у сотрудников отдела по МиО и его филиалов</li><li>• Наличие знаний и опыта в области распространения данных у сотрудников отдела по МиО и его филиалов</li><li>• Обеспечение и поддержка потенциала кадровых ресурсов на местном уровне</li><li>• Проведение регулярного независимого обзора программы</li></ul>
<p><b>Четкие цели</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Хорошо сформулированные цели, задачи, действия и целевые показатели национальной программы</li><li>• Регулярная оценка прогресса в реализации национальных планов по МиО</li><li>• Руководство действиями по проведению МиО в районах, регионах и областях</li><li>• Методические указания по связи МиО с частным сектором и другими секторами</li><li>• Координация национальных потребностей и потребностей донорских организаций в МиО</li></ul>
<p><b>Индикаторы</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Набор приоритетных основных индикаторов для разных уровней МиО</li><li>• Индикаторы, сравнимые во времени</li><li>• Индикаторы, сравнимые между географическими областями внутри страны и между странами</li></ul>

<sup>а</sup> Адаптировано из документа “Национальные программы по СПИДу. Руководство по мониторингу и оценке”. Женева, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, 2003 г. (UNAIDS/00.17E)

#### **Сбор и анализ данных**

- Национальный план по сбору и анализу данных
- Последовательный поток данных, идущий от уровня предоставления услуг на национальный уровень
- Наличие плана по сбору данных и анализу индикаторов на различных уровнях МиО

#### **Распространение данных и использование результатов**

- Национальный план по распространению данных, содержащий четкие рекомендации относительно того, как можно использовать информацию для усовершенствования программы на всех уровнях
- Широкое распространение информационного годового отчета по МиО
- Ежегодные встречи с разработчиками политики и лицами, ответственными за планирование, для распространения и обсуждения результатов исследований и МиО, включая результаты обзора реализации программы
- Централизованная база данных или библиотека, где будут собраны все данные по ТБ и ВИЧ-инфекции, включая данные текущих исследований
- Координация национальных потребностей и потребностей донорских организаций в распространении выводов МиО

#### **Методы мониторинга и оценки**

- Внешний обзор программы
- Ситуационный анализ (использование контрольного перечня для профилей стран)
- Системы текущего мониторинга
- Эпиднадзор и обследования
- Поддерживающий надзор
- Интегрированные информационные системы управления здравоохранением (ИИСУЗ)

## 4. Профиль и ситуационный анализ страны

Профили стран должны обеспечивать контекст для МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ. Профили страны должны включать описание культурных, политических и социально-экономических факторов, а также факторов окружающей среды. Они часто представляют собой периодические повествовательные описания, которые, кроме того, могут помочь в объяснении изменений величины индикаторов и в их интерпретации. Наряду с этими общими характеристиками обеспечение контекста для проведения полноценных МиО требует включения ряда других показателей: общая численность населения, число учреждений здравоохранения и бремя ТБ и ВИЧ-инфекции. Эти данные могут собираться в обычном порядке или быть доступными из других источников, поэтому этот документ не содержит подробные описания методов их получения.

Изначальный ситуационный анализ должен проводиться для составления базового реестра проводимых действий и предоставляемых услуг, а также имеющихся пробелов. Он может использоваться для адвокации, мобилизации ресурсов и в целях планирования, а также для обеспечения того, что мероприятия будут осуществляться в соответствии с местными потребностями и потенциалом. Информация может суммироваться на национальном уровне, но чтобы использовать ее для планирования, она должна быть доступна на более низких уровнях, вплоть до уровня базовой административной единицы (район или его эквивалент). Сбор этих данных должен проводиться регулярно как обязательный компонент МиО программы и давать определенное представление о прогрессе на пути достижения национального охвата услугами пациентов с ТБ и/или ВИЧ-инфекцией, а также о воздействии программ на бремя этих заболеваний. Ниже приводятся данные, которые должны быть собраны при проведении ситуационного анализа и для составления профилей стран. Контрольный перечень основных вопросов, по которым должен проводиться анализ, представлен в приложении 2.

### Население и службы

---

#### **Общая численность населения**

Численность населения на всех административных уровнях (страна, область, регион, округ, подокруг или их эквиваленты), включая общую численность взрослого населения (в возрасте от 15 до 49 лет) и молодых людей (в возрасте от 15 до 24 лет). Эти цифры будут использоваться для знаменателей в период времени, когда будет проводиться оценка.

#### **Число административных единиц (регионы, области, округа и подокруга)**

Общее число:

- районов/микрорайонов медико-санитарного обслуживания (или эквивалентных им базовых административных/структурных единиц) в стране;
- регионов медико-санитарного обслуживания (или эквивалентных им административных/структурных единиц второго уровня) в стране;
- областей медико-санитарного обслуживания (или эквивалентных им административных/структурных единиц третьего уровня) в стране

#### **Число учреждений здравоохранения**

Общее число учреждений здравоохранения в стране с разбивкой по категориям, например: больницы государственные, частные, по оказанию третичной помощи, специализированные, районные общего профиля; учреждения, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь; здравпункты; учреждения, осуществляющие диагностику и лечение ТБ; пункты тестирования на ВИЧ и консультирования; учреждения по оказанию помощи и поддержки при ВИЧ-инфекции. Учреждения здравоохранения, находящиеся в ведении других министерств и ведомств (юстиции, обороны и т. д.) также должны включаться в подсчет.

#### **Обеспеченность персоналом каждого из учреждений здравоохранения**

По каждому из перечисленных выше учреждений полезно знать количество персонала с разбивкой по категориям и квалификации. Если возможно, эти данные должны выражаться в количестве штатных единиц, имеющихся в каждом учреждении, и в количестве

укомплектованных штатных единиц. Для децентрализованных систем здравоохранения необходимо сообщать численность персонала, а также, какую часть рабочего времени они тратят на предоставление услуг по ТБ/ВИЧ. Кроме того, нужно учитывать вклад медико-санитарного персонала на уровне общины в предоставление помощи и поддержки при ТБ и ВИЧ-инфекции.

### **Специфическая информация о заболевании**

---

Ясное понимание бремени ТБ и ВИЧ-инфекции среди населения важно для планирования услуг и для мониторинга воздействия программ. Цели тысячелетия в области развития (ЦТР), одобренные ООН, содержат соответствующие индикаторы.<sup>11</sup> Будут выделены ресурсы для обеспечения доступности этих данных на регулярной основе в местах с высоким бременем ТБ и ВИЧ-инфекции. Там, где возможно, индикаторы ЦТР должны быть включены в общие МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.

### **Бремя ВИЧ-инфекции**

В большинстве стран данные о серораспространенности ВИЧ должны быть доступны из документации НПВС. Необходимо получить репрезентативные национальные расчетные данные, которые, если возможно, должны сообщаться с разбивкой по самым небольшим административным единицам. В местах с высоким бременем ВИЧ-инфекции данные по распространенности должны сообщаться по населению в целом, по возрастным группам, по группам риска (обращающиеся в службы дородовой помощи; потребители инъекционных наркотиков; лица, обращающиеся за услугами по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ [ДКТ]; доноры; новобранцы; заключенные; мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники). В странах с концентрированной эпидемией подробные данные о распространенности ВИЧ-инфекции должны сообщаться только для соответствующих групп населения высокого риска, а для стран с генерализованной эпидемией (серораспространенность ВИЧ среди взрослого населения > 1%) - для всех административных единиц.

Соответствующий индикатор ЦТР - это индикатор ЦТР по здоровью 18, отражающий распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых людей в возрасте 15-24 лет или в группах высокого риска. Данные по нему сообщаются отдельно по городскому и сельскому населению. Они необходимы для проведения мониторинга ЦТР 6 (борьба с ВИЧ-инфекцией, малярией и другими заболеваниями) и Задачи 7 (остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости). Они указывают на масштаб и распространение эпидемии ВИЧ-инфекции на начальных этапах осуществления совместной деятельности. Если мониторинг проводить регулярно в течение некоторого времени, это индикатор покажет тенденцию в распространенности ВИЧ-инфекции среди групп населения высокого риска и может помочь в проведении оценки вероятного воздействия совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.

### **Бремя ТБ**

Всеобъемлющие данные о реальной распространенности и заболеваемости ТБ в определенной группе населения доступны редко. Однако многие программы по борьбе с ТБ собирают подробную информацию по всем сообщенным случаям ТБ, которые были зарегистрированы. ВОЗ также рассчитывает заболеваемость ТБ, что позволяет проводить анализ доли имеющихся случаев ТБ, которые в реальности обнаружены и зарегистрированы, то есть частоту выявления случаев.

Сведения о частоте выявления случаев в каждой стране публикуются в годовом докладе ВОЗ о глобальной борьбе с ТБ. Во многих странах оценка ТБ проводится с использованием широких доверительных интервалов, поскольку сложно проанализировать данные о распространенности и заболеваемости в отсутствие общенациональных обследований. Везде, где возможно, необходимо сообщать данные о бремени ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в целом по стране и данные специальных исследований по МЛУ-ТБ среди ВИЧ-инфицированных пациентов.

---

<sup>11</sup> Дополнительную информацию о Целях тысячелетия в области развития можно найти на сайтах [www.un.org/russian/millenniumgoals/](http://www.un.org/russian/millenniumgoals/) и [www.undp.org/mdg/](http://www.undp.org/mdg/).

### **Охват ДOTS**

Важно знать, ведение какой доли случаев ТБ осуществляется с использованием ДOTS, и какая доля основных административных медико-санитарных единиц (например, районов) считаются охваченными ДOTS.

Соответствующий индикатор ЦТР - это индикатор ЦТР по здоровью 24 - доля выявленных случаев ТБ и доля случаев ТБ, лечение которых проводится с использованием ДOTS.

### **АРТ и предоставление помощи**

В каждой стране АРТ должна быть доступна всем, у кого в результате тестирования был выявлен положительный ВИЧ-статус и отвечающим национальным критериям назначения АРТ. Обычно диагностика и лечение ТБ и тестирование на ВИЧ пациентов с ТБ в значительно большей степени децентрализованы, чем предоставление АРТ. При анализе стран важно зафиксировать степень, в которой предоставление услуг по АРТ находится в соответствии с предоставлением услуг в связи с ТБ, и в какой степени услуги по АРТ децентрализованы в рамках страны.

Картирование перекрывания услуг по АРТ и услуг в связи с ТБ (или его отсутствия) - полезный инструмент анализа и планирования. Соответствующие индикаторы ЦТР 6 и Задача 6b - "обеспечить к 2010 г. для всех нуждающихся всеобщий доступ к лечению ВИЧ/СПИДа".

### **Ведение случаев ТБ и результаты**

Данные по ведению случаев ТБ в стране должны быть получены в результате текущего мониторинга НПТ. Они будут включать информацию о числе обследованных по подозрению на ТБ, о числе диагностированных случаев ТБ (впервые выявленные/рецидивы, положительные и отрицательные результаты бактериоскопии мазка мокроты, внелегочный ТБ) и подробные сведения по ведению больных, в том числе показатели уведомления о случае и результаты лечения (завершение лечения, излечение, прерывание, смерть, перенаправление, неудача). Все эти сведения также требуются для мониторинга процесса достижения ЦРТ.

ЦРТ 6 (борьба против ВИЧ-инфекции, малярии и других заболеваний), Задача 6 (остановить к 2015 г. распространение ТБ и положить начало сокращению заболеваемости) требует измерения распространенности ТБ и смертности от него. Однако без обследований местных сообществ невозможно определить реальную распространенность и коэффициент смертности, так как некоторые случаи ТБ никогда не попадают под наблюдение соответствующих служб. Исходя из этого, используются косвенные индикаторы – частота случаев со смертельным исходом и частота уведомления о случаях ТБ. Таким образом, соответствующими индикаторами ЦТР являются индикатор ЦТР по здравоохранению 23a - коэффициент смертности на 100 000 случаев (данные по округу, региону и/или стране, если таковые доступны) и 23b - коэффициент уведомления на 100 000 случаев (данные по округу, региону и/или стране, если таковые доступны). Эти данные получают в результате проведения текущего мониторинга НПТ.

### **Оценка механизмов совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ**

---

Важнейшие механизмы по обеспечению совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ на всех уровнях были определены в 2004 г. в документе ВОЗ "Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ". Ниже представлен контрольный перечень, который поможет в оценке этих механизмов для проведения ситуационного анализа стран.

### **Отражение связи между ТБ и ВИЧ-инфекцией в национальной политике в области ТБ/ВИЧ**

Национальная политика по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией должна отражать международные методические указания по совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.<sup>12</sup> Содержание политики, планов и/или рекомендаций правительства в отношении ТБ или ВИЧ-инфекции должны анализироваться и сравниваться с контрольным перечнем ключевых компонентов политики.

---

<sup>12</sup> Источник: Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Женева, Всемирная организация здравоохранения 2004 г. (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).

Политика считается полноценной, если она содержит следующие 14 компонентов:

- Четко выраженное признание потенциального воздействия связанной с ТБ заболеваемости и смертности на людей, живущих с ВИЧ.
- Включение представителей НПТ в процесс планирования НПВС и наоборот.
- Проведение эпиднадзора за распространенностью ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ в соответствии с национальными рекомендациями.
- Стратегия АКСМ (адвокация, коммуникация и социальная мобилизация) в отношении ВИЧ-инфекции должна включать надлежащую информацию о ТБ и наоборот.
- Обучение и подготовка лиц, работающих в области ВИЧ-инфекции, должны включать надлежащую информацию о ТБ и наоборот.
- Регулярное, интенсивное выявление случаев ТБ рекомендуется для всех людей, живущих с ВИЧ.
- Предоставление АРТ всем ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ, отвечающим критериям ее назначения, в соответствии с национальными протоколами.
- ВИЧ-инфицированные пациенты с ТБ должны иметь полный доступ к континууму помощи, предназначенной для людей, живущих с ВИЧ.
- Предоставление профилактического лечения котримоксазолом (ПЛК) всем ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ и всем людям, живущим с ВИЧ, в соответствии с международными рекомендациями.
- Доступ к исследованиям и лечению в связи с ТБ должен быть частью базового пакета помощи, предназначенной для людей, живущих с ВИЧ.
- Лечение латентного ТБ должно предлагаться всем людям, живущим с ВИЧ, в соответствии с международными рекомендациями.
- Создание национального координирующего органа, технического консультативного совета или целевой группы по вопросам ТБ и ВИЧ-инфекции.
- Тестирование на ВИЧ и консультирование должно предлагаться в обычном порядке всем пациентам, которым поставлен диагноз ТБ.
- Наличие политики инфекционного контроля и системы мониторинга.

***Наличие координационного органа по осуществлению действий по борьбе с ТБ/ВИЧ, эффективного на всех уровнях***

Координация на национальном уровне имеет важнейшее значение для достижения консенсуса в области политики, разработки совместных стратегических планов, мобилизации ресурсов, создания потенциала, осуществления совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ и проведения мониторинга. Во всех странах должен существовать функционирующий механизм или орган, который может координировать деятельность НПТ и НПВС. Отсутствие подобного механизма указывает на недостаток приверженности сотрудничеству в области ТБ/ВИЧ и может поставить под вопрос успешное осуществление подобной деятельности на национальном уровне. Контрольный перечень, представленный ниже, должен использоваться для дальнейшего изучения функций координирующего органа:

- Имеется ли орган или механизм для координации совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ на национальном уровне?
- Представлены ли в национальном органе или механизме все основные заинтересованные стороны, участвующие в борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией?<sup>13</sup>
- Проводятся ли его заседания как минимум раз в квартал и распространяются ли протоколы этих заседаний?
- Является ли подобный координационный орган или механизм эффективным на субнациональных уровнях (например, в регионе, округе или его эквиваленте), где распространены оба заболевания - и ТБ и ВИЧ-инфекция?

---

<sup>13</sup> Участники должны представлять каждую из программ и включать представителей команд по управлению здравоохранением городских и сельских округов, представителей местного сообщества, пациентов с ТБ и людей, живущих с ВИЧ, представителей НПО и организаций на базе местных сообществ, работающих в области борьбы с ТБ или ВИЧ-инфекцией, как определено в *Рекомендациях по проведению совместных программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией*, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (WHO/HTM/TB/2003.319; WHO/HIV/2003.01).

***Наличие общего планирования совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ между НПТ и НПВС на национальном уровне***

Содержание национального совместного плана и бюджета по борьбе с ТБ/ВИЧ, поддержанных как НПТ, так и НПВС, должно быть проанализировано и сверено с контрольным перечнем ключевых компонентов.

Если совместный план по борьбе с ТБ/ВИЧ отсутствует, необходимо проводить анализ содержания планов НПТ и НПВС, чтобы определить наличие в них следующих ключевых компонентов:

- Четкое определение ролей и обязанностей НПТ и НПВС при реализации каждого из совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ.
- Совместная разработка методических рекомендаций по профилактике, диагностике, лечению и помощи в связи с ТБ/ВИЧ.
- Совместная мобилизация ресурсов для совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ (совместный бюджет, если имеются достаточные ресурсы, или совместная заявка на привлечение дополнительных ресурсов).
- Общая стратегия по развитию потенциала кадровых ресурсов для обеспечения надлежащего количества персонала, необходимого для совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ; в стратегии должно уделяться внимание найму, удержанию, подготовке, аккредитации персонала, а также постоянному надзору за работой и оказанию поддержки.
- Совместная предварительная подготовка и подготовка на рабочем месте по вопросам, связанным с ТБ и ВИЧ-инфекцией, для всех работников здравоохранения.
- Совместная стратегия по коммуникации и адвокации для программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекций (коммуникационные послания по ВИЧ-инфекции должны содержать информацию о ТБ и наоборот).
- Совместный план по вовлечению местных сообществ в совместные действия по борьбе с ТБ/ВИЧ; это необходимо для того, чтобы лица и организации, оказывающие поддержку реализации НПТ, включали в сферу своей компетенции действия по профилактике, помощи и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией и наоборот.
- Совместный план оперативного анализа совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ.
- Общий подход к МиО совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ.

Для полноты картины все компоненты должны быть отражены в совместном плане. Там, где подобный план недоступен, необходимо искать подтверждение того, что каждый из ключевых компонентов заявлен как в плане НПТ, так и в плане НПВС. Возможно, что в более крупных странах уместно искать подтверждение совместного планирования на субнациональном уровне.

***Наличие общих информационных, образовательных и коммуникационных материалов по ТБ/ВИЧ в службах по ТБ и ВИЧ-инфекции***

На национальном уровне совместный подход к стратегии адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ) в отношении ТБ/ВИЧ должен быть отражен в стратегических документах. На местном уровне наличие всеобъемлющих и связанных друг с другом информационных, образовательных и коммуникационных материалов (ИОК) является важным шагом по обеспечению осведомленности сообщества о ВИЧ-инфекции, ТБ, связях между этими заболеваниями и имеющихся возможностях для профилактики, лечения и помощи.

Свидетельства о наличии общих материалов по ИОК, посвященных ТБ/ВИЧ, могут собираться во время проведения внешнего обзора программы. Эксперты, проводящие обзор конкретного учреждения здравоохранения, должны определить, имеется ли у клиентов этого учреждения свободный доступ к любым материалам по ИОК (плакаты, листовки, видеоматериалы). Как минимум, в таких материалах должна быть предоставлена информация о ТБ и ВИЧ-инфекции, об их взаимодействии и о том, как снизить риск передачи ВИЧ и заболевания ТБ. Материалы должны иметься на местных языках и быть понятными для людей, не умеющих читать.

Отсутствие материалов по ИОК, посвященных ВИЧ-инфекции, в службах ТБ и в службах, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции, может свидетельствовать о том, что

программы не способны выпускать подобные материалы или распространять их на уровне учреждений (например, относящиеся к ВИЧ-инфекции материалы не распространяются в службах по борьбе с ТБ); или недостатка приверженности повышению осведомленности о ВИЧ-инфекции среди сотрудников НПТ (или осведомленности о ТБ среди сотрудников НПВС). Подобно этому, существует вероятность, что материалы по ИОК, относящиеся к ТБ и ВИЧ-инфекции, не разрабатываются на национальном уровне или не распространяются надлежащим образом; также возможно, что из-за недостатка приверженности борьбе с ТБ/ВИЧ на уровне учреждения полученные материалы не используются. Необходимо проведение дополнительных исследований для определения причины или причин этого.

**Наличие интегрированной национальной системы МиО совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ, которая предоставляет информацию НПТ и НПВС для годовых циклов планирования и составления среднесрочных планов (на 3-5 лет)**

*Текущий мониторинг.* Подтверждения (полученные из годовых планов по борьбе с ТБ, ВИЧ-инфекцией и ТБ/ВИЧ и из интервью с ключевыми сотрудниками НПТ и НПВС), свидетельствующие о том, что данные годового отчета по мониторингу ТБ/ВИЧ используются в процессе годового планирования обеих программ.

*Оценка.* Подтверждения (полученные из годовых планов по борьбе с ТБ, ВИЧ-инфекцией и ТБ/ВИЧ и из интервью с ключевыми сотрудниками программ по контролю ТБ и ВИЧ-инфекции) того, что результаты подробной среднесрочной оценки совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ используются для среднесрочного планирования обеих программ.

**Оценка существующих в стране систем эпиднадзора и мониторинга**

---

**Системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией у пациентов с ТБ**

Существует ли соответствующая международным стандартам система мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ?<sup>14</sup> Если да, опишите систему, уточнив частоту предоставления отчетности и расчетные данные об охвате системой эпиднадзора.

Существуют три основных метода проведения эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией у пациентов с ТБ:

- *Данные тестирования, которое проводится в обычном порядке,* могут составлять основу надежной системы эпиднадзора на всех стадиях эпидемии ВИЧ-инфекции (низкого уровня, концентрированной, генерализованной<sup>15</sup>) при условии достижения высокого уровня охвата. Эти собранные в обычном порядке данные можно проверить путем проведения периодических (специальных) или дозорных обследований.
- В рамках *дозорного эпиднадзора* проводится регулярный и последовательный сбор информации у заранее установленного числа людей, проживающих в определенных районах и принадлежащих к определенным группам населения, которые представляют особый интерес или являются типичными представителями более широких слоев населения. Трудности при проведении дозорного эпиднадзора заключаются в определении, насколько выборка населения репрезентативна по отношению к группе, из которой она набрана, и в целом по отношению к группе пациентов с ТБ. Дозорный эпиднадзор, как правило, основан на результатах несвязанного анонимного тестирования, когда часто используются образцы крови, собранные для других целей, и при этом удалены все идентификационные данные пациента.

---

<sup>14</sup> Более подробную информацию по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией у пациентов с ТБ можно найти в документе: *Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.339; WHO/HIV/2004.06; UNAIDS/04.30E).

<sup>15</sup> Соответствующая определением классификация содержится в документе: *Second generation surveillance for HIV*. Geneva, World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2000 (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5; UNAIDS/00.03E):

*Низкий уровень развития эпидемии ВИЧ-инфекции:* распространенность ВИЧ-инфекции стабильно не превышает 5% в любой конкретной подгруппе населения, подвергающейся риску ВИЧ-инфекции.

*Концентрированная эпидемия:* распространенность ВИЧ-инфекции стабильно составляет >5% хотя бы в одной конкретной подгруппе населения, но составляет <1% среди беременных женщин в городских районах.

*Генерализованная эпидемия:* распространенность ВИЧ-инфекции стабильно составляет >1% среди беременных женщин, проживающих в городских районах.

- *Периодические специальные обследования* играют особую роль там, где распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ ранее не оценивалась. Эти обследования могут составлять важнейшую часть исходного ситуационного анализа. Обследования, в которых используются методы репрезентативной выборки и выборка надлежащего размера, могут дать достоверные оценки распространенности ВИЧ-инфекции у пациентов с ТБ. Эта информация может служить предупреждением для НПТ о существовании потенциальной проблемы, связанной с ВИЧ-инфекцией, и позволит принять меры, которые могут включать организацию систематического эпиднадзора.

В идеале, эпиднадзор за распространением ВИЧ-инфекции должен включать всех вновь зарегистрированных пациентов с ТБ, у которых заболевание было диагностировано в соответствии с национальными стандартами.<sup>16</sup>

### **Система мониторинга заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ**

Существует ли система мониторинга уведомления о случаях ТБ в когортах людей, живущих с ВИЧ? Если да, опишите систему, уточнив частоту предоставления отчетности.

В пересмотренных регистрационных журналах по оказанию помощи и лечению при ВИЧ-инфекции (“до АРТ” и “АРТ”) регистрируется лечение ТБ. Эти данные объединяются в ежеквартальные сводные отчеты, где предоставляется индикатор - доля людей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали лечение ТБ. Эти данные могут использоваться для мониторинга заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

### **Система связи баз данных отчетности по ВИЧ-инфекции и ТБ**

Существует ли система выявления случаев, которые были зарегистрированы в обеих системах отчетности - по ТБ и по ВИЧ-инфекции? Если да, опишите систему, уточнив частоту предоставления отчетности.

### **Географический охват совместной деятельностью по борьбе с ТБ/ВИЧ**

---

Важно знать, какая доля каждой группы населения имеет доступ к услугам, в которых она нуждается: например, какая доля от общего числа лиц, живущих с ВИЧ, имеет доступ к ПЛК. Охват может быть выражен как процент населения, нуждающегося в данной услуге и для которого она действительно доступна. Доступность может зависеть от целого ряда факторов, в том числе от расстояния до ближайшего медицинского учреждения, времени его работы, стоимости услуг и критериев назначения лечения, которые могут устанавливаться национальными рекомендациями или поставщиками услуг. Обычно на практике лучше измерять охват в показателях по использованию услуг, так как эти данные (то есть данные о проценте населения, которое нуждается в данной услуге и действительно обращается в службы), получить легче. Однако точное определение значения этого показателя часто затруднено из-за сложности определения знаменателя.

На ранних этапах становления национальной службы простым косвенным показателем охвата услугами является их доступность, т.е. доля районов, где доступна данная услуга. Этот косвенный показатель не показывает, используется ли услуга в действительности, является ли доступ справедливым, а качество услуг высоким, однако его измерение отличается простотой и обходится дешево.

Мероприятия, кратко изложенные ниже, более подробно описаны в документе “Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ”.<sup>17</sup>

### **Мероприятия по снижению бремени ТБ среди лиц, живущих с ВИЧ**

Общее число районов (или их эквивалентов), где следующие виды деятельности осуществляются повсеместно и в полном объеме (то есть во всех государственных учреждениях здравоохранения на всей территории района):

- интенсивное выявление случаев ТБ среди лиц, чей положительный ВИЧ-статус определен в результате тестирования на ВИЧ и консультирования по инициативе медицинского работника или во время посещения учреждений, предоставляющих услуги по ДКТ;

---

<sup>16</sup> *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB 2003.313).

<sup>17</sup> Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).

- интенсивное выявление случаев ТБ у всех людей, живущих с ВИЧ, во время каждого контакта со службами здравоохранения при любом плановом посещении и для получения лечения;
- формализованная система направлений между службами по тестированию на ВИЧ и предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции и службами, обеспечивающими диагностику и лечение ТБ, для всех людей, живущих с ВИЧ, при наличии у них симптомов ТБ;
- профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) для людей, живущих с ВИЧ;
- инфекционный контроль ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, в лечебных учреждениях и в местах скопления людей (больницы, поликлиники, тюрьмы, казармы).

#### **Доступность тестирования на ВИЧ и консультирования в центрах диагностики и лечения ТБ**

Число учреждений по профилактике и лечению ТБ, в которых может осуществляться качественное тестирование на ВИЧ и консультирование, доступное для пациентов с ТБ (с разбивкой по указанным ниже категориям), выраженное как доля от общего числа центров или лечебных учреждений по профилактике и лечению ТБ:

- тестирование на ВИЧ и консультирование доступно в самой противотуберкулезной службе или в другом отделении этого же учреждения;
- тестирование на ВИЧ и консультирование недоступно для пациентов с ТБ;
- общее число центров диагностики и лечения ТБ, где предоставляется тестирование на ВИЧ и консультирование, поделенное на общее число служб по диагностике и лечению ТБ.

#### **Мероприятия по снижению бремени ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ**

Общее число районов (или их эквивалентов) в стране, где следующие мероприятия осуществляются повсеместно и в полном объеме:

- тестирование на ВИЧ и консультирование в обычном порядке для всех пациентов с ТБ;
- пропаганда и предоставление услуг по профилактике ВИЧ-инфекции (обеспечение презервативами и просвещение) для пациентов с ТБ;
- предоставление профилактического лечения котримоксазолом (ПЛК) ВИЧ-инфицированным пациентам в период лечения ТБ;
- АРТ для ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, соответствующих критериям ее назначения;
- система направлений для ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, нуждающихся в помощи и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией, если эти услуги нельзя получить на месте.

#### **Услуги, предоставляемые тем, кто обратился в службы тестирования на ВИЧ и консультирования или в службы помощи и поддержки при ВИЧ-инфекции**

Число служб тестирования на ВИЧ и консультирования или служб по предоставлению помощи и поддержки при ВИЧ-инфекции, предоставляющих каждую из перечисленных ниже услуг, как доля от общего числа служб тестирования на ВИЧ и консультирования или служб по оказанию помощи и поддержки при ВИЧ-инфекции:

- интенсивное выявление случаев ТБ (среди всех, кто обращается в службы, или только среди тех, у кого обнаружен ВИЧ);
- лечение ТБ;
- скрининг на инфекции, передаваемые половым путем (среди всех, кто обращается в службы, или только среди тех, у кого обнаружен ВИЧ);
- лечение инфекций, передаваемых половым путем;
- ПЛИ для всех ВИЧ-инфицированных пациентов, если при скрининге не обнаружено симптомов активного ТБ;
- профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) для ВИЧ-инфицированных беременных женщин;
- регистрация в журнале учреждений по предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции всех ВИЧ-инфицированных лиц ("до АРТ");
- АРТ;
- группы поддержки для людей, живущих с ВИЧ.

### **Полный комплекс совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ**

Общее число районов (или их эквивалентов), внедривших полный комплекс мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ, подробно описанных в документе “Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ” и предусмотренных национальной политикой по борьбе с ТБ/ВИЧ как доля от общего числа районов (или их эквивалентов). (См. таблицу 1, “Рекомендованная совместная деятельность в области ТБ/ВИЧ” на стр...)

### **Обзор заинтересованных кругов, участвующих в деятельности по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией**

---

Это составление списка провайдеров услуг/заинтересованных кругов/партнеров, участвующих в борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией в каждом из районов,<sup>18</sup> с оценкой предлагаемых услуг, целевых групп населения или района обслуживания; числа клиентов, получающих конкретную услугу; профиля клиента (возраст, пол, категория риска), ВИЧ-статуса клиента, если он известен. Эти сведения информируют о том, кто, что и где должен делать. Они также позволяют определить имеющиеся пробелы и выявить группы населения, не охваченные или недостаточно охваченные услугами. Среди потенциальных партнеров:

- другие сектора правительства - министерства сельского хозяйства, труда и занятости, образования, промышленности, финансов, социального развития, транспорта, обороны, юстиции, экологии;
- организации частного сектора;
- профессиональные организации;
- организации гражданского общества - группы по правам человека, организации пациентов;
- религиозные организации;
- агентства по осуществлению проектов;
- НПО
- организации на базе местных сообществ;
- академические и другие государственные научно-исследовательские институты;
- технические и донорские организации

### **Финансирование деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ**

---

Общие финансовые ресурсы, которые имеются или выделены для совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ из любых источников (например, правительственное финансирование, займы, гранты, ГФСТМ) за последний заверченный финансовый год. Этот показатель должен включать все вышеуказанные средства за последний заверченный финансовый год.

Проведите оценку общих средств, заложенных на совместную деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ, в годовом плане (или планах) на тот же год. Определите, насколько имеющееся финансирование соответствует потребностям для осуществления совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ, предусмотренной в годовом рабочем плане по борьбе с ТБ/ВИЧ и/или в отдельных годовых планах по борьбе ТБ и по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Определите, использовала ли НПТ инструмент составления бюджета и планирования ВОЗ<sup>19</sup> при формулировании последнего 5-летнего плана, и получите экземпляр этого плана для проведения ситуационного анализа.

Оцените реальные расходы по сравнению с выделенными ресурсами. Эта информация, хотя ее и трудно получить, дает расширенное представление о реальной ситуации с финансированием.

---

<sup>18</sup> Методические указания по проведению обзора заинтересованных кругов представлены в разделе 4.1.3 документа: *Рекомендации по проведению совместных программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией*, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (WHO/CDS/TB/2003.319; WHO/NIV/2003.01).

<sup>19</sup> Этот инструмент ([www.who.int/tb/dots/planning\\_budgeting\\_tool/en/index.html](http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/en/index.html)) разработан для оказания поддержки странам в составлении планов и бюджетов по контролю ТБ на национальном и субнациональном уровнях в рамках концепции, представленной в Глобальном плане и Стратегии “Остановить ТБ”. Эти планы должны использоваться в качестве основы для мобилизации ресурсов, предоставляемых правительствами стран и донорскими агентствами.

## 5. Индикаторы совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ

В этом разделе представлен ряд индикаторов, которые можно использовать при проведении МиО совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Индикаторы сгруппированы в зависимости от цели и области действия, как определено в документе ВОЗ "Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ"<sup>20</sup>

### **Поля для каждого индикатора**

- *Название индикатора*
- *Определение.* Определение индикатора, включая определение числителя и знаменателя, а также предложенные расчеты там, где они необходимы.
- *Цель.* Зачем собирается эта информация; что измеряет этот индикатор
- *Методология.* Предложенная методология по сбору данных по каждому индикатору и по тому, на каком уровне он должен измеряться (общинный, муниципальный, региональный, федеральный).
- *Периодичность.* Рекомендованная частота измерения индикатора.
- *Преимущества и недостатки.* Основные преимущества и недостатки индикатора.
- *Важность.* Считается ли этот индикатор ключевым, желательным или дополнительным для МиО.
- *Ответственность.* Предлагается, кто должен отвечать за обеспечение качества сбора, анализа и распространения данных.
- *Инструменты измерения.* Что необходимо для сбора данных по этому индикатору.

### **Вопросы конфиденциальности**

Предоставление оптимальной помощи при ВИЧ-инфекции или ТБ требует знания конфиденциальной информации о пациентах. Качество помощи пациентам повышается, когда провайдеры услуг по ТБ знают ВИЧ-статус пациентов и могут предоставить им необходимые услуги по профилактике и лечению или направить их для получения этих услуг в другие учреждения. Аналогично, качество помощи ВИЧ-инфицированному пациенту улучшается, когда провайдеры услуг по ВИЧ-инфекции знают о его инфицировании или заболевании ТБ и могут предоставить ему необходимые услуги по профилактике ТБ или лечению или направить его для получения этих услуг в другие учреждения. Однако эти данные должны обрабатываться при соблюдении абсолютной конфиденциальности, а при их использовании необходимо придерживаться опубликованных методических рекомендаций. Подобная информация должна передаваться только тем лицам, которым необходимо ее знать, обычно лицам, непосредственно предоставляющим пациенту услуги по лечению и помощи пациенту. Обычно считается, что данные, относящиеся к ВИЧ-инфекции, требуют большей конфиденциальности, чем данные, относящиеся к ТБ.

Все регистрационные журналы по ВИЧ-инфекции, ТБ или ТБ/ВИЧ, по лечению и оказанию помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, а также другие документы, которые содержат конфиденциальную информацию, должны храниться в надежном месте (например, в запечатанном шкафу). Копии и ненужные документы, если они больше не будут использоваться должны быть уничтожены. Компьютерные базы данных, которые содержат конфиденциальную информацию, должны быть зашифрованы и защищены закодированными паролями. Особые меры предосторожности необходимы при направлении в другие службы и при передаче информации о пациентах из одного учреждения в другое (с курьером или по электронной почте). Каждая программа должна разработать политику по обеспечению конфиденциальности данных о пациентах.

В некоторых случаях данные, использованные для этих индикаторов, могут требовать сбора конфиденциальной информации персонального характера. Однако персональные идентификаторы должны удаляться как можно быстрее в процессе сбора и регистрации данных и сразу же, как только они больше не нужны для сопоставления данных. Где возможно, данные должны собираться и сообщаться с разбивкой. Индивидуальные данные пациентов редко будут нужны за пределами медицинского учреждения, поэтому данные, сообщаемые на районный уровень или предназначенные для сбора индикаторов, обычно не должны содержать информацию о пациентах.

<sup>20</sup> Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/NIV/2004.1).

## Цель А

### **А. Разработать механизмы сотрудничества**

- А.1 Создать координирующий орган по мероприятиям в отношении ТБ/ВИЧ, эффективный на всех уровнях
- А.2 Проводить эпиднадзор за распространенностью ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ
- А.3 Проводить совместное планирование деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ
- А.4 Проводить мониторинг и оценку

Мероприятия по достижению Цели А более подробно представлены в разделе “Профили стран” (раздел 4) этого руководства. Они больше не рассматриваются в качестве индикаторов, но их обзор должен проводиться в каждой стране при аттестации НПТ или НПВС.

## Цель В

### **В. Снизить бремя ТБ среди людей, живущих с ВИЧ - "Три И"**

- В.1 Организовать интенсивное выявление случаев: скрининг и диагностика ТБ
- В.2 Внедрять профилактическое лечение изониазидом
- В.3 Обеспечить инфекционный контроль ТБ в учреждениях здравоохранения и в местах скопления людей

### **В.1 Интенсивное выявление случаев**

#### **Индикатор В.1.1**

#### **Процент ВИЧ-инфицированных пациентов, прошедших скрининг на ТБ в учреждениях, предоставляющих помощь или лечение при ВИЧ-инфекции**

Определение	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции <sup>21</sup> , у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита в течение отчетного периода, выраженное как доля от всех взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и обратившихся за помощью в течение отчетного периода.
Числитель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции <sup>21</sup> , у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита в течение отчетного периода.
Знаменатель	Общее число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, обратившихся за помощью в течение отчетного периода.
Цель	Это индикатор процесса, характеризующий действия, направленные на снижение подверженности ТБ среди лиц, живущих с ВИЧ. Он показывает уровень выполнения рекомендации о необходимости прохождения лицами, живущими с ВИЧ, скрининга на ТБ при постановке диагноза ВИЧ-инфекции и при последующих посещениях, используя их предыдущее посещение в качестве косвенной оценки.

<sup>21</sup> Оказание помощи при ВИЧ-инфекции включает все, что относится к лечению ВИЧ-инфекции, то есть включение в регистрационный журнал “до АРТ”, и включение в журнал “АРТ”, как только пациент начинает АРТ.

<p>Методология</p>	<p>ТБ-статус необходимо оценивать при каждом посещении в течение отчетного периода, а затем регистрировать (“Да”, если “нет признаков”, “подозрение” или “лечение” и “Нет”, если ТБ-статус не оценивался) в медицинской карте пациента, получающего помощь при ВИЧ-инфекции/АРТ, и затем переносить в соответствующие журналы записей “до АРТ” или “АРТ” во всех учреждениях, регулярно предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции.</p> <p>К тем, кто включен в программу помощи при ВИЧ-инфекции, относятся все лица, продолжающие получать помощь, и лица, вновь включенные в программу в течение отчетного периода. Эти данные должны анализироваться вместе с другими перекрестными данными и сообщаться на национальный уровень.</p> <p>Данные для числителя берутся из журнала записей “до АРТ” и “АРТ” путем подсчета пациентов, у которых ТБ-статус оценивался в течение отчетного периода. Все пациенты, которые начали АРТ в течение отчетного периода, должны подсчитываться в журнале записей “АРТ”, а не “до АРТ”.</p> <p>Для пациентов, зарегистрированных в журнале “до АРТ”, знаменателем будет число тех, кто обратился за помощью в течение отчетного периода; для пациентов, зарегистрированных в журнале “АРТ” – число тех, кто получает АРТ в течение отчетного периода.</p> <p>Знаменатель берется из журналов записей “до АРТ” и “АРТ” путем подсчета числа пациентов, у которых зафиксировано посещение в течение отчетного периода. Эта цифра затем регистрируется в отчетной форме для перекрестных данных.</p> <p>Необходимо сотрудничество программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией с тем, чтобы обеспечить использование согласованных критериев для идентификации подозрительных на ТБ лиц, а также методов скрининга на ТБ, соответствующих протоколам программ по борьбе с ТБ.<sup>22</sup></p>
<p>Периодичность</p>	<p>Данные собираются постоянно и сообщаются на национальный уровень как часть обычных перекрестных отчетов. Данные можно перепроверить в ходе составления ежегодного отчета по наблюдению за пациентами.</p>

<sup>22</sup> Предложенный метод проведения скрининга может быть следующим: сначала ВИЧ-инфицированным клиентам задают вопрос, не получают ли он в настоящее время лечение ТБ. Если нет, то затем следует вопрос об основных симптомах ТБ (кашель в течение >2 недель, постоянно повышенная температура, ночная потливость, необъяснимая потеря веса и увеличение лимфатических узлов). Можно использовать простой перечень вопросов и положительный ответ на любой из этих вопросов может вызвать подозрение на ТБ. Если в результате опроса клиенты определяются как “подозрительные” в отношении ТБ (в соответствии с национальным протоколом), они должны быть обследованы на ТБ (или направлены в противотуберкулезные службы для обследования) и получить соответствующее лечение. Тем, у кого признаков ТБ не обнаружено, необходимо предложить 6-месячный курс профилактического лечения изониазидом (ПЛИ).

Преимущества и недостатки	Оценка ТБ-статуса среди людей, живущих с ВИЧ, которая проводится сразу же после постановки диагноза или назначения лечения, повышает шансы на выживание, улучшает качество жизни и уменьшает риск передачи ТБ в сообществе. Оценка ТБ-статуса позволяет выявить ВИЧ-инфицированных клиентов, у которых нет признаков активного ТБ, и которым принесет пользу профилактическое лечение латентного ТБ изониазидом. Индикатор не оценивает качество более активного выявления случаев ТБ и не определяет, проходят ли дальнейшее обследование лица с подозрением на ТБ и насколько оно эффективно. Однако он подчеркивает важность более активного выявления случаев ТБ у людей, живущих с ВИЧ, в момент постановки диагноза и при каждом контакте при получении услуг по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции. Программы должны быть нацелены на получение высокого значения этого индикатора (близкого к 100%), но интерпретировать его вместе со значениями индикаторов В.1.2 и В.2.1 для обеспечения того, что соответствующее действие следует за процессом скрининга. Низкое значение будет указывать на то, что Цель В – снижение бремени ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, – вряд ли будет достигнута.
Важность	Основной индикатор
Ответственность	НПВС
Инструменты измерения	Данные для этого индикатора собирают на основе записей в журналах “до АРТ” и “АРТ” и суммируют в перекрестных квартальных отчетах. Он также может оцениваться на систематической выборке медицинских карт пациентов, получающих помощь при ВИЧ-инфекции/АРТ при составлении ежегодных отчетов по наблюдению за пациентами.

**Индикатор В.1.2.1**

**Процент ВИЧ-инфицированных пациентов, которые получают лечение ТБ**

Определение	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции <sup>23</sup> , которые начали лечение ТБ, выраженное как доля от числа взрослых и детей, включенных в программу помощи при ТБ в течение отчетного периода.
Числитель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали лечение ТБ в течение отчетного периода.
Знаменатель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, в течение отчетного периода.
Цель	Этот индикатор измеряет бремя диагностированной коинфекции ТБ среди людей, получающих помощь при ВИЧ-инфекции. Он может использоваться для планирования снабжения лекарственными препаратами, необходимыми для замены их в схеме АРТ при получении лечения ТБ.
Методология	Данные для числителя берутся из колонки “лечение ТБ” в журналах “до АРТ” и “АРТ” и включают всех, кто получает помощь в течение отчетного периода, в том числе тех, кто продолжает получать помощь, и тех, кто впервые включен в программу помощи в течение отчетного периода. Из вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода в числитель включаются и те, кто получает лечение ТБ во время включения в программу, и те, кто начинает лечение ТБ в течение отчетного периода.

<sup>23</sup> Оказание помощи при ВИЧ-инфекции включает все, что относится к лечению ВИЧ-инфекции, то есть включение в регистрационный журнал “до АРТ”, и включение в журнал “АРТ”, как только пациент начинает АРТ.

<p>Методология</p>	<p>Данные, необходимые для этого индикатора, труднее собирать там, где диагностика и лечение ТБ не проводятся в том же месте, где проводится тестирование на ВИЧ или лечение и предоставление помощи при ВИЧ-инфекции. В этих условиях необходимо установление надежной двусторонней связи между противотуберкулезными службами и службами по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции.</p> <p>Для пациентов группы “до АРТ” знаменателем является число тех, кто обратился за помощью при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода; для пациентов группы “АРТ” знаменатель будет суммой тех, кто уже получал лечение в начале отчетного периода, и тех, кто был впервые включен в программу в течение этого отчетного периода.</p> <p>Данные, которые регистрируются по этому индикатору, должны быть разбиты по группам пациентов “до АРТ” и “АРТ”. Пациенты, которые отмечены в записях обоих журналов – “до АРТ” и “АРТ”, как начавшие лечение ТБ, должны подсчитываться один раз по записям журнала “АРТ”.</p> <p>Этот числитель используется для основного индикатора 6 ССГАООН (одновременное лечение ТБ и ВИЧ-инфекции),<sup>24</sup> (см. индикатор В.1.2.2) в котором:</p> <p><i>Числитель:</i> число взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, которые в настоящее время получают АРТ в соответствии с принятым национальным протоколом лечения (или в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС), и которые начали лечение ТБ (в соответствии с рекомендациями НПТ) в течение отчетного года.</p> <p><i>Знаменатель:</i> расчетное число новых случаев ТБ у людей, живущих с ВИЧ.</p> <p>Оценочные данные для индикатора ССГАООН предоставляются ВОЗ в ежегодном отчете “Глобальная борьба против туберкулеза” (<a href="http://www.who.int/tb/publications/en/">www.who.int/tb/publications/en/</a>).</p>
<p>Периодичность</p>	<p>Данные собираются постоянно, сообщаются ежеквартально на национальный уровень и ежегодно в ВОЗ.</p>
<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Этот индикатор дает информацию о программном бремени ТБ и оценивает удовлетворение потребностей по лечению и ТБ и ВИЧ-инфекции при коинфекции ТБ. Он подтверждает значение индикатора процесса В.1.1. Низкие значения индикатора указывают на необходимость изучения, проводится ли оценка ТБ-статуса в обычном порядке и проводится ли перекрестная проверка с программами по борьбе с ТБ на местном уровне. Это необходимо для того, чтобы убедиться, регистрируются ли ВИЧ-инфицированные пациенты с ТБ одновременно в журналах регистрации по предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции.</p> <p>В идеале, все ВИЧ-инфицированные пациенты с ТБ, зарегистрированные в журналах по ТБ, должны также регистрироваться в журналах помощи при ВИЧ-инфекции (“до АРТ” и “АРТ”); и эти данные можно проверить, имея число пациентов, зарегистрированных в колонке “до АРТ” и “АРТ” в журналах по ТБ. Аналогично, все пациенты, зарегистрированные как получающие лечение ТБ в журналах предоставления помощи при ВИЧ-инфекции, должны быть также зарегистрированы в системе НПТ (проверьте регистрационный номер пациента). Этот индикатор важен для того чтобы показать, как совместные действия по борьбе с ТБ/ВИЧ могут способствовать повышению частоты выявления случаев ТБ, снижая тем самым бремя ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, и в сообществе. Данные, отражающие тенденции во времени, могут помочь определить потребности в услугах по лечению ТБ для людей, живущих с ВИЧ.</p>

<sup>24</sup> [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1318\\_core\\_indicators\\_manual\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1318_core_indicators_manual_fr.pdf).

Важность	Основной индикатор
Ответственность	НПВС
Инструменты измерения	Журналы “до АРТ” и “АРТ”. Данные суммируются в квартальных отчетах.

**Индикатор В.1.2.2. Основной индикатор 6 ССГАООН**

**Процент оценочного числа пациентов с вновь диагностированным ТБ, которые получали лечение ТБ и ВИЧ-инфекции**

Определение	Процент оценочного числа пациентов с вновь диагностированным ТБ, которые получали лечение ТБ и ВИЧ-инфекции
Числитель	Число взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, которые получали комбинированную АРТ в соответствии с принятым на национальном уровне протоколом лечения (или в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) и которые начали лечение ТБ (в соответствии с рекомендациями национальной программы по борьбе с ТБ) в течение отчетного года.
Знаменатель	Оценочное число пациентов с вновь диагностированным ТБ среди людей, живущих с ВИЧ
Цель	Оценка прогресса в выявлении и лечении ТБ у людей, живущих с ВИЧ
Методология	Ежегодные оценки числа пациентов с вновь диагностированным ТБ среди людей, живущих с ВИЧ в странах с высоким бременем ТБ, проводятся ВОЗ и доступны на сайте: <a href="http://www.who.int/tb/country/en">http://www.who.int/tb/country/en</a> . Данные для этого индикатора должны быть разбиты по полу и возрасту (взрослые >15 лет, дети <15 лет).
Периодичность	Данные на уровне учреждения должны собираться постоянно. Их необходимо периодически суммировать, желательно ежемесячно или ежеквартально, и сообщать ежегодно. Здесь должен указываться самый последний год, по которому имеются доступные данные и оценки.

<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Надлежащее выявление и лечение ТБ будет продлевать жизнь людям, живущим с ВИЧ, и уменьшать бремя ТБ в сообществах. ВОЗ дает ежегодные оценки бремени ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, основываясь на самых лучших оценках распространенности ВИЧ-инфекции и заболеваемости ТБ, имеющихся у стран. Все люди, живущие с ВИЧ, с вновь выявленным ТБ должны начинать лечение ТБ в зависимости от установленных странами критериев соответствия назначению лечения. Вновь диагностированные случаи ТБ определяются как новые случаи ТБ, выявленные в данном году, как правило, за исключением случаев латентного ТБ. Все люди, живущие с ВИЧ (или большинство из них), у которых диагностирован ТБ, должны получать АРТ в зависимости от принятых на местном уровне критериев назначения лечения. Лечение ТБ должно быть начато только в соответствии с рекомендациями национальных НПТ. Этот индикатор оценивает, в какой степени совместные действия национальных программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией могут обеспечить ВИЧ-инфицированным людям с активным ТБ доступ к соответствующему лечению обеих болезней. Однако на этот индикатор будет влиять низкий уровень тестирования на ВИЧ, плохой доступ к услугам по оказанию помощи и АРТ и неудовлетворительный доступ к услугам по диагностике и лечению ТБ. Имеются отдельные индикаторы по каждому из этих факторов, и их нужно учитывать при интерпретации результатов по этому индикатору. Важно, чтобы те, кто предоставляет помощь при ВИЧ-инфекции и АРТ, регистрировали данные по диагностике и лечению ТБ, так как эти данные являются дополнительной информацией, имеющей значение при определении соответствия назначению АРТ и при выборе схемы АРТ. Поэтому рекомендуется, чтобы данные, касающиеся начала лечения ТБ, регистрировались в журнале по АРТ. Также необходимо регистрировать пациентов, начавших лечение ТБ, среди тех, кто получает помощь при ВИЧ-инфекции, но еще не получает АРТ. Это может помочь выявить дополнительные случаи обнаружения ТБ и назначения лечения среди людей, живущих с ВИЧ.</p>
<p>Важность</p>	<p>Основной индикатор</p>
<p>Ответственность</p>	<p>НПВС</p>
<p>Инструменты измерения</p>	<p>Журналы и отчеты учреждений, предоставляющих АРТ; механизмы контроля за выполнением программ</p>

**В.2 Процент новых пациентов с ВИЧ-инфекцией, начавших профилактическое лечение изониазидом в течение отчетного периода**

<b>Индикатор В.2.1</b> <b>Процент новых пациентов с ВИЧ-инфекцией, начавших ПЛИ в течение отчетного периода</b>	
Определение	Число взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции <sup>25</sup> , которые начали лечение латентного ТБ - профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ), выраженное как доля от общего числа взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода.
Числитель	Общее число взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали ПЛИ (получили хотя бы одну дозу изониазида) в течение отчетного периода.
Знаменатель	Общее число взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода.
Цель	Обеспечить, чтобы ВИЧ-инфицированные лица, отвечающие критериям назначения лечения латентного ТБ, получали такое лечение и, следовательно, снизить уровень заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.
Методология	<p>Данные, необходимые для этого индикатора, собираются из журналов "до АРТ" в местах предоставления помощи при ВИЧ-инфекции. Все новые пациенты, включенные в программу, должны быть зарегистрированы в журналах "до АРТ", и предоставление ПЛИ также должно регистрироваться здесь. Непосредственная регистрация ПЛИ в журналах по АРТ может быть частью национальных мероприятий по адаптации индикатора. При такой адаптации, если ПЛИ, назначенное вновь включенным в программу пациентам, регистрируется в журналах по АРТ, эти пациенты должны включаться в знаменатель.</p> <p>ВИЧ-инфицированные лица должны проходить скрининг на ТБ, как предложено в индикаторе В.1.1. Тем, у кого <i>не</i> обнаружены признаки активного ТБ, необходимо предложить ПЛИ. Все, кто дал согласие на получение ПЛИ и получившие хотя бы первую дозу изониазида, должны быть зарегистрированы. Эта информация регистрируется в соответствующей колонке в журналах "до АРТ" и "АРТ".</p>

<sup>25</sup> Оказание помощи при ВИЧ-инфекции включает все, что относится к лечению ВИЧ-инфекции, то есть включение в регистрационный журнал "до АРТ", и включение в журнал "АРТ", как только пациент начинает АРТ.

<p>Методология</p>	<p>Для точного прогнозирования потребностей в ПЛИ и организации снабжения необходим сбор более подробной информации. В журналах аптек, в которых регистрируется получение ПЛИ (изониазида), необходимо отмечать посещения клиентов (обычно один раз в месяц) для определения необходимых запасов препарата. Используя эти журналы, учреждения должны иметь возможность ежеквартально сообщать о числе пациентов, начавших и продолжающих лечение, а также закончивших лечение. Если такая информация собирается на постоянной основе, индикатором выбора может быть число ВИЧ-инфицированных клиентов, закончивших лечение латентного ТБ, выраженное в процентах от общего числа ВИЧ-инфицированных пациентов, начавших такое лечение. В соответствии с данными, полученными в пилотных исследованиях ряда учреждений, можно ожидать, что 10-50% клиентов с положительными результатами теста на ВИЧ должны начать ПЛИ; некоторые из них не будут соответствовать критериям назначения лечения, некоторые откажутся от лечения, а некоторые прервут лечение в процессе скрининга. Доля тех, кто начнет ПЛИ, зависит от использованного алгоритма скрининга (например, использование кожной туберкулиновой пробы в качестве метода скрининга снижает число тех, кто соответствует критериям назначения лечения) и от типа учреждения, в котором поставлен диагноз ВИЧ-инфекции. Среди направленных в больницы и клиники пациентов будет больше больных ТБ, не соответствующих критериям назначения лечения латентного ТБ. Более высокую долю будут, как ожидается, составлять те, кто проходит тестирование в связи с ППМР, или в автономных центрах ДТК. Цель большинства программ состоит в том, чтобы доля начавших ПЛИ составляла более 60%.</p>
<p>Периодичность</p>	<p>Данные собираются постоянно, сообщаются и анализируются ежеквартально.</p>
<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Лечение латентного ТБ будет снижать заболеваемость активным ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, которые инфицированы, но у которых нет активного ТБ. Включить лиц, которые получили хотя бы одну дозу, сравнительно легко даже в условиях ограниченных ресурсов. Эта информация является необходимым минимумом для обеспечения того, что ПЛИ предлагается ВИЧ-инфицированным лицам без признаков активного ТБ. Тем не менее, хотя далее данные собираются так, как подробно описано выше, этот индикатор не дает информации о числе тех, кто соблюдал режим лечения или закончил курс ПЛИ; эти данные можно получить из журналов аптек путем их периодического изучения или имея журнал по регистрации ПЛИ.</p> <p>Этот индикатор измеряет число вновь зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ, начавших ПЛИ в течение отчетного периода. При ежеквартальном сообщении могут быть пропущены те, кто начал ПЛИ на более поздней стадии. Ежегодные данные из отчетности программы позволят определить, получали ли пациенты ПЛИ на более поздней стадии.</p>
<p>Ответственность</p>	<p>НПВС и НПТ</p>
<p>Инструменты измерения</p>	<p>Данные журналов “до АРТ”, суммированные в перекрестном ежеквартальном отчете. Непосредственная регистрация в журналах по АРТ может быть частью национальных мероприятий по адаптации этого индикатора.</p>

**В.3 Инфекционный контроль в учреждениях здравоохранения и в местах скопления людей**

<p><b>Индикатор В.3.1</b>  <b>Доля учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги людям, живущим с ВИЧ, в которых проводятся мероприятия по инфекционному контролю, включая контроль ТБ</b></p>	
Определение	Число учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги людям, живущим с ВИЧ, в которых используются наглядные методы инфекционного контроля, включая контроль ТБ, выраженное как доля от общего числа учреждений здравоохранения, прошедших оценку.
Числитель	Число учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги людям, живущим с ВИЧ, в которых используются наглядные, соответствующие международным руководствам <sup>26</sup> методы инфекционного контроля, включая контроль ТБ.
Знаменатель	Общее число учреждений здравоохранения, прошедших оценку (также следует дать общее число по каждому типу учреждений в стране для того, чтобы показать долю прошедших оценку).
Цель	Обеспечить, чтобы в учреждениях здравоохранения осуществлялась стратегия, направленная на минимизацию риска передачи ТБ в учреждениях здравоохранения, в которых получают лечение люди, живущие с ВИЧ (например, в учреждениях по представлению первичной медико-санитарной помощи и больницах).
Методология	<p>Обзор стратегии инфекционного контроля (на бумажном носителе) на уровне учреждения с вопросами, на которые надо ответить "да/нет":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Существует ли письменный план инфекционного контроля?</li> <li>• Есть ли ответственный за выполнение мероприятий по инфекционному контролю ТБ?</li> <li>• Выявляются ли подозрительные на ТБ лица при входе в учреждение и изолируются ли они от других пациентов?</li> <li>• Проводится ли в обычном порядке мониторинг и регистрация случаев ТБ среди работников здравоохранения?</li> </ul> <p>Для того чтобы учреждение было отнесено к категории учреждений, имеющих стратегию инфекционного контроля ТБ, соответствующую международным руководствам, необходим положительный ответ на все эти вопросы. При положительном ответе на вопрос о наличии письменного плана инфекционного контроля, необходимо предъявить бумажную копию плана. Также следует стремиться к документальному оформлению других компонентов инфекционного контроля.</p> <p>При генерализованной эпидемии все учреждения здравоохранения предоставляют помощь при ВИЧ-инфекции, и все они должны быть включены. При низком уровне эпидемии должны быть включены только учреждения, предоставляющие помощь при ВИЧ-инфекции.</p> <p>Этот индикатор и методологию также можно адаптировать для тюрем, лагерей беженцев, военных казарм и других мест скопления людей.</p>

<sup>26</sup> *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health-care facilities in resource-limited settings*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CDS/TB/99.269).

*Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment (Addendum to WHO guidelines for the prevention of tuberculosis in health-care facilities in resource-limited settings)*.

Периодичность	Сбор проводится ежегодно в каждом из учреждений во время инспекционных проверок и/или при проведении внешнего обзора действий по борьбе с ТБ/ВИЧ или аттестации программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией.
Преимущества и недостатки	В условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции наличие письменно оформленной стратегии инфекционного контроля ТБ и ее соответствие международным руководствам является первым этапом обеспечения контроля ТБ в учреждениях здравоохранения и в местах скопления людей. Однако наличие стратегии не означает, что она эффективно внедряется. Необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы установить, внедряется ли эта стратегия, и соблюдаются ли ее положения. Анализ стратегии включает субъективную оценку, которая может ограничивать полученные с его помощью данные для перекрестных сравнений и для выявления тенденций с течением времени. Использование этого индикатора является шагом вперед. Он не просто устанавливает, существует ли стратегия инфекционного контроля, а определяет стандарты, которые должны соблюдаться (в соответствии с международными руководствами) для надлежащего контроля ТБ в учреждениях здравоохранения и в местах скопления людей при высокой распространенности ВИЧ; это позволяет хотя бы частично избежать субъективных суждений.
Ответственность	НПС
Инструменты измерения	Ведомость результатов проверки учреждения

**Индикатор В.3.2**

***Доля работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь людям, живущим с ВИЧ, и у которых развился ТБ в течение отчетного периода***

Определение	Число работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь людям, живущим с ВИЧ, и у которых развился ТБ в течение одного года, выраженное как доля от общего числа работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь людям, живущим с ВИЧ, в том же году.
Числитель	Число работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции, и у которых развился ТБ в течение одного года.
Знаменатель	Число работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции, в течение того же года
Цель	Измерение изменений в уровне заболеваемости ТБ среди работников здравоохранения с течением времени в качестве оценки воздействия мер инфекционного контроля на работников здравоохранения.

<p>Методология</p>	<p>В странах с генерализованной эпидемией все учреждения здравоохранения будут предоставлять помощь при ВИЧ-инфекции. Определение “работник здравоохранения” связано с контекстом: кроме врачебного и сестринского персонала оно может относиться к тем, кто контактирует с пациентами, и/или к тем, кто работает в стенах учреждения (обслуживающий персонал). Скорее всего, оно не будет относиться к садовникам, охранникам, техническому персоналу и т.д., то есть к тем, кто, вероятно, не будет иметь длительных контактов с пациентами, являющимися источником ТБ. Вопрос, который обсуждается здесь, относится к риску подверженности ТБ. Число работников здравоохранения, начинающих лечение ТБ в течение отчетного периода, используется в качестве числителя. На уровне учреждения трудовые книжки и медицинские карты персонала (с уточнением пола и возраста) должны быть в наличии у всех работников учреждений, оказывающих помощь при ВИЧ-инфекции. Соответствующие сводные данные по каждому медицинскому учреждению/району должны быть объединены на национальном уровне, где значение этого индикатора должно сравниваться с частотой ТБ среди населения в целом (после прямой стандартизации по возрасту и полу).</p>
<p>Периодичность</p>	<p>Собирается ежегодно в каждом учреждении.</p>
<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Этот индикатор может использоваться для выявления изменений в заболеваемости ТБ среди работников здравоохранения как средство мониторинга влияния стратегий инфекционного контроля<sup>27</sup>. Он привлекает внимание к очень важной проблеме возможного истощения кадровых ресурсов здравоохранения и, следовательно, может предоставить полезную информацию, которую можно использовать для адвокации, направленной на улучшение условий труда медицинского персонала и улучшения инфекционного контроля. Число случаев ТБ, зарегистрированных в каждом из учреждений, скорее всего, будет небольшим даже при очень высоких уровнях заболеваемости, и может привести к возникновению “небольшого числа” проблем, делающих проблематичными значимые сравнения на субнациональном/местном уровнях. Необходимо проводить мониторинг тенденций.</p> <p>Данные для этого индикатора могут быть разбиты по полу и возрасту и стандартизированы по отношению к населению на национальном уровне. Частота положительного ВИЧ-статуса среди работников здравоохранения, которая сравнивается с этим показателем для населения в целом, также может быть фактором, влияющим на различия в заболеваемости ТБ. Индикатор может быть полезен для оценки заболеваемости ТБ среди персонала разного типа, например, среди работников лабораторий и лиц, осуществляющих уход. Может вызывать озабоченность сохранение конфиденциальности, и особые усилия должны быть предприняты для обеспечения защиты данных, касающихся персонала.</p>
<p>Ответственность</p>	<p>НПВС</p>
<p>Инструменты измерения</p>	<p>Данные отдела кадров учреждения и формы регистрации профессиональных заболеваний.</p>

<sup>27</sup> Harries AD et al. Tuberculosis in health care workers in Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 93(1):32–35.

Harries AD et al. Preventing tuberculosis among health workers in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(7):526–531.

**Цель С**

<b>С. Уменьшить бремя ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ</b>	
C.1	Тестирование на ВИЧ и консультирование
C.2	Методы профилактики ВИЧ-инфекции
C.3	Профилактическое лечение котримоксазолом
C.4	Помощь и поддержка при ВИЧ-инфекции
C.5	Антиретровирусная терапия

**С.1 Предоставление тестирования на ВИЧ и консультирования**

<b>Индикатор С.1.1</b>	
<b>Доля пациентов с ТБ с известным ВИЧ-статусом</b>	
Определение	Процент пациентов с ТБ, у которых имеются результаты теста на ВИЧ, <sup>28</sup> зарегистрированные в журнале по ТБ.
Числитель	Число пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, у которых имеются результаты теста на ВИЧ <sup>28</sup> , зарегистрированные в журнале по ТБ.
Знаменатель	Общее число пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.
Цель	Этот индикатор оценивает знание ВИЧ-статуса среди пациентов с ТБ. Знание своего ВИЧ-статуса позволяет ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ получить доступ к большинству соответствующих услуг по профилактике, лечению, помощи и поддержке при ВИЧ-инфекции. Тенденции с течением времени показывают прогресс в достижении национальных и международных целевых показателей. Индикатор дополняет индикатор ССГАООН (6), рекомендованный для национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом. <sup>29</sup>
Методология	В числитель должны быть включены все пациенты с ТБ с ранее известным положительным ВИЧ-статусом (документально подтвержденное включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции) и пациенты, у которых результаты предыдущего тестирования на ВИЧ были отрицательными и приемлемыми для врача (например, получены в последние 3-6 месяцев в надежной лаборатории). Всем пациентам с ТБ с неизвестным ВИЧ-статусом должен быть предложен тест на ВИЧ по инициативе медицинского работника. Возможно, потребуется создание такой системы направлений, которая позволит регистрировать направление пациента с ТБ для прохождения теста на ВИЧ и полученные результаты в журнале программы по борьбе с ТБ. В идеале, пациенты с ТБ должны проходить тестирование на ВИЧ, когда они начинают лечение ТБ, так как им принесет пользу соответствующая помощь при ВИЧ-инфекции во время лечения ТБ. Однако необходимо, чтобы система регистрации и сообщения могла выявлять тех, кто проходит тестирование, иначе общее число пациентов с ТБ, знающих свой ВИЧ-статус, будет заниженным.

<sup>28</sup> Должны быть включены все пациенты с ТБ, у которых уже был известен положительный ВИЧ-статус (например, документально подтвержденное включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции), и пациенты, у которых результаты предыдущего тестирования на ВИЧ были отрицательными и приемлемыми для врача (например получены в последние 3-6 месяцев в надежной лаборатории).

<sup>29</sup> *Core indicators for national AIDS programmes: guidance and specifications for additional recommended indicators.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008 (UNAIDS/08.26E).

<p>Методология</p>	<p>Этот индикатор оценивает способность служб ТБ и ВИЧ-инфекции обеспечить, чтобы люди, живущие с ВИЧ и ТБ, знали свой ВИЧ-статус. Высокая доля пациентов с ТБ, знающих свой ВИЧ-статус, обеспечивает достаточно надежные оценки истинной распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ, которые можно использовать для эпиднадзора. Это также создает основу для более широких действий по профилактике (например, использование презервативов, тестирование партнера).</p>
<p>Периодичность</p>	<p>Данные регистрируются постоянно; сообщаются и анализируются ежеквартально в отчете о выявлении случаев ТБ. Дополнительное сообщение в отчете о результатах лечения ТБ позволяет зафиксировать результаты теста на ВИЧ в любой момент в процессе лечения.</p>
<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Частота ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ выше, чем среди населения в целом. Знание ВИЧ-статуса может способствовать более безопасному поведению для снижения риска передачи ВИЧ и улучшения доступа пациентов с ТБ к соответствующей помощи для уменьшения стигмы. Работники здравоохранения, которые знают ВИЧ-статус своих пациентов в начале лечения ТБ, могут обеспечить им наиболее подходящее лечение, помощь и поддержку.</p> <p>Высокое значение индикатора свидетельствует о хорошо организованной системе направления из учреждений, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции, или о высоком уровне обращаемости за тестированием на ВИЧ в учреждениях, предоставляющих услуги по лечению ТБ, - оба эти признака показывают, что совместная система борьбы с ТБ/ВИЧ работает хорошо. Низкое значение предполагает наличие проблем с тестированием на ВИЧ в начале лечения ТБ и позднее выявление ВИЧ-инфекции, но не дает информации об истоках проблемы. Также индикатор не информирует о том, знает или не знает пациент свой ВИЧ-статус, или получил ли он соответствующее консультирование до или после прохождения теста, что является крайне важным, если необходимо добиться изменений в поведении для снижения риска передачи ВИЧ.</p>
<p>Ответственность</p>	<p>НПТ</p>
<p>Инструменты измерения</p>	<p>Журналы противотуберкулезных служб и ежеквартальные отчеты о выявленных случаях. Страны могут также захотеть регистрировать эти данные при проведении ежеквартального анализа результатов лечения ТБ для включения результатов тестов на ВИЧ, проведенных позднее в процессе лечения ТБ.</p>

<b>Индикатор С.1.2.1</b> <b>Доля всех зарегистрированных пациентов с ТБ с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом</b>	
Определение	Число зарегистрированных пациентов с ТБ с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом, выраженное как доля от общего числа всех зарегистрированных пациентов с ТБ с документально подтвержденным ВИЧ-статусом, в течение отчетного периода.
Числитель	Общее число всех пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом.
Знаменатель	Общее число пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, с документально подтвержденным ВИЧ-статусом.
Цель	Оценивает распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ. Измерение доли ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ дает важную информацию для целевого распределения ресурсов, стратегического планирования действий и мониторинга эффективности вмешательств по профилактике ВИЧ-инфекции с течением времени.
Методология	Документальным подтверждением положительного ВИЧ-статуса является результат теста на ВИЧ. Данные для этого индикатора должны включать всех пациентов с ТБ с ранее известным положительным ВИЧ-статусом (документально подтвержденное включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции) и пациентов, у которых результаты предыдущего тестирования на ВИЧ были отрицательными и приемлемыми для врача (например, получены в последние 3-6 месяцев в надежной лаборатории). ВИЧ-статус будет влиять на составление плана помощи пациенту (например, тестирование партнера, направление в группу поддержки для людей, живущих с ВИЧ, ПЛК, АРТ). Существующий риск передачи ВИЧ может быть снижен благодаря соответствующему послетестовому консультированию. Информация о пациенте, включающая результаты теста на ВИЧ, должна быть доступна только медико-санитарному персоналу, непосредственно отвечающему за предоставление помощи пациенту. Ответственность за соблюдение конфиденциальности ложится на сотрудников учреждения и районного координатора мероприятий в области ТБ. ВИЧ-статус может быть зарегистрирован в журнале учреждения и в реестре на районном уровне, поскольку в них уже содержится медицинская информация о конкретном пациенте. Необходимо поддерживать соблюдение конфиденциальности в отношении ВИЧ-статуса пациента. Число новых пациентов с положительными результатами исследования мазка мокроты, протестированных на ВИЧ, и у которых обнаружен положительный ВИЧ-статус, также должно сообщаться как подкатегория этих данных в форме для ежеквартальной отчетности по выявлению случаев ТБ, рекомендованной ВОЗ. <sup>30</sup>
Периодичность	Регистрируется постоянно, сообщается и анализируется ежеквартально в отчете о выявлении случаев ТБ. Дополнительное сообщение как часть ежеквартального отчета о результатах лечения ТБ позволяет зафиксировать результаты теста на ВИЧ в любой момент в процессе лечения ТБ.

<sup>30</sup> Доля ВИЧ-инфицированных пациентов среди новых случаев с положительным мазком мокроты, является крайне специфическим индикатором, и включает только пациентов с подтвержденным диагнозом ТБ. Он позволяет сравнивать информацию о распространенности ВИЧ среди пациентов с положительным мазком мокроты.

<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Этот индикатор будет измерять долю пациентов с ТБ с известным ВИЧ-положительным статусом. Это позволяет выявить важную группу населения для проведения специальных вмешательств, таких как ПЛК и АРТ, с целью снижения бремени ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ и в их сообществах. Он будет использован в качестве знаменателя для индикаторов, которые измеряют уровень охвата этими вмешательствами (см. индикаторы С.3.1 и С.5.1).</p> <p>Высокое значение этого индикатора по отношению к среднему по стране может указывать на то, что истинная распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ в данном конкретном месте выше, или на то, что только пациентам из групп высокого риска ВИЧ-инфекции рекомендуют пройти тест на ВИЧ. При любых отклонениях от ожидаемых результатов необходимо провести дальнейшее исследование. Значение индикатора может обеспечить точную оценку истинной распространенности ВИЧ среди пациентов с ТБ,<sup>31</sup> если большая доля пациентов с ТБ проходит тестирование на ВИЧ; оно может также подкреплять данные эпиднадзора о распространенности ВИЧ среди населения в целом, полученные из других источников. Эта информация полезна для повышения осведомленности политиков и специалистов о связанном с ВИЧ-инфекцией ТБ, а также для целенаправленного распределения ресурсов и планирования мероприятий. Индикатор не отражает, были ли пациенты информированы о своем ВИЧ-статусе и проходили ли они послетестовое консультирование.</p>
<p>Ответственность</p>	<p>НПТ. Перед подачей ежеквартальных отчетов персонал НПТ должен получить данные о результатах теста на ВИЧ, проведенного за пределами противотуберкулезных служб.</p>
<p>Инструменты измерения</p>	<p>Эти данные, полученные из журналов по ТБ, суммируются в ежеквартальных отчетах о выявлении случаев ТБ. Эти данные могут также собираться в ежеквартальных отчетах по результатам лечения, поэтому данные о проведенных позднее тестах могут быть зафиксированы и включены в данные знаменателя индикаторов по предоставлению ПЛК и АРТ.</p>

<sup>31</sup> Более подробную информацию об эпиднадзоре за ВИЧ-инфекцией у пациентов с ТБ можно найти в Руководстве по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией у больных туберкулезом, 2-е издание. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (WHO/HTM/TB/2004.339; WHO/HIV/2004.06; UNAIDS/04.30E).

<b>Индикатор С.1.2.2</b> <b>Частота выявления пациентов с ТБ с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом</b>	
Определение	Число пациентов с ТБ, у которых документально подтвержденный ВИЧ-статус зарегистрирован в журнале как ВИЧ-положительный, выраженное как доля от оценочного числа ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ по стране за каждый год.
Числитель	Общее число всех пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом.
Знаменатель	Оценочное число всех новых случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ. <sup>32</sup>
Цель	Этот индикатор выявления случаев измеряет уровень выявления ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ в программах по борьбе с ТБ. Это позволяет программам оценить выявление ВИЧ-инфицированных пациентов и сконцентрировать усилия на выявлении случаев, если значение этого индикатора низкое. Программы по борьбе с ТБ должны обеспечить, чтобы ВИЧ-статус всех зарегистрированных пациентов с ТБ был известен, и чтобы другие причины низкого уровня выявления случаев ТБ были устранены путем внедрения всех положений Стратегии "Остановить ТБ". Низкий уровень выявления случаев в странах, где ВИЧ-инфекция сконцентрирована в группах повышенного риска ВИЧ-инфекции (например, среди потребителей наркотиков и секс-работников), может указывать на недостаточную доступность услуг по ТБ и ВИЧ-инфекции для этих групп населения.
Методология	<p>Документальное подтверждение положительного ВИЧ-статуса получают либо на основании результатов теста, либо на основании данных о включении пациентов с ТБ в программу помощи при ВИЧ-инфекции. Оценочное число новых случаев ТБ у людей, живущих с ВИЧ, для использования на национальном уровне, предоставляет ВОЗ. Этот индикатор должен применяться только на национальном уровне или в исключительных условиях, когда сделаны субнациональные оценки новых случаев ТБ у людей, живущих с ВИЧ.</p> <p>Ежегодные оценки данных по каждой стране, относящихся к числу новых случаев ТБ у людей, живущих с ВИЧ, поведутся группой ВОЗ по мониторингу и оценке ТБ на основе наилучших доступных данных и публикуются в ежегодном отчете по глобальной борьбе с ТБ. В странах, где нет прямых данных по тестированию или данных обследований, ВОЗ на сегодняшний день использует непрямой подход к измерению: данные о распространенности ВИЧ в стране (полученные ЮНЭЙДС) умножаются на показатель относительного риска заболевания (частота новых случаев ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц, деленная на частоту новых случаев ТБ у лиц, которые не инфицированы ВИЧ), основанный на данных обзора литературы (периодически обновляемых). Подробности этой методики объясняются в ежегодном докладе ВОЗ о глобальной борьбе с ТБ. Более точные измерения достигаются, когда страны проводят рутинное тестирование на ВИЧ у пациентов с ТБ.</p>

<sup>32</sup> Оценочные данные для этого индикатора предоставляются ВОЗ в ежегодном докладе о глобальной борьбе с ТБ. Самый последний (2009 г.) доклад можно загрузить с веб-сайта [www.who.int/tb/publications/en/](http://www.who.int/tb/publications/en/)

Периодичность	Данные необходимо собирать на уровне учреждения постоянно, объединять ежеквартально и сообщать ежегодно. Необходимо сообщать данные за самый последний год, когда доступны данные и национальные оценки.
Преимущества и недостатки	Этот индикатор позволяет проводить мониторинг выявления диагностированных случаев ВИЧ-инфекции у пациентов с ТБ. Как и у всех других индикаторов по оценке выявления случаев, его ограничением является неопределенность оценки. Оценки новых случаев ТБ у людей, живущих с ВИЧ, будут более точными в странах, где они основаны на национальных данных, полученных в основном при тестировании на ВИЧ пациентов с ТБ, или на данных надзорного или периодического эпиднадзора.
Ответственность	НПТ. Перед подачей ежеквартальных отчетов сотрудники НПТ должны получать информацию о результатах теста на ВИЧ, проведенного за пределами противотуберкулезных служб.
Инструменты измерения	<i>Числитель.</i> Регистрационные журналы противотуберкулезных служб и ежеквартальные отчеты по выявлению случаев; кроме того, страны, возможно, захотят регистрировать этот индикатор при проведении ежеквартального анализа результатов лечения ТБ для включения данных о тех пациентах, которые прошли тестирование на ВИЧ позднее во время лечения. <i>Знаменатель.</i> Конкретные для каждой страны оценочные данные по числу новых случаев ТБ у людей, живущих с ВИЧ, предоставляются ВОЗ и доступны на веб-сайте <a href="http://www.who.int/tb/country/en">www.who.int/tb/country/en</a>

## С.2 Продвижение и предоставление методов профилактики ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ

<b>Индикатор С.2.1</b>	
<b>Доступность бесплатных презервативов в противотуберкулезных службах</b>	
Определение	Число противотуберкулезных служб, где осуществляется бесплатное распространение презервативов и они имеются в наличии, выраженное как доля от общего числа противотуберкулезных служб.
Числитель	Общее число противотуберкулезных служб (любое из учреждений здравоохранения, в которых обслуживаются пациенты с ТБ), где бесплатные презервативы доступны (имеются в наличии) и их можно легко получить.
Знаменатель	Общее число противотуберкулезных служб, в которых проводилась оценка. (Также приведите общее число служб ТБ в стране для определения доли прошедших оценку).
Цель	Мониторинг приверженности и потенциала программ по продвижению методов профилактики ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ на уровне учреждений.
Методология	В идеале, данные для этого индикатора необходимо собирать во время всех инспекционных посещений районного координатора по ТБ и, следовательно, они должны быть доступны для всех противотуберкулезных служб. Индикатор требует сбора информации только о наличии презервативов в службах ТБ, а не о числе распространенных презервативов.

Периодичность	Сбор данных проводится ежегодно во время посещений координатора и/или во время внешнего обзора программ по борьбе с ТБ.
Преимущества и недостатки	Использование презервативов является простым, дешевым и эффективным методом профилактики передачи ВИЧ, поэтому они должны предоставляться бесплатно и быть доступными для лиц из всех групп риска ВИЧ-инфекции, в том числе для пациентов с ТБ; это особенно важно в условиях, где эпидемия ВИЧ-инфекции способствует распространению эпидемии ТБ. Доступность презервативов в учреждении – простой способ оценки; он дает определенное представление о приверженности профилактике ВИЧ-инфекции среди пациентов ТБ на уровне учреждения. Отсутствие бесплатных презервативов может указывать на плохую организацию их распределения на местном или на национальном уровне, либо на недостаточную приверженность персонала учреждения с максимальной пользой использовать возможность профилактики ВИЧ-инфекции. Однако индикатор не информирует о причинах недоступности презервативов; для выявления причин могут понадобиться дальнейшие исследования. Доступность презервативов в учреждении не дает никаких указаний на то, сколько их распределено, используются ли презервативы правильно и сколько случаев заражения ВИЧ-инфекцией удалось предотвратить. Индикатор не дает никакой информации о способности работников здравоохранения побуждать пациентов с ТБ к использованию безопасных сексуальных практик или к ограничению других видов рискованного поведения.
Ответственность	НПТ
Инструменты измерения	Ведомость результатов проверки учреждения

**Примечание:** Возможно, в определенных условиях целесообразно разработать дополнительные индикаторы (используя вышеуказанный индикатор в качестве стандарта) для оценки других вмешательств по профилактике ВИЧ-инфекции в противотуберкулезных службах; например, там, где потребление инъекционных наркотиков является широко распространенным способом передачи ВИЧ, такой индикатор может быть полезен для оценки предоставления услуг по обмену игл и шприцев в противотуберкулезных службах.

### С.3 Профилактика котримоксазолом в период лечения ТБ

<b>Индикатор С.3.1</b> <b>Доля ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, получающих профилактику котримоксазолом</b>	
Определение	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, начавших или продолжающих начатое ранее профилактическое лечение котримоксазолом (ПЛК) во время лечения ТБ, выраженное как доля от числа всех ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, начавших или продолжающих начатое ранее ПЛК во время прохождения ими лечения ТБ.
Знаменатель	Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода,

Цель	Мониторинг приверженности и потенциала программ по предоставлению ПЛК ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ. Для проведения программ важно знать, какая доля ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ получает это лечение, которое может сохранить жизнь.
Методология	Числитель должен включать пациентов с ТБ, которые могли быть идентифицированы как ВИЧ-инфицированные и которые начали ПЛК до того, как им был поставлен диагноз ТБ. Для того чтобы включить ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, расчет и регистрацию числителя нужно проводить к моменту окончания лечения. Эти данные сообщаются вместе с ежеквартальными когортными данными о результатах лечения. Использование в определении поясняющего уточнения – пациенты должны получить хотя бы одну дозу котримоксазола – необходимо для выявления всех пациентов, кто прошел оценку и начал лечение. Это не означает, что одной дозы котримоксазола достаточно.
Периодичность	Данные для этого индикатора должны собираться постоянно, сообщаться и анализироваться ежеквартально к моменту окончания лечения ТБ вместе с результатами лечения. Кроме того, страны могут захотеть сообщать о предоставлении ПЛК в рамках ежеквартальных отчетов о выявлении случаев. Хотя при этом вряд ли будет возможно получить данные обо всех тех, кто прошел курс ПЛК.
Преимущества и недостатки	ПЛК снижает заболеваемость и смертность среди ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ. Этот индикатор оценивает возможности противотуберкулезных служб предоставить ПЛК ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ. Он не дает информации о том, когда в процессе лечения ТБ начато ПЛК, или о соблюдении режима приема котримоксазола. НПТ могут также выбрать сообщение о соблюдении режима приема котримоксазола, хотя это считается менее важным для программ, чем лечение ТБ. На уровень охвата ПЛК будет влиять доступность препарата и приверженность работников здравоохранения предоставлению ПЛК ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ.
Ответственность	НПТ
Инструменты измерения	Данные для числителя и знаменателя извлекаются из журналов по ТБ. Они должны быть суммированы в ежеквартальных отчетах по результатам лечения ТБ. Страны также могут сообщать о предоставлении ПЛК ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ в ежеквартальных отчетах о выявлении случаев.

#### С.4 Доступ к помощи и поддержке при ВИЧ-инфекции в период лечения ТБ

<b>Индикатор С.4.1</b> <b>Доля ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в период лечения ТБ</b>	
Определение	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в период лечения ТБ, выраженное как доля от общего числа ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, которые были включены в программу помощи при ВИЧ-инфекции в период лечения ТБ.

Знаменатель	Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.
Цель	Этот индикатор процесса оценивает приверженность и потенциал, имеющийся у противотуберкулезных служб для обеспечения того, чтобы ВИЧ-инфицированные пациенты с ТБ имели доступ к помощи и поддержке при ВИЧ-инфекции.
Методология	Регистрационные номера пациентов “до АРТ” и “АРТ” из журналов по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции заносятся в медицинские карты пациентов с использованием форм регистрации и сообщения случаев ТБ последнего пересмотра. <sup>33</sup> Достаточно просто для программ одновременно регистрировать эти данные в видоизмененном журнале по ТБ, используя метку. Если журнал по ТБ видоизменен таким образом, числителем для этого индикатора будет число пациентов с ТБ, которые зарегистрированы как получающие помощь при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода. Знаменателем будет число пациентов с ТБ с документально подтвержденной ВИЧ-инфекцией. Диагноз ВИЧ-инфекции может быть поставлен в любой период лечения ТБ; необходимость направления в специальные службы также может возникнуть в любой момент прохождения лечения. Поэтому важно, чтобы информация по этому индикатору собиралась и сообщалась к моменту окончания лечения вместе с ежеквартальными данными о результатах лечения в этой когорте. Данные можно собирать для единого индикатора, такого, например, как число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, направленных в любую службу помощи/поддержки при ВИЧ-инфекции во время получения ими лечения ТБ.
Периодичность	Данные собираются регулярно и сообщаются вместе с ежеквартальными когортными данными о результатах лечения.
Преимущества и недостатки	В учреждениях, где поощряют прохождение пациентами с ТБ теста на ВИЧ, могут быть выявлены новые случаи ВИЧ-инфекции. Важно, чтобы кроме соответствующего послетестового консультирования, пациенты с вновь диагностированной ВИЧ-инфекцией имели доступ к полному комплексу услуг по оказанию помощи и поддержки, который предоставляется людям, живущим с ВИЧ, как это предусматривает стратегия борьбы с ВИЧ-инфекцией на местном и национальном уровнях. Цель этого индикатора – обеспечить, чтобы работники противотуберкулезных служб проводили мониторинг непрерывности оказания помощи ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ. Этот индикатор отражает только первый этап в системе направления - включение пациентов, и не дает информацию о том, обращаются ли они в соответствующую службу и получают ли надлежащую помощь и поддержку, если обращаются. Низкие показатели включения могут указывать на недостаточное число служб в некоторых регионах или на недостаточное содействие персонала противотуберкулезных служб. При полноценной интеграции услуг по ВИЧ-инфекции и ТБ в одном месте это легко зафиксировать.
Ответственность	НПТ
Инструменты измерения	Видоизмененный журнал по ТБ

<sup>33</sup> Revised TB recording and reporting forms and registers – version 2006. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373; available at: [www.who.int/tb/dots/r\\_and\\_r\\_forms/en/index.html](http://www.who.int/tb/dots/r_and_r_forms/en/index.html)).

**С.5 Доступ к антиретровирусной терапии**

<p><b>Индикатор С.5.1</b>  <b>Доля зарегистрированных ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, получающих АРТ во время лечения ТБ</b></p>	
Определение	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, начавших или продолжающих начатую ранее АРТ во время прохождения ими лечения ТБ, выраженное как доля от числа всех ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.
Числитель	Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, которые получают АРТ (начавших или продолжающих ранее начатую).
Знаменатель	Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.
Цель	Индикатор результатов предназначен для оценки приверженности и потенциала противотуберкулезных служб, необходимых для того, чтобы обеспечить всем ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ доступ к АРТ.
Методология	Данные для этого индикатора можно найти в журнале по ТБ. Данные должны сообщаться после завершения лечения ТБ, чтобы включить всех пациентов с ТБ, начавших АРТ в любой момент получения ими лечения ТБ. В учреждениях, откуда пациенты с ТБ направляются в службы помощи при ВИЧ-инфекции или в другие службы предоставления помощи, должна быть создана система, обеспечивающая информирование программ по борьбе с ТБ о результатах направления (начали АРТ пациенты с ТБ или нет). Эта информация регистрируется в видоизмененном журнале по ТБ. Это важно не только для программ, но и для предоставления помощи конкретному пациенту. Необходимо, чтобы персонал программ по борьбе с ТБ был информирован о том, что пациент с ТБ начал АРТ; это позволит оказывать пациенту надлежащую помощь при появлении побочных эффектов или проблем, связанных с взаимодействием лекарственных препаратов. Пациенты с ТБ могут начать АРТ в любой момент в процессе лечения ТБ. Начало АРТ может быть отсрочено при несвоевременном проведении тестирования на ВИЧ или с целью снижения риска лекарственного взаимодействия, которое может возникать на фоне интенсивной фазы лечения ТБ. Необходимо использовать такие методы сбора данных, которые позволяют получить данные по АРТ, начатой в любой момент проведения лечения ТБ.
Периодичность	Данные собираются постоянно и сообщаются вместе с данными ежеквартального отчета по результатам лечения.

<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>АРТ значительно улучшает качество жизни, снижает заболеваемость и смертность и повышает выживаемость людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции или СПИДом. ВИЧ-инфицированные пациенты с ТБ являются одной из самых больших групп пациентов, которые уже контактируют с медицинскими службами, и у которых имеется возможность использовать преимущества АРТ; это определяет необходимость прилагать усилия по выявлению и лечению тех, кто соответствует критериям назначения АРТ.</p> <p>Этот индикатор оценивает, насколько АРТ стала компонентом пакета помощи, который предлагается ВИЧ-инфицированным пациентам с ТБ. Он также позволяет оценить доступность АРТ для ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ; наличие АРВ-препаратов и уровень внимания, которое персонал уделяет вопросам, связанным с АРТ, в процессе обычного предоставления помощи; и, кроме того, насколько успешно действуют службы ТБ и АРТ, осуществляя направление, ведение и отслеживание зарегистрированных пациентов с ТБ, соответствующих критериям назначения АРТ (то есть, насколько эффективен процесс направления). Индикатор не оценивает, получают ли пациенты надлежащее лечение с использованием соответствующей схемы, в какой момент времени в процессе лечения ТБ пациенты начинают АРТ, их приверженность соблюдению режима лечения или качество мониторинга или последующего наблюдения. Он также не позволяет оценить воздействие АРТ среди пациентов, которые ее получают.</p> <p>Ожидаемые значения индикатора могут быть разными и зависеть от национальных критериев назначения АРТ, а также от того, доступно ли проведение подсчета CD4. При невозможности подсчета CD4 можно ожидать, что большинство ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ должны начать АРТ, за исключением тех, кто отказался, или тех, кто по каким-либо причинам не соответствовал критериям начала АРТ. Результаты, полученные при сопоставлении данных между странами и внутри стран с использованием этого индикатора, следует интерпретировать с осторожностью.</p>
<p>Ответственность</p>	<p>НТП</p>
<p>Инструменты измерения</p>	<p>Данные для числителя и знаменателя берутся из журналов по ТБ и должны суммироваться в ежеквартальных отчетах по результатам лечения ТБ. Страны также могут сообщать данные о предоставлении АРТ в ежеквартальных отчетах по выявлению случаев.</p>

## 6. Разбивка данных для индикатора по возрасту и полу

### Обоснование

---

На протяжении многих лет дети с ТБ исключались из рутинного процесса регистрации и сообщения, поэтому мало известно о бремени ТБ в период детства на национальном и международном уровнях. Обычно дети заражаются ТБ от своих родителей, чаще от матери. В странах с тяжелым бременем ВИЧ-инфекции, растет бремя ТБ среди ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста, и это, в свою очередь, повышает риск ТБ и ВИЧ-инфекции у детей. Дети составляют примерно 10-15% ежегодного числа случаев ТБ. В ответ на значительное бремя ТБ последние рекомендации ВОЗ предусматривают необходимость сообщения о случаях ТБ у детей в рамках НПТ, предпочтительно по двум возрастным группам: до 5 лет и 5-14 лет.

Заболеваемость ТБ среди ВИЧ-инфицированных детей в 20 раз выше, чем среди детей, не инфицированных ВИЧ, а коинфекция ТБ/ВИЧ ассоциируется с высоким уровнем заболеваемости и смертности. Совместные действия, направленные на снижение бремени ТБ среди ВИЧ-инфицированных детей и лечение детей с коинфекцией ТБ, аналогичны действиям, которые предпринимаются в отношении взрослых. Тем не менее для мониторинга подобных совместных действий важна разбивка данных по детской (0-14 лет) и взрослой возрастным группам. Во-первых, это соответствует последним рекомендациям ВОЗ для НПТ.<sup>34</sup> Во-вторых, для взрослых и детей существуют отличия, касающиеся консультирования и тестирования на ВИЧ, применения и дозировок котримоксазола и изониазида, а также лечения АРВ-препаратами. Следовательно, рациональное планирование логистики и снабжения лекарственными препаратами и другими товарами медицинского назначения требует разбивки данных по возрастным группам. Кроме того, ТБ, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, все чаще регистрируется у женщин. Это приобретает такие масштабы, что некоторые страны Африки сообщают в ВОЗ о том, что на долю этих женщин приходится все больше новых случаев ТБ с положительным мазком мокроты. Мониторинг такой “феминизации” эпидемии ТБ важен в контексте эпидемии ВИЧ-инфекции.

### Рекомендация

---

При любой возможности все индикаторы, относящиеся к совместным действиям по ТБ/ВИЧ, должны быть разбиты по возрастным группам – взрослые и дети (0-14 лет), и по полу (мужчины и женщины).

---

<sup>34</sup> *Revised TB recording and reporting forms and registers – version 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373; available at: [www.who.int/tb/dots/r\\_and\\_r\\_forms/en/index.html](http://www.who.int/tb/dots/r_and_r_forms/en/index.html)).

## 7. Приоритетность индикаторов

Сегодня многие страны приходят к согласованию индикаторов здравоохранения в рамках интегрированной информационной системы управления здравоохранением (ИИСУЗ). Как правило, для включения в национальную информационную систему могут рассматриваться только один или два индикатора по ТБ и ВИЧ-инфекции; индикаторы, перечисленные в таблице 3, рекомендуются в качестве приоритетных.

**Таблица 3. Приоритетные индикаторы для ИИСУЗ**

Индикатор	Обоснование выбора индикатора
<p><b>Индикатор В.1.2.1</b></p> <p>Предоставление лечения ТБ людям, живущим с ВИЧ, в рамках оказания помощи при ВИЧ-инфекции</p>	<p>Это самый важный индикатор, поскольку ТБ, не диагностированный в службах оказания помощи при ВИЧ-инфекции, неизменно приводит к смерти. Кроме того, своевременное выявление и лечение ТБ помогает использовать меры по контролю инфекции среди родителей, членов семьи, других пациентов и работников здравоохранения. Особое внимание к оценке тенденций, наблюдающихся при определении бремени ТБ среди пациентов, зарегистрированных в службах помощи при ВИЧ-инфекции, позволит обеспечить прохождение скрининга на ТБ всеми пациентами, наблюдающимися в этих службах.</p>
<p><b>Индикатор С.1</b></p> <p>Тестирование на ВИЧ среди пациентов с ТБ</p>	<p>Этот индикатор определяет получение доступа к профилактике ВИЧ-инфекции и предоставлению АРТ для снижения передачи ВИЧ, заболеваемости и смертности. Кроме того, этот индикатор обеспечивает раннее предупреждение о надвигающейся эпидемии ВИЧ-инфекции и показывает уровень бремени ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ.</p>
<p><b>Индикатор С.5.1</b></p> <p>АРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ</p>	<p>Этот индикатор оценивает доступность услуг по лечению и ТБ и ВИЧ-инфекции. Службы, расположенные в одном и том же месте или тесно связанные друг с другом, будут обеспечивать более высокий уровень использования АРТ среди пациентов с ТБ, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция.</p>

## 8. Индикаторы обеспечения качества услуг при ТБ и ВИЧ-инфекции

Все чаще требуются индикаторы для оценки качества услуг здравоохранения, которые предоставляются на индивидуальном и популяционном уровнях. Эти индикаторы должны показывать, что имеется повышение удовлетворенности пользователей услуг, а принятие решений в области общественного здравоохранения гарантирует улучшение качества услуг на индивидуальном и популяционном уровнях.

В соответствии с рекомендациями, представленными в этом руководстве, ключевые индикаторы улучшения качества должны включать представленные ниже индикаторы; все они оценивают качество помощи, которую получают пациенты с ТБ/ВИЧ:

### **Индикатор В.1.1**

Оценка ТБ-статуса у людей, живущих с ВИЧ

### **Индикатор В.1.2.1**

Лечение ТБ у людей, живущих с ВИЧ

### **Индикатор С.1**

Тестирование на ВИЧ пациентов с ТБ

### **Индикатор С.5.1**

АРТ у пациентов с ТБ и ВИЧ-инфекцией

## Дополнительные информационные ресурсы

*Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Руководящие принципы разработки ключевых показателей: отчетность за 2010 г.* Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2007 г. (UNAIDS/09.10E / JC1676E).

[http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/2009\\_ungasscoreindicators2009\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/2009_ungasscoreindicators2009_ru.pdf)

*Monitoring and evaluation toolkit: HIV, tuberculosis and malaria and health systems strengthening. Part 1: The M&E system and Global Fund M&E requirements*, 3rd ed. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009 (available at: [www.theglobalfund.org/documents/me/M\\_E\\_Toolkit.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/me/M_E_Toolkit.pdf)).

*Revised TB recording and reporting forms and registers – version 2006.* Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373; available at: [www.who.int/tb/dots/r\\_and\\_r\\_forms/en/index.html](http://www.who.int/tb/dots/r_and_r_forms/en/index.html)).

WHO HIV/AIDS Monitoring and evaluation publications: <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/>

Millennium goals and targets: <http://www.undp.org/mdg/basics.shtml>

MEASURE Evaluation web site: [www.cpc.unc.edu/measure/publications/](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/)

PEPFAR Strategic Information/Monitoring and Evaluation Field Office web site: [www.globalhivevaluation.org/](http://www.globalhivevaluation.org/)

*The use of indicators for communicable disease control at district level.* Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/TB/2001.289; available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_CDS\\_TB\\_2001.289.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.289.pdf)).

Rehle T et al., eds. *Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries: handbook for program managers and decision makers.* Arlington, VA, Family Health International, 2001.

*Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.339; WHO/HIV/2004.06; UNAIDS/04.30E).

PEPFAR Next Generation Indicators Reference Guide, version 2.1 (available at <http://www.pepfar.gov/guidance/indicator/index.htm>; accessed May 2009).

GLOSSARY OF M&E TERMS Prepared by the Evaluation Technical Working Group of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Monitoring and Evaluation Reference Group June 2008.

<http://www.globalhivmeinfo.org/DigitalLibrary/Digital Library/Glossary of Monitoring and Evaluation Terms.doc>

## Приложение 1 Краткий обзор и обоснование мониторинга и оценки

### Мониторинг и оценка: что это такое и почему это важно?

МиО играют важную роль в управлении программами, которые проводятся в области здравоохранения. Они позволяют убедиться, что ресурсы, вложенные в программу, используются, услуги становятся доступными, мероприятия проводятся своевременно, а ожидаемые результаты будут достигнуты. Эта функция управления способствует более эффективному и результативному использованию человеческих и финансовых ресурсов с целью достижения максимальной пользы для здоровья обслуживаемого населения, что особенно актуально для районов с ограниченными ресурсами.

**Мониторинг** представляет собой **рутинное** отслеживание повседневной работы служб и программ. При этом используется входящая, полученная в процессе и выходящая информация; ее собирают на регулярной и постоянной основе, опираясь на стратегические руководства, обычные регистрационные записи, данные регулярной отчетности и данные систем эпиднадзора, а также на данные отдельных наблюдений за работой учреждений здравоохранения и опросных обследований клиентов. Полученная информация используется для оценки того, насколько проводимая политика или программа позволяет своевременно достичь намеченных ими целей. В хорошо организованной системе МиО мониторинг играет важную роль для проведения оценки.

**Оценка** представляет собой **эпизодическую** оценку результатов, которые могут быть связаны с работой программ; при ее проведении используются данные мониторинга, а также во многих случаях показатели, которые невозможно собрать с помощью обычных информационных систем. Оценка позволяет выявить причины неудач в достижении намеченных результатов к установленному сроку и внести необходимые корректировки в мероприятия по ходу выполнения программы. В **процессе оценки** определяется прогресс в осуществлении программы и охват. Оценка **конечных результатов** и **воздействия** измеряет влияние мероприятий программы на целевую популяцию.

МиО обычно планируются и проводятся персоналом программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией или персоналом общей лечебно-профилактической службы, но в некоторых случаях, особенно для проведения оценки и обзора самой программы, привлекаются внешние консультанты или эксперты.

### Логическая рамка мониторинга и оценки

Элементы МиО, описанные выше, сведены в логическую рамку, которая является основой общего плана по МиО. Рамка дает наглядное представление о том, как элементы программы сочетаются друг с другом. Рамка, которая чаще всего используется для выбора индикаторов МиО: вклад-процесс-промежуточный результат-конечный результат-воздействие, представлена на рис. А1.1.

Для достижения целей программы или проекта такой **вклад**, как финансовые ресурсы, время персонала и политические меры, должен привести к таким **промежуточным результатам**, как создание запасов лекарственных средств и системы поставок, организация новых или совершенствование имеющихся услуг и подготовка обученного персонала. Эти промежуточные результаты часто достигаются с помощью конкретных **процессов**, таких, например, как обучение персонала, которые являются ключевыми действиями, направленными на достижение промежуточных результатов. Если использование этих промежуточных результатов хорошо спланировано и охватывает все группы населения, на которых они рассчитаны, программа или проект могут иметь положительное краткосрочное влияние или **конечные результаты**, такие, например, как увеличение числа людей, живущих с ВИЧ, которые прошли скрининг на симптомы ТБ, или числа пациентов с ТБ, которые прошли тестирование на ВИЧ. Эти краткосрочные конечные результаты должны привести к долгосрочному **воздействию** программ, выражающемуся в уменьшении числа новых случаев ТБ или ВИЧ-инфекции. (Более подробные определения даны в глоссарии на стр...)

**Рисунок А1.1 Логическая рамка мониторинга и оценки**



МиО дают возможность показать влияние программных мероприятий и ресурсов на достижение программных целей, обеспечивая управленцев и разработчиков политики на всех уровнях соответствующей информацией для действий, к которым относятся: формулирование политики, выбор приоритетов, стратегическое планирование, составление планов по конкретным действиям и внедрению программ и проектов, а также по распределению и перераспределению ресурсов. Часто результатом МиО является большой объем информации самого разного качества. Информация должна быть тщательно отобрана для соответствия поставленной задаче; она должна быть проанализирована и изложена доступно, понятно, последовательно и логично для представления любой аудитории – от политиков до широкой публики. Широкое распространение соответствующих результатов МиО может способствовать прозрачности и подотчетности, а также содействовать образовательной культуре благодаря внедрению и распространению передового опыта. Это особенно важно для новой стратегии, опыт применения которой ограничен.

**Этапы разработки плана по МиО**

1. Определение целей и задач программы
2. Разработка рамки МиО
3. Определение и выбор соответствующих индикаторов
4. Определение источников и методов сбора данных
5. Разработка плана по осуществлению МиО

Независимые системы МиО, которые используются для контроля программ по борьбе с ТБ и ВИЧ/СПИДом, не позволяют адекватно охватить совместные действия по борьбе с этими инфекциями или могут привести к дублированию усилий, противоречащим друг другу требованиям по сбору данных и трудностям в оценке эффективности совместной деятельности в целом. Для обеспечения эффективного проведения МиО совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ необходим консенсус между обеими программами в отношении требований к сбору данных, описаний индикаторов и распределения ответственности. Использование основной группы простых индикаторов, в том числе индикаторов, являющихся триггерами действий, крайне важно для эффективности совместной работы программ.

## Индикаторы

Индикатор является переменной, используемой для оценки прогресса в реализации поставленных целей, задач и целевых показателей программ; это позволяет руководителям оценить прогресс в достижении контрольных ориентиров. Это также позволяет дать конкретную оценку выполнению программ, которое отслеживается во времени системой мониторинга. Само по себе значение индикатора обычно имеет ограниченное применение. Однако неожиданные значения или изменения в значении индикатора указывают на необходимость дальнейших исследований.

Выбор индикаторов и целевых показателей обычно происходит при планировании программы. Выбор индикаторов будет зависеть от предлагаемых услуг и возможностей программ по проведению МиО. В таблице А1.1 дан список стандартных критериев отбора для оценки обоснованности конкретных индикаторов.

**Таблица А1.1 Критерии для отбора индикаторов<sup>а</sup>**

<b>Достоверность</b>	Индикаторы должны измерять состояние или событие, для измерения которых они предназначены
<b>Надежность</b>	Индикаторы должны давать объективную оценку и одни и те же результаты при использовании больше одного раза для измерения одного и того же состояния или события при прочих равных условиях (например при использовании одних и тех же методов/механизмов/инструментов)
<b>Специфичность</b>	Индикаторы должны измерять только состояния или события, для измерения которых они предназначены
<b>Чувствительность</b>	Индикаторы должны отражать изменения в характере состояния или события, которые находятся под наблюдением
<b>Оперативность</b>	Индикаторы должны быть соизмеримы с определениями, разработанными и апробированными на программном уровне и с контрольными нормативными значениями
<b>Финансовая доступность</b>	Затраты по оценке индикаторов должны быть разумными
<b>Осуществимость</b>	Должна существовать возможность проведения сбора предложенных данных в обычных условиях проведения программ
<b>Измеримость</b>	Индикаторы можно объективно измерить
<b>Сравнимость</b>	Индикаторы должны быть сравнимы во времени и в различных географических областях

<sup>а</sup> Адаптировано из *Development and health programme evaluation: report by the Director1general*. Geneva, World Health Organization, 1978 (document A31/10).

## Приложение 2 Контрольный перечень для составления профиля страны и ситуационного анализа

### ***Специфическая информация по заболеванию***

- Бремя ВИЧ-инфекции
- Бремя ТБ
- Охват программой ДОТС
- Ведение случая ТБ и результаты
- Охват АРТ

### ***Оценка механизмов совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ***

- Наличие национальной политики в области ТБ и ВИЧ-инфекции, адресованной связям между ТБ и ВИЧ-инфекцией.
- Наличие координационного органа по совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ, эффективного на всех уровнях.
- Совместное планирование на национальном уровне для проведения совместных мероприятий НПТ и НПВС по ТБ/ВИЧ.
- Наличие материалов по ИОК, общих для ТБ/ВИЧ, в службах ТБ и ВИЧ-инфекции.
- Наличие интегрированной общенациональной системы МиО для совместной деятельности в области ТБ/ВИЧ, которая предоставляет информацию для ежегодных циклов планирования НПТ и НПВС и их среднесрочных планов (3-5 лет).

### ***Оценка существующих в стране систем надзора и мониторинга***

- Система эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди пациентов с ТБ:
  - тестирование на ВИЧ в обычном порядке;
  - надзорный эпиднадзор;
  - периодические специальные обследования.
- Система мониторинга заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.
- Система связи между базами данных по отчетности по ВИЧ-инфекции и ТБ.

### ***Географический охват совместной деятельностью по борьбе с ТБ/ВИЧ***

- Действия по снижению бремени ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.
- Доступность тестирования на ВИЧ и консультирования в центрах по диагностике и лечению ТБ.
- Действия по снижению бремени ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ.
- Услуги для тех, кто обращается за тестированием на ВИЧ и консультированием или за помощью и поддержкой при ВИЧ-инфекции.
- Полный комплект совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ.

### ***Обзор заинтересованных кругов, участвующих в деятельности по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией***

- Финансирование действий по борьбе с ТБ/ВИЧ.

Индикатор и определение	Что измеряется	Источники данных	Уровень	Периодичность
<p><b>Индикатор В.1.1</b> Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита в течение отчетного периода, выраженное как доля от всех взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и обратившихся за помощью в течение отчетного периода.</p>	<p><i>Числитель:</i> Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита в течение отчетного периода. <i>Общее число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, обратившихся за помощью в течение отчетного периода.</i></p>	<p>Журналы по предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции; журналы "до АРТ" и "АРТ" (оба)</p>	<p>Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения</p>	<p>Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты</p>
<p><b>Индикатор В.1.2.1</b> Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали лечение ТБ, выраженное как доля от числа взрослых и детей, включенных в программу помощи при ТБ в течение отчетного периода.</p>	<p><i>Числитель:</i> Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали лечение ТБ в течение отчетного периода. <i>Знаменатель:</i> Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, в течение отчетного периода.</p>	<p>Журналы по предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции; журналы "до АРТ" и "АРТ" (оба)</p>	<p>Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения</p>	<p>Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты</p>
<p><b>Индикатор В.1.2.2</b> Процент оценочного числа пациентов с вновь диагностированным ТБ, которые получили лечение ТБ и ВИЧ-инфекции</p>	<p><i>Числитель:</i> Число взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, которые получили комбинированную АРТ в соответствии с принятым на национальном уровне протоколом лечения (или в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) и которые начали лечение ТБ (в соответствии с рекомендациями национальной программы по борьбе с ТБ) в течение отчетного года. <i>Знаменатель:</i> Оценочное число пациентов с вновь диагностированным ТБ среди людей, живущих с ВИЧ</p>	<p>Журналы по предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции; журналы "АРТ"</p>	<p>Национальный</p>	<p>Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты</p>
<p><b>Индикатор В.2.1</b> Число взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали лечение латентного ТБ - профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ), выраженное как доля от общего числа взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода.</p>	<p><i>Числитель:</i> Общее число взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали ПЛИ (получили хотя бы одну дозу изониазида) в течение отчетного периода. <i>Знаменатель:</i> Общее число взрослых и детей, вновь включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода.</p>	<p>Журнал "до АРТ" (Все вновь включенные должны быть зарегистрированы в журналах "до АРТ".) Непосредственная регистрация в журналах "АРТ" может быть частью процесса адаптации индикатора в стране</p>	<p>Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения</p>	<p>Ежегодно</p>
<p><b>Индикатор В.3.1</b> Число учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги людям, живущим с ВИЧ, в которых используются наглядные методы инфекционного контроля, включая контроль ТБ, выраженное как доля от общего числа учреждений здравоохранения, прошедших оценку.</p>	<p><i>Числитель:</i> Число учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги людям, живущим с ВИЧ, в которых используются наглядные, соответствующие международным руководствам методы инфекционного контроля, включая контроль ТБ. <i>Знаменатель:</i> Общее число учреждений здравоохранения, прошедших оценку (также следует дать общее число по каждому типу учреждений в стране для того, чтобы показать долю прошедших оценку).</p>	<p>Посещения учреждений как часть регулярных проверок или внешний обзор</p>	<p>Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения</p>	<p>Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты</p>
<p><b>Индикатор В.3.2</b> Число работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь людям, живущим с ВИЧ, и у которых развился ТБ в течение одного года, выраженное как доля от общего числа работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь людям, живущим с ВИЧ, в том же году.</p>	<p><i>Числитель:</i> Число работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции, и у которых развился ТБ в течение одного года. <i>Знаменатель:</i> Число работников здравоохранения, которые заняты в учреждениях, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции, в течение того же года</p>	<p>Посещения учреждений как часть регулярных проверок или внешний обзор</p>	<p>Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения</p>	<p>Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты</p>

Индикатор и определение	Что измеряется	Источники данных	Уровень	Периодичность
<b>Индикатор С.1.1</b> Процент пациентов с ТБ, у которых имеются результаты теста <sup>a</sup> на ВИЧ, зарегистрированные в журнале по ТБ.	<i>Числитель:</i> Число пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, у которых имеются результаты теста на ВИЧ, зарегистрированные в журнале по ТБ. <i>Знаменатель:</i> Общее число пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.	Журнал по ТБ	Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения	Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты
<b>Индикатор С.1.2.1</b> Число зарегистрированных пациентов с ТБ с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом, выраженное как доля от общего числа всех зарегистрированных пациентов с ТБ с документально подтвержденным ВИЧ-статусом, в течение отчетного периода.	<i>Числитель:</i> Общее число всех пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом. <i>Знаменатель:</i> Общее число пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, с документально подтвержденным ВИЧ-статусом.	Журнал по ТБ	Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения	Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты
<b>Индикатор С.1.2.2</b> Число пациентов с ТБ, у которых документально подтвержденный ВИЧ-статус зарегистрирован в журнале как ВИЧ-положительный, выраженное как доля от оценочного числа ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ по стране за каждый год.	<i>Числитель:</i> Общее число всех пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, с документально подтвержденным положительным ВИЧ-статусом. <i>Знаменатель:</i> Оценочное число всех новых случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.	Данные для числителя из журнала по ТБ Данные для знаменателя из опубликованных оценок ВОЗ (Глобальный доклад о борьбе с ТБ)	Национальный	Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты
<b>Индикатор С.2.1</b> Число противотуберкулезных служб, где осуществляется бесплатное расширение презервативов, и они имеются в наличии, выраженное как доля от общего числа противотуберкулезных служб.	<i>Числитель:</i> Общее число противотуберкулезных служб (любое из учреждений здравоохранения, в которых обслуживаются пациенты с ТБ), где бесплатные презервативы доступны (имеются в наличии) и их можно легко получить. <i>Знаменатель:</i> Общее число противотуберкулезных служб, в которых проводилась оценка. (Также приведите общее число служб ТБ в стране для определения доли прошедших оценку).	Посещения учреждений как часть регулярных проверок или внешний обзор	Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения	Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты
<b>Индикатор С.3.1</b> Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, начавших или продолжающих лечение раньше профилактического лечения котримоксазолом (ПЛК) во время лечения ТБ, выраженное как доля от числа всех ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.	<i>Числитель:</i> Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, начавших или продолжающих лечение ранее ПЛК во время прохождения ими лечения ТБ. <i>Знаменатель:</i> Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.	Журнал по ТБ	Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения	Непрерывный сбор данных; ежеквартальные отчеты
<b>Индикатор С.4.1</b> Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в период лечения ТБ, выраженное как доля от общего числа ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ.	<i>Числитель:</i> Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, которые были включены в программу помощи при ВИЧ-инфекции в период лечения ТБ. <i>Знаменатель:</i> Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.	Журнал по ТБ	Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения	Ежегодно
<b>Индикатор С.5.1</b> Число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, начавших или продолжающих лечение ранее АРТ во время прохождения ими лечения ТБ, выраженное как доля от числа всех ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.	<i>Числитель:</i> Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода, получающих АРТ (начавших или продолжающих ранее начатую). <i>Знаменатель:</i> Общее число ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, зарегистрированных в течение отчетного периода.	Журнал по ТБ	Национальный, региональный, районный, на уровне учреждения	Ежегодно

<sup>a</sup> Сюда необходимо включать пациентов с ТБ с ранее известным положительным ВИЧ-статусом (документально подтвержденное включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции) или с отрицательными результатами тестирования на ВИЧ, полученными во время предыдущего тестирования, приемлемые для врача (например, получены в последние 3-6 месяцев в надежной лаборатории).



**Всемирная  
организация здравоохранения**

Для получения дополнительной информации просим обращаться:

World Health Organization

20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland

Stop TB Department

E-mail [tbdocs@who.int](mailto:tbdocs@who.int)

Web: <http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html>

Department of HIV/AIDS

E-mail [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)

Web: <http://www.who.int/hiv/pub/en/>

