

ВЫЯВЛЕНИЕ
ПРОБЛЕМЫ



УКРЕПЛЕНИЕ
СПОСОБНОСТИ
СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К
РЕАГИРОВАНИЮ



РАБОТА В
ПАРТНЕРСТВЕ



РАЗРАБОТКА НОВЫХ
ИНСТРУМЕНТОВ



МОБИЛИЗАЦИЯ
РЕСУРСОВ



МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА
ВОЗДЕЙСТВИЯ



ПРИМЕРЫ НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОБЛАСТИ УКРЕПЛЕНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА



Всемирная организац
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Аннотация

В ответ на проблему высокого бремени туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) был подготовлен Комплексный план действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ на 2011-2015 гг. для всех 53 государств-членов, который был утвержден на шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. С целью улучшения обмена знаниями и навыками между странами и совершенствования подхода к общественному здравоохранению, Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляет сбор и распространение примеров надлежащих практик в области профилактики, контроля и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ в Регионе. Это второй сборник, объединяющий 45 примеров надлежащей практики в области укрепления систем здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения ТБ и лекарственно-устойчивого ТБ из 21 страны, включая 14 стран высокого приоритета по МЛУ-ТБ и стран с высокой и низкой заболеваемостью ТБ. Настоящий сборник дополняет заключительный доклад о реализации Комплексного плана действий на 2011-2015 гг. и может использоваться для расширения эффективных вмешательств в соответствии с новым Планом действий по борьбе с ТБ для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Настоящий сборник разрабатывался в качестве ресурса для ключевых сторон на всех уровнях систем здравоохранения.

Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE
EXTREMELY DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS – prevention and control
TUBERCULOSIS, MULTI-DRUG RESISTANT – prevention and control

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует отправлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Кроме того, запрос на документацию, информацию о здоровье и здравоохранении и на разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в режиме онлайн на веб-сайте Европейского регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISBN 978 92 890 5142 2

© Всемирная организация здравоохранения 2016 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, или их органов власти, либо относительно делиминации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных производителей 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 явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Изображения: © WHO.

Graphic Design and Production by Phoenix Design Aid A/S,
ISO 9001/ ISO 14001 certified and approved CO2 neutral company.

**ПРИМЕРЫ НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОБЛАСТИ
УКРЕПЛЕНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ
ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

оглавление

Сокращения и акронимы	iv
Вступление	vi
Предисловие	vii
Резюме	viii
Введение и предпосылки	1
Стратегическое управление и руководство	7
Азербайджан. Сделать так, чтобы голоса больных ТБ были услышаны	8
Кыргызстан. Совершенствование инфекционного контроля туберкулеза	10
Нидерланды и Турция. Роль НПО как движущей силы обеспечения устойчивой ответственности страны за борьбу с ТБ	12
Российская Федерация. Рабочая группа высокого уровня по ТБ	14
Российская Федерация. Комплексная реформа диагностики и лечения М/ШЛУ-ТБ в Воронежской области.	16
Таджикистан. Национальная коалиция с широким участием заинтересованных сторон для более эффективной борьбы с ТБ.	19
Узбекистан. Единый приказ: эффективная стратегия контроля М/ШЛУ-ТБ	21
Финансирование системы.	23
Армения. Реформы механизмов финансирования для укрепления стационарного и амбулаторного звеньев фтизиатрической помощи	24
Беларусь. Пилотное применение новой финансовой модели перераспределения средств, выделяемых на стационарную помощь, на амбулаторное лечение больных ТБ в удаленных районах Могилевской области	26
Кыргызстан. Изменение форм поддержки, предоставляемой больным МЛУ-ТБ	28
Республика Молдова. Формирование доказательной базы эффективности поощрений с точки зрения улучшения результатов в отношении здоровья	30
Нидерланды. Расчет стоимости лечения и контроля ТБ и М/ШЛУ-ТБ	32
Предоставление медицинских услуг	35
Азербайджан. Обеспечение преемственности лечения и оказания фтизиатрической помощи лицам, освобожденным из мест лишения свободы	36
Чешская Республика. Создание центрального отделения для лечения МЛУ-ТБ на кафедре респираторной медицины	38
Грузия. Транспортировка образцов мокроты услугами почты Грузии.	39
Грузия. Сотрудничество с Грузинской Православной Церковью с целью раннего выявления больных ТБ и обеспечения их приверженности лечению	41
Казахстан. Комплексный подход к оказанию помощи больным МЛУ-ТБ	42
Кыргызстан. Паллиативная помощь больным ЛУ-ТБ	44
Португалия. Аутрич-работа по борьбе с ТБ: местный опыт сотрудничества	46
Республика Молдова. Обеспечение доступа бездомных людей к надлежащим диагностике и лечению ТБ	48
Республика Молдова. Амбулаторное лечение МЛУ-ТБ	51

Российская Федерация. Комплексная реформа диагностики, лечения и ведения случаев М/ШЛУ-ТБ в Архангельской области . . . . .	.53
Таджикистан. Совершенствование выявления ТБ у женщин на уровне общин . . . . .	.55
Украина. Поддержка больных МЛУ-ТБ на амбулаторном этапе лечения . . . . .	.57
Украина. Ранее выявление ТБ в уязвимых группах населения . . . . .	.59
Украина. Лечение ТБ одновременно с проведением опиоидной заместительной терапии . . . . .	.60
Соединенное Королевство. Лондонская бригада расширенного отслеживания лиц, находившихся в контакте с больными ТБ .	.62

Кадровые ресурсы в здравоохранении 65

Азербайджан. Обучающий центр по профилактике и контролю ТБ в тюрьмах . . . . .	.66
Азербайджан. Лечение на дому и поддержка больных МЛУ-ТБ с целью повышения их приверженности лечению . . . . .	.68
Беларусь. Консилиум по ЛУ-ТБ . . . . .	.70
Эстония. Проект TUBIDU: расширение прав и возможностей систем общественного здравоохранения и гражданского общества для борьбы с эпидемией ТБ в уязвимых группах населения – удовлетворение потребностей людей, употребляющих инъекционные наркотики . . . . .	.72
Венгрия. Формирование экспертной группы для активного эпиднадзора за ТБ . . . . .	.74
Сербия. Наращивание кадрового потенциала для амбулаторного лечения больных М/ШЛУ-ТБ . . . . .	.76
Словакия. Удовлетворение потребностей самых уязвимых и труднодоступных групп населения: пример сообщества рома . . . . .	.78
Узбекистан. Совершенствование образовательных процессов во фтизиатрической службе . . . . .	.80

Технологии здравоохранения и лекарственные препараты 83

Грузия. Внедрение новых препаратов для лечения ЛУ-ТБ в рамках программы ведения М/ШЛУ-ТБ . . . . .	.84
Латвия. Ускоренная диагностика и новые препараты: деламанид и бедаквилин для лечения МЛУ-ТБ . . . . .	.87
Узбекистан. Хирургическое лечение МЛУ-ТБ легких и плевры . . . . .	.89
Узбекистан. Использование методов ускоренной диагностики ТБ . . . . .	.91

Информация и информационные системы в здравоохранении 93

Беларусь. Внедрение государственного электронного регистра «Туберкулез» . . . . .	.94
Беларусь. Когортный мониторинг клинических явлений для оценки безопасности и эффективности линезолида в комбинированной терапии туберкулеза . . . . .	.96
Финляндия. Создание онлайн базы данных противотуберкулезных препаратов . . . . .	.98
Грузия. Внедрение электронной информационной системы для укрепления эпиднадзора за ТБ. . . . .	.99
Таджикистан. Совершенствование системы регистрации случаев за счет скрининга и использования инновационных подходов.	102
Соединенное Королевство. Консультативная служба по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью Британского торакального общества	104

Научные редакторы

Д-р Colleen Acosta

Эпидемиолог, Объединенная программа по борьбе с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и гепатитом, отдел инфекционных заболеваний и безопасности общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Д-р Masoud Dara

И.о. руководителя Программы по борьбе с туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, отдел инфекционных заболеваний и безопасности общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Margrieta Langins

Дипломированная медсестра и технический консультант, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Д-р Hans Kluge

Директор отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Специальный представитель регионального директора по вопросам М/ШЛУ-ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ

Выражение благодарности

Д-ру Andrei Dadu, д-ру Pierpaolo de Colombani, д-ру Soudeh Ehsani и д-ру Martin van den Boom из Объединенной программы по борьбе туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и гепатитом Европейского регионального бюро ВОЗ за экспертный вклад в подготовку сборника. Д-ру Nonna Turusbekova, временному советнику ВОЗ, за оказанную помощь в работе.

Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы поблагодарить руководителей национальных органов здравоохранения, представителей стран, а также национальных и международных экспертов из Европейского региона ВОЗ, внесших вклад и/или оказавших помощь в представлении примеров надлежащей практики в рамках данной инициативы.

Выражаем особую благодарность (в алфавитном порядке) за оценку технического аспекта представленных примеров надлежащей практики: д-ру Silviu Domente, аналитику систем здравоохранения, страновой офис ВОЗ, Грузия; Eva Nathanson, первому секретарю по вопросам общественного здравоохранения, посольство Швеции в Замбии; д-ру Bernd Rachel, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и Лондонская школа гигиены и тропической медицины; а также д-ру Viorel Soltan, директору Центра политики и исследований в области здравоохранения, Кишинев, Республика Молдова.

Сокращения и акронимы

БЦЖ	бацилла Кальметта-Герена
ДОТС	краткосрочный курс лечения под непосредственным наблюдением
ЛУ	лекарственная устойчивость
ЛЧ	лекарственная чувствительность
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
НПО	неправительственная организация
НПТ	национальная программа борьбы с туберкулезом
ТБ	туберкулез
ТЛЧ	тест на лекарственную чувствительность
ШЛУ	широкая лекарственная устойчивость
INTILISH	Республиканский информационно-образовательный центр (Узбекистан)
MSF БО	«Врачи без границ»
USAID	Агентство США по международному развитию



ВСТУПЛЕНИЕ

В продолжение работы, начатой с публикации документа «Сборник примеров передового опыта контроля и лечения М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ» в 2013 г., я рада представить второй сборник примеров надлежащей практики в области укрепления систем здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения туберкулеза (ТБ) и туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ). Оба сборника разрабатывались в качестве ресурсов для стабильного выполнения Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг.

Спустя четыре года после начала исполнения плана пора проанализировать достигнутые результаты и имеющиеся пробелы. Благодаря крепкой приверженности государств-членов и партнеров, включая организации гражданского общества, а также сильной поддержке со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ и его страновых офисов, заболеваемость туберкулезом в Регионе ежегодно снижалась на 6% – это самые быстрые темпы снижения среди всех шести регионах ВОЗ. В соответствии с европейской политикой Здоровье-2020 Европейское региональное бюро ВОЗ работало сообща с государствами-членами над укреплением их систем здравоохранения с целью внедрения и устойчивого оказания ориентированной на пациента противотуберкулезной помощи. Благодаря этому на сегодняшний день все больные МЛУ-ТБ в Регионе получают лечение, по сравнению с 63% в 2011 г. Кроме того, благодаря более качественному лечению и внедрению новых моделей оказания помощи, за последние четыре года стабилизировалась доля случаев МЛУ-ТБ среди ранее леченных больных.

Несмотря на ускорение прогресса, туберкулезом ежедневно по-прежнему заболевает 1000 человек, и выявляется лишь половина от расчетного числа всех случаев МЛУ-ТБ. МЛУ-ТБ накладывает серьезное бремя на пациентов и их семьи, т.к. длительность лечения составляет около двух лет, и оно имеет множество побочных эффектов. Лишение работы и прямая потеря производительности негативно влияют на экономику стран и благосостояние домохозяйств. Последние данные об исходах лечения больных МЛУ-ТБ аналогичны данным в других регионах ВОЗ: излечивается лишь половина больных. Поэтому наша основная задача заключается в обеспечении удовлетворительного исхода лечения для всех больных, чтобы обуздать эпидемию МЛУ-ТБ.

Европа может возглавить дело профилактики, лечения и инновационной разработки новых инструментов в борьбе с ТБ и проложить путь к полной ликвидации ТБ. Примеры такой инновационной работы приведены в настоящем сборнике. Обмен знаниями и опытом между странами важен для формулирования и совершенствования стратегий здравоохранения с целью достижения конечной цели – полного окончания эпидемии ТБ. Благодаря межсекторальному сотрудничеству, крепким системам здравоохранения, устойчивому финансированию и использованию надлежащей практики работы мы сможем достичь нашей цели – чтобы наши дети жили в мире, свободном от ТБ.

Д-р Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

ПРЕДИСЛОВИЕ

МЛУ-ТБ по-прежнему остается проблемой во многих частях мира и, в частности в Европейском регионе ВОЗ: из 27 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ 15 находятся в Европейском регионе ВОЗ. По расчетам, в 2013 г. в регионе возникло 75 000 новых случаев МЛУ-ТБ, приблизительно 10% из которых были случаями ШЛУ-ТБ.

В ответ на тревожную проблему лекарственно-устойчивого (ЛУ) ТБ в 2010 г. директор Европейского регионального бюро ВОЗ учредила специальный проект, связывающий контроль (МЛУ) ТБ с укреплением систем здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ провело консультативный процесс с участием 53 государств-членов, гражданского общества и партнеров с целью разработки Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. Комплексный план действий и резолюция EUR/RC61/R7 были единогласно одобрены 53 государствами-членами Европейского региона ВОЗ на сессии Регионального комитета, состоявшейся в Баку (Азербайджан) в 2011 г.

С момента принятия резолюции был предпринят целый ряд инициатив по укреплению систем здравоохранения и финансирования борьбы с ТБ в Регионе. Однако лишь малое число инициатив было расширено, и мы по-прежнему мало знаем о барьерах для укрепления систем здравоохранения или об инновациях, направленных на улучшение исходов лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ и более эффективное расходование средств в здравоохранении.

Для дальнейшего улучшения результатов в отношении здоровья и движения на пути к ликвидации ТБ инициативы по укреплению систем здравоохранения должны расширяться на более крепкой базе, также должны увеличиваться объемы внутреннего финансирования и повышаться эффективность работы систем. Эти меры должным образом отражены в новом Плане действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг., который будет представлен на шестьдесят пятой сессии Регионального комитета в Вильнюсе (Литва).

Настоящий сборник «Примеры надлежащей практики в области укрепления систем здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения туберкулеза и лекарственно-устойчивого туберкулеза» объединяет инновационные подходы в области укрепления систем здравоохранения, направленные на более эффективное лечение и контроль ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Нет такой практики, которая бы одинаково хорошо подходила всем, однако настоящий сборник позволит многое узнать о ТБ и о сообществах и системах здравоохранения, которые он затрагивает.

Таким образом, цель составления настоящего сборника заключается в содействии более полному пониманию того, что необходимо сделать для обеспечения лучшей интеграции контроля ТБ и М/ШЛУ-ТБ в реформу систем здравоохранения в странах. В рамках политики Здоровье-2020, основ новой европейской политики здравоохранения, Европейское региональное бюро продолжит оказывать поддержку государствам-членам в совершенствовании контроля заболеваний и защите общественного здоровья за счет трансформации систем здравоохранения с тем, чтобы сделать их более ориентированными на нужды людей и эффективными.

Д-р Hans Kluge

*Директор отдела систем здравоохранения
и защиты общественного здоровья,
специальный представитель директора
Европейского регионального бюро ВОЗ
по вопросам М/ШЛУ-ТБ*

Д-р Guenaël Rodier

*Директор отдела инфекционных заболеваний,
безопасности общественного здоровья и
защиты окружающей среды*

РЕЗЮМЕ

В 2011 г. в рамках консультации с государствами-членами, а также национальными и международными заинтересованными сторонами, Европейское региональное бюро подготовило Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью на 2011–2015 гг. План и сопроводительная резолюция EUR/RC61/R7 были одобрены всеми 53 государствами-членами на шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета.

Осознавая важность улучшения обмена опытом и знаниями между странами Европейского региона и дальнейшего развития подхода в рамках всей системы здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляет сбор примеров передовой практики в области профилактики, контроля и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ в Регионе. В 2013 г. первый сборник материалов, в котором представлены примеры из почти половины всех стран Региона, был представлен на шестьдесят третьей сессии Европейского регионального комитета.

С целью продолжения расширения эффективных мер по укреплению систем здравоохранения для профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ 28 мая 2015 г. Европейское региональное бюро запустило вторую инициативу по сбору примеров надлежащей практики. Руководители национальных органов здравоохранения, включая национальные программы борьбы с ТБ (НПТ), партнеры и неправительственные организации (НПО), занимающиеся проблемой борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ в Регионе, были приглашены поделиться своими примерами передового опыта. Были приглашены все заинтересованные стороны и партнеры. Сбор примеров надлежащей практики осуществлялся на протяжении трех месяцев, с июня по август 2015 г. По завершении периода сбора все представленные примеры практики были обобщены и прошли оценку в соответствии с установленными критериями отбора.

Во втором издании сборника «Примеры надлежащей практики в области укрепления систем здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения туберкулеза и лекарственно устойчивого туберкулеза» представлены 45 примеров из 21 страны, включая 14 стран высокого приоритета по МЛУ-ТБ и страны с высокой и низкой заболеваемостью ТБ. Они разбиты на группы в соответствии с наиболее важными составляющими системы здравоохранения и семью областями вмешательства Комплексного плана действий.

Настоящий сборник дополняет заключительный доклад о реализации Комплексного плана действий и может использоваться для расширения эффективных вмешательств в соответствии с новым Планом действий для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Сборник был подготовлен в качестве ресурса для заинтересованных сторон на всех уровнях систем здравоохранения. Представленные примеры являются исключительно результатом работы указанных авторов. Региональное бюро приветствует и дальнейшую подачу примеров надлежащей практики работы (по адресу: tuberculosis@euro.who.int) для их возможного включения в имеющую открытый доступ базу данных примеров надлежащей практики и будущие сборники.



ВВЕДЕНИЕ И ПРЕДПОСЫЛКИ

Глобальное бремя ТБ

Около трети мирового населения имеют латентную ТБ инфекцию и выступают в роли резервуара *Mycobacterium tuberculosis* – инфекционного агента, вызывающего развитие активного туберкулезного процесса. Спустя более чем 50 лет с момента появления первых противотуберкулезных препаратов ТБ по-прежнему остается одной из ведущих причин смертности и угрожающим жизни заболеванием.¹ которое непропорционально широко поражает страны с низким и средним уровнем дохода. Во всем мире в 2013 г. насчитывалось 9 миллионов расчетных новых случаев ТБ, и 1,5 миллиона человек умерли от этой болезни.

Рост распространенности МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ в последние годы негативно сказался на показателях успешного лечения.¹⁻² Глобальные показатели новых случаев ТБ снижаются с 2005 г., что соответствует целевым ориентирам Целей тысячелетия в области развития³, однако проблема М/ШЛУ-ТБ вызывает озабоченность, учитывая то, что ежегодно возникает почти полмиллиона расчетных новых случаев этой формы ТБ.¹

ТБ и М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ

В Европейском регионе ВОЗ ежедневно 1000 человек заражаются ТБ. С географической и социально экономической точек зрения бремя ТБ распределено неравномерно, заболеваемость варьируется от менее одного случая на 100 000 населения в одних государствах-членах до более 200 на 100 000 в других. Даже в странах с низкой заболеваемостью в некоторых городах и областях наблюдается высокая заболеваемость ТБ.⁴ В 2013 г. в Регионе было зарегистрировано 360 000 расчетных новых случаев ТБ и 38 000 смертей.⁵

В целом, в Регионе отмечаются самые высокие из всех регионов ВОЗ темпы улучшения показателей по ТБ (6% в год на протяжении с 2009 г.), при этом на протяжении последних 10 лет отмечается стабильное снижение показателей смертности.⁴ Несмотря на достигнутые результаты, М/ШЛУ-ТБ по-прежнему является важ-

ной проблемой. В Европейском регионе ВОЗ находятся 15⁶ из 27 стран мира с высоким бременем М/ШЛУ-ТБ, и 25% (75 000 в 2013 г.)⁴ из всех случаев МЛУ-ТБ в мире приходится на Европу. На рис. 1 показана распространенность первичного МЛУ-ТБ среди впервые выявленных больных ТБ в Регионе.

Глобальные и региональные ответные меры на угрозу М/ШЛУ-ТБ

В 2007 г. в ответ на тревожную проблему ТБ всеми государствами-членами Европейского региона ВОЗ была принята Берлинская декларация, подписав которую, государства-члены обязались принять неотложные меры в ответ на возобновление проблемы ТБ в Регионе. Принятые обязательства были подкреплены Пекинской декларацией 2009 г., когда министры из 27 стран мира с высоким бременем М/ШЛУ-ТБ встретились в Пекине (Китай) для обсуждения этой тревожной угрозы. Впоследствии в мае 2009 г. Шестидесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA62.15 призвала все государства-члены к обеспечению всеобщего доступа к диагностике и лечению М/ШЛУ-ТБ к 2015 г. в рамках перехода к всеобщему охвату медицинским обслуживанием, спасая тем самым жизни и защищая сообщества.

В 2010 г. директор Европейского регионального бюро ВОЗ подтвердила приверженность ВОЗ делу борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ, являющейся приоритетной задачей для Региона, учреждением специального проекта и подготовкой Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (2011–2015 гг.).⁷ План был утвержден на шестьдесят первой сессии Регионального комитета в сентябре 2011 г. В рамках этого плана все государства-члены приняли обязательства адаптировать свои национальные планы действий, усовершенствовать оказание пациент-ориентированной помощи, повысить уровень информированности общества, а также тесно сотрудничать с заинтересованными сторонами, включая организации гражданского общества, по исполнению Плана.

Обзор Комплексного плана действий

Цель

Добиться сдерживания распространения ТБ за счет обеспечения всеобщего доступа к услугам по профилактике, диагностике и лечению М/ШЛУ-ТБ во всех государствах-членах Европейского региона ВОЗ к 2015 г.

1 Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 26 August 2015).

2 Abubakar I, Zignol M, Falzon D, Raviglione M, Ditiu L, Masham S, et al. Drug-resistant tuberculosis: time for visionary political leadership. *Lancet Infect Dis* 2013;13:529–39.

3 Murray CJL, Ortblad KF, Guinovart C, Lim SS, Wolock TM, Roberts DA, et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384:1005–70.

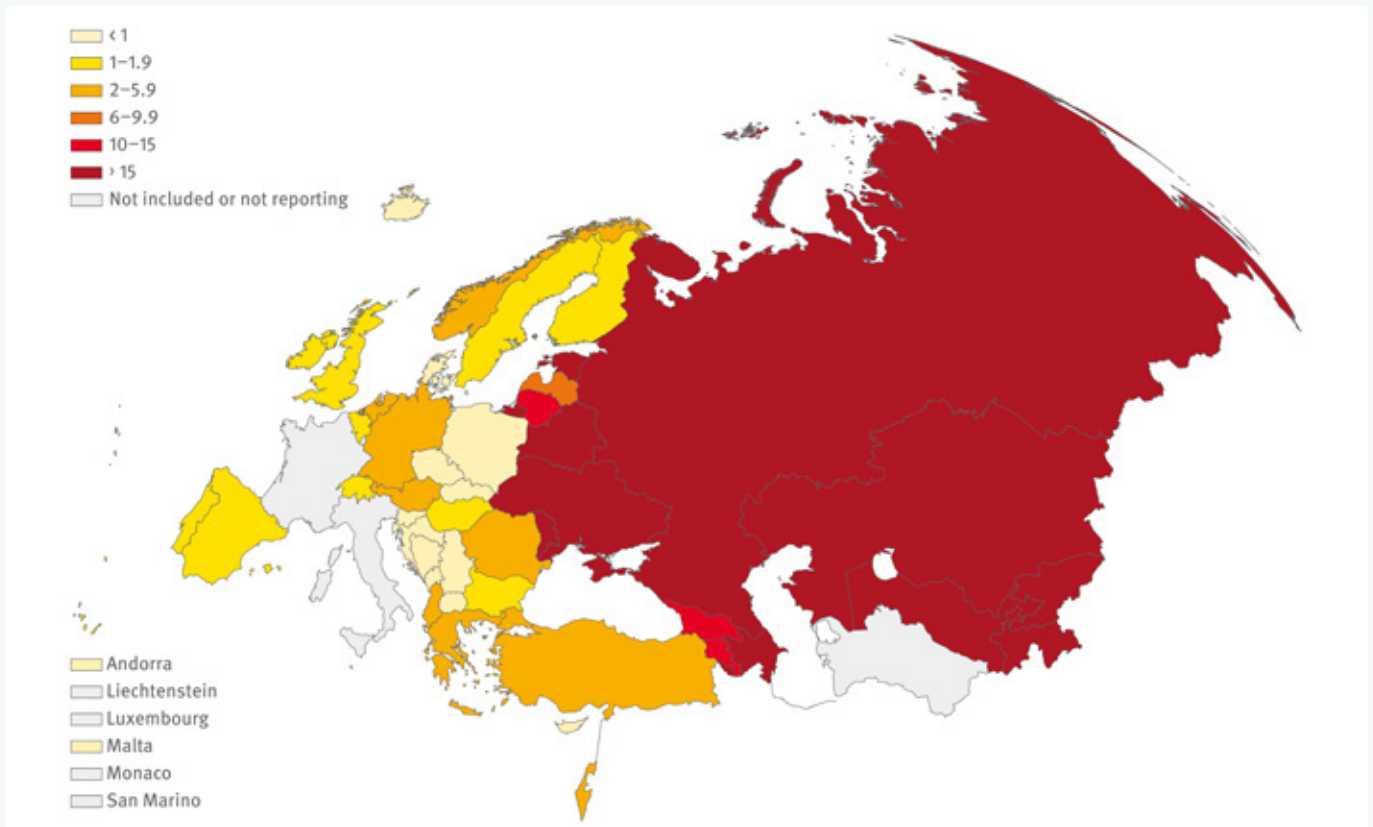
4 Kruijshaar ME, Abubakar I, Dedicat M, Bothamley GH, Maguire H, Moore J, et al. Evidence for a national problem: continued rise in tuberculosis case numbers in urban areas outside London. *Thorax* 2012;67:275–7.

5 European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>, accessed 26 August 2015).

6 15 стран Европейского региона ВОЗ с высоким бременем МЛУ-ТБ: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина, Эстония.

7 Дорожная карта по предупреждению и борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169704/e95786r.pdf?ua=1, по состоянию на 1 марта 2016 г.).

Рис. 1. Распространенность первичного МЛУ-ТБ среди впервые выявленных случаев ТБ в Европейском регионе ВОЗ на 100 000 населения



Источник: Эпиднадзор и мониторинг ТБ в Европе 2015 г. Стокгольм: Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний; 2015 г.

Целевые показатели

Комплексный план действий нацелен на то, чтобы к концу 2015 г:

- » снизить на 20 процентных пунктов долю МЛУ-ТБ среди ранее леченых больных;
- » диагностировать как минимум 85% от расчетного количества больных МЛУ-ТБ; и
- » успешно излечить как минимум 75% зарегистрированных больных МЛУ-ТБ.

Стратегические направления

Шестью стратегическими направлениями Комплексного плана действий являются:

1. Выявление и принятие мер в отношении детерминант и лежащих в их основе факторов риска, содействующих появлению и распространению лекарственно-устойчивого туберкулеза (области вмешательства 1, 4, 6 и 7);
2. Усиление реагирования систем здравоохранения по предоставлению общедоступных и приемлемых услуг с использованием подходов, ориентированных на пациентов. Для охвата наиболее уязвимых групп населения важно, чтобы услуги оставались для пациентов действительно бесплатными. Необходимо внедрить инновационные механизмы для устранения препятствий на пути к достижению основанного на принципах социальной справедливости доступа к диагностике и лечению лекарственно-устойчивого ТБ и создания для пациентов системы стимулов и средств, помогающих завершить их лечение (области вмешательства 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7);

3. Работа в национальных, региональных и международных партнерствах в области профилактики, контроля и лечения ТБ (область вмешательства 6).
4. Поощрение регионального и международного сотрудничества для разработки новых средств диагностики, лекарственных препаратов и вакцин от туберкулеза (области вмешательства 2, 3 и 6).
5. Содействие рациональному использованию существующих ресурсов, выявление дефицита средств и мобилизация дополнительных ресурсов для заполнения имеющихся финансовых пробелов (область вмешательства 6).
6. Мониторинг тенденций показателя М/ШЛУ-ТБ в Регионе и оценка воздействия мероприятий (область вмешательства 5).

Области вмешательства

Основанные на задаче Глобального плана «Остановить ТБ» на 2011-2015 гг. – добиться сокращения бремени лекарственно-устойчивого ТБ – семь областей вмешательства Комплексного плана действий включают:

1. предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ;
2. Расширение доступа к услугам по тестированию чувствительности к лекарственным препаратам первого и второго ряда и к тестированию на ВИЧ инфекцию среди больных ТБ;
3. расширение доступа к эффективному лечению лекарственно-устойчивого ТБ;
4. наращивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля;

5. усиление эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ;
6. расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого ТБ, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса;
7. учет потребностей особых групп населения.

Основные достижения за период с 2011 г.

Благодаря тесному сотрудничеству и при поддержке государств-членов большинство промежуточных результатов Комплексного плана действий были достигнуты. Не только отмечаются самые высокие из всех регионов ВОЗ темпы сокращения числа случаев ТБ, но и показатель выявления МЛУ-ТБ увеличился с менее одной трети от расчетного числа случаев в 2011 г. до половины, а охват лечением МЛУ-ТБ увеличился с 63% в 2011 г. до всеобщего. Доля случаев МЛУ-ТБ среди ранее леченных больных также стабилизировалась. Сборники примеров передового опыта и надлежащей практики были подготовлены для того чтобы дать обобщенное представление о достижениях стран и послужить катализатором их расширения и повторения в других странах.

На пути к ликвидации ТБ в Европе за счет исполнения нового Регионального плана действий по борьбе с ТБ на 2016–2020 гг.

В заключительный год исполнения Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью по-прежнему сохраняются многие препятствия на пути борьбы с ТБ. Продолжается передача МЛУ-ТБ, о чем свидетельствует увеличение доли МЛУ-ТБ среди впервые выявленных больных. Как следствие, становится все труднее успешно лечить это заболевание; показатель успешного лечения МЛУ-ТБ остается таким же низким, как и в других регионах, излечивается менее половины больных. Кроме того, ТБ остается одной из ведущих причин смертности среди людей, живущих с ВИЧ, и в Регионе отмечается рост показателей этого смертельного сочетания инфекций: распространенность ВИЧ инфекции среди больных ТБ выросла с 3,4% в 2008 г. до 7,8% в 2013 г.⁴

В этом году заканчивается срок действия глобального плана «Остановить ТБ» на 2006–2015 гг., в связи с этим ВОЗ подготовила амбициозную глобальную стратегию на период после 2015 г. «Ликвидировать ТБ», которая была утверждена Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2014 г. в резолюции WHA67.1.8 Стратегия включает три базовых элемента и несколько контрольных показателей на 2020 и 2025 гг., а также целевые ориентиры на 2030 и 2035 гг., при этом ее основная цель – положить конец эпидемии туберкулеза.

Для продолжения продвижения вперед и решения проблем в области профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ Европейское региональное бюро в рамках широких консультаций с государствами-членами и другими заинтересованными сторонами подготовило новый план действий для Региона на 2016–2020 гг. Новый план действий (резюме которого представлено в таблице 1) основан на достижениях Комплексного плана действий на 2011–2015 гг. и направлен на решение возникающих проблем. План и сопроводительная резолюция будут представлены на рассмотрение Регионального Комитета на его

шестьдесят пятой сессии, которая состоится в Вильнюсе (Литва) в сентябре 2015 г.

Роль и укрепление систем здравоохранения

Четко функционирующие системы национального здравоохранения являются важнейшим условием для эффективного решения проблемы распространения ТБ. Профилактика и контроль ТБ – сложная задача и требуют действия на всех уровнях системы здравоохранения. Новый план действий по борьбе с ТБ для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. обращает особое внимание на укрепление систем здравоохранения в его шести стратегических направлениях и трех структурных компонентах вмешательств (комплексные и ориентированные на пациента лечение и профилактика; решительные политические меры и системы поддержки; активизация исследований и инновационной деятельности). Новый план действий по борьбе с ТБ тесно увязан с основой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020, в которой подчеркивается роль укрепления систем здравоохранения в улучшении здоровья и благополучия населения, а также устранения неравенств в отношении здоровья.

Признавая системы здравоохранения одной из четырех областей политики, Здоровье-2020 подтверждает, что инвестирование в системы здравоохранения и улучшение качества их работы являются залогом улучшения состояния здоровья всех членов общества. Доклад о состоянии здравоохранения в мире за 2000⁹ г. определяет систему здравоохранения как «все мероприятия, основной целью которых является укрепление, восстановление и поддержание здоровья». Таким образом, национальные системы здравоохранения, занимающиеся контролем ТБ, будут эффективно повышать осведомленность о ТБ людей, больных ТБ, а также более широких групп населения, которые могут быть подвержены риску, восстанавливать здоровье тех, кто страдает ТБ, и сохранять здоровье лиц, перенесших ТБ в прошлом. Для реализации этих задач системы здравоохранения располагают несколькими структурными элементами:¹⁰

- » стратегическое управление и руководство;
- » финансирование системы;
- » оказание медицинских услуг;
- » кадровые ресурсы в здравоохранении;
- » технологии в здравоохранении и лекарственные препараты;
- » медицинская информация и системы информации здравоохранения.

В стремлении достичь этих целей и для укрепления структурных элементов все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ также одобрили «Таллинскую хартию: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния»,¹¹ в которой указаны ценности, лежащие в основе всех инициатив по укреплению систем здравоохранения, и которая помогла лицам, осуществляющим стратегическое управление системами здравоохранения (министрам здравоохранения), выразить приверженность солидарности, равен-

8 Проект глобальной стратегии и целевых показателей по профилактике, лечению и контролю туберкулеза на период после 2015 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-ru.pdf, по состоянию на 06.04 2016).

9 Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. – системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000 г. (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 02 марта 2016 г.).

10 Everybody's business: strengthening health systems to improve health. Результаты – WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>, accessed 4 September 2015).

11 Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies/publications/2008/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth-2008>, accessed 8 June 2015).

Таблица 1. Обзор Плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг.

Видение	Полное прекращение эпидемии туберкулеза; ни одна из пострадавших семей не несет катастрофических расходов в связи с туберкулезом
Цель	Прекратить распространение лекарственно-чувствительного (ЛЧ) и ЛУ-ТБ за счет обеспечения всеобщего доступа к услугам по профилактике, диагностике и лечению во всех государствах-членах Европейского региона ВОЗ, способствуя тем самым достижению цели глобальной стратегии «Ликвидировать ТБ» – полного прекращения эпидемии ТБ
Целевые ориентиры (должны быть достигнуты к 2020 г.)	» снижение смертности от туберкулеза на 35%
	» снижение уровня заболеваемости туберкулеза на 25
	» показатель успешности лечения в когорте больных МЛУ-ТБ на уровне как минимум 75%

Стратегические направления

1. Работа, направленная на элиминацию туберкулеза посредством укрепления ответных мер систем здравоохранения в отношении профилактики, контроля и лечения туберкулеза и лекарственно-устойчивого туберкулеза
2. Содействие межсекторальному сотрудничеству с целью принятия мер в отношении социальных детерминант и основополагающих факторов риска развития туберкулеза
3. Работа в рамках национальных, региональных и международных многосторонних партнерств, в том числе с участием организаций гражданского общества и представителей сообществ
4. Развитие сотрудничества с целью разработки и использования новых диагностических инструментов, лекарственных средств, вакцин и других лечебных и профилактических мер
5. Содействие рациональному использованию имеющихся ресурсов, выявление пробелов и мобилизация дополнительных ресурсов для обеспечения устойчивой реализации мер
6. Сделать так, чтобы обоснованное соблюдение принципов этики, прав человека и социальной справедливости в отношении больных туберкулезом было интегрировано во все области стратегических вмешательств, перечисленных выше

Области вмешательства

1. **Комплексное ориентированное на пациента лечение и профилактика**
 - A. Систематический скрининг лиц, находившихся в контакте с больными, и групп высокого риска
 - B. Ранняя диагностика всех форм туберкулеза и всеобщий доступ к тестированию на лекарственную чувствительность, в том числе с использованием экспресс-тестов
 - C. Справедливый доступ к качественному лечению и всему комплексу услуг по уходу для всех больных туберкулезом, включая больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, а также оказание поддержки пациентам с целью повышения их приверженности лечению
 - D. Совместные меры по борьбе с туберкулезом/ВИЧ-инфекцией и ведение сочетанных патологий
 - E. Лечение латентной туберкулезной инфекции и профилактическое лечение лиц из групп высокого риска, а также проведение вакцинации против туберкулеза
2. **Решительные политические меры и системы поддержки**
 - A. Политическая приверженность, сопровождаемая предоставлением адекватных ресурсов, включая политику всеобщего охвата услугами здравоохранения
 - B. Укрепление всех функций систем здравоохранения, включая хорошо согласованные механизмы финансирования мер по борьбе с туберкулезом и обеспечение кадровых ресурсов
 - C. Нормативная база для эпидемиологического надзора на основе индивидуальных данных, повышения качества регистрации актов гражданского состояния, качественного и рационального использования лекарственных средств и фармаконадзора
 - D. Меры контроля в отношении инфекций, передаваемых воздушно-капельным путем, включая меры административного и инженерного контроля, а также меры индивидуальной защиты во всех соответствующих учреждениях здравоохранения и местах компактного пребывания людей
 - E. Системы сообществ и участие в работе представителей гражданского общества
 - F. Социальная защита, сокращение масштабов бедности и действия в отношении других детерминант туберкулеза, таких как миграция и тюрьмы
3. **Активизация исследований и инновационной деятельности**
 - A. Открытие, разработка и быстрое внедрение новых средств и осуществление вмешательств и стратегий
 - B. Научные исследования для оптимизации осуществления программ и их воздействия, а также для содействия инновациям

ству и общественному участию при принятии ими решений. То, как эта приверженность воплощается в структурных элементах систем здравоохранения, кратко описано ниже.

Стратегическое управление и руководство возлагаются на министров здравоохранения, которые задают стратегическое видение дальнейшего развития системы здравоохранения. Они обладают полномочиями и несут ответственность за законодательство, регулирование и обеспечение исполнения мер политики, а также сбор разведывательной информации в отношении здоровья, его социальных, экономических детерминант и факторах внешней среды. Для максимального улучшения результатов в отношении здоровья министры здравоохранения должны способствовать включению вопросов здравоохранения во все меры политики и призывать к их эффективному исполнению во всех секторах. Мониторинг и оценка качества работы системы здравоохранения и гармоничное сотрудничество с ключевыми партнерами на всех уровнях управления являются важнейшими условиями для содействия повышению уровня прозрачности, подотчетности и в конечном итоге надлежащему управлению.

Не существует единственного, наилучшего подхода к финансированию системы здравоохранения, однако все модели сочетают в себе компоненты сбора доходов и консолидации средств, соглашений о закупках в соответствии с потребностями, историческими, бюджетно-налоговыми и демографическими условиями, а также социальными приоритетами и предпочтениями. Движение на пути к всеобщему медицинскому обслуживанию является краеугольным камнем политики государств-членов Европейского региона ВОЗ в области здравоохранения и социального развития и служит ключевым механизмом, на основании которого системы здравоохранения будут реализовывать свои обязательства по Таллиннской хартии. В стремлении к обеспечению всеобщего охвата медицинским обслуживанием цель государств-членов заключается в уменьшении разрыва между потребностью в медицинской помощи и ее использованием, улучшении качества медицинской помощи, обеспечении финансовой защиты и обеспечении справедливости в отношении здоровья за счет выявления и защиты уязвимых и маргинализированных групп населения. Финансовые механизмы должны также предусматривать применение поощрений за эффективную организацию и оказание медико-санитарных услуг; выделение ресурсов поставщикам на

основании качества предоставляемых услуг и потребностей населения, а также содействовать более высокому уровню подотчетности и прозрачности в использовании финансовых средств. Общий характер распределения ресурсов должен обеспечивать необходимый баланс между оказанием медико-санитарной помощи, профилактикой болезней и укреплением здоровья населения в целях удовлетворения текущих и прогнозируемых потребностей в плане здоровья.

При оказании медико-санитарной помощи важно обеспечивать целостный подход к предоставляемым услугам, включая услуги по укреплению здоровья, профилактике болезней и комплексному лечению болезней. Медицинские вмешательства на уровне популяции и индивидуальные услуги одинаково важны. Эти услуги можно сделать более ориентированными на человека, если отказаться от реактивного, ориентированного на заболевание, эпизодического оказания помощи в пользу активного подхода, предусматривающего координацию работы нескольких поставщиков услуг на разных площадках как государственного, так и частного сектора, включая учреждения первичной медико-санитарной помощи, экстренной медицинской помощи, медицинские учреждения санаторного типа и дома людей. Лица, определяющие политику, во всем Регионе придают большое значение и стремятся к тому, чтобы обеспечить оказание высококачественной помощи всему населению в соответствии с их потребностями, в особенности уязвимым группам населения, а также к тому, чтобы создать для людей возможность сделать выбор в пользу здорового образа жизни.

Кадровые ресурсы здравоохранения вносят важнейший вклад в системы здравоохранения; улучшение результатов в отношении здоровья зависит от их наличия, доступности, приемлемости и качества. В условиях быстрой глобализации мира обеспечение и управление кадровыми ресурсами с учетом обучения и подготовки, которые дали бы им необходимые навыки и компетенцию и соответствовали бы меняющимся потребностям в услугах здравоохранения и моделям оказания услуг, требуют долгосрочного планирования и инвестиций. Из-за мобильности работников здравоохранения инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения влекут последствия не только для инвестирующей страны, но и для других государств. Международный наем работников здравоохранения должен осуществляться с соблюдением принципов этики и межстрановой солидарности и руководствоваться кодексом практики. Улучшение качества работы работников здравоохранения и продвижение инновационных, экономически эффективных практик потребует более эффективных систем управления и вознаграждения для создания привлекательной рабочей среды. Эффективные стратегии удержания необходимы для того, чтобы задействовать и удержать работников здравоохранения там, где они могут оказать максимальное воздействие на состояние здоровья населения. Обеспечение возможности быстрого реагирования кадровых ресурсов здравоохранения в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005) – важный элемент этого конструктивного элемента.

Для систем здравоохранения большое значение имеет обеспечение наличия и равного доступа к экономически эффективным **технологиям здравоохранения и лекарственным препаратам**. Улучшение доступа к жизненно необходимым и важнейшим лекарственным средствам и медицинским устройствам предусматривает создание и использование прозрачных систем и процессов (i) выбора изделий медицинского назначения, которые будут разрешены к использованию в государствах-членах; (ii) ценовой политики и компенсации расходов на изделия медицинского назначения за счет государствен-

ных средств; и (iii) прямой закупки изделий медицинского назначения государственными и квазигосударственными агентствами. Эти прозрачные системы и процессы должны быть основаны на оценке технологий здравоохранения, моделях рационального использования лекарственных препаратов и тщательном контроле и должным образом учитывать их значимость для общественного здравоохранения, данные об эффективности, безопасности, сравнительной и экономической эффективности и справедливости. Стратегическое видение и направления фармацевтической политики в государствах-членах должны определяться на основании международных доказательных данных и контекстуальной оценке ситуации посредством инклюзивного процесса консультаций с ключевыми заинтересованными сторонами. Следует поддерживать надлежащее использование изделий медицинского назначения и превращение фармацевтической службы в неотъемлемую часть первичной медико-санитарной помощи.

Информация и информационные системы здравоохранения являются основой укрепления систем и политики здравоохранения.¹² В совершенствовании нуждается не только содержание, но и сами по себе информационные системы, включая информационные платформы в здравоохранении и инфраструктуру систем электронного здравоохранения. Сбор, анализ, составление отчетов и распространение данных и информации нуждаются в совершенствовании для непрерывного мониторинга и оценки состояния здоровья населения и качества работы систем здравоохранения. Необходимо провести глубокий анализ для сбора доказательных данных для лиц, определяющих политику. Кроме того, важно гармонизировать и стандартизировать медицинскую информацию. Превращение доказательств в здоровые меры политики и практики требует наличия современных, удобных для пользователя информационных систем на всех уровнях системы здравоохранения, которые бы позволили не только осуществлять перенос данных, но и принимать решения, наилучшим образом соответствующие ситуации и имеющимся условиям. Могут быть разработаны механизмы оценки эффективности реализуемых мер политики для обеспечения непрерывного обучения и прогресса.

Надлежащая практика в области укрепления систем здравоохранения для профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ

С целью ускорения наращивания масштабов эффективных стратегий по укреплению систем здравоохранения целью совершенствования профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ и в продолжение работы по публикации сборника примеров передового опыта лечения и контроля М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе в 2013 г.,¹³ Европейское региональное бюро ВОЗ подготовило второй сборник, в котором описаны примеры надлежащей практики в области укрепления систем здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Настоящая инициатива призвана дать государствам возможность обменяться опытом и перенять успешные стратегии как на национальном, так и региональном уровнях.

Для целей настоящего сборника «надлежащая практика» определяется как любая практика, позволяющая достичь целевых ориентиров Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устой-

12 Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA60.27

13 Dara M, Acosta CD. Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention,control-and-care-for-drug-resistant-tuberculosis-Eng.pdf?ua=1, accessed 26 August 2015).

Таблица 2. Критерии отбора примеров надлежащей практики в области укрепления систем здравоохранения для профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ

Значимость*	Должна быть нацелена на достижение одного из целевых ориентиров или областей вмешательства Комплексного плана действий (или иным образом решать проблему борьбы с МЛУ-ТБ) и систем здравоохранения, как описано выше
Устойчивость*	Осуществимость или возможность долгосрочного выполнения (включая политические решения) без существенных дополнительных ресурсов
Действенность*	Должна давать результаты при разумном уровне ресурсов и в разумные сроки
Этическая приемлемость*	Должна уважать принятые этические правила, касающиеся работы с группами населения
Справедливость, гендер	Удовлетворяет потребности уязвимых групп населения и/или женщин на справедливой основе
Эффективность	Должна работать и приносить измеримые результаты
Возможность наращивания	Может быть расширена для охвата большей группы населения
Партнерство	Предусматривает приносящее удовлетворительные результаты сотрудничество множества заинтересованных сторон
Участие сообщества	Предусматривает участие затронутых сообществ
Политическая приверженность	Имеет поддержку компетентных национальных и местных властей
* Обязательные	

чивостью, 2011–2015 гг., или которая иным образом содействует профилактике и лечению М/ШЛУ-ТБ посредством укрепления систем здравоохранения, к чему призывает Таллиннская хартия, и может послужить уроком для других стран. Надлежащая практика должна охватывать один или несколько конструктивных элементов системы здравоохранения, описанных выше: стратегическое управление и руководство; финансирование системы; предоставление услуг здравоохранения; кадровые ресурсы здравоохранения; технологии здравоохранения и лекарственные препараты; и информация и информационные системы здравоохранения. Кроме того, надлежащая практика должна быть значимой, устойчивой, действенной и этически приемлемой, и иметь один или более дополнительных критериев, перечисленных в таблице 2.

Надлежащая практика может включать: стратегии национального здравоохранения, четко прописывающие целевые ориентиры или элементы стратегического видения в отношении лечения М/ШЛУ-ТБ; инициативы по ликвидации бедности и действия в отношении других детерминант М/ШЛУ-ТБ; информационные кампании в СМИ на уровне сообществ, направленные на укрепление и/или координацию действий с гражданским обществом; координацию действий на разных уровнях оказания помощи или услуг (включая первичную медико-санитарную помощь, больницы, социальные службы, пенитенциарную службу); внедрение оказания услуг на нетрадиционных площадках для обеспечения лучшего доступа к медицинской помощи; финансовые стимулы для продвижения определенных моделей оказания услуг; межсекторальное согласование средств с целью продвижения ориентированного на пациента оказания услуг; подготовка специалистов здравоохранения по вопросам профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ; пере/профилирование навыков кадров здравоохранения с тем, чтобы они лучше соответствовали потребностям пациентов; финансовые схемы, обеспечивающие компенсацию расходов на лекарственные средства; инвестиции в государственные научные исследования и разработку лекарственных средств для лечения и профилактики; а также мобилизация мобильных услуг здравоохранения или инновационных технологий с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ.

Национальные органы здравоохранения, включая НПТ, партнеры и НГО, занимающиеся проблемой борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ в Регионе, были приглашены поделиться примерами надлежащей практики путем открытого запроса через форму подачи информации, доступную онлайн на английском и русском языках. Инициатива по сбору примеров надлежащей практики была начата 28 мая 2015 г. и в дальнейшем была опубликована на вебсайте Регионального бюро и в социальных сетях. Инициатива открыта для всех заинтересованных сторон и партнеров. Сбор примеров осуществлялся на протяжении 3 месяцев, с июня по август 2015 г. По окончании периода сбора все поступившие примеры надлежащей практики были объединены по группам и оценены на основании критериев, перечисленных в таблице 2.

Примеры надлежащей практики, представленные в настоящем сборнике

В настоящий сборник вошли 45 примеров из 21 страны, включая 14 стран высокого приоритета по МЛУ-ТБ, а также из стран с высокой и низкой заболеваемостью ТБ. Представленные практические примеры разбиты на категории в зависимости от наиболее значимого структурного элемента системы здравоохранения. Кроме того, в верхней части каждого практического примера указана область вмешательства Комплексного плана действий на 2011–2015 гг., на решение задач которой направлена каждая практика.

Представленные примеры являются исключительно результатами работы авторов, указанных для каждой практики. Настоящий сборник не должен рассматриваться как всеобъемлющая коллекция примеров передовой работы, проводимой по укреплению систем здравоохранения для профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ в Регионе. Он скорее представляет примеры надлежащей практики, собранные за трёхмесячный период. Многие другие программы, партнеры и организации могли не знать о проводимой инициативе или могли не успеть поделиться опытом из-за временных ограничений или других логистических трудностей. Региональное бюро приветствует непрерывную подачу примеров надлежащей практики (по адресу: tuberculosis@euro.who.int) для их возможного включения в имеющую открытый доступ базу данных надлежащей практики и в будущие издания сборника.

АЗЕРБАЙДЖАН

СДЕЛАТЬ ТАК, ЧТОБЫ МНЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТБ БЫЛИ УСЛЫШАНЫ

Предпосылки

Азербайджан – одна из 18 стран Европейского региона ВОЗ высокого приоритета по ТБ и одна из 27 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ. По данным национального исследования лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам, проведенного в 2013 г., у 72 впервые выявленных (13%) и 66 ранее леченных (28%) больных был МЛУ-ТБ; при этом у 38% впервые выявленных и 46% ранее леченных больных был ШЛУ-ТБ или признаки ШЛУ-ТБ.¹⁴

Страновой координационный комитет по ТБ действует в Азербайджане с сентября 2008 г. Помимо государственных и частных организаций, неправительственные организации (НПО), а также организации гражданского общества, активно занимающиеся проблемой борьбы с ТБ, также имеют право голоса в рамках этого механизма. В 2014 г. шесть организаций гражданского общества занимались проблемой ТБ в Азербайджане. Эти организации могут играть важную роль в подготовке стратегических планов, которые в свою очередь помогают обосновать меры политики по профилактике и лечению ТБ. До 2014 г. в стране не существовало организации или группы пациентов, перенесших ТБ, которые напрямую бы представляли интересы больных ТБ и затронутых ТБ сообществ.

Проблема общественного здравоохранения

В силу того, что подготовка национального стратегического плана по ТБ на 2016–2018 гг. была требованием для подачи концептуальной записки для получения финансирования от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также учитывая важнейшую роль пациентов в подготовке подобных планов, возникла необходимость в организации, которая бы представляла интересы больных ТБ и затронутых ТБ сообществ.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения для улучшения профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Национальная НПО общественное объединение «Сахламлыга Хидмят» занялось созданием пациентской организации. Цель заключалась в расширении прав и возможностей организации больных ТБ для активного участия в пропаганде борьбы с ТБ, а также в процессах, имеющих отношение к Глобальному фонду. Финансовую поддержку проекту оказывало партнерство «Остановить ТБ».

В июне 2014 г. была учреждена пациентская организация «Мир, свободный от ТБ» (Veremsiz Dunya). Она объединила пациентов, перенесших ТБ, и поставила своей целью развитие навыков и знаний о ситуации по ТБ в стране и в мире, стратегиях профилактики, адвокативную деятельность, подготовку документов в Глобальный фонд и национального стратегического плана по ТБ в соответствии с требованиями новой модели финансирования Глобального фонда. Были проведены совещания с НПТ и вице-председателем Странового координационного комитета по содействию работе вновь учрежденной организации.

В августе 2014 г. один из представителей организации «Мир, свободный от ТБ» был избран членом Странового координационного комитета как представитель затронутых ТБ сообществ, что дало больным ТБ и сообществам право голоса в рамках Странового координационного комитета и предоставило возможность внести свой вклад и поделиться мнениями при подготовке национального стратегического плана и концептуальной записки в Глобальный фонд. Члены организации часто встречаются с больными ТБ и посещают затронутые общины по всему Азербайджану.

Результаты

Общественное объединение «Сахламлыга Хидмят» помогло в создании первой пациентской организации в Азербайджане. Члены организации приняли участие в подготовке национального стратегического плана и концептуальной записки в Глобальный фонд в рамках нового механизма финансирования. Объединение также помогло группе получить представительство в Страновом координационном комитете, для того чтобы они могли принимать активное, конструктивное участие в обсуждении и принятии решений



1 Alikhanova N, Akhundova I, Seyfadinova M, Mammadbayov E, Mirtskulava V, Rüşçügerdes S, et al. First national survey of anti-tuberculosis drug resistance in Azerbaijan and risk factors analysis. Public Health Action 2014;4(Suppl 2):S17–23.

относительно лечения и контроля ТБ. Это также способствовало налаживанию диалога между национальными и международными техническими партнерами, группами гражданского общества, затронутыми сообществами и группами населения, подверженными наибольшему риску, НПТ, Страновым координационным комитетом и Рабочей группой по ТБ в Азербайджане.

Потенциал расширения и области будущего развития

Настоящий опыт будет передан другим НПО, занимающимся проблемами борьбы с ТБ в стране.



КЫРГЫЗСТАН

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Предпосылки

В 2012 г. в Кыргызстане насчитывалось 42 случая ТБ среди сотрудников учреждений здравоохранения, что является важным индикатором непрерывного распространения ТБ. Это свидетельствовало о том, что национальное руководство по инфекционному контролю и меры, рекомендованные службой санитарно-эпидемиологического надзора и действующие в противотуберкулезных учреждениях вплоть до 2012 г., не соответствовали последним международным рекомендациям по профилактике распространения ТБ. В противотуберкулезных больницах, как правило, отсутствовало надлежащее разделение больных ЛУ и ЛЧ формами ТБ или больных с и без бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты. Кабинеты врачей и посты медицинских сестер находились внутри лечебных отделений, где был высокий риск инфицирования ТБ. Имеющиеся в наличии респираторы для персонала использовались неправильно, а хирургические маски для больных не использовались вовсе. Налицо была экстренная необходимость в мерах по совершенствованию противотуберкулезного инфекционного контроля.

Проблема общественного здравоохранения

Национальное руководство по инфекционному контролю не соответствовало международным рекомендациям. В связи с этим в противотуберкулезных учреждениях меры административного и инженерного контроля, а также индивидуальной респираторной защиты отсутствовали или были плохо организованы.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2012 г. при поддержке проекта Агентства США по международному развитию (USAID) TB CARE I была создана рабочая группа по инфекционному контролю. Членами рабочей группы стали представители Республиканского центра инфекционного контроля, санитарно-эпидемиологической службы и НПТ. Первостепенной задачей рабочей группы стала подготовка национального руководства по инфекционному контролю туберкулеза. Главный специалист рабочей группы прошел обучение на международном курсе для консультантов по инфекционному контролю в противотуберкулезных учреждениях, а также практику в ходе одного из технических визитов по инфекционному контролю в противотуберкулезных учреждениях. Фонд борьбы с туберкулезом KNCV предоставил техническую поддержку и проверил руководство на соответствие международным стандартам, включая рекомендации ВОЗ. В последующем руководство было одобрено Министерством здравоохранения и распространено по всем противотуберкулезным учреждениям.

Меры инфекционного контроля были впервые апробированы на семи пилотных площадках на разных уровнях здравоохранения: национальном, провинциальном, муниципальном, а также в реабилитационном центре. Было организовано обучение вопросам инфекционного контроля ТБ и семинар для 126 сотрудников из этих учреждений. В ходе семинара участники разрабатывали проекты планов противотуберкулезного инфекционного контроля для своих учреждений, которые были согласованы и утверждены администрацией учреждений в течение двух месяцев после завершения семинара. Специалисты KNCV посещали учреждения с целью курирования и повышения квалификации сотрудников в соблюдении руководства.

Каждый план инфекционного контроля туберкулеза был подкреплен бюджетом, и через Министерство здравоохранения учреждения получили средства различных грантов для исполнения мер инфекционного контроля ТБ. Говоря об административных мерах, учреждения начали разделять потоки больных по спектру лекарственной устойчивости и бактериовыделению, а также ввели разделение на зоны высокого и низкого риска. Был внедрен ежеквартальный симптоматический скрининг персонала. Медицинские работники, которые уже имели респираторы, закупленные за счет средств Глобального фонда, начали их правильно использовать и хранить, учреждения приобрели наборы для проведения теста на плотность прилегания респираторов и внедрили практику его регулярного проведения для закупки соответствующих моделей и размеров респираторов. Совместно со специалистами санитарно-эпидемиологической службы были подготовлены контрольные листы мониторинга, которые должны использоваться в рамках визитов в противотуберкулезные учреждения.

В рамках пилотного проекта в 2013–2014 гг. и в ходе двух обучающих мероприятий в 2014 г., когда меры инфекционного контроля были внедрены на уровне провинций, были обучены 152 работника здравоохранения и 24 специалиста санитарно-эпидемиологической службы, по два из каждого города и провинции. Экспертам было предоставлено оборудование для оценки эффективности мер инженерного контроля, такое как анемометры для обследования вытяжных вентиляторов и радиометры для проверки эффективности ультрафиолетовых облучателей. Так как наука инфекционного контроля инфекций, передаваемых воздушным путем, не ограничивается ТБ, специалисты санитарно-эпидемиологической службы могут использовать полученные знания, навыки и оборудование для контроля других передаваемых воздушным путем инфекций.

Результаты

Каждый год (в 2013 и 2014 гг.) было выявлено по 24 случая ТБ среди работников здравоохранения. Специалисты, занимающиеся инфекционным контролем ТБ в пилотных учреждениях, отметили существенное улучшение ситуации, включая сокращение задержек с постановкой диагноза ТБ, надлежащим разделением потоков больных, установкой кабин для сбора мокроты в соответствии с национальным руководством. В учреждениях была усовершенствована практика респираторной защиты сотрудников, а также использования хирургических масок пациентами.

В настоящее время все семь провинций, Бишкек и два национальных учреждения имеют планы инфекционного контроля ТБ. Во многих учреждениях была изменена инфраструктура, внедрена практика госпитализации только больных с ЛУ или ЛЧ формами ТБ с целью уменьшения риска внутрибольничной передачи инфекции.

Важные факторы успеха

На национальном уровне была проведена большая работа по созданию руководства по инфекционному контролю ТБ с тем, чтобы каждое учреждение могло разработать соответствующую юридическую и методологическую структуру. Участие различных заинтересованных сторон в подготовке руководства позволило привлечь их внимание к наиболее актуальным научно обоснованным данным по инфекционному контролю туберкулеза и обеспечило большую

приверженность соблюдению руководства. Обучение сотрудников учреждений и подготовка проекта плана учреждения по инфекционному контролю туберкулеза в ходе семинара позволили увеличить потенциал сотрудников, что помогло им доработать планы инфекционного контроля ТБ по возвращении на рабочие места, где они получали дополнительную техническую поддержку и кураторскую помощь.

Обеспечение устойчивости

Проект TB CARE I поддержал подготовку национального руководства по инфекционному контролю ТБ. Оно было утверждено постановлением Министерства здравоохранения во второй половине 2013 г., после чего эксперты санитарно-эпидемиологической службы начали осуществлять мониторинг мер инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях. Планы инфекционного контроля ТБ ежегодно пересматриваются и финансируются из средств государственного бюджета через новый механизм финансирования, обеспечивающий большую гибкость НПТ в расходовании средств на поддержание и дальнейшее совершенствование инфекционного контроля ТБ. Учреждения первичной медико-санитарной помощи и другие организации, ранее получавшие поддержку TB CARE I, продолжают получать помощь USAID в рамках проекта «Победить ТБ» (Defeat TB).

НИДЕРЛАНДЫ И ТУРЦИЯ

Роль НПО как движущей силы обеспечения устойчивой ответственности страны за борьбу с ТБ

Предпосылки

НПО традиционно играли ключевую роль в борьбе с ТБ во многих европейских странах. За последнее столетие их роль изменилась, т.к. национальные и местные правительства взяли на себя обязанности по борьбе с ТБ и оказанию фтизиатрической помощи. Многие НПО продолжают играть вспомогательную роль в деле борьбы с ТБ, занимаясь пропагандой, информированием общественности, подготовкой специалистов и разработкой руководств. В статье рассказывается о том, как изменились роль и финансирование двух НПО в двух странах Европы (Нидерландах и Турции) за последние сто лет.

Проблема общественного здравоохранения

Ситуация в Нидерландах и Турции отличается от ситуации в центральных странах Европы, где борьбой с ТБ, как правило, занимается правительство зачастую через НПО. Мы считаем, что страны с высокой заболеваемостью ТБ, могли бы выиграть от более активного участия НПО и организаций гражданского общества в деле борьбы с ТБ.

Фонд по борьбе с ТБ KNCV, Нидерланды

Фонд KNCV по борьбе с ТБ – неправительственная организация, основанная в 1903 г. как «Центральная ассоциация Нидерландов по борьбе с туберкулезом» (Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose). На тот момент частные ассоциации по борьбе с ТБ, оказывающие помощь нуждающимся в ней пациентам, существовали во всех крупных городах и провинциях Нидерландов. Роль Центральной ассоциации Нидерландов по борьбе с ТБ заключалась в координации и поддержке реализации этих мероприятий на национальном уровне. К 1930 г. местными ассоциациями по борьбе с ТБ в их общинах было организовано 130 туберкулезных клиник. Финансирование этих клиник осуществлялось за счет мероприятий по сбору средств на местном и государственном уровне, а также за счет фонда пожертвований и средств, передаваемых по наследству.

В 1953 г. после присвоения ассоциации королевского статуса к наименованию организации была добавлена буква К (Koninklijk). В том же году KNCV также учредила многодисциплинарный комитет для разработки мер политики и руководств (Комитет по практической борьбе с ТБ), который по сей день является органом, определяющим политику. В 1980-х гг., когда ответственность за контроль ТБ (и инфекционных заболеваний) перешла местным правительствам, функции местных и провинциальных ассоциаций по борьбе с ТБ были переданы муниципальным службам здравоохранения. В настоящее время 25 муниципальных служб здравоохранения оказывают ряд фтизиатрических услуг, находящихся в ведении службы общественного здравоохранения. В ответ на сокращение числа

больных ТБ проводится активная децентрализация инфраструктуры государственных противотуберкулезных клиник.

Обеспечение устойчивости

В 2003 г. в рамках празднования столетней годовщины с момента создания Ассоциации произошло ее слияние с организациями, занимающимися привлечением и сбором средств, такими как Emma Collection и инициатива по продаже Рождественских наклеек, и ее название было изменено на Фонд KNCV по борьбе с туберкулезом. С целью формального закрепления ответственности и полномочий общественного здравоохранения в 2005 г. при Институте общественного здравоохранения и охраны окружающей среды правительством был создан Центр по контролю инфекционных заболеваний, мандат которого включает также борьбу с ТБ. Фонд KNCV по борьбе с туберкулезом и Центр согласовали новые распределенные функции, в рамках которого ответственность за ведение Национального регистра туберкулеза и эпиднадзор перешла Центру, Фонд же продолжил оказывать помощь в разработке руководств, качественных мер политики, а также осуществлять координацию и техническое консультирование, финансируемые правительством. Фонд также получает финансовые средства от проведения лотерей «Друзья» и «Лото» и частных мероприятий по привлечению и сбору средств, которые идут на дополнительную поддержку борьбы с ТБ, такую как проведение обучающих мероприятий, печать санитарно-просветительских листовок, издание журнала Dutch Tuberculosis Journal и ведение адвокативной деятельности.

С середины 1990-х гг. деятельность Фонда KNCV по борьбе с ТБ была распространена на другие страны Европы, а также Африки и Азии, превратив его тем самым в ведущую организацию, занимающуюся борьбой с ТБ на глобальном уровне. В 1991 г. Фонд KNCV по борьбе с ТБ и Международный союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких организовали первые рабочие совещания Вольфхезе в Европе. В настоящее время эти совещания проводятся раз в два года и организуются совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейским центром по контролю и профилактике заболеваний.

С 2000 г. Фонд KNCV по борьбе с ТБ возглавляет Коалицию по борьбе с туберкулезом для оказания технической помощи – коалицию международных организаций, занимающихся борьбой с ТБ. В 2014 г. в четвертый раз подряд USAID поручил KNCV, возглавляющему коалицию, исполнение 5-летней программы по глобальной борьбе с ТБ «Challenge TB».

Ассоциации по борьбе с ТБ, Турция

Общество по борьбе с туберкулезом было организовано в 1918 г. во времена Османской империи. Ассоциация занималась публикацией материалов о ТБ, в определенный период времени также осуществляла лечение больных ТБ в двух диспансерах в Стамбуле. В 1920 г. после Первой мировой войны и последующей оккупации Стамбула Ассоциация была вынуждена прекратить свою деятельность. В 1923 г. ассоциации по борьбе с ТБ были учреждены в Измире и Балыкесире в западной части Турции. Ассоциация по борьбе с ТБ в Стамбуле была восстановлена в 1927 г. К 1948 г. были организованы 48 местных ТБ ассоциаций, а также была учреждена Национальная ассоциация по борьбе с туберкулезом. В 1980 г. число ассоциаций достигло 222, однако к 2014 г. их число сократилось до 120.

В 1987 г. Национальная ассоциация была переименована в Национальную федерацию ассоциаций по борьбе с туберкулезом. Ассоциации по борьбе с ТБ создавались главным образом для работы с труднодоступными группами населения и предоставления поддержки больным ТБ. Другая их миссия заключалась в финансовой и социальной поддержке провинциальных противотуберкулезных диспансеров. На базе крупных городских ассоциаций, как например, в Стамбуле, Анкаре, Анталии, Адане и Конья также действуют противотуберкулезные диспансеры и ТБ лаборатории. Из 133 диспансеров в 1965 г. 46 находились в ведении ассоциаций; к 1980 г. лишь 33 из 257 диспансеров оставались в ведении ассоциаций. В настоящее время 16 диспансеров по-прежнему управляются ассоциациями, 12 из них находятся в Стамбуле.

Ассоциации также играют роль в подготовке сотрудников противотуберкулезных диспансеров. Турецкая федерация ассоциаций по борьбе с туберкулезом каждые два года организует национальный конгресс. Федерация и основные ассоциации являются членами постоянного консультативного комитета Турецкой программы по борьбе с ТБ.

Обеспечение устойчивости

В качестве признания их роли ассоциации по борьбе с ТБ получают финансовую помощь от муниципалитетов, дополняющую поступления от традиционных мероприятий по привлечению и сбору средств. Согласно закону №6237 от 1948 г. 10% налогов, налагаемых муниципалитетами на развлекательные мероприятия, такие как кинотеатры и скачки, поступают ассоциациям по борьбе с ТБ



Рисунок 1 «Туберкулез не побежден. Мы продолжаем бороться.» Стамбульская ассоциация по борьбе с ТБ

в провинции. Закон также гласит, что в случае отсутствия в городе ассоциации, деньги должны тратиться непосредственно на больных ТБ. Закон остается в силе и является важным источником дохода для ассоциаций по борьбе с ТБ, особенно в крупных городах, таких как Стамбул. В соответствии с законом № 5368, изданным в 1949 г., Министерство здравоохранения уполномочено оказывать финансовую поддержку и оказывать помощь в натуральной форме туберкулезным больницам и диспансерам, находящимся в ведении ассоциаций, для содействия осуществлению ими их деятельности. Министерство здравоохранения имеет право при необходимости направлять врачей, медицинских сестер, фармацевтов и лаборантов в эти учреждения.

Потенциал для наращивания и области развития

Опыт этих двух стран демонстрирует то, как НПО и государственная фтизиатрическая служба могут устойчиво работать сообща в области контроля и лечения ТБ. Данная модель может оказаться выигрышной для стран с высокой заболеваемостью ТБ, что подтверждает опыт стран, получавших на протяжении последнего десятилетия помощь Глобального фонда. Этим странам следует рассмотреть возможность продолжения подобного сотрудничества после прекращения финансирования со стороны Глобального фонда, например, привлекая НПО и организации гражданского общества к предоставлению услуг по борьбе с ТБ.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

РАБОЧАЯ ГРУППА ВЫСОКОГО УРОВНЯ ПО ТБ¹

Предпосылки

Международное сотрудничество вносит существенный вклад в дело борьбы с ТБ в Российской Федерации, обеспечивая внедрение передовых международных стратегий на национальном уровне. Международное сотрудничество способствует обмену знаниями и опытом между специалистами в области ТБ; оно обеспечивает доступ к информации о современных международных стандартах, научной литературе и обзорах, а также открывает возможности для российских специалистов принимать участие в международных конференциях и семинарах, а также получать помощь от международных экспертов на местном и федеральном уровнях.

Проблема общественного здравоохранения

Осознавая значимость международного сотрудничества, в Российской Федерации назрела необходимость создания платформы для ведения более эффективных дискуссий между российскими и международными специалистами относительно стратегий работы, а также для обмена опытом в области контроля и лечения ТБ.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Рабочая группа высокого уровня (РГВУ) по ТБ была учреждена в августе 1999 г. в рамках совместной инициативы Министерства здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ. Она создавалась как коллективный координационный и совещательный международный орган с целью создания платформы для конструктивного диалога между российскими и международными специалистами и разработки рекомендаций по стратегии и тактике борьбы с ТБ в Российской Федерации.

РГВУ способствует проведению эффективных консультаций между российскими и международными экспертами в области организации противотуберкулезной помощи населению и содействует координации мероприятий, проводимых российскими и международными организациями, участвующими в борьбе с ТБ на территории Российской Федерации. Она также помогает в определении приоритетов в соответствии со стратегией «Остановить ТБ» и в разработке рекомендаций по стратегии и тактике борьбы с ТБ, включая меры в отношении МЛУ-ТБ и сочетанной инфекции ТБ и ВИЧ.

В настоящее время в состав РГВУ входят представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы исполнения наказания, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Центрального научно-исследовательского института ТБ, федеральных исследовательских институтов фтизиопульмонологии и ТБ, Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения и ВОЗ (штаб-квартиры, Европейского регионального бюро и странового офиса ВОЗ в Российской Федерации). Председательство на пленарных заседаниях РГВУ осуществляется поочередно представителями Минздрава России и ВОЗ.

Деятельность группы заключается главным образом в совместной разработке и обсуждении проектов нормативных актов и методических документов по организации деятельности по профилактике и раннему выявлению ТБ, совершенствованию оказания фтизиатрической помощи населению, включая алгоритмы, методы лабораторной и рентгенологической диагностики, оптимизации схем противотуберкулезной химиотерапии с применением противомикробных и противотуберкулезных препаратов, организации противоэпидемических мероприятий в противотуберкулезных учреждениях, эпиднадзору и мониторингу ТБ, включая его ЛУ формы, профессиональной подготовке специалистов и санитарно-просветительской работе. Группа также занимается вопросами обеспечения социальной защиты больных ТБ и анализом международного опыта. В настоящее время группа занимается разработкой рекомендаций и предложений по проведению мероприятий по борьбе с М/ШЛУ-ТБ и ВИЧ-ассоциированным ТБ.

Результаты

Благодаря эффективному партнерству России и международных организаций в рамках рабочей группы высокого уровня стала возможной реализация совместных проектов, таких как создание центров передового опыта на базе различных региональных фтизиатрических служб, создание и внедрение системы мониторинга, выбор лучших моделей оказания фтизиатрической помощи в учреждениях пенитенциарного и гражданского секторов, а также оказание психологической и социальной поддержки с целью повышения приверженности лечению. РГВУ внесла существенный вклад в подготовку национальных рекомендаций по противотуберкулезной химиотерапии, утвержденных Министерством здравоохранения. Три лаборатории на базе федеральных научно-исследовательских институтов были назначены центрами передового опыта в сети национальных референс-лабораторий.

¹ Адаптировано из статьи Габбасовой Л.А., Пашкевича Д.Д. Пятнадцать лет успешного сотрудничества Министерства здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ: рабочая группа высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации. Public Health Panorama 2015;1.

В соответствии с рекомендациями 24-го заседания РГВУ при участии ВОЗ реализуются меры по совершенствованию механизмов оказания психосоциальной поддержки больным ТБ с целью повышения их приверженности лечению с планируемой оценкой эффективности этой работы и дальнейшей разработкой устойчивых моделей повышения приверженности лечению в Российской Федерации.

В соответствии со стратегией «Ликвидировать ТБ», принятой на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, а также готовящимся Планом действий по борьбе с ТБ для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг., ближайшей задачей РГВУ является совершенствование мер раннего выявления, диагностики

и лечения М/ШЛУ-ТБ, а также ВИЧ-ассоциированного ТБ, оптимизация отчетных форм, разработка унифицированной персонализированной системы регистрации больных ТБ, а также вопросы профилактики ТБ и ВИЧ-инфекции у мигрантов.

Обеспечение устойчивости проекта

Отличительной особенностью РГВУ является устойчивость, выдержавшая испытание временем, и полное принятие руководством здравоохранения страны. РГВУ является платформой, на которой апробируется новая доказательная база, обобщается и внедряется накопленный российский опыт борьбы с ТБ. Эту модель можно смело использовать в других странах Региона.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

КОМПЛЕКСНАЯ РЕФОРМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ М/ШЛУ-ТБ в Воронежской области

Предпосылки

Последнее десятилетие 20-го века в Российской Федерации было отмечено повсеместным ростом заболеваемости ТБ. Воронежская область не стала исключением, испытав двукратный рост показателя заболеваемости ТБ с 36,7 на 100 000 населения в 1990 г. до 73,9 на 100 000 населения в 2000 г., а также увеличение показателя смертности с 5,5 на 100 000 населения в 1990 г. до 11,9 на 100 000 в 2000 г. К 2005 г. показатель заболеваемости ТБ вырос до 53,7, а показатель смертности увеличился до 14,9 на 100 000 населения.

Также выросла распространенность МЛУ-ТБ, показатель которой удвоился за последние пять лет с 14,9 на 100 000 населения в 2009 г. до 27,5 на 100 000 в 2015 г. Результаты когортного анализа свидетельствуют о том, что показатель МЛУ-ТБ также увеличился вдвое как среди впервые выявленных случаев заболевания (с 14,6% в 2009 г. до 30,0% в 2014 г.), так и среди рецидивов (с 26,4% в 2009 г. до 57,1% в 2014 г.).

Проблемы лекарственного обеспечения, назначение неадекватных схем химиотерапии, недостаточность социальной поддержки больных – вот лишь некоторые из причин роста показателя и широкого распространения МЛУ-ТБ. Кроме того, неудовлетворительное состояние материально-технической инфраструктуры лабораторий фтизиатрической службы ограничивало возможность выявления лекарственно устойчивого ТБ. Внешний контроль качества тестирования лекарственной чувствительности осуществлялся лишь частично, использование метода концентраций приводило к тому, что на протяжении трех месяцев ожидания результатов ТЛЧ лечение больных осуществлялось «вслепую».

ТБ не теряет своей социальной значимости, что создает дополнительные трудности для своевременной диагностики и обеспечения непрерывного лечения. Остается высоким число социально незащищенных и безработных лиц среди впервые выявленных больных ТБ, которые нуждаются в дополнительной социальной поддержке. Как следствие, в 2010 г. показатель успешного лечения впервые выявленных больных ТБ легких с положительным мазком составлял всего 66,1%.

Проблема общественного здравоохранения

Сложность и многообразие барьеров для борьбы с ТБ в Воронежской области обусловили необходимость многоэтапного подхода к реформе диагностики и лечения МЛУ-ТБ.

Надлежащая практика укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Для решения проблемы роста заболеваемости ТБ в Российской Федерации был предпринят целый ряд мер, которые можно разбить на шесть категорий.

Совершенствование управления сектором здравоохранения и межсекторальный подход к делу борьбы с ТБ

В рамках централизованного управления областью благодаря внедрению наиболее эффективных стандартов управления на всех уровнях системы здравоохранения был усилен контроль за всеми противотуберкулезными мероприятиями. В 2010 г. был создан единый областной консилиум по МЛУ-ТБ. Постановлением правительства Воронежской области в 2002 г. была учреждена межведомственная комиссия по ТБ под председательством первого заместителя главы правительства. Это позволило улучшить координацию работы областных подразделений различных ведомств с целью обеспечения раннего выявления ТБ, особенно в группах риска, и бесперебойного лечения всех больных ТБ. Комиссия также осуществляет координацию работы системы здравоохранения и других служб области для обеспечения своевременной диагностики, лечения и предоставления социальной поддержки больным ТБ и лицам в группах риска. В работе задействованы судебная система и система исполнения наказаний, служба социальной защиты, занятости и трудоустройства, миграционная служба, санитарно-эпидемиологическая служба и образовательный сектор.

Стремление к инновационным, научно обоснованным технологиям

С целью обеспечения своевременного выбора и назначения оптимальной схемы химиотерапии в области были внедрены современная технология диагностики ТБ и высококачественные тесты на ТБ. В 2010 г. был внедрен современный подход к диагностике и лечению ТБ, а также расширен доступ и улучшено качество ускоренных методов бактериологической диагностики ТБ с помощью автоматизированной системы (ВАСТЕС MGIT960).

Были внедрены научно обоснованные национальные стандарты лечения ТБ, такие как краткосрочная терапия под непосредственным наблюдением (ДОТС). В 2010 г. была создана гармонизированная региональная система мониторинга больных МЛУ-ТБ. Также расширился доступ больных МЛУ-ТБ к новым противотуберкулезным препаратам высокого качества, частично это стало возможным благодаря работе проекта Комитета зеленого света. В 2010 г. проект обеспечил высококачественными противотуберкулезными препа-

ратами второго ряда 140 больных МЛУ-ТБ из числа постоянного населения и 10 больных в пенитенциарной системе. В 2012 г. были внедрены инструменты ускоренной молекулярно-генетической диагностики (полимеразная цепная реакция в режиме реального времени и GeneXpert).

В 2014 г. была внедрена программа мониторинга лечения и обеспечения преемственности оказания медицинской помощи. Медицинские работники имеют доступ к компьютерной программе «ПАЦИЕНТ», используемой для сбора и регулярного обновления данных по каждому больному ТБ, для ежедневного внесения данных обследований, медицинских и социальных факторов риска и принимаемых препаратов. Программа позволяет своевременно выявлять изменения в приверженности больного и помогает медработникам предпринимать предупредительные меры для предотвращения неэффективного исхода лечения.

Расширение мер инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях

В 2010 г. в противотуберкулезных учреждениях были внедрены меры инфекционного контроля, предусматривающие своевременную изоляцию больных с бактериовыделением, оснащение бактериологической лаборатории, закупку современных ультрафиолетовых бактерицидных облучателей и боксов биологической безопасности, использование респираторов медработниками при работе с заразными больными, а также обучение всех сотрудников мерам инфекционного контроля.

Реорганизация службы с целью увеличения потенциала реагирования системы

В целях повышения приверженности больных лечению в области был внедрен ориентированный на пациента подход к оказанию медицинской помощи, используются нетрадиционные площадки для проведения лечения. В области организованы три амбулаторных отделения на 220 коек для проведения интенсивной фазы химиотерапии МЛУ-ТБ. Параллельно с этим в области внедрены и все более активно используются ориентированные на пациента модели лечения МЛУ-ТБ на поддерживающей фазе.

В 2013 г. стартовал проект «АВРАЛ», в основе которого лежит комплексный подход к лечению ТБ. В рамках проекта была внедрена ускоренная диагностика ТБ с помощью автоматизированной тест-системы на основе картриджей, позволившая сократить время от выявления симптомов до постановки диагноза до 72 часов, что обеспечило возможность быстрого назначения надлежащей схемы химиотерапии и способствовало оперативному разделению потоков больных с целью уменьшения риска внутрибольничного инфицирования ЛУ-ТБ. В области принят новый протокол, согласно которому все новые случаи туберкулеза легких с отрицательным мазком госпитализируются в одно из отделений противотуберкулезного диспансера до получения результатов теста GeneXpert. В отделении выделен блок из пяти палат (16 коек), выполняющих функцию «сортировочного блока». Больным, поступающим из приемного отделения, проводится тест, результаты которого оказываются доступными через 12–24 часов. На основании результатов устойчивости к рифампицину теста GeneXpert пациенты переводятся в одно из пяти стационарных отделений противотуберкулезного диспансера:

- » отделение дифференциальной диагностики;
- » отделение для впервые выявленных больных ТБ с чувствительностью к рифампицину;
- » отделение для ранее леченных больных ТБ с чувствительностью к рифампицину;
- » отделение для впервые выявленных больных ТБ с устойчивостью к рифампицину;
- » отделение для ранее леченных больных ТБ с устойчивостью к рифампицину с двумя отдельными палатами для больных ШЛУ-ТБ.

Наращивание оказания социальной поддержки больным ТБ

При участии международных партнеров в области удалось расширить оказание социальной помощи больным ТБ, что способствует снижению показателей потери больных для дальнейшего наблюдения. Основное внимание уделяется социально незащищенным группам пациентов. В сельских поселениях сотрудники учреждений общей лечебной сети и противотуберкулезных диспансеров проводят контролируемое лечение на базе дневных стационаров, на дому и в тубкабинетах. Начиная с 2011 г., появились новые возможности прохождения пациентами контролируемого лечения: теперь они могут получать противотуберкулезные препараты в смотровых кабинетах под наблюдением медицинских сестер, на дому под наблюдением участковых медицинских сестер (каждый день кроме воскресенья), в рамках программы «Патронаж на колесах», в любой из четырех городских поликлиник под наблюдением медицинских сестер общей лечебной сети или в рамках проекта «Пациент-ориентированного сопровождения», занимающегося наиболее трудными пациентами в группах высокого риска.

С 2014 г. фтизиатрическая служба сотрудничает с социальной службой области с целью расширения возможностей оказания социальной помощи больным ТБ. На базе областного противотуберкулезного диспансера были открыты два кабинета медико-социальной помощи.

Привлечение СМИ к санитарно-просветительской работе с населением

Фтизиатрическая служба начала проводить информационно-просветительские кампании с целью повышения осведомленности населения области об эпидемиологической ситуации по ТБ, современных подходах к профилактике, выявлению и лечению ТБ. Проводимые мероприятия включают: выступления на центральном телевидении и радио, круглые столы с участием журналистов и представителей СМИ. В 2014 г. при поддержке партнерства Эли Лилли по борьбе с М/ШЛУ-ТБ в одном из крупнейших торгово-развлекательных центров области была организована фотовыставка «Твое здоровье – в твоих руках».

Результаты

В результате проведенных реформ увеличился охват больных ТБ тестированием с помощью системы Xpert MTB/RIF. За 19 месяцев (с мая 2013 г. по декабрь 2014 г.) охват больных, госпитализированных в противотуберкулезный диспансер, достиг 99,4% (1383 из 1392 больных, которые были протестированы), включая 91,8% (1268 больных), которым тест был проведен в течение первых двух дней после госпитализации. Бактериовыделение было выявлено у 42,4%

(586) обследованных лиц, включая 39,8% (233) больных ТБ с устойчивостью к рифампицину, которым в течение первых трех дней было назначено адекватное лечение МЛУ-ТБ. Показатель совпадения результатов чувствительности к рифампицину, полученных с помощью Xpert MTB/RIF и на жидких средах, составил 99,5%, а совпадение результатов устойчивости к рифампицину – 96,7%, оба показателя не выходят за рамки допустимых технических параметров автоматического анализатора Xpert MTB/RIF.

Показатель успешного лечения впервые выявленных больных с ТБ с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией мазка мокроты, вырос с 66,1% в 2009 до 76% в 2013 г., а показатель успешного лечения больных ЛЧ-ТБ за этот же период увеличился с 80,6% до 84,0%. Показатель потери больных для дальнейшего наблюдения уменьшился вдвое (с 4,8% в 2009 г. до 2,9% в 2013 г.), а совокупный показатель выбывших и потерянных для дальнейшего наблюдения больных сократился с 7,8% до 4,8%.

Также увеличился показатель успешного лечения ТБ в группах риска. Показатель успешного лечения в рамках проекта «Пациент-ориентированного сопровождения» составил 88,7% среди лиц с алкогольной зависимостью, 80,0% среди лиц, вышедших на свободу из мест лишения свободы, и 73,5% среди больных, которые неоднократно прерывали лечение. Показатель успешного лечения МЛУ-ТБ увеличился на 25,4% за период с 2010 г. (33,5%) по 2012 (42,0%). В рамках проекта «Пациент-ориентированного сопровождения» показатель успешного лечения МЛУ-ТБ составил 79%.

За период с 2010 г. по 2014 г. эпидемиологическая ситуация по ТБ в Воронежской области улучшилась:

- » показатель рецидивов ТБ сократился вдвое;
- » заболеваемость ТБ сократилась вдвое с 53,7 на 100 000 населения в 2010 г. до 25,4 на 100 000 в 2014 г.;
- » распространенность ТБ сократилась на 42,7%, с 126,9 на 100 000 населения в 2010 г. до 72,7 на 100 000 в 2014 г.; для сравнения, аналогичные показатели в Российской Федерации составляли 22,6% и 31,5% в Центральном федеральном округе;

- » распространенность ТБ с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией мазка мокроты, сократилась на 49,7% с 68 на 100 000 в 2010 г. до 34,2 на 100 000 в 2014 г.; для сравнения аналогичные показатели составляют 22,1% в Российской Федерации и 35,2% в Центральном федеральном округе.
- » распространенность МЛУ-ТБ сократилась на 40,7% с 27,5 на 100 000 населения в 2005 г. до 18,8 на 100 000 населения в 2014 г., в то время как в целом по Российской Федерации отмечалось ее увеличение на 13,2%; распространенность снизилась лишь на 15,4%;
- » в 2014 г. показатель смертности от ТБ сократился вдвое и достиг 5,2 случаев на 100 000 населения;
- » заболеваемость ТБ среди сотрудников противотуберкулезных учреждений сократилась с 440,5 на 100 000 в 2009 г. до 51,3 на 100 000 в 2014 г. С начала реализации проекта «АВРАЛ» в 2013 г. случаев ТБ среди сотрудников противотуберкулезного диспансера зарегистрировано не было.

Важные факторы успеха

Описанный выше комплексный подход к проведению реформы организации работы фтизиатрической службы позволил создать устойчивую модель и достичь основной цели области – сокращения бремени ТБ и МЛУ-ТБ. Это повысило шансы области на достижение и опережение целевых ориентиров, предусмотренных Российской государственной программой развития здравоохранения на 2014 г.

Обеспечение устойчивости

Готовность администрации области интегрировать данный подход в стратегические направления и индикаторы эффективности работы системы здравоохранения не только обеспечивают долгосрочную устойчивость, но и возможность дальнейшего развития проекта. Активный подход службы, координирующей и осуществляющей мониторинг всех проводимых в области мероприятий по борьбе с ТБ, является залогом успешной реализации и развития практики.

ТАДЖИКИСТАН

НАЦИОНАЛЬНАЯ КОАЛИЦИЯ С ШИРОКИМ УЧАСТИЕМ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН ДЛЯ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ БОРЬБЫ С ТБ

Предпосылки

Общественная организация «Молодое поколение Таджикистана» присоединилась к делу борьбы с ТБ в 2013 г. и провела анализ организаций, занимающихся проблемой ТБ в стране. Анализ позволил выявить сильных национальных и международных партнеров, однако, как оказалось, отмечалась слабая координация и отсутствие четкого фокуса деятельности многих из них. Многие проекты оказывали услуги по профилактике и лечению ТБ, не уделяя при этом надлежащего внимания вопросам пропаганды, защиты прав пациентов, уменьшения стигмы и дискриминации, а также наращивания организационного потенциала.

Проблема общественного здравоохранения

Разрыв между работниками здравоохранения, организациями гражданского общества и активистами означал, что лица, принимающие решения, не всегда осознавали нужды пациентов. Все заинтересованные стороны признали отсутствие надлежащей координации деятельности, и необходимость того, чтобы кто-то возглавил бы проводимую в стране работу.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В апреле 2014 г. Украинским альянсом и Европейской коалицией по ТБ при поддержке Немецкой корпорации по международному сотрудничеству (GIZ) было организовано пятидневное региональное сетевое совещание по ТБ с целью укрепления потенциала гражданского общества в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии. Цели проведения совещания заключались в том, чтобы оказать помощь активистам и организациям гражданского общества в создании сети сотрудничества и научить их более активно принимать участие в процессах Глобального фонда, предусмотренных в отношении МЛУ-ТБ. Это дало возможность представителям организации «Молодое поколение Таджикистана» познакомиться с соотечественником, который сам в прошлом перенес МЛУ-ТБ. Они обсудили отсутствие институционального подхода к организации больных ТБ, их семей и других затронутых ТБ групп населения. Было принято решение действовать сообща с целью привлечения бывших пациентов, перенесших ТБ, к принятию ответных мер в отношении ТБ.

При поддержке проекта НОРЕ в Таджикистане активисты ОО «Молодое поколение Таджикистана» и представители пациентского сообщества были приняты в Республиканском центре защиты населения от ТБ (НПТ), который тепло встретил их заинтересован-

ность. Учитывая негативный прошлый опыт, было принято решение начать работу неформально без немедленного создания юридического лица. При поддержке технических экспертов, выразивших готовность оказать содействие заложению фундамента для будущего партнерства, был составлен проект регламента или устава, а также меморандум. Было принято решение о том, что основное внимание в работе партнерства будет уделяться имеющимся пробелам, таким как координация деятельности заинтересованных сторон и привлечение к работе (бывших) больных ТБ с целью предупреждения дублирования работы других программ.

Проект «Качественное здравоохранение» (USAID) помог в проведении совещания, состоявшегося 30 июля 2014 г., на котором 76 представителей больных ТБ, их семей, общественных организаций, занимающихся проблемой ТБ, и представители СМИ решили организовать «Партнерство – Остановим ТБ в Таджикистане».

Структура Партнерства включает секретариат, ведущая организация которого меняется каждые два года. Партнерство имеет совет, в состав которого входят 32 человека, пострадавших от ТБ, а также общественные организации, занимающиеся проблемой ТБ; высшим органом Партнерства является общее собрание. Правительственные организации, а также Страновой координационный комитет также являются членами Партнерства.

Партнерство запросило и получило техническую помощь от глобального партнерства «Остановить ТБ» для участия в национальном стратегическом планировании в области борьбы с ТБ и подготовки концептуальной записки по ТБ в Глобальный фонд. «Партнерство – остановим ТБ в Таджикистане» также провело обучающий семинар по вопросам прав человека, гендерным вопросам, связанным с профилактикой и лечением ТБ, а также новой моделью финансирования. Партнерство собрало информацию о потребностях затронутых ТБ сообществ и подготовило рекомендации для написания концептуальной записки в Глобальный фонд. Основные рекомендации заключались во включении лиц с ТБ в процесс мониторинга реализации гранта и в использовании модуля по укреплению систем сообществ – возможности принятия ими ответных мер для наращивания потенциала гражданского общества по реализации мероприятий, направленных на борьбу с ТБ.

«Партнерство – остановим ТБ в Таджикистане» приняло участие в подготовке концептуальной записки в Глобальный фонд. Одним важным отличием от предыдущих грантов, предложенным активистами и одобренным Страновым координационным комитетом, было увеличение объема и длительности грантов, выдаваемых субреципиентам из числа организаций гражданского общества.

Ранее средний срок действия грантов составлял 8 месяцев, чего было недостаточно для завершения лечения ТБ, что ограничивало эффективность работы субреципиентов из числа общественных организаций. По завершении курса, посвященного написанию документов гранта, организованного для участников Партнерства, была подготовлена одна крупная заявка, посвященная решению проблемы стигмы и дискриминации лиц, затронутых ТБ, и обеспечению приверженности больных лечению. Три последних курса были посвящены разработке стратегии с тем, чтобы ТБ-организации могли оказывать содействие членам Партнерства в стратегическом и оперативном планировании. Данный проект технической помощи оказался полезным инструментом пересмотра целей и задач «Партнерства-остановим ТБ в Таджикистане»; как следствие, было принято решение уделить основное внимание вопросам координации и мобилизации сообщества.

Результаты

В целях мобилизации сообщества члены Партнерства создали действующий комитет, состоящий из нескольких лиц, перенесших ТБ, из различных областей страны. Их работа будет поддержана проводимыми на местном уровне мероприятиями по сбору и привлечению средств. Основной задачей действующего комитета является мониторинг осуществления ответных мер по борьбе с ТБ и регулярный сбор информации о потребностях пациентов, страдающих этим заболеванием, по всей стране. Члены партнерства регулярно собираются для обмена информацией и координации дальнейших действий. Стратегический план Партнерства будет окончательно доработан на следующем общем собрании.

Важные факторы успеха

Инициаторов организации «Партнерство – остановим ТБ в Таджикистане» объединяла единая цель – объединить усилия с целью удовлетворения потребностей и улучшения качества помощи, оказываемой людям и сообществам, затронутым ТБ. Взаимная поддержка стала важным фактором успеха; люди, перенесшие туберкулез, начали помогать тем, кто все еще находился на лечении. Организации, занимающиеся проблемой ТБ и уже имевшие финансирование, оказали поддержку Партнерству добровольно; например, НПТ предоставила свои помещения, информационные материалы и канцтовары для проведения тренингов.

Обеспечение устойчивости проекта

Общественная организация «Молодое поколение Таджикистана» выделит средства на оплату работы сотрудника в помощь секретариату Партнерства для укрепления коммуникации и координации работы его членов. Устойчивость «Партнерства – Остановим ТБ в Таджикистане» зависит от способности его руководства мотивировать и направить его добровольных членов в работе. Пример местного финансирования и финансирования действующего комитета на основе членства будет расширен с целью обеспечения устойчивости деятельности независимо от помощи внешних доноров.

Потенциал расширения проекта и области будущего развития

Планы на будущее включают подготовку и мобилизацию волонтеров для работы в области активного выявления ТБ на уровне общин, повышения приверженности больных ТБ лечению и просвещения членов их семей по вопросам ТБ, наращивания потенциала организаций, занимающихся вопросами ТБ, для обеспечения устойчивого оказания помощи уязвимым группам населения.

УЗБЕКИСТАН

Единый приказ: эффективная стратегия контроля М/ШЛУ-ТБ

Предпосылки

В Узбекистане совершенствование лечения и профилактики социально значимых заболеваний, включая ТБ, занимает важное место в политической повестке и является важной областью работы учреждений здравоохранения. В свете связанных с ТБ потерь национальной экономики и социальных детерминант распространения ТБ, был сделан важный шаг по сокращению распространения этого заболевания. Руководство страны и министр здравоохранения сделали борьбу с ТБ приоритетной задачей для страны.

В конце прошлого века эпидемиологическая ситуация по ТБ ухудшилась как в Узбекистане, так и во всем мире. Так, в 2001 г. заболеваемость ТБ выросла с 57,5 до 79,2 случаев на 100 000 населения, показатели заболеваемости ТБ и смертности от ТБ достигли своего максимума в 2002 г. Принятие закона «О защите населения от ТБ» (2001 г.) и стратегической программы профилактики и сокращения заболеваемости ТБ на 2003–2008 гг., утвержденной Чрезвычайной противоэпидемической комиссией, обеспечили некоторое сокращение и стабилизацию индикаторов ТБ. Несмотря на достигнутый прогресс, к 2010 г. эпидемиологическая ситуация оставалась тревожной с большим числом нерешенных проблем, стоящих перед фтизиатрической службой. Сохранялась громоздкая классификация групп диспансерного учета с длительным сроком диспансерного наблюдения; больные, перенесшие ТБ, получали сезонную химиопрофилактику; медико-санитарные нормы и правила не соответствовали требованиям инфекционного контроля туберкулеза. Отсутствовали единый алгоритм выявления ЛЧ и ЛУ форм ТБ, а также стандарты диагностики и лечения М/ШЛУ-ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

До принятия в марте 2011 г. Кабинетом министров Республики Узбекистан постановления №62 «О дополнительных мерах по снижению заболеваемости туберкулезом в Узбекистане в 2011-2015 гг.» и утверждения Государственной Программы борьбы с туберкулезом на 2011-2015 гг., в стране отсутствовали нормативные документы, соответствовавшие действующим стандартам, и не существовало единого профессионального стандарта обязанностей, навыков и знаний врача-фтизиатра. Более того, работа врачей фтизиатрической службы не была систематизирована. В связи с этим рабочие процедуры во всех противотуберкулезных учреждениях требовали экстренного пересмотра, также как и имеющие нормативные документы, которые зачастую противоречили друг другу.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Таким образом, для оказания фтизиатрической помощи населению Узбекистана требовался единый нормативный документ, отражающий стратегию ВОЗ «Остановить ТБ» на 2011–2015 гг. В соответствии с законом «О защите населения от ТБ» в рамках реализации Государственной программы борьбы с туберкулезом на 2011-2015 гг., принятой постановлением Кабинета Министров №62 «О дополнительных мерах по снижению заболеваемости туберкулезом в Узбекистане в 2011-2015 гг.», совместно с международными партнерами и при технической поддержке ВОЗ был разработан Единый приказ «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Республике Узбекистан». В структуре Единого приказа имеются 22 приложения, строго определяющие подходы к профилактике, диагностике, ведению и лечению туберкулеза.

Единый приказ:

- » соответствует международным стандартам на основе клинических руководств ВОЗ и с учетом новых дефиниций, предложенных Всемирной Организацией Здравоохранения;
- » определяет новые медико-санитарные нормы и правила по организации противотуберкулезных лечебных учреждений, с учетом требований инфекционного контроля туберкулеза;
- » представляет новый алгоритм выявления туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи с расширением бактериологического компонента диагностики ТБ;
- » унифицирует систему учета больных туберкулезом, с подразделением на новых и повторно леченных больных, упрощает классификацию больных и сокращает длительность диспансерного наблюдения за каждой из групп;
- » представляет протоколы ведения лиц из групп риска по туберкулезу в системе ПМСП, с указанием мероприятий и кратности их проведения;
- » предлагает новые подходы к ведению туберкулеза у детей, включая вакцинацию БЦЖ (бациллой Кальметта — Герена) новорожденных, применение современного диагностического оборудования для своевременного выявления туберкулеза, лечение, в соответствии с новыми режимами и дозировками противотуберкулезных препаратов для детей;
- » предлагает новые принципы химиопрофилактики лиц, находившихся в контакте с больным ТБ, и ВИЧ-инфицированных лиц (отменяет сезонную химиопрофилактику и профилактическое лечение лиц в группах риска по ТБ);

- » обеспечивает новые подходы к обеспечению всеобщего доступа к лечению ЛЧ и ЛУ форм туберкулёза с учетом расширения амбулаторного лечения, внедрения в пилотном регионе 9-ти месячных укороченных курсов терапии ЛУ форм туберкулёза, а также апробации новых противотуберкулёзных препаратов в лечении М/ШЛУ ТБ;
- » вводит единые критерии выдачи разрешений на работу лицам, перенесшим ТБ;
- » создает универсальную систему мониторинга и оценки деятельности всех медицинских учреждений на различных уровнях организации фтизиатрической помощи;
- » предусматривает проведение санитарно-просветительской работы, включая адвокацию, коммуникацию и социальную мобилизацию.

Результаты

Пересмотр определенных постановлений и нормативной базы, регулирующих работу фтизиатрической службы, стал новым этапом в деле борьбы с ТБ в Узбекистане, результатом которого является стандартизация эпидемиологических индикаторов ТБ с целью окончательной ликвидации этого смертельного заболевания.

Новая нормативная база будет способствовать использованию современных алгоритмов выявления ТБ, включая М/ШЛУ-ТБ, быстрой диагностике *Mycobacterium tuberculosis* и определению спектров лекарственной устойчивости, разделению потоков больных в строгом соответствии с требованиями инфекционного контроля и раннему назначению адекватного лечения. Это позволит обеспечить соблюдение врачами первичной медико-санитарной

помощи диагностического алгоритма, основой которого является лабораторное исследование образцов мокроты пациента.

Всеобщий доступ к диагностике и лечению ТБ с положительным мазком, включая ЛУ-ТБ, предотвратит дальнейшее распространение всех форм заболевания в Узбекистане.

Важные факторы успеха

Каждый фтизиатр несет профессиональную ответственность за соблюдение Единого приказа в рамках межведомственного сотрудничества первичной медико-санитарной помощи, службы по борьбе со СПИДом и санитарно-эпидемиологической службы. Внедрение единого приказа отменяет устаревшие нормативные акты, дает полное юридическое основание для всеобщего доступа к диагностике и лечению как ЛЧ, так и ЛУ форм ТБ и содействует профилактике дальнейшего распространения М/ШЛУ-ТБ в Узбекистане.

Обеспечение устойчивости

С момента издания Единого приказа в октябре 2014 г. Министерство здравоохранения и специалисты НПТ занимаются обеспечением его исполнения посредством проведения широкой подготовки специалистов, организованной при технической поддержке со стороны ВОЗ и других партнеров, усиливая тем самым устойчивость нового нормативного документа. Устойчивость практики обеспечивается государственным финансированием строительства и реконструкции противотуберкулезных учреждений в соответствии с требованиями инфекционного контроля туберкулеза, а также постепенным переходом на государственное финансирование закупки противотуберкулезных препаратов.

АРМЕНИЯ

РЕФОРМЫ МЕХАНИЗМОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО И АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНЬЕВ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Предпосылки

ТБ является одной из основных проблем общественного здоровья в Армении. Развитие и распространение ТБ, включая его формы с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, представляют существенную угрозу для медицинской службы и общественного здравоохранения. ЛУ-ТБ является результатом бесконтрольного или неадекватного лечения, внутрибольничная передача инфекции часто способствует распространению этого заболевания.

В Армении, как и в других странах бывшего СССР, большая часть фтизиатрической помощи оказывается в условиях стационара. Исследование, изучавшее состояние фтизиатрической службы Армении в 2013 г., показало, что более 65% случаев ТБ были выявлены у стационарных больных, и почти 95% всех больных ТБ госпитализировались в больницы на время интенсивной фазы химиотерапии; в 2014 г. в Ереване показатель госпитализации составил 74,4%.

Большинство госпитализированных больных не соответствовали критериям госпитализации ВОЗ. Это главным образом было обусловлено механизмами финансирования фтизиатрической помощи в Армении: оплата амбулаторной фтизиатрической помощи зависела от численности обслуживаемого населения (подушевого норматива), в то время как оплата стационарной фтизиатрической помощи рассчитывалась по числу койко-дней, но не более утвержденной стоимости лечения одного случая заболевания. Такая система поощряла госпитализацию большинства больных, а также максимальную длительность их пребывания в стационаре, т.к. стоимость койко-дня включала не только стоимость лечения (препаратов) и питания для пациентов, но и другие расходы, такие как оплату труда врачей и другого персонала, уборку и прочие расходы.

Проблема общественного здравоохранения

Как следствие чрезмерной госпитализации в 2013 г. около 80% финансирования фтизиатрической службы шло на оплату стационарной помощи, и лишь оставшиеся 20% шли на оплату амбулаторных услуг. Это привело к недооценке роли амбулаторного звена в диагностике, лечении и профилактике ТБ, а также к недостаточному использованию его потенциала. Все это свидетельствовало о необходимости реорганизации управления, кадровых ресурсов и финансирования фтизиатрической службы.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Для решения существующих во фтизиатрической службе проблем в 2014 г. были внедрены новые критерии госпитализации и выписки пациентов, а также новые механизмы финансирования как стационарного, так и амбулаторного звеньев фтизиатрической помощи.

Новые механизмы финансирования госпитальных фтизиатрических услуг, предусматривающие разделение расходов больниц на постоянные и переменные (дополнительное финансирование на каждого больного), вступили в силу 1 октября 2014 г. Базовые или постоянные расходы больниц включают фонд заработной платы медицинского и немедицинского персонала и более не зависят от числа госпитализированных больных, что уменьшает стимул для поставщиков медицинских услуг максимально продлевать срок госпитализации пациентов. Согласно новым критериям госпитализации, соответствующим рекомендациям ВОЗ, в стационар помещаются только впервые выявленные больные ТБ с положительным мазком микроскопии мокроты, больные с рецидивом или М/ШЛУ-ТБ до прекращения бактериовыделения, подтвержденного бактериологическим методом, а также больные с отрицательным мазком и тяжелыми или распространенными формами ТБ легких или внелегочным ТБ. Другие группы больных ТБ, которые могут быть госпитализированы, включают лиц с сочетанными инфекциями или сопутствующими патологиями, такими как ВИЧ/СПИД, диабет, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки или хроническая обструктивная болезнь легких, сложные случаи ТБ, легочно-сердечная недостаточность, почечная или печеночная недостаточность, а также случаи, требующие хирургического вмешательства. Пациенты с предположительным ТБ госпитализируются только, если диагностика затруднена или требует проведения инвазивной эндоскопии. Такой подход сократил число стационарных больных, а также длительность их пребывания в больнице.

С целью укрепления амбулаторного звена фтизиатрической службы, упорядочивания финансирования амбулаторных услуг и стимулирования поставщиков медицинских услуг подушевой принцип финансирования был заменен финансированием на основании результатов. Данный подход требует реорганизации управления фтизиатрической службой. Первым шагом будет сокращение 47 больничных коек в Ереване и последующее создание единого амбулаторно центра при Ереванском противотуберкулезном диспансере, а также кабинетов-ДОТС для проведения непрерывного амбулаторного лечения под непосредственным наблюдением медицинских работников.

Результаты

В результате реорганизации системы финансирования в 2014 г. в Национальный центр по борьбе с ТБ было госпитализировано на 656 меньше больных ТБ, чем в 2013 г. (4447 больных; 87 570 койко-дней), а число койко-дней сократилось на 2159. В 2014 г. средняя длительность пребывания в стационаре составляла 17 койко-дней. Данный подход позволил сэкономить 58 082 долларов США. Сравнение показателей госпитализаций, занятости коек и финансирования за первую половину 2015 г. с соответствующими данными за 2013 и 2014 гг. свидетельствует о дальнейшем сокращении числа госпитализаций на 887, числа койко-дней на 595 и средней длительности госпитализации на 19 дней. Как следствие, экономия средств за первую половину 2015 г. достигла 28 726 долларов США, по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. Таким образом, за период с января по июнь 2015 г. наблюдалось не только сокращение числа госпитализаций и показателя занятости коек, но и объема расходов, связанных с госпитализацией больных, по сравнению с аналогичным периодом 2013 и 2014 г.

Важные факторы успеха

Эффективность новой системы напрямую зависит от более активного скрининга на ТБ, оказания амбулаторным звеном квалифицированной помощи, а также строгого соблюдения критериев госпитализации и выписки больных из стационара.

Обеспечение устойчивости проекта

Изменения, внесенные в соответствии с рекомендациями ВОЗ по сокращению числа необоснованных госпитализаций больных ТБ, повысили финансовую эффективность, сделали возможным выделение ресурсов для улучшения качества фтизиатрической помощи и уменьшения риска внутрибольничной передачи ТБ.

Возможности расширения проекта и области будущего развития

Для оценки воздействия новой модели финансирования на качество фтизиатрической помощи необходимо проведение дальнейшего анализа; фтизиатрическая служба нуждается в административной и кадровой реорганизации.

БЕЛАРУСЬ

ПИЛОТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ФИНАНСОВОЙ МОДЕЛИ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ СРЕДСТВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ НА СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ, НА АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТБ В УДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

Предпосылки

Данные национальной регистрации случаев ТБ за период с 2009 г. по 2014 г. свидетельствовали о положительной динамике эпидемиологической ситуации по ТБ – показатель заболеваемости ТБ сократился на 26,5%, с 45,9 до 33,8 на 100 000 населения. Однако так и не удалось реализовать возможность экономии финансовых средств за счет сокращения числа коек в учреждениях фтизиатрической службы по двум причинам. Во-первых, это привело бы к сокращению финансирования фтизиатрической службы в целом, которое в настоящий момент рассчитывается по числу коек; во-вторых, отсутствуют механизмы стимулирующих доплат работникам первичной медико-санитарной помощи и оказания социальной помощи больным на амбулаторном этапе. Как следствие, имеет место клинически необоснованная госпитализация больных ТБ, и существует высокая вероятность потери для дальнейшего наблюдения больных ТБ из числа уязвимых групп населения, проживающих в удаленных сельских районах.

Проблема общественного здравоохранения

В Беларуси, как и во многих странах СНГ, объем финансирования больниц определяется по числу коек, что приводит к необоснованной госпитализации пациентов. Лучшим решением проблемы ЛУ-ТБ будет использование финансирования для мотивирования медицинских работников и повышения приверженности больных лечению.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

По завершении семинара, проведенного в ноябре 2013 г. при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ, был запущен пилотный проект апробации измененной модели финансирования. В рамках новой модели денежные средства, высвобожденные в результате сокращения числа коек в одной ТБ-больнице, по примеру Эстонии будут использоваться для осуществления поощрительных доплат медицинским работникам, контролирующим прием противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе в удаленных сельских районах.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения реализация пилотного проекта была начата 1 апреля 2014 г., когда Могилевский областной совет депутатов принял решение финансировать выплату стимулирующих доплат медицинским работникам за счет средств, сэкономленных в результате сокращения пяти коек в областном противотуберкулезном диспансере.

Рабочая группа при Министерстве здравоохранения в рамках консультаций с Европейским региональным бюро ВОЗ подготовила инструкции по обеспечению преемственности лечения пациентов после их выписки из стационаров, содержащие образец стандартных контрактов и форм отчетности для начисления стимулирующих доплат работникам первичной медико-санитарной помощи, осуществляющим контроль за приемом препаратов. Размер доплат был эквивалентен 1 доллару США за каждое посещение больным ТБ лечебно-профилактического учреждения и 4 долларам США за каждое посещение больного ТБ на дому с учетом транспортных расходов и дополнительного времени, затрачиваемого медицинским работником. Выплата стимулирующих доплат оказалась дешевле, чем пребывание больного в стационаре, учитывая то, что стоимость 1 дня пребывания в противотуберкулезном диспансере составляет около 27 долларов США.

Из 13 больных, взятых в проект, 4 имели ЛЧ-ТБ (длительность лечения составила 6 месяцев), 9 имели ЛУ-ТБ (длительность лечения составила 18-24 месяцев). По состоянию на 1 декабря 2014 г. 3 больных завершили лечение по первой категории, ни один больной не был потерян для дальнейшего наблюдения. Улучшился показатель успешных исходов у впервые выявленных больных ТБ легких на 9 месяце лечения с 62% в 2013 г. до 70% в 2014 г. Благодаря стимулирующим доплатам в размере 40-120 долларов США в месяц повысилась мотивация медицинских работников осуществлять контролируемое лечение больных ТБ. За период с 1 апреля по 1 декабря 2014 г. экономия бюджетных средств составила около 11 000 долларов США.

Проект повысил удовлетворение как работников учреждений первичной медико-санитарной помощи, получающих стимулирующие доплаты, так и пациентов благодаря возможности их выписки из стационара в более короткие сроки. Не было зарегистрировано ни одного больного, потерянного для дальнейшего наблюдения среди наиболее уязвимой категории больных, включая лиц с алкогольной зависимостью и проживающих в удаленных сельских районах.

Результаты

Помимо улучшения финансирования амбулаторного лечения больных ТБ, пилотный проект способствовал укреплению системы здравоохранения в целом за счет перераспределения дополнительных средств для целевой поддержки ЛПУ первичной медико-санитарной помощи на периферии. Финансовая компенсация дополнительного труда, связанного с организацией контролируемого приема противотуберкулезных препаратов, помогла повысить удовлетворение работников первичной медико-санитарной помощи, а пациенты

были рады скорому переводу на амбулаторное контролируемое лечение на раннем этапе противотуберкулезной химиотерапии.

Важные факторы успеха

Благодаря сотрудничеству Министерства здравоохранения, облисполкома, а также руководства и сотрудников стационара при реализации пилотного проекта удалось предотвратить случаи прерывания лечения в наиболее уязвимых группах больных. Таким образом, перераспределение средств является эффективным механизмом, улучшающим исходы лечения.

Обеспечение устойчивости

Результаты пилотного проекта были представлены на коллегии Министерства здравоохранения, совет министерства рекомендовал распространение данного опыта на все районы как минимум одной области Беларуси. В 2015 г. управление здравоохранения Могилевского облисполкома планирует проведение пилотных проектов еще в двух районах: Бобруйском и Осиповичском.

Запрос на финансирование для расширения проекта в 2016–2018 гг. был включен в концептуальную записку, поданную в Глобальный фонд.



КЫРГЫЗСТАН

ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМ ПОДДЕРЖКИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ БОЛЬНЫМ МЛУ-ТБ

Предпосылки

В 2009 г. показатель успешного лечения МЛУ-ТБ в Кыргызстане составлял всего 42,6%, при этом показатель потери больных для дальнейшего наблюдения достигал 33,8%. Было невозможно провести весь спектр рекомендованных ВОЗ исследований из-за выявляемых лабораторно побочных эффектов. Более того, на амбулаторном этапе больные были вынуждены самостоятельно приобретать лекарства для предотвращения и купирования побочных эффектов.

Проблема общественного здравоохранения

Реализуемой до 2012 г. программе борьбы с МЛУ-ТБ не удалось достичь целей, поставленных национальной системой здравоохранения Кыргызстана.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

НПТ при поддержке Глобального фонда пересмотрела программу и внесла изменения в механизмы поощрений больных МЛУ-ТБ и стимулирования медицинских работников, закупки лекарственных препаратов для профилактики и купирования побочных эффектов и лабораторной диагностики.

Продуктовые наборы, приобретаемые до этого за счет средств гранта и распределяемые между больными МЛУ-ТБ независимо от их приверженности лечению, были заменены денежными переводами в размере, эквивалентном стоимости продуктового набора, на банковский счет больного при условии приема им всех доз противотуберкулезных препаратов или пропуска менее пяти доз по уважительной причине. Больные, пропустившие более пяти доз ПТП по уважительной причине, теряют право на получение денежного поощрения сроком на 1 месяц, а больные пропустившие более пяти доз ПТП без уважительной причины, лишаются права на получение поощрения сроком на 3 месяца. Во время внедрения новых методов стимулирования с целью повышения приверженности больных лечению все они получали денежную компенсацию транспортных расходов на проезд до лечебно-профилактического учреждения.

Стандартные доплаты медицинским работникам были заменены доплатами, основанными на результатах работы. Руководители программы получали доплату за каждый выявленный случай ТБ и результаты лечения. Для всех районов были установлены целевые ориентиры. При их выполнении на 80–100% оплата производится в полном размере; при выполнении на 60–80% или < 60% доплата составляет 80% или 50% от установленной суммы, соответственно.

Лечащие врачи получают доплату за каждый случай негативации мокроты и успешный исход лечения. Сумма выплат увеличивается, если все образцы мокроты, собранные за 1 месяц, были исследованы методом микроскопии, был проведен посев и поставлены тесты лекарственной чувствительности (ТЛЧ).

Приверженность больных МЛУ-ТБ лечению в значительной мере зависит от наличия доступа к диагностике, профилактике и купированию побочных эффектов. Таким образом, внешние лаборатории привлекаются для проведения полного спектра традиционных биохимических исследований, рекомендованных ВОЗ для мониторинга больных МЛУ-ТБ, находящихся на лечении. Процедура закупки препаратов для купирования и профилактики побочных эффектов также изменилась – с закупки более дешевых, нефасованных препаратов на приобретение препаратов в дозированной упаковке, что позволило их распределять не только в стационарные отделения, но и в учреждения первичной медико-санитарной помощи для лечения отдельных пациентов.

Результаты

Показатель успешного лечения больных МЛУ-ТБ вырос с 42,6% в 2009 г. до 62,7% в 2012 г., а доля больных, потерянных для дальнейшего наблюдения, уменьшилась с 33,8% в 2009 г. до 16,4% в 2012 г. Использование новых инструментов и переход от использования продуктовых наборов к денежным переводам на банковские счета пациентов не только повысили показатель успешного лечения, но и способствовали социализации больных, которые до этого не имели паспорта или банковской карты. Пациенты могут самостоятельно решать, как распорядиться денежными средствами, переведенными на их банковские счета.

Важные факторы успеха

Основными составляющими данного проекта были условные поощрения, выдаваемые больным в зависимости от их приверженности лечению, а также основанные на результатах стимулирующие доплаты медицинским работникам.

Обеспечение устойчивости

Фонд обязательного медицинского страхования уже использует новую практику основанного на результатах финансирования в отношении других заболеваний. Поэтому можно надеяться на обеспечение устойчивости инициатив в области борьбы с ТБ за счет институционализации.



РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

ФОРМИРОВАНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОощРЕНИЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ¹

Предпосылки

ТБ снова стал важной проблемой общественного здравоохранения в Республике Молдова в период между 1990 и 2005 гг., когда число регистрируемых случаев ТБ (впервые выявленных и рецидивов) увеличилось вдвое. Несмотря на уменьшение числа регистрируемых случаев заболевания после 2005 г., темпы снижения остаются медленными и недостаточно высокими. В 2013 г. расчетная заболеваемость ТБ составила 159 (142–180) случаев на 100 000 населения. Кроме того, проблема ЛУ-ТБ приобрела угрожающие масштабы и продолжает расти. Данные эпиднадзора за лекарственной устойчивостью в 2014 г. показали, что 24% впервые выявленных и 64% ранее леченных больных имели МЛУ-ТБ, что было выше аналогичных показателей 2006 г. (19% и 51%, соответственно).

За период 2007–2011 гг. показатели потери для дальнейшего наблюдения среди больных, получающих лечение противотуберкулезными препаратами первого ряда, были высокими на уровне 10–12%, еще выше они были среди больных МЛУ-ТБ – около 25%.² С целью повышения приверженности лечению в 2009 г. была внедрена система поощрений для больных, завершивших стационарный этап лечения, к концу 2010 г. система охватила всю страну (за исключением Приднестровского региона). Выбор стимулирующей поддержки зависел от наличия средств и источника финансирования (Глобальный фонд, Национальная компания медицинского страхования, местные администрации), а также от категории больного (ЛЧ-ТБ, сельский или городской житель, этап лечения).

Проблема общественного здравоохранения

Была проведена оценка системы поощрений, используемых в Республике Молдова, с тем чтобы помочь Министерству здравоохранения принять информированное решение, направленное на повышение ее эффективности и устойчивости.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

С целью оценки системы поощрений было проведено исследование, сравнивавшее исходы лечения впервые выявленных взрослых больных (в возрасте ≥ 18 лет) ЛЧ-ТБ, взятых на лечение до (2008 г.) и после (2011 г.) внедрения и общестранового развертывания программы поощрений. Учитывая непостоянный характер осуществ-

ления программы поощрений в 2009 и 2010 гг., мы выбрали 2008 г. в качестве контрольной когорты, соответствующей больным ТБ, не получавшим никаких поощрений. Больные из Приднестровского региона и из тюрем были исключены, т.к. на момент проведения исследования не существовало системы предоставления им поощрений; мы также исключили тех больных, у которых после регистрации диагноз ТБ не подтвердился или был заменен на МЛУ-ТБ.

Пять типов поощрений: «небольшие» выплаты наличными, «более крупные» выплаты наличными, ваучеры на продукты питания или гигиенические товары, компенсация транспортных расходов и другие типы поддержки предоставлялись в четырех комбинациях в разное время за счет Глобального фонда и в шести комбинациях за счет средств Национальной компании медицинского страхования; другие типы поддержки предоставлялись местными администрациями. Четыре комбинации включали: только «небольшие» выплаты наличными, «небольшие» и «более крупные» выплаты наличными, компенсацию расходов и комбинацию наличных и безналичных поощрений (включая другие типы поддержки, предоставляемые местными администрациями). Пациенты в группе «небольшие выплаты наличными» получали по 315 молдавских леев³ в месяц во время амбулаторного лечения; выплаты прекращались, если больные прерывали лечение на 5 и более дней. Больные в группе «небольшие и более крупные выплаты наличными» получали помимо указанной выше суммы 1450 молдавских леев (эквивалент средней заработной платы медсестры) по завершении лечения. Больным возмещались транспортные расходы или выдавались ваучеры ежедневно, если они проживали в городских районах, или раз в месяц, если в сельской местности. Некоторые больные получали все виды поощрений, 12 пациентов также получали «другую поддержку», такую как одежда или дрова по решению местной администрации.

Результаты

Из 2378 больных, зарегистрированных в 2011 г., 1895 (80%) получали поощрения (наличные средства, ваучеры на продукты, компенсацию транспортных расходов). По сравнению с 2492 больными, которые не получали никаких поощрений в 2008 г., больные, зарегистрированные в 2011 г., имели более высокий показатель успешного лечения (88% и 79%; $p < 0,001$), а также более низкие показатели неблагоприятных исходов лечения: потери для дальнейшего наблюдения (5% и 10%; $p < 0,001$), смерти (5% и 6%; $p = 0,03$) и неэффективного лечения (2% и 5%; $p < 0,001$). В многофакторном анализе (лог-биномиальной регрессии), применительно ко всем рандомизированным пациентам, получение поощрений было само по себе

1 Адаптировано из статьи: Ciobanu A, Domente L, Soltan V, Bivol S, Severin L, Plesca V, et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova? Public Health Action 2014;4(Suppl 2):559–63.

2 Национальный центр по управлению здравоохранением. База данных SYME TB. Кишинев: Национальный центр по управлению здравоохранением, 2014 (<http://monitoring.mednet.md:8090>, accessed August 2014).

3 Молдавский лей, официальная валюта Республики Молдова; 1 MDL = €0,047 (обменный курс по состоянию на 20 августа 2015 г.)

связано с сокращением показателя неблагоприятных исходов (относительный риск, 0,5; 95% доверительный интервал, 0,45–0,62; $p < 0,001$) после поправки на вмешивающиеся факторы, такие как пол, возраст, уровень образования, профессия, место жительства, наличие постоянного места жительства, тип ТВ и ВИЧ-статус.

Ретроспективное исследование показало, что практика предоставления поощрений больным ТБ существенно улучшает показатель успешного лечения и должна быть продолжена. Благодаря данной практике повысилась приверженность больных лечению, предотвращая тем самым развитие лекарственной устойчивости у больных ТБ.

Важные факторы успеха

Сильные стороны программы включали сбор фактических данных для валидации результатов, а также сотрудничество ключевых заинтересованных сторон.

Обеспечение устойчивости

По сравнению с данными 2011 г., начиная с 2013 г., предоставление поощрений больным ТБ местными представительствами Национальной компании медицинского страхования существенно расширилось с 9% до 38%.



НИДЕРЛАНДЫ

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ТБ И М/ШЛУ-ТБ

Предпосылки

Ежегодно ВОЗ запрашивает данные о величине совокупных расходов на мероприятия по борьбе с ТБ, а также прогноз бюджета на следующий год. НППТ в странах с высокой заболеваемостью и бремени ТБ часто имеют четко определенный бюджет на мероприятия по контролю ТБ и используют инструмент ВОЗ по планированию и составлению бюджета на мероприятия по борьбе с ТБ, помогающий им рассчитать затраты. Однако в странах с низкой заболеваемостью ТБ фтизиатрическая помощь, как правило, полностью или частично интегрирована в систему общего медицинского обслуживания, бюджет которой не предусматривает отдельной статьи на мероприятия по борьбе с ТБ. Это затрудняет оценку затрат на мероприятия по контролю ТБ и М/ШЛУ-ТБ, включая расходы на пациента.

В Нидерландах клиническая фтизиатрическая помощь оказывается в больницах общего профиля и двух специализированных ТБ центрах (современных санаториях). Отделы по борьбе с ТБ муниципальных служб общественного здравоохранения отвечают за принятие таких мер по борьбе с ТБ, как предоставление поддержки больным, расследование контактов и скрининг в группах высокого риска, таких как иммигранты и соискатели статуса беженца из стран с высокой заболеваемостью ТБ, лица в местах лишения свободы, бездомные и лица, употребляющие наркотики. Различные организации, включая Фонд KNCV по борьбе с туберкулезом и Центр по контролю инфекционных заболеваний, участвуют в координации мер на национальном уровне и оказывают поддержку, такую как разработка руководств, осуществление эпиднадзора, выполнение функций национальной референс-лаборатории, включая всеобщее генотипирование, и подготовка кадров.

Проблема общественного здравоохранения

В Нидерландах, где фтизиатрическая служба полностью или частично интегрирована в общую медицинскую службу, затруднен расчет затрат на мероприятия по контролю ТБ и М/ШЛУ-ТБ, включая затраты на оказание фтизиатрической помощи одному пациенту, в связи с этим возникла необходимость в инструменте оценки затрат для распределения бюджетных средств.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Фондом KNCV по борьбе с ТБ, Центром по контролю инфекционных заболеваний и Национальным институтом общественного здравоохранения и защиты окружающей среды, Центром ТБ Beatrixoord Университетского медицинского центра в Гронингене, а также Центром ТБ Dekkerswald Университетского медицинского центра Рад-

бауд в Наймегене, занимающимися вопросами контроля ТБ, было проведено исследование.

Были использованы два подхода: сверху-вниз с анализом фактических затрат (например, программная стоимость НППТ) и снизу-вверх, в рамках которого рассчитывалась стоимость отдельного элемента (например, лекарственных препаратов, кадров). Все затраты рассчитывались для 2009 г. В 2009 г. было зарегистрировано 1158 больных ТБ, 17 из которых имели МЛУ-ТБ, три из которых имели ШЛУ-ТБ.

Результаты

Стоимость препаратов

Мы предположили, что длительность лечения больных ТБ, отличным от М/ШЛУ-ТБ, составляет 6 месяцев. Имелась подробная информация о назначаемых препаратах и длительности лечения всех больных М/ШЛУ-ТБ. Прием препаратов рассчитывался, исходя из среднего веса пациента 60 кг. Стоимость зарегистрированных препаратов была получена от Национального института здравоохранения, а незарегистрированных препаратов для лечения М/ШЛУ-ТБ – от фармацевтов в больницах и двух центрах ТБ. Общая стоимость лекарственных препаратов на 1138 больных ТБ, отличным от М/ШЛУ-ТБ, составила 528 000 евро, а для 20 больных М/ШЛУ-ТБ она составляла 347 000 евро. Таким образом, стоимость лекарственных препаратов для лечения больного М/ШЛУ-ТБ в Нидерландах была в 37 раз выше, чем стоимость препаратов для лечения больного ТБ, отличным от М/ШЛУ-ТБ (17 370 евро и 467 евро).

Стоимость госпитализации

Национальный больничный регистр предоставил данные о занятости фтизиатрических коек в 2009 г.: около 9000 койко-дней были использованы для больных, госпитализированных с целью диагностики или лечения ТБ. В 2009 г. в два центра ТБ были госпитализированы 262 больных (около 12 000 койко-дней); на 20 больных М/ШЛУ-ТБ приходилось 2178 койко-дней. Расчетная стоимость госпитализации больных ТБ, отличным от М/ШЛУ-ТБ, составила 6,1 млн евро (5800 евро на больного), а больных М/ШЛУ-ТБ – 740 000 евро (37 000 евро на больного).

Стоимость последующего наблюдения медицинскими специалистами

Расчетная стоимость составила 719 000 евро.

Стоимость мероприятий по борьбе с ТБ

Совокупная расчетная величина затрат на фтизиатрическую службу здравоохранения на основании численности персонала, занимающегося вопросами ТБ в эквиваленте полной занятости, в

отделах по борьбе с ТБ 25 муниципальных служб здравоохранения (175) составила 17,9 млн евро.

Стоимость координации на национальном уровне

Расчетная стоимость координации деятельности Фонда KNCV по борьбе с ТБ, Центра по контролю инфекционных заболеваний и ассоциации муниципальных служб общественного здравоохранения составила 2,4 млн евро.

На основании вышеприведенных расчетов совокупная стоимость лечения и контроля ТБ в Нидерландах – стране с населением 16,4 млн человек, в которой в 2009 г. насчитывалось 1138 больных ТБ и 20 больных М/ШЛУ-ТБ составила 30 млн евро. Так как некоторые расходы на первичную медико-санитарную помощь и стоимость препаратов для лечения латентной ТБ инфекции не были включены в расчет, мы предположили, что фактические затраты системы здравоохранения были на 10% выше, т.е. составили 33 млн евро. Расходы пациентов, такие как транспортные расходы на проезд к медучреждению и финансовые потери в результате нетрудоспособности в расчет не брались.

ТБ имеет существенные финансовые последствия. Как показывает одно из исследований, расходы общественного здравоохранения в связи с ТБ в Нидерландах составляют 61% от общих расходов. Внимание, уделяемое системой здравоохранения проблеме ТБ в стране, способствует сокращению госпитализации (лишь 30% больных ТБ госпитализируются в стационары более чем на 1 неделю), уменьшая

тем самым расходы на госпитальную помощь. Более того, отделы по борьбе с ТБ проводят активное выявление случаев, что способствует сохранению низкой заболеваемости в Нидерландах, которая в 2014 г. составляла 4,9 на 100 000 населения.

Совокупные расходы системы здравоохранения на ведение больных М/ШЛУ-ТБ в 17 раз выше, чем расходы на ведение больных иными формами ТБ (58 500 евро и 7850 евро на больного, соответственно), а средняя стоимость ведения трех больных ШЛУ-ТБ составила 139 500 евро на больного (максимум 207 400 евро). Стоимость лечения М/ШЛУ-ТБ могла бы быть существенно уменьшена за счет возможности закупки препаратов по более низким ценам (например, через Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами (GDF) и сокращения длительности госпитализации.

Важные факторы успеха

Сильные стороны предпринятых мер заключались в сборе фактических данных для подтверждения результатов, а также сотрудничестве ключевых заинтересованных сторон.

Обеспечение устойчивости

Результаты проведенного исследования помогают эффективно распределить ресурсы для обеспечения максимального воздействия. Данное исследование будет повторяться каждые 5 лет с целью предоставления ВОЗ и Министерству здравоохранения точной и актуальной информации.



АЗЕРБАЙДЖАН

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ОКАЗАНИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ОСВОБОЖДЕННЫМ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Предпосылки

Азербайджан входит в число 18 стран высокого приоритета по ТБ Европейского региона ВОЗ и 27 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ. По данным национального исследования лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам 2013 г., 72 (13%) впервые выявленных и 66 (28%) ранее леченных больных имели МЛУ-ТБ; из них 38% впервые выявленных и 46% ранее леченных больных имели ШЛУ-ТБ или признаки ШЛУ-ТБ.¹

По данным ВОЗ, ТБ является одной из основных проблем здравоохранения во многих тюрьмах, где показатель инфицирования зачастую в 10 раз превышает аналогичный показатель для общего населения. Ежегодно в Азербайджане из тюрем на свободу выходят 120–140 больных ТБ, 20–25% из которых имеют ЛУ-ТБ. До конца 2010 г. никаких мер по обеспечению продолжения ими лечения ТБ после освобождения не предпринималось. Как следствие, большинство таких больных оказывались потерянными для дальнейшего наблюдения.

Проблема общественного здравоохранения

Потеря больного для дальнейшего наблюдения может приводить к неэффективному исходу лечения, развитию МЛУ-ТБ и сопряжена с высоким риском распространения ТБ и МЛУ-ТБ среди общего населения. Таким образом, в Азербайджане, где, по данным отчетности, лишь 10–15% заключенных, больных ТБ, продолжали лечение после освобождения из мест лишения свободы, назрела необходимость в методе сопровождения таких больных.

Надлежащая практика в области укрепления общественного здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2011 г. национальная НПО общественное объединение «Сахламлыга Хидмят» совместно с Главным медицинским управлением Министерства юстиции начало работу по запуску гибкой, инновационной инициативы оказания помощи заключенным, больным ТБ, с целью повышения их приверженности лечению после освобождения. Финансирование данной ориентированной на пациента инициативы осуществлялось за счет средств Глобального фонда.

Реализация проекта началась с определения причин, по которым люди, вышедшие на свободу, не завершали лечение. Было решено, что для того, чтобы устранить проблему прерывания лечения, необходимо было установить ее причины и оценить потребности людей.



Инициатива реализовывалась в два этапа; первый этап осуществлялся в тюрьмах, а второй после освобождения больного из места лишения свободы.

Этап I – во время заключения

На данном этапе консультантом общественного объединения по повышению приверженности проводится подробная информационно-просветительская работа с заключенными, в рамках которой им рассказывается о лечении и возможностях его продолжения. Во время бесед больным объясняется важность продолжения лечения. Осуществляется сбор всей важной информации о больном и его лечении, включая контактную информацию, адрес, номера телефонов родственников и членов семьи, переводные формы, а также другой медицинской и личной документации. Собранная информация передается в гражданский центр-ДОТС, в который больной поступает после освобождения, при этом центр информируется заранее о предстоящем переводе больного для продолжения лечения.

Этап II, после освобождения

По прибытии больного в противотуберкулезный диспансер назначается медсестра для проведения краткосрочного курса химиотерапии под непосредственным наблюдением (ДОТС), координаторы общественного объединения оказывают необходимую помощь в организации лечения и обеспечении приверженности больного лечению. Ежемесячно Координаторы посещают каждого освободившегося из мест лишения свободы больного ТБ во всех областях страны с целью повышения уровня их осведомленности о вопросах здоровья и оказания социальной помощи; такие визиты – возможность для больных выговориться и поделиться своими проблемами. После

1 Alikhanova N, Akhundova I, Seyfadinova M, Mammadbayov E, Mirtskulava V, Rysch-Gerdes S, et al. First national survey of antituberculosis drug resistance in Azerbaijan and risk factors analysis. Public Health Action 2014;4(Suppl 2):S17–23.

освобождения люди зачастую сталкиваются со множеством социальных и юридических проблем, таких как отсутствие национальной идентификационной карты, трудности в получении пенсионных выплат, поиске нового места жительства и работы. Совместно с другими местными НПО, специализирующимися в разных сферах, общественное объединение помогает лицам, вышедшим на свободу, преодолеть все эти трудности.

Раз в месяц общественное объединение осуществляет выдачу продуктовых наборов и средств на проезд, которые служат для большого стимулом для ежедневного посещения центра-ДОТС. Члены объединения также доставляют месячный запас противотуберкулезных препаратов второго ряда в центр-ДОТС и забирают образцы мокроты для доставки в лабораторию.

Общественное объединение имеет базу данных, которая содержит всю регулярно обновляемую медицинскую и немедицинскую информацию о бывших заключенных.

Результаты

До начала реализации данной инициативы показатели приверженности лечению ТБ лиц, освободившихся из мест лишения свободы, были существенно ниже, чем среди гражданского населения. Эта разница постепенно уменьшается, благодаря тому, что общественному объединению удалось обеспечить наблюдение за 98% больных ТБ, вышедших из мест лишения свободы. В результате осуществления данной инициативы число больных, потерянных для дальнейшего наблюдения, существенно сократилось.

Важные факторы успеха

Успех данной инициативы зависит от сотрудничества двух секторов: здравоохранения и юстиции. Благодаря совместной работе и координации общественным объединением перевод больных в гражданскую жизнь проходил гладко с небольшим числом прерываний лечения ТБ. Общественное объединение сыграло важную роль в налаживании тесной связи между пенитенциарной службой и фтизиатрическими учреждениями гражданского сектора.

Обеспечение устойчивости

Данная практика была представлена в качестве примера другим национальным НПО, занимающимся вопросами борьбы с ТБ.

Возможность расширения проекта и области будущего развития

Данная инициатива осуществляется во всех областях страны. Дальнейшие планы предусматривают расширение практики в 2016–2017 гг. при финансовой поддержке со стороны Глобального Фонда и при участии других пяти НПО, включая пациентскую организацию и четыре НПО, работающие с мигрантами, беженцами, внутренне перемещенными лицами и лицами с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ.



ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

СОЗДАНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЛУ-ТБ НА КАФЕДРЕ РЕСПИРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

Предпосылки

В Чешской Республике отмечается низкая заболеваемость ТБ, показатели которой неуклонно снижались, начиная с конца 1990-х гг., и достигли в 2013 г. показателя 5,5 на 100 000 населения. В начале 21-го века, характеризующемся усилением угрозы МЛУ-ТБ, были предприняты усилия по централизации оказания таким больным помощи в одном специализированном отделении. С самого начала отделение располагалось на базе больницы им. Томайера в Праге, в которой была проведена значительная реконструкция с целью исполнения жестких требований инфекционного контроля в отношении высоко опасных инфекций. До централизации лечения больных МЛУ-ТБ в одном отделении, оказываемая им фтизиатрическая помощь была разрозненной, что часто приводило к запоздалому началу лечения и назначению неадекватных схем химиотерапии. Это объяснялось отсутствием опыта в лечении МЛУ-ТБ, некоторых препаратов (из-за их высокой стоимости), а также потерей больных для дальнейшего наблюдения до завершения ими интенсивной фазы лечения. Кроме того, не во всех больницах действовали стандартизированные меры инфекционного контроля в отношении МЛУ-ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

Требовались средства для обеспечения оказания комплексных услуг по своевременной диагностике и лечению МЛУ-ТБ одновременно с совершенствованием используемых мер инфекционного контроля.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2007 г. на базе больницы им. Томайера было открыто центральное отделение для лечения МЛУ-ТБ, в котором оказывалась помощь всем больным МЛУ-ТБ, включая соискателей статуса беженца, единственное исключение составляли больные МЛУ-ТБ из числа лиц в местах лишения свободы, получавшие лечение в пенитенциарных учреждениях. Отделение, полностью укомплектованное квалифицированными кадрами, оборудованием, в котором соблюдаются все меры инфекционного контроля, занимается ранней диагностикой и осуществляет полностью контролируемое лечение на

основании результатов тестов лекарственной чувствительности в одном месте. Отделение рассчитано на 15 коек. Все больные, госпитализируемые в плановом порядке, тестируются на ВИЧ-инфекцию. В отделении работают два пульмонолога, шесть медсестер, один санитар, врач-рентгенолог, врач-диетолог и социальный работник, врачами кафедры респираторной медицины оказывается экстренная медицинская помощь. Закупка лекарственных препаратов осуществляется в рамках стандартной процедуры аптекой больницы, в исключительных случаях необходимые препараты импортируются. Все необходимое оборудование имеется в наличии непосредственно в отделении или в больнице им. Томайера, включая реанимационный бокс на 1 койку для проведения искусственной вентиляции легких и операционную для торакальной хирургии. Образцы для постановки тестов лекарственной чувствительности отправляются в Национальную референс-лабораторию при Национальном институте общественного здравоохранения в Праге. Система вентиляции и общие процедуры, действующие в отделении, сводят к минимуму риск инфицирования и передачи ТБ от больных сотрудникам.

Результаты

Начиная с 2007 г., в Центральном отделении было пролечено 52 больных, 37 из них были мужчины, средний возраст которых составлял 41 год, и 15 – женщины, средний возраст которых составлял 34 года; 36 больных (69%) были иностранцы, преимущественно из стран бывшего СССР и Монголии. Бактериологическая негативация мокроты в среднем достигалась через 2,8 месяца у больных с отрицательным посевом и 3,4 месяца у больных с положительным посевом. За период с 2007 г. у трех больных была выявленная ВИЧ-инфекция; они получили необходимую помощь и антиретровирусную терапию в дополнение к лечению МЛУ-ТБ. Случаев смерти от МЛУ-ТБ зарегистрировано не было.

Обеспечение устойчивости

Устойчивость финансирования обеспечивается за счет государственного законодательства. Центральному отделению для лечения МЛУ-ТБ были выделены средства из фонда общего медицинского страхования как уникальному отделению, работа которого поддерживается Правительством.

Грузия

ТРАНСПОРТИРОВКА ОБРАЗЦОВ МОКРОТЫ УСЛУГАМИ ПОЧТЫ ГРУЗИИ

Предпосылки

Грузия – страна с переходной экономикой и населением 4,4 млн человек. Проблема ТБ вновь приобрела актуальность для общественного здравоохранения после обретения страной независимости. Бремя заболевания и по сей день остается высоким, в 2013 г. было зарегистрировано 4320 случаев ТБ, а показатель заболеваемости составил 76 случаев на 100 000 населения, при этом общий показатель регистрации случаев (распространенность) достиг 96 случаев на 100 000.

За период после 1995 г. НПТ добилась существенного успеха в области повсеместного применения ДОТС, достигла целевого показателя выявления случаев, установленного ВОЗ ($\geq 70\%$ к 2015 г.), и даже превысила его (78% в 2012 г.). Помимо этого, удалось добиться улучшения результатов лечения – показатель успешного лечения впервые выявленных больных в 2012 г. составил 84%, с 2005 г. действует система планового эпиднадзора за лекарственной устойчивостью, с 2009 г. обеспечен всеобщий доступ к лечению ЛУ-ТБ. Тем не менее, перед НПТ по-прежнему стоит задача обеспечения устойчивости этих достижений и их дальнейшего развития. Как и в других бывших республиках СССР, лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам является существенным препятствием для осуществления эффективного контроля эпидемии ТБ. В 2013 г. в Грузии МЛУ-ТБ был выявлен у 11% впервые выявленных и 38% ранее леченных больных. Показатель успешного лечения подтвержденных случаев МЛУ-ТБ в 2011 г. составил 50%.

В 2012 г. началась реорганизация вертикальной структуры НПТ Грузии в горизонтальную с интеграцией фтизиатрической службы в структуру первичной медико-санитарной помощи; Министерство труда, здравоохранения и социальных вопросов также приняло решение о реорганизации лабораторной сети. В настоящее время сеть имеет три уровня и состоит из: Национальной референс-лаборатории в Тбилиси, региональной референс-лаборатории в Кутаиси, девяти микроскопических лабораторий в гражданском секторе и двух в пенитенциарной системе. Штатный состав этих 11 микроскопических лабораторий соответствует 0,3 должности на 100 000 населения.

Транспортировка образцов мокроты из учреждений фтизиатрической службы в микроскопические лаборатории полностью оплачивается государством. Было выделено по одному транспортному средству для каждого района, которое забирает образцы мокроты из учреждения, оказывающего соответствующие медицинские услуги, в каждом районе два-три раза в неделю и доставляет их в диагностические лаборатории. Как следствие, больные получают результаты через 5–7 дней.

Проблема общественного здравоохранения

Задержка диагностики может приводить к запоздалому началу надлежащего лечения или несвоевременному изменению схемы лечения отдельного больного. Для сокращения сроков получения результатов лабораторных исследований и уменьшения нагрузки на лаборатории при одновременной доставке большого числа образцов требовался более эффективный метод транспортировки образцов мокроты.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Начиная с июля 2013 г., НПТ Грузии начала осуществлять доставку образцов мокроты почтой Грузии в трех регионах: Самегрело-Земо-Сванети, Рача-Лечхуми и Имеретия. Реализация программы была начата с пилотного проекта с возможностью его продолжения в зависимости от полученных результатов.

Почта Грузии оказывает все услуги почтовой связи в стране и занимает лидирующую позицию на рынке. С 1993 г. компания является членом Всемирного почтового союза. Недавно в ней была проведена масштабная реформа, позволившая значительно улучшить качество оказываемых почтовых услуг.



Каждый регион Грузии состоит из нескольких районов, в каждом из которых действует один пункт фтизиатрической помощи для доставки образцов мокроты больных с предположительным диагнозом ТБ. Образцы мокроты перевозятся в термоконтейнерах. Они помещаются в тройную упаковку, состоящую из контейнера для сбора мокроты, закрывающегося бикса на шесть контейнеров для сбора мокроты и термоконтейнера, в который помещаются два закрывающихся бикса. Таким образом, в одном термоконтейнере может перевозиться до 12 образцов мокроты. НПТ было закуплено три термоконтейнера для каждого пункта оказания фтизиатрических услуг. Термоконтейнер фиксируется к стене автомобиля в специально отведенном месте. Сотрудники почты Грузии и фтизиатрической службы (почтальон, врачи и медсестры) были специально обучены вопросам биологической безопасности.

Из большинства пунктов оказания фтизиатрической помощи почта Грузии забирает образцы мокроты ежедневно, в некоторых районах услуги перевозки предоставляются три-четыре раза в неделю. Каждому пункту фтизиатрической помощи известно приблизительное время прибытия почтовой службы. В случае отсутствия образцов мокроты для транспортировки медсестра или врач заблаговременно информируют об этом почтальона.

Результаты

В таблице 1 представлены характеристики ранее используемой системы транспортировки образцов мокроты и пилотной системы с привлечением услуг почты Грузии.

Таблица 1. Сравнение способов доставки образцов мокроты

Почта Грузии	Доставка с помощью транспортного средства НПТ
Ежедневно или три-четыре раза в неделю в горных районах	Два-три раза в неделю
Пациенты получают результаты исследований через 3 дня	Пациенты получают результаты исследований через 5–7 дней
20–25 образцов мокроты доставляются в лабораторию ежедневно	50–60 образцов мокроты одновременно доставляются в лабораторию
Приблизительная стоимость услуг в месяц (для трех регионов): 295 долларов США	Приблизительная стоимость в месяц (для тех же трех регионов): 2300 долларов США

Обеспечение устойчивости

Между почтой Грузии и Национальным центром по контролю заболеваний и общественному здоровью был заключен договор на оказание почтовых услуг, в соответствии с которым Центр оплачивает доставку по льготной цене около 1,5 долларов США за транспортировку одного термоконтейнера. Ежемесячная стоимость услуг почты почти в восемь раз ниже стоимости перевозки образцов мокроты автотранспортом.

Возможность расширения проекта и области будущего развития

НПТ Грузии планирует расширить использование услуг почты Грузии. Недавно в контракт был включен Аджарский регион. В настоящее время ведутся переговоры по согласованию маршрутов в восточной части Грузии.



Грузия

Сотрудничество с Грузинской Православной Церковью с целью раннего выявления больных ТБ и обеспечения их приверженности лечению

Предпосылки

Несмотря на всеобщий доступ к лечению ТБ и социальной поддержке, в Грузии наблюдается высокий уровень потери больных для дальнейшего наблюдения, особенно среди больных М/ШЛУ-ТБ. В 2012 г. показатель потери для дальнейшего наблюдения больных ЛЧ-ТБ составил 6,1%, а аналогичный показатель среди больных МЛУ-ТБ в 2011 г. достигал 34%. Международный опыт свидетельствует о том, что религиозные общины играют важную роль в проведении спасающих жизни мероприятий по профилактике, уходу и лечению, решению проблемы стигмы, а также санитарно-просветительской работе в общинах. Их способность работать в труднодоступных областях увеличивает охват программы и создает возможность для раннего выявления случаев ТБ и формирования приверженности больных лечению.

Проблема общественного здравоохранения

Для охвата наиболее уязвимых и труднодоступных групп населения в Грузии необходимо активное выявление случаев ТБ и инновационные подходы к формированию их приверженности лечению.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Грузинская Православная Церковь пользуется глубоким уважением по всей стране и как авторитетная организация, и как система поддержки. Уникальные возможности участия религиозных общин в деле борьбы с ТБ признает и НПТ Грузии, однако отсутствовала функциональная модель систематического участия Церкви в мероприятиях по активному выявлению случаев ТБ и обеспечению длительного лечения больных. При поддержке Центра биоэтических исследований и культуры было налажено сотрудничество проекта по профилактике ТБ Агентства США по международному развитию (USAID) с Грузинской Православной Церковью с целью предоставления духовной поддержки больным ТБ, а также обеспечения доступа к фтизиатрической помощи в монастырях. Данная духовная община имеет важное значение по двум причинам:

- » Сами монахи и монахини могут быть инфицированы ТБ. Уникальные особенности образа жизни в монастырях требуют использования стратегий информирования о ТБ, нацеленных именно на монахов и монахинь.
- » Будучи религиозными лидерами, пользующимися глубоким уважением своих общин, монахи и монахини могут играть активную роль в уменьшении стигмы и просвещении прихожан по вопросам распространения ТБ, его лечения и профилактики. Своим поведением священнослужители служат примером для прихожан.

С целью повышения осведомленности духовенства (епископов, священников) и их прихожан была проведена кампания по борьбе со стигматизацией. Центр биоэтических исследований и культуры разработал исчерпывающий информационный пакет, включающий материалы о способах передачи заболевания, важности приверженности лечению, поддержке больных и уменьшению стигмы. Затем Центр биоэтических исследований и культуры провел общенациональную кампанию по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации для религиозных лидеров и труднодоступных групп, таких как монахи, монахини и прихожане, в том числе из числа лиц, вышедших на свободу из мест лишения свободы.

Церковь была вовлечена в работу по раннему выявлению и лечению труднодоступных групп населения, ищущих убежища в монастырях, за счет привлечения монахинь и монахов к распространению информации о ТБ, оказанию помощи в выявлении случаев активного ТБ и создания сети наставников из числа равных для повышения приверженности лечению и поддержки больных с целью удержания их на лечении до его полного завершения.

Центр биоэтических исследований и культуры также организовал проведение медосмотров монастырях.

Результаты

На сегодняшний день команда проекта провела 27 встреч и 16 курсов медицинских осмотров в монастырях. В общем было обследовано 390 монахов и 86 монахинь, 17 из которых были направлены в медучреждения с симптомами, характерными для ТБ. В епархиях были проведены 24 встречи, которые посетили 1925 человек. Также были проведены медосмотры. Всего в рамках 14 медосмотров было обследовано 930 духовных лиц и прихожан, 23 из которых были направлены в медучреждения с симптомами ТБ. Всего 65 прихожан и священников были отобраны и подготовлены для работы в качестве наставников из числа равных для распространения информации в ходе ежемесячных семинаров, проводимых после воскресной службы.

Незамедлительно после выявления лиц с предположительным ТБ они могут быть направлены в учреждения первичной медико-санитарной помощи для проведения дальнейшего обследования.

Обеспечение устойчивости

Устойчивость проекта проявилась в приверженности религиозных наставников из числа равных и в благословлении проекта митрополитом Грузинской Православной Церкви.

КАЗАХСТАН

Комплексный подход к оказанию помощи больным МЛУ-ТБ

Предпосылки

В 1990-х гг. перебои в поставках лекарственных средств, дефицит определенных противотуберкулезных препаратов, использование неадекватных схем химиотерапии, отсутствие единых стандартов лечения, низкий социально-экономический статус больных и трудности в обеспечении приверженности лечению привели к образованию огромного резервуара МЛУ-ТБ. Проблема распространенности лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам в стране усугублялась неэффективными мерами инфекционного контроля в противотуберкулезных больницах на региональном и областном уровнях, где все больные ТБ (впервые выявленные, с рецидивом ЛУ-ТБ и больные с предположительным ЛУ-ТБ) содержались вместе до получения результатов ТЛЧ. Санитарные нормы не соответствовали современным подходам к инфекционному контролю инфекций, передающихся воздушным путем, а больные, находящиеся на лечении в районных и областных противотуберкулезных стационарах, были вынуждены ожидать результаты ТЛЧ в среднем 2-3 месяца.

Внедрение в последующем тест-систем ВАСТЕС, Hain и GeneXpert обусловило необходимость полного кадрового перекомплектования лабораторий. Наблюдались организационные проблемы проведения ДОТС медицинскими работниками, а также отмечалось недостаточно активное участие организаций гражданского общества в деле борьбы с ТБ. Кроме того, оказание фтизиатрической помощи внешним и внутренним мигрантам, имеющим ограниченный доступ к диагностике и лечению, было проблематичным.

Проблема общественного здравоохранения

Факторы, ограничивающие успех ответных мер борьбы с ТБ в Казахстане, включали: высокое бремя ЛУ-ТБ, отсутствие надлежащих мер инфекционного контроля ТБ и инструментов ускоренной диагностики, низкий потенциал проведения ДОТС и предоставления поддержки больным.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Все эти многочисленные проблемы требовали использования комплексного подхода к оказанию помощи при ТБ и МЛУ-ТБ, основанного на оптимизации и реструктуризации коечного фонда противотуберкулезной больницы и направлении средств стационарного сегмента на другие модели оказания помощи.

С 2009 г. система быстрого выявления ЛЧ и ЛУ форм ТБ ВАСТЕС MGIT-960 используется в 20 областях Республики; с 2010 г. Hain-

тест для экспресс-определения лекарственной устойчивости используется в 12 областях; технология XpertMTB/Rif была внедрена в 2013 г. в 23 областях. В настоящее время потребность в реагентах и расходных материалах для проведения ускоренной диагностики полностью удовлетворена за счет средств местного бюджета и Глобального фонда.

За последние три года в Казахстане была проведена оптимизация и реструктуризация коечного фонда фтизиатрической службы для его более эффективного использования, улучшения инфекционного контроля и разделения потоков больных на основании результатов бактериологических исследований. Высвобожденные за счет этого средства используются для укрепления лабораторной службы, полного обеспечения всех больных препаратами первого и второго ряда, предоставления социальной поддержки больным на амбулаторном лечении и совершенствования мер инфекционного контроля ТБ. Во всех областях работают стационарные учреждения для оказания паллиативной помощи. Этот всеобъемлющий пакет мер позволил существенно улучшить исходы лечения.

Результаты

В 2014 г. Казахстану удалось обеспечить 95–97% охват ускоренными методами диагностики МЛУ, обеспечивающими своевременную диагностику ЛУ-ТБ. Оперативное начало адекватного лечения уменьшает риск дальнейшего распространения инфекции. Начиная с 2012 г., обеспечен стандарт бесперебойного обеспечения всех больных ТБ и МЛУ-ТБ, включая пенитенциарный сектор, всеми необходимыми противотуберкулезными препаратами (86,9%). К концу 2014 г. охват лечением препаратами второго ряда составил 99% в гражданском секторе и 87% в пенитенциарном секторе. Охват больных ШЛУ-ТБ составляет 93,2%.

Местные органы исполнительной власти увеличили ежегодный объем финансирования, выделяемого на предоставление социальной поддержки больным ТБ. Таким образом, за счет средств, сэкономленных благодаря большей эффективности использования коечного фонда, расходы на социальную помощь в 2014 г. увеличились на 27,1%, по сравнению с расходами в 2013 г., и достигли 2,9 млн долларов США. Показатель потери для дальнейшего наблюдения больных МЛУ-ТБ также сократился до 7,3%. В 2014 г. программе удалось добиться показателя излечения впервые выявленных больных ЛЧ-ТБ на уровне 86,4% и 73,5% для больных МЛУ-ТБ.

Как гражданский, так и пенитенциарный сектор используют комплексный подход к решению проблемы МЛУ-ТБ. Проводится обучение сотрудников фтизиатрической службы и первичной медико-санитарной помощи по вопросам ведения случаев МЛУ-ТБ

и инфекционного контроля, организации гражданского общества стали активным участником различных мероприятий по борьбе с ТБ.

Важные факторы успеха

Многие из этих достижений стали возможными благодаря налаженному межведомственному сотрудничеству между гражданским и пенитенциарным секторами. Межсекторальное сотрудничество фтизиатрической службы и первичной медико-санитарной помощи стало важнейшим фактором создания эффективной системы направления больных и обеспечения высококачественного амбулаторного лечения. Активное участие специалистов правительственных органов стало залогом успешности реформ и совершенствования оказания медицинской помощи.

Полученные результаты были бы невозможны без сильной политической приверженности Министерства здравоохранения и социального развития, сотрудничества с международными организациями (Глобальным фондом, KNCV и USAID), а также без поддержки со стороны представителей ВОЗ, а именно д-ра Masoud Dara, д-ра Martin van der Boom и д-ра Richard Zaleski.

Обеспечение устойчивости

Данная практика будет реализовываться в рамках Комплексного плана по борьбе с ТБ на 2014–2020 гг., утвержденного постановлением Правительства от 31 мая 2014 г., и будет финансироваться за счет средств государственного и местных бюджетов.

КЫРГЫЗСТАН

Паллиативная помощь больным ЛУ-ТБ

Предпосылки

В 2009 г. эффективность лечения МЛУ-ТБ в Кыргызстане составляла всего 42,4%; 38,5% больных прерывали лечение, у 9% больных лечение было неэффективным, и 10% больных умерли. Большинство больных, прервавших лечение, в конечном итоге его возобновляли, однако риск неэффективного исхода лечения у таких больных составлял около 50%. В 2009 г. лечение 49 больных МЛУ-ТБ было неэффективным. Имеющиеся в 2009 г. технологии не позволяли выявлять ШЛУ-ТБ, *Naip*-тест был внедрен в практику лишь в 2013 г. Постановка ТЛЧ на плотных средах требовала времени, не было обеспечено качество результатов исследований.

Отсутствовала единая политика ведения неэффективных случаев лечения МЛУ-ТБ, большинство из которых составляли больные с ШЛУ или тотальной ЛУ. В учреждениях не действовали меры инфекционного контроля, а больные ТБ, за исключением пенсии по инвалидности, не получали никакой социальной поддержки от государства. Чтобы доказать неэффективный исход лечения для обоснования статуса инвалидности, больным приходилось собирать множество подтверждающих документов; в стране отсутствовал порядок установления инвалидности больным, лечение которых оказалось неэффективным. Доктора в составе медико-социальной экспертной комиссии не имели стремления заниматься такими больными из-за их заразности.

Проблема общественного здравоохранения

Отсутствовала практика паллиативного лечения больных ЛУ-ТБ, возможности оказания медицинской помощи которым были исчерпаны. Вся тяжесть ухода за ними ложилась на плечи родственников, которые не имели специальной подготовки в области инфекционного контроля и поэтому постоянно подвергались очень высокому риску заражения высоко устойчивыми формами *M. tuberculosis*.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Изначально, руководство по МЛУ-ТБ было подготовлено в рамках проекта USAID TBCARE I, реализуемого в Кыргызстане представителем фонда KNCV в сотрудничестве с рабочей группой по МЛУ-ТБ, состоящей из международных экспертов и сотрудников НПТ. Руководство было рассмотрено международными экспертами и в течение года одобрено Министерством здравоохранения. Затем 27 местных экспертов из всех отделений для лечения МЛУ-ТБ прошли подготовку по вопросам использования руководства для проведения диагностики, лечения и ведения случаев МЛУ, принятия решений, купирования нежелательных явлений и т.д. Данная ини-

циатива, хотя бы частично, решила проблему МЛУ-ТБ, но проблема ведения больных, лечение которых оказалось неэффективным (преимущественно ШЛУ-ТБ), оставалась нерешенной. Для ее решения в 2012–2013 гг. было подготовлено руководство по оказанию паллиативной помощи. Согласно данному руководству, подобная помощь может оказываться как в амбулаторных, так и стационарных фтизиатрических учреждениях, центрах семейной медицины, а также семейными врачами и медсестрами.

Кроме того, в марте 2013 г. стационарное отделение Кеминской противотуберкулезной больницы получило 7 миллионов сомов (около 100 000 евро) на реконструкцию и ремонт помещений для оказания паллиативной помощи 40 пациентам. Два обучающих курса по оказанию паллиативной помощи были проведены для 12 сотрудников в больнице и НПТ. На первом курсе было представлено руководство по оказанию паллиативной помощи и подробная информация по оказанию помощи. Второй курс был предназначен для врачей и медсестер, включая медсестер из монашеских орденов, и содержал подробную информацию по инфекционному контролю ТБ, ведению больных, оказанию психоэмоциональной поддержки, включая лечение депрессии, совершенствованию коммуникативных навыков и другим аспектам оказания психологической помощи и облегчения боли.

Результаты

С 2013 г. все больные МЛУ-ТБ, лечение которых оказалось неэффективным, госпитализируются в Кеминскую противотуберкулезную больницу. Изначально, из-за новизны процесса направления больных заполнено было лишь 50% коек. НПТ, Бишкекская городская противотуберкулезная больница и Кара-Балтская больница для лечения МЛУ-ТБ были среди первых, начавших направлять больных с неэффективным исходом в отделение паллиативной помощи. К концу 2013 г. число пациентов выросло до 37, а в 2015 г. паллиативную помощь получали в среднем 27 пациентов.

В мае 2015 г. был проведен опрос нескольких пациентов Кеминской больницы. Среди них была молодая женщина, которая по разным причинам многократно прерывала лечение МЛУ-ТБ, когда же она захотела пройти курс до конца, химиотерапия уже была неэффективной. При этом женщина официально не могла больше оставаться в больнице в качестве пациентки, т.к. ее лечение было прекращено в силу отсутствия терапевтического эффекта, а семья отказывалась принимать ее дома. Отделение паллиативной помощи стало единственным местом, где она могла получить квалифицированный уход при минимальном риске заражения других людей. Другие опрошенные пациенты имели похожие истории; многие не имели родственников или друзей, которые могли бы ухаживать за ними.

По словам главного врача Кеминской больницы, впервые в Кыргызстане все больные имеют доступ к получению помощи и поддержки. Благодаря внедрению практики оказания паллиативной помощи существенно выросли продолжительность и качество жизни таких больных, за счет внедрения надлежащих мер инфекционного контроля при оказании помощи лицам с МЛУ-ТБ, лечение которых оказалось неэффективным, уменьшился риск распространения ШЛУ-ТБ в сообществе. В последствии фонд «Открытое общество» использовал руководство по оказанию паллиативной помощи в качестве примера для других стран.

Важные факторы успеха

Основным условием успеха стала разработка руководства, заложившего основу практики оказания паллиативной помощи в Кыргызстане. Другим важным элементом была исходная подготовка работников здравоохранения. Наконец, информирование других специалистов здравоохранения о возможности получения пациентами паллиативной помощи помогло улучшить практику направлений.

Обеспечение устойчивости

государством, что гарантирует стабильность данной практики. Потребность в паллиативной помощи сократиться при надлежащем ведении больных МЛУ-ТБ и расширении доступа к новым диагностическим средствам и препаратам. Показатель успешного лечения МЛУ-ТБ вырос с 42% в 2011–2012 гг. до 62% в 2014 г., и даже в случае неэффективности лечения больные получают надлежащую помощь, обеспечивающую оптимальное возможное качество жизни и минимальный риск распространения ЛУ-ТБ в сообществе.

ПОРТУГАЛИЯ

АУТРИЧ-РАБОТА ПО БОРЬБЕ С ТБ: МЕСТНЫЙ ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА

Предпосылки

В 2012 г. Португалия была единственной страной Западной Европы с промежуточным показателем заболеваемости ТБ. В рассматриваемом округе Порту также отмечается промежуточная, вторая по высоте после Лиссабона, заболеваемость ТБ (33 на 100 000). С 2010 г. около 15% больных ТБ имеют ВИЧ-инфекцию.¹ По данным Доклада ВОЗ по эпиднадзору и мониторингу ТБ в Европе (2015 г.),² три страны из предоставивших репрезентативные данные по тестированию на ВИЧ (охват > 50%) зафиксировали значительное наложение эпидемий ВИЧ и ТБ, когда распространенность ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных и повторных случаев ТБ превышает 10%: Украина (19,6%), Португалия (14,5%) и Эстония (13,0%). Поэтому в Португалии проблема сочетанной инфекции ТБ и ВИЧ вызывает особое беспокойство.

Незаконное употребление наркотических веществ закономерно сопряжено с инфекционными заболеваниями, в частности вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией и ТБ. Лица, употребляющие запрещенные наркотики инъекционным или иным путем, подвержены высокому риску заражения ТБ, независимо от наличия ВИЧ-инфекции. Исследования, проведенные до и после появления ВИЧ/СПИДа, свидетельствуют не только о более высоком риске инфицирования, но и развития активного ТБ в этой группе населения, по сравнению с общим населением. Поэтому для этой группы населения характерны также вспышки ЛЧ- и МЛУ-ТБ.³

Несмотря на снижение заболеваемости ТБ среди лиц, употребляющих наркотики, в Португалии⁴ среди них по-прежнему сохраняется высокий риск инфицирования, что обусловлено маргинализированным образом жизни и проблемами приверженности лечению. В 2012 г. 12% из 117 случаев смерти от ТБ были зафиксированы среди наркопотребителей.² Согласно докладу Direcao-Geral Saude 2014

г.,² 30% больных ТБ имели социальные факторы риска заболевания, включая употребление алкоголя и/или незаконных наркотиков (внутривенным путем или путем вдыхания).

Проблема общественного здравоохранения

ТБ значительно чаще поражает лиц, употребляющих наркотики, а отсутствие системы оказания надлежащей фтизиатрической помощи этим лицам не позволяет в полном объеме провести диагностику и лечение ТБ, а также способствует быстрому распространению МЛУ-ТБ в этой популяции (Евразийская сеть снижения вреда, 2015 г.).⁵

В качестве конкретных стратегий по решению этой проблемы НПТ⁵ рекомендует:

- » укрепить национальный план программы обмена шприцев;
- » укрепить стратегии ранней диагностики ВИЧ-инфекции, особенно среди уязвимых групп населения;
- » обеспечить всеобщий доступ к первичной медико-санитарной помощи;
- » обеспечить справедливый доступ к лечению ВИЧ-инфекции и высокое качество такого лечения;
- » содействовать легкому доступу к услугам здравоохранения и приверженности лечению ТБ; и
- » улучшить выявление ВИЧ-инфекции у больных ТБ.

Описываемый здесь проект был попыткой решения указанных выше проблем за счет оказания комплексной помощи, приближенной к труднодоступным группам населения, употребляющим наркотики, с целью профилактики, диагностики и лечения ТБ.

Как показал Getahun и коллеги,³ вопросы профилактики, диагностики и лечения ТБ среди лиц, употребляющих наркотики, долгое время оставались без внимания и требуют незамедлительного вмешательства и эффективных, уважающих права человека моделей комплексного оказания помощи в отношении ВИЧ-инфекции, гепатита и снижения вреда. Выбор модели комплексного оказания услуг зависит от площадки, на которой они предоставляются, и «варьируется от предоставления многочисленных услуг на одной площадке до оказания услуг на разных площадках посредством эффективных моделей направления и координации».

1 Direção-Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto da situação epidemiológica e de desempenho. Relatório preliminar (<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%3%BAAdos/Sa%3%BAde%20P%3%BAblica%20Conteudos/PNT%20%20Ponto%20da%20Situa%3%A7%3%A3o%20Epidemiol%3%B3gica%20e%20de%20Desempenh.pdf>, accessed 30 June 2015).

2 European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>, accessed 26 August 2015).

3 Getahun H, Baddeley A, Raviglione M (2013). Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. Bull World Health Organ; 91:154–156. doi: 10.2471/BLT.13.117267.

4 Direção-Geral de Saúde (2014). Portugal. Infecção VIH/SIDA e tuberculose em números-2013. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (<http://www.google.pt/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0CDAQFjAD&url=http%3A%2F%2Fpnhisida.dgs.pt%2Festudos-e-estatisticas111111%2Frelatorios1%2Fportugal-infecao-vihisidaemnumeros2013.pdf.aspx&ei=Qr2LVYTZNcmtU9ubJlAL&usg=AFQjCNG3VZImq3EOYym9IEypnNYDBPAqg>, accessed 30 June 2015).

5 Eurasian Harm Reduction Network (2015) (<http://www.harm-reduction.org/issues/drug-use-and-tuberculosis>, accessed 30 June 2015).

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В городе Вила-Нова-ди-Гая (округ Порту) употребление наркотиков является существенной проблемой как для амбулаторного фтизиатрического центра – государственного учреждения, отвечающего за лечение больных ТБ и скрининг групп риска в округе, так и для GIRUGaia – аутрич-команды для работы с лицами, употребляющими наркотики, действующей при поддержке Агентства по развитию Piaget (www.apdes.pt) и совместном финансировании Национальной службой проведения вмешательств в отношении аддиктивного поведения и зависимости. Эти две организации долгие годы тесно сотрудничают в деле борьбы с такими проблемами, как внутренний, распространенный характер наркопотребления, затрудняющий работу с наркопотребителями.

Амбулаторный фтизиатрический центр:

- » разработал простую, ускоренную процедуру набора и оказания помощи клиентам GIRUGaia, избегая бюрократических проволочек, возникающих при контакте пациента с социально-санитарной службой;
- » обеспечивает прямой, неформальный контакт с отобранными докторами для решения возникающих проблем;
- » предоставляет аутрич-команде GIRUGaia стратегически расположенный офис для проведения психологического консультирования и осуществления других важных функций; и
- » проводит обучающие мероприятия и семинары со специалистами GIRUGaia и клиентами по вопросам ТБ.

GIRUGaia:

- » предотвращает появление новых случаев ТБ за счет информационно-просветительской деятельности и повышения медицинской грамотности в отношении ТБ и других проблем;
- » содействует более гигиеничному употреблению наркотиков за счет распространения инвентаря, такого как трубочки для индивидуального перорального использования для предотвращения его совместного использования, а также за счет информирования клиентов о способах предотвращения риска, связанного таким поведением;
- » стимулирует клиентов к прохождению скрининга на ТБ, если необходимо, доставляет их в амбулаторный фтизиатрический центр, сопровождает их во время консультации и доставляет их обратно после консультации;
- » осуществляет раздачу противотуберкулезных препаратов в полевых условиях наряду с метадоном, обеспечивая тем самым более высокую приверженность больных лечению;
- » сотрудничает в проведении розыска больных, прервавших лечение в амбулаторном фтизиатрическом центре;
- » доставляет лекарственные препараты клиентам, которые не могут самостоятельно посещать амбулаторный фтизиатрический центр для прохождения лечения (например, во время болезни); и

- » использует наставника из числа равных из членов команды для работы со скрытыми потребителями, которые могут быть инфицированы или могли прервать лечение.

Оба учреждения обсуждают общие случаи для предоставления каждому человеку наилучшего возможного уровня медицинской помощи, а также для оперативного решения возникающих проблем. Например, благодаря совместным усилиям во время недавней вспышки ТБ в округе Вила-Нова-де-Гая удалось провести скрининг и доставить препараты каждому потребителю наркотиков в очаге.

Большинство клиентов GIRUGaia ранее не обращались в медучреждения и не желают посещать социально-санитарную службу. Без указанного партнерства было бы очень сложно провести скрининг на ТБ и лечение в этой социальной вселенной. Более того, задачи профилактики, диагностики и лечения ассоциированных с ТБ инфекций, таких как ВИЧ решаются в среде, привычной для клиентов. Это эффективный способ преодоления структурных и организационных барьеров для оказания комплексной помощи.

Результаты

Оба учреждения признают положительное воздействие их сотрудничества. Например,

- » благодаря совместным усилиям во время недавней вспышки ТБ в округе Вила-Нова-де-Гая удалось доставить препараты для лечения каждому потребителю наркотиков в очаге;
- » около 90% пациентов проходят скрининг на ТБ и ВИЧ-инфекцию; и
- » все выявленные больные ТБ прошли полный курс лечения, даже несмотря на чрезвычайно маргинализированный образ жизни и отсутствие приверженности лечению.

Важные факторы успеха

Данное партнерство между амбулаторным фтизиатрическим центром и GIRUGaia обеспечило крепкую связь между уязвимыми социально отчужденными группами населения, такими как люди, употребляющие наркотики, и специализированной фтизиатрической службой. Результаты выглядят перспективными. Безусловно, при проведении подобных вмешательств должны учитываться этические вопросы, такие как обеспечение анонимности и конфиденциальности; благодаря проекту отмечается более пристальное внимание вопросам защиты прав человека, таким как уменьшение стигмы и дискриминации, а также активное участие людей, употребляющих наркотики, в оценке потребностей, разработке и оценке вмешательств за счет включения наставников из числа равных в команду GIRUGaia.

Обеспечение устойчивости

Данный тип взаимного сотрудничества не требует вложения дополнительных ресурсов, а лишь эффективного взаимодействия учреждений. Агентство по развитию Piaget является основателем и одним из руководителей Национальной и Евразийской сетей снижения вреда; таким образом данная практика и перспективные результаты работы могут быть без труда переняты другими партнерами.

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА БЕЗДОМНЫХ ЛЮДЕЙ К НАДЛЕЖАЩИМ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТБ

Предпосылки

ТБ остается одной из проблем общественного здравоохранения в Республике Молдова, являющейся одной из 18 стран с высоким бременем ТБ в Европейском регионе ВОЗ и одной из 27 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ. В Кишинёве – столице Молдовы с населением 804 000 человек число бездомных увеличивается одновременно с ростом числа случаев ТБ среди них; однако точные данные по ТБ в этой группе риска отсутствовали. Фтизиатрические стационары и поликлиники затрудняются осуществлять диагностику, лечение и последующее наблюдение за такими больными.

Бездомные лица, особенно в местах спонтанного временного проживания, подвержены более высокому риску инфицирования и развития активной формы ТБ. Наблюдается высокий показатель потери для дальнейшего наблюдения, а исходы лечения среди бездомных хуже, чем среди общего населения. Осведомленность бездомных людей о ТБ и о том, куда обращаться за помощью, была недостаточной, а лечение ТБ оставалось практически недоступным, если они не были прикреплены к поликлинике. Отсутствие однозначного определения того, кого считать «бездомным», означало, что эти люди, как правило, имели ограниченный доступ к медико-санитарной и социальной помощи, включая диагностику и лечение ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

Для улучшения доступа к диагностике, лечению и мерам по поддержке приверженности лечению бездомных лиц требовался инновационный подход.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Международные стратегии уменьшения заболеваемости ТБ среди лиц без определенного места жительства включают активизированное выявление ТБ, обязательный скрининг временно проживающих лиц, материальное стимулирование для повышения приверженности диагностике и лечению ТБ. В связи с этим в Кишинёве был осуществлен проект по выявлению и лечению больных ТБ из числа лиц БОМЖ. Была создана мобильная бригада в составе врача, медсестры и водителя, задача которой заключалась в ежедневном поиске бездомных и проведении опроса с использованием скрининг-опросника. Мобильной бригаде потребовалось время, чтобы завоевать доверие бездомных; специальная медицинская одежда, которую носили члены бригады, делала их узнаваемыми и запоминающи-

мися. В качестве вознаграждения за прохождение скрининга на ТБ бездомные получали банку рыбных или мясных консервов. Доктор в составе бригады наладил контакты с поликлиниками, несмотря на это наладить систему направления бездомных для получения медицинской помощи оказалось сложно, т.к. изменение отношения людей и борьба с дискриминацией – длительный процесс. Поэтому члены бригады были вынуждены сопровождать бездомных с предположительным диагнозом ТБ при посещении ими медучреждений.

Бездомные лица с предположительным диагнозом ТБ доставлялись в ближайшую поликлинику для дальнейшего обследования и консультации фтизиатра. При подтверждении диагноза ТБ мобильная бригада доставляла больного в противотуберкулезную больницу для стационарного лечения, где он или она получали информацию, направленную на повышение приверженности лечению, в том числе и о том, что делать, если лечение будет приостановлено больницей из-за нарушения ими правил пребывания в стационаре, например, употребления алкоголя. Больные получали номера телефонов и другую контактную информацию мобильной бригады. Они заполняли анкету о наличии документов, членов семьи, месте временного проживания, указывали контактное лицо и физические характеристики, а также другую информацию. Были проведены фокус-группы для определения стоящих перед такими людьми проблем и их потребностей. Наиболее активные участники проекта занимались волонтерской деятельностью, направленной на выявление и направление кашляющих бездомных за помощью в мобильную бригаду или ближайшее медучреждение.

После выписки лиц БОМЖ из больницы мобильная бригада организовывала их первую встречу с фтизиатром в поликлинике с целью обеспечения продолжения или проведения всего курса лечения на амбулаторном этапе. Врачи предоставляли противотуберкулезные препараты, осуществляли контроль над пациентом, мониторинг и ведение случая в соответствии с национальными протоколами. Мобильная бригада доставляла больных на амбулаторном лечении в медучреждения для планового обследования и консультаций с лечащим врачом. С целью повышения приверженности больных лечению ТБ они получали социальную поддержку в виде продуктовых наборов, возмещения транспортных расходов, одежды и удовлетворения особых потребностей, например, в очках или костылях. Затем НПО связывалась со специалистами напрямую или через механизм страхования. Получение страховки было возможно только, если больной имел идентификационную карту, поэтому НПО помогала некоторым пациентам в восстановлении карт.

Был разработан план непрерывного контролируемого лечения, например, в офисе или через организатора контролируемого лечения из НПО в месте, указанном пациентом. Вскоре после начала реализации этого проекта были выявлены 35 бездомных больных, поэтому один специалист по ДOTS был не в состоянии предоставить всем им помощь. Поэтому по возможности план предусматривал использование запасной площадки, например, поликлиники, где соблюдение режима лечения проверялось раз в неделю. Помощник по ДOTS навещал больных, отказывающихся от посещения поликлиники, в часто посещаемых ими местах, проводя одну половину дня в поликлинике, а вторую, занимаясь аутрич-работой по обеспечению ДOTS. В анкетах бездомные лица указывали места, где они чаще всего бывают, такие как рынки, старые церкви или заброшенные здания в зимнее время.

Материальная поддержка предоставлялась Глобальным фондом, за счет отдельных пожертвований и пожертвований Церкви. Для сбора средств на горячее питание для бездомных в зимний период были организованы распродажи, в ходе которых люди могли сделать небольшое пожертвование в качестве символического обмена на яблоко. Данная акция оказалась успешной: люди начали приносить еду и одежду в НПО, а затем и делать виртуальные пожертвования через Facebook.

К концу 2014 г. выявление случаев ТБ среди бездомных лиц увеличило их доступ к ускоренным методам диагностики ТБ с помощью GenExpert. Больные МЛУ-ТБ в этой группе берутся на лечение препаратами второго ряда. В 2014 г. 1147 бездомных лиц были опрошены и проинформированы о ТБ, 299 (26%) лиц с предположительным диагнозом ТБ прошли тестирование. ТБ был подтвержден у 58 человек (12 женщин и 46 мужчин), что составляет 19,4% из лиц, выявленных в ходе скрининга. Так, показатель заболеваемости ТБ среди бездомных в 50 раз выше, чем средний показатель в общем по стране (5056 на 100 000 бездомных и 99 на 100 000 общего населения). Из 58 выявленных больных 31 (53,4%) завершил лечение, 7 были потеряны для дальнейшего наблюдения (12%), 3 умерли (5,2%), и еще 17 все еще продолжают лечение препаратами второго ряда (29,3%).

Более 120 социальных работников прошли обучение по вопросам ведения случаев ТБ у бездомных и познакомились с международными стратегиями в этой области. Одно-двухдневные курсы включали общую информацию о ТБ (признаках, путях передачи, порядке направления для получения помощи), инфекционном контроле, международных рекомендациях по ТБ у бездомных, а также местных особенностях Кишинёва. Структура курсов включала работу в группах и изучение примеров из практики. Проект повысил осведомленность социальных работников о ТБ и вовлек их в осуществление мероприятий по повышению приверженности лечению за счет предоставления больным социальной поддержки, такой как выплата разового пособия и помощь в получении статуса инвалидности. При помощи социальной службы удалось вернуть небольшое число бездомных в семьи.

Результаты

В ходе реализации проекта был налажен устойчивый диалог между муниципальными службами здравоохранения и социальной службой для подготовки плана действий в отношении лиц без определен-

ного места жительства. Улучшился доступ таких лиц к диагностике и лечению ТБ, включая быстрые диагностические средства и препараты второго ряда. В прошлом этой категории больных отказывалось в лечении МЛУ-ТБ в силу невозможности продолжения ими лечения на амбулаторном этапе.

Инициаторы проекта собрали средства для проведения небольшого социологического исследования с участием бездомных больных ТБ, включая не только социальные детерминанты, но и другие инфекционные и неинфекционные заболевания. Предварительные результаты показывают очень высокий процент алкогольной зависимости и ВИЧ-инфекции, а также других передаваемых половым путем инфекций.

Важные факторы успеха

Опыт, накопленный НПО в ходе проекта, стал основой предложений в НПТ по изменению национального протокола лечения ТБ у взрослых (<http://old.ms.md/public/info/Ghid/protocolls/pcn123/>). Были пересмотрены критерии госпитализации с включением статуса лица БОМЖ, а также прописаны условия выписки из стационара только при условии возможности продолжения лечения. В рамках этого же протокола лица БОМЖ считаются приоритетной группой для тестирования с помощью GenExpert.

Обеспечение устойчивости

Диагностика и лечение ТБ у бездомных лиц осуществляются бесплатно; оплата препаратов первого ряда осуществляется за счет средств Национальной страховой компании, а препаратов второго ряда за счет средств Глобального фонда. Новая программа НПТ должна включать план устойчивого развития и переход на полное финансирование из средств государственного бюджета после 2017 г.

Социальные проблемы, стоящие перед бездомными людьми, являются препятствием для успешного лечения ТБ. Их решение требует эффективного диалога между муниципальными службами здравоохранения и социальными службами, который был налажен ходе реализации данного проекта и должен быть продолжен.

Находящиеся в стадии пересмотра правила пребывания в местах временного проживания для бездомных призваны обеспечить равный доступ и предотвратить дискриминацию.

Потенциал для расширения и области будущего развития

Социальные работники предложили проводить совместные тренинги с семейными врачами при наличии финансовых средств.

Сохраняется острая потребность в создании надлежащих условий для медико-санитарной и социальной поддержки бездомных лиц, больных ТБ, с целью предоставления им всеобъемлющего комплекса помощи. Который включал бы лечение ТБ в сочетании с программами лечения наркотической и иных видов зависимости, а также программы укрепления приверженности лечению и социальной интеграции.



РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЛУ-ТБ

Предпосылки

Республика Молдова имеет очень высокое бремя как ТБ, так и МЛУ-ТБ. МЛУ-ТБ составляет 24% впервые выявленных случаев ТБ и 62% повторных случаев. Рост числа случаев ЛУ-ТБ сопровождается высокими показателями неэффективного лечения и смертности и представляет одну из важнейших проблем общественного здравоохранения как для страны, так и для Региона в целом. Увеличение числа случаев МЛУ-ТБ обусловлено низкой приверженностью лечению, наличием случаев сочетанной инфекции ТБ и ВИЧ, отсутствием препаратов, неадекватным лечением, влекущим развитие приобретенной лекарственной устойчивости и внутрибольничную передачу ТБ.

Национальная модель лечения МЛУ-ТБ в Республике Молдова основана на стационарной помощи, однако НПТ Молдавии выразила заинтересованность в изучении амбулаторной модели ведения случаев МЛУ-ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

Фтизиатрическая помощь в значительной степени основана на госпитализации больного, которая является весьма дорогостоящей и увеличивает риск внутрибольничной передачи ТБ; однако доказательства эффективности амбулаторной модели оказания фтизиатрической помощи отсутствовали.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Пересмотр модели оказания помощи был призван решить проблему высокой стоимости госпитализации, сократить внутрибольничную передачу инфекции и обеспечить переход на ориентированную на пациента модель оказания медицинской помощи. Цель исследования, проводимого в рамках проекта, заключалась в сборе фактических данных об амбулаторной модели оказания помощи и оценке инновационной модели ведения случаев МЛУ-ТБ, объединяющей ускоренные методы диагностики, амбулаторное лечение МЛУ-ТБ и более активное оказание поддержки больным в период с 2012 по 2014 гг.

Изначально, новый подход был встречен недовольством сотрудников и руководства стационарных учреждений и общественного здравоохранения, продолжавших настаивать на госпитализации и изоляции больных ТБ. Многие больные были вынуждены ложиться в больницу, т.к. согласно правилам обязательного медицинского страхования, они могли получать лекарства для купирования побочных реакций только находясь в больнице; в противном случае

они были вынуждены приобретать их самостоятельно. Употребление алкоголя больными ТБ – еще одна проблема, стоящая на пути реализации проекта, которую необходимо было решить за счет предоставления дополнительной психологической поддержки больным с алкогольной зависимостью.

В целях привлечения внимания заинтересованных сторон, включая службу здравоохранения, были проведены круглые-столы, на которых проект был представлен в контексте необходимых изменений: сокращения расходов, внутрибольничной передачи ТБ и стигмы, связанных с (ЛУ-)ТБ.

Для проведения проекта были выбраны две области с высокой заболеваемостью ТБ и большим числом больных МЛУ-ТБ (Орхейская и Кагульская). За период с января 2012 г. по декабрь 2014 г. 107 случаев ТБ были выявлены в Орхее и 63 в Кагуле. Для быстрой диагностики и лечения больных МЛУ-ТБ использовался диагностический алгоритм, включающий проведение теста GeneXpert, микроскопии мазка мокроты, исследований методом гибридизации с типоспецифическими зондами, посева на жидкие и плотные среды, а также традиционных ТЛЧ (MGIT). Из 170 больных 38 начали амбулаторное лечение по стандартизированной схеме лечения МЛУ-ТБ в районной противотуберкулезной клинике и учреждении первичной медико-санитарной помощи, 43 больных получали лечение в условиях стационара согласно стандартному подходу. Общественные центры ТБ, финансируемые в настоящее время Глобальным фондом, в 10 областях оказывали больным психологическую и юридическую помощь, а также помогали повысить приверженность лечению.

Существенных различий между амбулаторными и стационарными больными с точки зрения факторов риска или клинических характеристик не отмечалось (впервые выявленные случаи: 53,5% и 68,4%; спектр ЛУ к препаратам первого и второго ряда: все случаи МЛУ-ТБ и два случая ШЛУ-ТБ среди амбулаторных больных).

Медиана времени до начала лечения после получения результатов теста Xpert составляла 10 дней для стационарных больных и 6 дней для амбулаторных. Процентные доли прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты (у стационарных и амбулаторных больных) составили, соответственно, 38,7% и 71,4% через 2 недели, 96,7% и 63,6% через 2 месяца, и 86,7% и 77,2% через 5 месяцев. Медиана времени до прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты составила 28 и 42 дня; показатель негативации культуры составил 59,0% и 55,8% через месяц и 94,7% и 77,4 % через 5, месяцев, при этом медиана времени до негативации культуры составила 56 и 56 дней. Исходы лечения были следу-

ющими: вылечено 11/43 (25,6%) и 9/38 (24%); неэффективно 0 и 2; умерли 1 и 1; потеряны для дальнейшего наблюдения 3 и 3; продолжает лечение 28 и 23 ($p=0,67$).

Исходы лечения амбулаторных больных, завершивших лечение (15 человек на момент написания настоящего доклада): успешное лечение у 60,0% (9/15), потеряны для дальнейшего наблюдения 20% (3/15), лечение неэффективно 13,3% (2/15), умерли 6,7% (1/15). Для сравнения, национальный показатель успешного лечения больных МЛУ-ТБ в 2012 г. составлял 50,0%, а показатель потери для дальнейшего наблюдения достигал 26,0%.

Результаты

Результаты, полученные в рамках проекта, стали основой новой стратегии амбулаторного лечения МЛУ-ТБ. Они свидетельствуют о том, что амбулаторное лечение не уступает стационарному, является целесообразным и хорошо переносится большинством больных, а также легко в управлении. Промежуточные результаты лечения представлены для небольшого числа больных, несмотря на это у всех больных произошло прекращение бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты в течение 5 первых месяцев лечения, и у большинства больных произошла негативация культуры в течение первых трех месяцев лечения.

Проект изменил отношение фтизиатров к амбулаторному лечению больных, кроме того, выросло доверие к методу быстрой диагностики, легкодоступному, более чувствительному, позволяющему оперативно начинать эффективное лечение. Работники первичной медико-санитарной помощи, уже имевшие опыт амбулаторного лечения, начали принимать более активное участие в ведении больных ЛУ-ТБ на интенсивной фазе лечения; специалистами проекта осуществляли контроль и курацию их работы, предоставляя, когда это было необходимо, рекомендации.

Стратегия амбулаторного лечения уменьшила стигму по отношению к больным ЛУ-ТБ. Улучшилось восприятие больных семьями, они получали поддержку близких и могли продолжить ведение экономической деятельности, например, возделывать земельные участки.

Важные факторы успеха

Важнейшим фактором успеха была доступность методов ускоренной диагностики. НПО и центры ТБ на уровне сообщества также сыграли важную роль.

Обеспечение устойчивости

Национальные критерии госпитализации больных были пересмотрены и утверждены в мае 2015 г. приказом Министерства здравоохранения. Новый протокол увеличивает доступ к амбулаторной помощи. Важным фактором обеспечения устойчивости амбулаторной модели на уровне учреждения является изменение менталитета медицинских работников. По мере накопления практического опыта медицинскими работниками прогнозируется дальнейшее улучшение исходов лечения.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

Реструктуризация финансирования больниц является важным следующим шагом, необходимым для оптимизации коечного фонда, предотвращения необоснованной госпитализации и разрешения медучреждениям использовать средства для мотивирования сотрудников или предоставления поддержки и поощрений больным, находящимся на лечении. Проблема доступа амбулаторных больных к адекватному купированию побочных лекарственных реакций должна решаться на национальном уровне. Ряд проблем клинического ведения больных могут быть решены с помощью курсов повышения квалификации и курирования районных фтизиатров.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

КОМПЛЕКСНАЯ РЕФОРМА ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ СЛУЧАЕВ М/ШЛУ-ТБ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Предпосылки

В конце 1990-х гг. Архангельская область столкнулась с ростом заболеваемости и смертности от ТБ. К 2000 г. показатель новых случаев ТБ составил 104 на 100 000, а смертности 16,5 на 100 000, что было выше, чем в среднем по стране. Ухудшение эпидемиологической ситуации было обусловлено неэффективным управлением программой борьбы с ТБ, отсутствием качественных методов бактериологической диагностики ТБ, нерегулярным использованием ТЛЧ для выбора соответствующей схемы химиотерапии, перебоями в поставке противотуберкулезных препаратов, отсутствием ДОТС, когортного учета и отчетности, включая электронную информационную систему, мер инфекционного контроля и быстрым распространением МЛУ-ТБ в пенитенциарной системе и стационарах фтизиатрической службы.

Проблема общественного здравоохранения

Область испытывала острую потребность в реформировании мер борьбы с ТБ для обеспечения эффективности диагностики и лечения МЛУ-ТБ, в частности лабораторной диагностики, амбулаторного лечения и мониторинга, а также проведения скрининга в группах высокого риска.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Совершенствование лабораторной диагностики

Один из первых шагов по совершенствованию контроля ТБ заключался в укреплении потенциала диагностики ТБ лабораторий на периферии. Модернизация лабораторий, обучение сотрудников и более пристальный контроль качества лабораторной диагностики изначально улучшили качество микроскопического подтверждения диагноза ТБ и повысили общий показатель выявления новых случаев ТБ лабораториями на периферии.

Высокое качество микроскопической диагностики сделало возможным амбулаторное лечение всех больных ТБ с отрицательным результатом микроскопии мазка мокроты. Больные ТБ с положительным мазком госпитализировались в Архангельский противотуберкулезный диспансер. Все противотуберкулезные стационары в области были закрыты, за исключением Архангельского противотуберкулезного диспансера, в котором во всех отделениях были внедрены меры инфекционного контроля, было открыто отделение для лечения МЛУ-ТБ, была создана референс-лаборатория для бактериологического обследования больных как гражданского, так и пенитенциарного секторов. В 2005 г. в референс-лаборатории в

дополнение к посевам на плотные среды были внедрены культуральные исследования на жидких средах; в 2009 г. всем больным стали проводиться молекулярно-генетические исследования до начала лечения ТБ. В настоящее время лечение всех стационарных и амбулаторных больных ТБ, подтвержденным бактериологическими методами, начинается с проведения зарекомендовавшего себя ускоренного ТЛЧ. Все больные ТБ, включая больных из социально незащищенных групп, имеют свободный доступ ко всем методам бактериологической диагностики.

Амбулаторное лечение с усиленным мониторингом

Вторым и, пожалуй, одним из самых важных компонентов программы было внедрение лечения ТБ и МЛУ-ТБ под непосредственным наблюдением в амбулаторных и стационарных условиях. Это сопровождалось более интенсивным мониторингом и купированием побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, возникающих у больных МЛУ-ТБ. Все приоритетные мероприятия были внедрены как в гражданском, так и пенитенциарном секторе. Были внедрены единый медицинский консилиум и врачебная комиссия для мониторинга ведения больных с целью совершенствования управления и мониторинга программы борьбы с ТБ.

Отдел мониторинга также проводил компьютеризированный когортный анализ с использованием базы данных во всех районах области и управлении пенитенциарной системы. Мониторинг основан на категориях больных ТБ, бактериологическом подтверждении диагноза, результатах ТЛЧ и когортных исходах лечения по всем категориям больных.

Скрининг и лечение лиц в группах высокого риска

Программа борьбы с ТБ внедрила ориентированный на пациента подход к лечению ТБ и профилактическому лечению изониазидом ВИЧ-инфицированных лиц. С 1990-х гг. активный рентгенологический скрининг на ТБ в группах высокого риска проводится дважды в год, скринингу подлежат такие группы населения, как люди, живущие с ВИЧ, лица без определенного места жительства и мигранты. Скрининг общего населения проводится раз в год.

Результаты

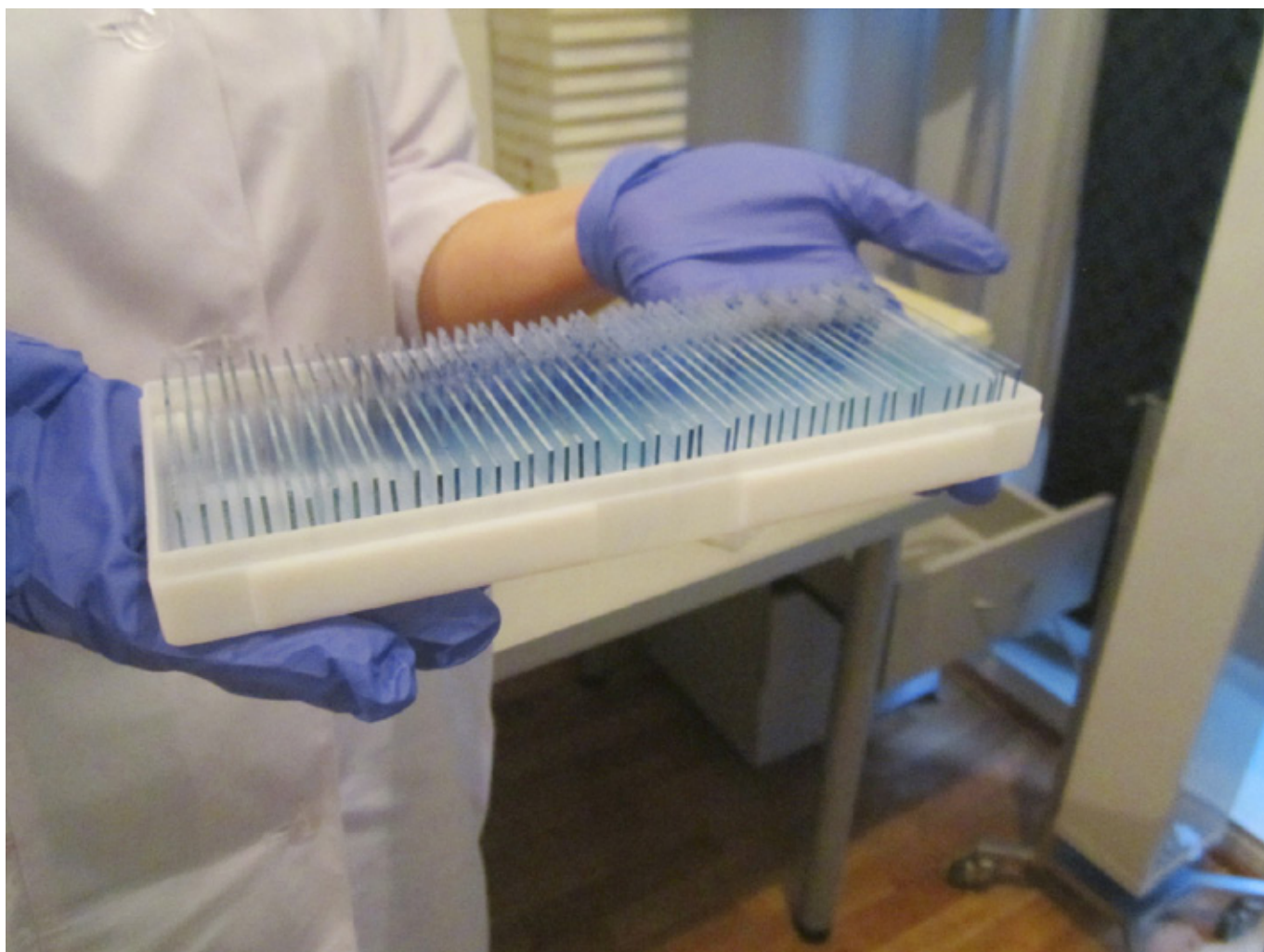
В 2012 г. благодаря бесперебойному лекарственному обеспечению и социальной поддержке больных во время лечения удалось повысить показатели успешного лечения до 81% у больных ЛЧ-ТБ и 68% у больных МЛУ-ТБ. Приблизительно 70,5% впервые выявленных случаев ТБ и 84% рецидивов были подтверждены бактериологическими методами. В 2014 году 98,9% больным ТБ до начала лечения были проведены ТЛЧ ускоренными методами.

В 2012 г. показатели успешного лечения выросли до 81% для случаев ЛЧ-ТБ и 68% для случаев МЛУ-ТБ. Все больные МЛУ-ТБ в настоящее время получают лечение препаратами второго ряда. Было зафиксировано лишь несколько отдельных случаев отказа от лечения и потери для дальнейшего наблюдения. В 2014 г. показатель регистрируемой заболеваемости (впервые выявленные случаи и рецидивы) составил 43,9, а показатель смертности – 4,4 на 100 000.

Начиная с 2006 г., число больных МЛУ-ТБ, находящихся на лечении, непрерывно уменьшалось с 536 в 2006 г. до 250 в 2014 г. Число впервые выявленных случаев МЛУ-ТБ также существенно сократилось с 208 в 2007 г. до 115 в 2014 г. Это позволило сократить 360 ТБ коек в гражданском секторе и закрыть ЛИУ для туберкулезных больных на 400 коек.

Обеспечение устойчивости проекта

Изменения, внесенные в ходе реформирования в Архангельской области, действуют уже многие годы и финансируются за счет средств областного бюджета. Система оказания фтизиатрической помощи отлажена и не требует существенных изменений кроме доработки и совершенствования текущих практик, особенно в области лечения ШЛУ-ТБ.



ТАДЖИКИСТАН

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ТБ У ЖЕНЩИН НА УРОВНЕ ОБЩИН

Предпосылки

Несмотря на достижения последних лет, перед НПТ в Таджикистане по-прежнему стоит ряд серьезных проблем, без решения которых невозможно обеспечить оптимальные исходы лечения больных и эффективный контроль этого заболевания. ТБ является серьезной проблемой как для страны в целом, так и для общин Таджикистана – ежегодно выявляется около 8000 случаев заболевания; в 2013 г. показатель заболеваемости ТБ достигал 100 на 100 000. Серьезную угрозу для НПТ представляет также высокий показатель МЛУ-ТБ – 13% среди впервые выявленных случаев и 56% среди ранее леченных случаев и рост показателей сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ. Обеспечение всеобщего доступа к надлежащей диагностике остается недостижимой задачей. Учитывая географию страны и затрудненный физический доступ к медучреждениям во многих ее областях, процедура сбора и транспортировки образцов мокроты из учреждений первичной медико-санитарной помощи в центры микроскопии и затем в референс-лаборатории в рамках действующей системы диагностики ТБ в целом является ненадежной. Нередко происходит задержка диагностики, и, как следствие, непрерывное распространение ТБ в сообществе и его прогрессирование до более тяжелых форм.

Проблема общественного здравоохранения

Женщины, больные ТБ, подвергаются стигматизации и имеют ограниченные ресурсы, что приводит к гендерному неравенству в доступе к медицинской помощи и лечению. Учитывая то, что женщины сталкиваются с препятствиями при получении медицинской помощи и подвергаются изоляции или изгнанию из семьи, попадая в сложную жизненную ситуацию, лечение МЛУ-ТБ у женщин сопряжено с рядом особых проблем. В 2008 г. исследование, изучающее уровень знаний, отношение и поведение населения, показало, что стигма, связанная с диагнозом ТБ, влияет на семейный статус, особенно среди женщин.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

С целью заполнения пробелов и уменьшения стигмы и дискриминации женщин, больных ТБ, проект НОРЕ (при финансовой помощи Глобального фонда) выделил грант местной НПО для проведения пилотного проекта в удаленной области Таджикистана. Матчинский район расположен к северу от Худжанда вдоль главной дороги между Душанбе и Чанакон в 50–70 км от областного центра и административно разделен на районный центр и пять удаленных поселений (чамоатов). В настоящий момент население района составляет около 100 000 человек, 83% из которых являются сельскими жителями.

Микроскопические лаборатории расположены в районных центрах, удаленных на расстояние 10–25 км от большинства сельских поселений, что затрудняет проведение микроскопических исследований мокроты и обращение пациентов за медицинской помощью к врачу или фтизиатру. Ситуация еще более усложняется тем, что не все сельские поселения связаны с районным центром общественным транспортом. Все это особенно сильно мешает доступу к медицинской помощи уязвимых групп населения, к которым относятся и женщины.

В 2013 г. было выявлено 128 больных ТБ, 99 из которых были впервые выявленными больными ТБ с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией мазка мокроты, 15 больных имели внелегочный ТБ. Среди этих больных 67 были мужчины, и 61 женщина. Все больные были взяты на лечение ТБ в 2013 г.; 71,5% из них завершили лечение, 12,1% были потеряны для дальнейшего наблюдения, лечение 9,4% было неэффективным, и 7% умерли. Анализ исходов лечения показал, что женщины составляли 67% больных, потерянных для дальнейшего наблюдения, 56% из тех пациентов, лечение которых было неэффективным, и 43% из умерших больных.

В общем контексте низкой грамотности женщины были очень плохо осведомлены о симптомах ТБ. В принятии решений относительно медицинского лечения они в значительной степени зависели от своих мужей и родственников со стороны мужа. В сочетании со стигмой эти факторы приводили к позднему началу лечения, запущенным формам ТБ и высокой вероятности летального исхода у женщин.

С целью улучшения доступа женщин к диагностике и лечению ТБ было подписано соглашение с Комитетом по делам женщин и семьи при Правительстве РТ, имеющим общенациональную сеть. Представительницы Комитета по делам женщин и семьи были обучены распознаванию симптомов ТБ и направлению женщин к специалисту, а также коммуникативным навыкам и уменьшению стигмы.

В общинах были проведены встречи с целью определения лиц, принимающих решения, организованы фокус-группы для определения факторов, влияющих на своевременное обращение в медучреждения, и причин стигмы. По результатам качественных данных, собранных в ходе этих встреч и фокус-групп, были подготовлены обучающие материалы. Результаты помогли оценить относительную тяжесть стигмы и дискриминации, а также укрепить участие общин с целью уменьшения социальной изоляции (женщин) больных ТБ и их семей. Для свекровей и мужчин, являющихся главами семей и лицами, принимающими важнейшие решения в семьях, были проведены семинары по санитарному просвещению.

Совместно с фтизиатрами и работниками первичной медико-санитарной помощи был подготовлен вопросник для скрининга ТБ, затем группа волонтеров была обучена правильному использованию данного вопросника. В рамках инновационного подхода к раннему выявлению случаев ТБ волонтеры проводили скрининг населения с целью определения групп риска и одновременно с этим проводили информационно-разъяснительную работу по ТБ. Лица с симптомами, подозрительными на ТБ, направлялись в центры диагностики ТБ, при этом им выдавался ваучер на компенсацию транспортных расходов за счет средств проекта. Была организована консультативная горячая линия для ответа на вопросы о ТБ. С целью сокращения времени в пути и дальнейшего улучшения доступа членов общин к медицинской помощи была составлена карта, на которой были проложены оптимальные маршруты проезда от каждого удаленного поселения до медучреждений для прохождения обследования на ТБ.

Результаты

Из 1237 человек, прошедших скрининг на ТБ, 13 были направлены на обследование, 6 случаев ТБ были подтверждены. Из них четыре больных были выявлены впервые (три из них женщины) и два больных получали лечение ранее (обе женщины). Данный проект укрепил практику профилактики и раннего выявления ТБ за счет выявления лиц с симптомами ТБ с помощью специального вопросника. Вопросник не имел гендерной специфики, тем не менее внимание, уделяемое проблеме ТБ у женщин в ходе оценки ситуации, работа с женской организацией, а также адвокативные и образовательные мероприятия для женщин дали хорошие результаты. Использование новых методов для уменьшения распространения ТБ, таких как картирование и проведение скрининга с использованием вопросника расширило арсенал возможностей основных меди-

цинских и немедицинских организаций, занимающихся выявлением ТБ на уровне общин.

Важные факторы успеха

Информирование общественности об основных особенностях распространения ТБ привлекло внимание людей к симптомам ТБ, а участие Комитета по делам женщин, волонтеров, работников первичной медико-санитарной помощи, общественных активистов и властей подчеркнуло принцип участия общин в борьбе с ТБ.

Обеспечение устойчивости проекта

Оптимизация координации работы правительственных агентств и НПО, использование недорогих методов ранней диагностики, разработанных в рамках проекта, обеспечат большую устойчивость проекта. Ожидается, что данные об эффективности использования скрининг-вопросника и работы с группами риска позволят рекомендовать данный подход организациям ПМСП и общинным организациям, участвующим в деле борьбы с ТБ в общинах за пределами пилотной области. Использование карт для планирования и координации работы в целях раннего целевого выявления ТБ позволит учесть местные особенности сельских поселений. Карты позволят более эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

Создание механизма и оптимальное использование средств махалля, разновидностей городских общин в таджикском обществе, обеспечит финансовую поддержку транспортировки пациентов и гарантирует устойчивость данного подхода.



УКРАИНА

ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ МЛУ-ТБ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Предпосылки

Когортный анализ больных МЛУ-ТБ в 2010 и 2011 гг. в Украине выявил высокий процент досрочного прерывания лечения в 2010 г., который составил 12,3% среди впервые выявленных больных и 18,8% среди больных, получающих лечение повторно после досрочного прерывания лечения. Больные с перерывами в лечении в анамнезе и больные в группах риска, таких как лица, употребляющие алкоголь, наркотики, без определенного места жительства и находившиеся в прошлом в местах лишения свободы, особенно остро нуждаются в поддержке для обеспечения их приверженности лечению.

Проблема общественного здравоохранения

Прерывание лечения уменьшает эффективность химиотерапии МЛУ-ТБ и создает дополнительное финансовое и ресурсное бремя для НПТ. Самостоятельно система здравоохранения не в состоянии обеспечить надлежащую приверженность лечению больных МЛУ-ТБ.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

С целью повышения приверженности лечению всем больным МЛУ-ТБ на поддерживающей фазе, получающим лечение препаратами второго ряда,купаемыми за счет средств Глобального фонда, предлагается и оказывается помощь в организации контролируемого лечения. Подобная помощь предлагается всем больным, имеющим высокий риск прерывания лечения, и большинство больных подобную помощь охотно принимают. Помощь оказывается сестрами Украинского Общества Красного Креста, являющегося единственной организацией, имеющей широкую сеть медработников по всей Украине.

Оказываемая на поддерживающей фазе лечения помощь заключается в ежедневном посещении больных, не способных самостоятельно посещать кабинеты ДОТС, по месту проживания или работы, к числу таких больных относятся лица, проживающие в удаленных пунктах, работающие в крупных городах, где ощущается нехватка кабинетов ДОТС, и больные с ограниченной подвижностью. Оказываемая на поддерживающей фазе помощь включает доставку лекарственных препаратов и контроль их приема, а также дважды в месяц раздачу продуктовых наборов всем больным, приверженным лечению.

На всем протяжении лечения все больные получают медицинскую, психологическую и социальную поддержку. С целью предотвращения

прерывания лечения при переводе пациента из стационара на амбулаторное лечение была налажена процедура взаимодействия с сотрудниками стационаров. За две недели до выписки больного из группы высокого риска или больных, лечение которых финансируется за счет средств Глобального фонда, врач-фтизиатр информирует об этом Красный Крест, который на основании характеристик больного (например, проживание в удаленном месте) разрабатывает план ведения больного на поддерживающей фазе. В рамках данной программы Красный Крест назначает сестру милосердия, ответственную за проведение контролируемого лечения на поддерживающей фазе. Если по месту жительства нет возможности привлечения патронажной сестры, сотрудники Красного Креста связываются с сотрудниками ближайшего медучреждения и договариваются об организации контролируемого лечения. Механизм доставки лекарственных препаратов обсуждается и организуется заблаговременно с целью предотвращения прерывания лечения. Затем больного знакомят с планом лечения на поддерживающей фазе, план обсуждается и, если необходимо, в него вносят изменения.

Инициатива оказания помощи в организации поддерживающей фазы лечения была начата в апреле 2013 г. Были проведены обучающие мероприятия с целью наращивания потенциала патронажных сестер Красного Креста, которые на тот момент не обладали достаточным опытом работы с больными МЛУ-ТБ. Обучение включало информацию о лечении ЛУ-ТБ, способах формирования приверженности лечению и мерах инфекционного контроля.

Результаты

Включение больных МЛУ-ТБ в проект было начато со второй когорты 2013 г. Таким образом, получение первых результатов когортного анализа ожидается в третьем квартале 2015 г. Тем не менее, наблюдалось существенное сокращение показателя прерывания лечения больными ЛЧ формами ТБ, начавшими лечение приблизительно в то же время.

В 2012 г. показатель прерывания лечения среди лиц, получавших помощь в организации контролируемого лечения на поддерживающей фазе, составил 1,5%, по сравнению с 7,2% среди всех категорий больных ЛЧ-ТБ.

Важные факторы успеха

Инициатива была начата в рамках 9 раунда гранта Глобального фонда. На тот момент все заинтересованные стороны осознавали, что социальная поддержка больных ТБ (включая пациентов с МЛУ-ТБ) также важна для успеха лечения, как и наличие противотуберкулезных препаратов. Инициатива оказалась успешной, большинство больных МЛУ-ТБ и врачей-фтизиатров выразили

удовлетворение помощью в организации контролируемого лечения на поддерживающей фазе. В связи с этим данная инициатива была включена НППТ в новый грант Глобального фонда.

Обеспечение устойчивости проекта

Ожидается, что реформа фтизиатрической службы в контексте реформы системы здравоохранения в целом, включая переход на амбулаторную модель лечения ТБ, приведет к перераспределению средств со стационарного на амбулаторное звено фтизиатрической службы. Финансирование по объему оказанной помощи и за законченный случай являются альтернативными моделями, используемыми для оплаты лечения на поддерживающей фазе из средств государственного бюджета. В настоящее время Украинский альянс и Красный Крест используют модель оплаты за единицу объема оказанных услуг, согласно которой сестры получают оплату за каждое посещение больного. При плате услуг за завершённый случай раз-

мер заработной платы патронажной сестры увеличивается после завершения больным всего курса лечения. В настоящее время Украинский альянс готовит обсуждение этих моделей финансирования с государственными деятелями, принимающими решения. Информационно-пропагандистская работа, начатая гражданским обществом, также будет способствовать перераспределению средств местных (областных, городских, районных) бюджетов.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

Одна из целей проекта заключается в привлечении сотрудников НПО к работе по поддержке и организации контролируемого лечения больных ТБ, выполнению ряда задач системы здравоохранения, а также к приближению медицинской помощи к пациентам. Практика социального подряда также может быть внедрена для организации контролируемого лечения на поддерживающей фазе.

УКРАИНА

РАНЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТБ В УЯЗВИМЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ

Предпосылки

На протяжении последних лет заболеваемость ТБ среди общего населения Украины снижалась в среднем на 3,3% в год; тем не менее число случаев ТБ среди ВИЧ-инфицированных лиц остается высоким. Выраженный рост числа случаев сочетанной инфекции (19,6%) отражает рост эпидемии ВИЧ-инфекции в стране. Другой серьезной проблемой, препятствующей ликвидации ТБ, является рост числа случаев МЛУ-ТБ, что подчеркивает важность раннего выявления и надлежащего лечения ТБ. Раннее выявление ТБ увеличивает вероятность эффективного исхода и излечения и препятствует распространению МЛУ-ТБ. В Украине наблюдается очень высокая заболеваемость МЛУ-ТБ: расчетная доля случаев МЛУ-ТБ среди впервые выявленных больных ТБ составляет 14%. Лекарственная устойчивость не только отрицательно сказывается на результатах лечения, но и увеличивает стоимость лечения этих форм ТБ.

Было установлено, что заболеваемость ТБ в уязвимых группах населения в 10 раз выше расчетной заболеваемости среди общего населения. В связи с зачастую более низким уровнем жизни и ограниченным доступом к услугам по профилактике и лечению ТБ люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, особенно уязвимы к ТБ. По расчетам, в 2014 г. 7% впервые выявленных больных ТБ употребляли инъекционные наркотики. В ответ на сложившуюся в стране ситуацию, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, была внедрена практика раннего выявления ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

Требуются программы поддержки раннего выявления ТБ среди уязвимых групп населения.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2013 и 2014 гг. Альянс-Украина в качестве пилотного проекта внедрил услуги по раннему выявлению ТБ в группах риска в рамках программы снижения вреда, связанного с ВИЧ-инфекцией. Проект

осуществлялся Альянсом-Украины в партнерстве с региональной НПО с целью предоставления услуг по раннему выявлению и диагностике ТБ в наиболее уязвимых группах населения. Были внедрены вопросники для проведения скрининга на симптомы ТБ клиентов, подверженных риску этого заболевания, была разработана система направлений, призванная помочь пациентам ориентироваться в системе здравоохранения. В 2014 г. в программе принимали участие 39 НПО, оказывая помощь больным на всех этапах, от заполнения скрининг-вопросника до лабораторного подтверждения ТБ и начала лечения.

В 2014 г. более 46 000 клиентов были опрошены о наличии симптомов ТБ. Из них у 6905 лиц из уязвимых групп населения были выявлены симптомы ТБ, из них 5862 (85%) ранее был поставлен диагноз ТБ. Активный ТБ был выявлен у 555 человек, 535 (96%) из которых начали лечение в противотуберкулезных учреждениях.

Доказательства воздействия и эффективности

На основании опыта 2013–2014 гг. Альянс-Украина продолжил реализацию проекта в 2015 г. в рамках нового механизма финансирования Глобального фонда. По предварительным данным, за 6 месяцев более 87 000 клиентов ответили на вопросы скрининг-вопросника, что выше аналогичного показателя за 2014 г. на 349%.

Устойчивость практики

Практика раннего выявления случаев ТБ за счет скрининга уязвимых групп населения относительно недорогая. Ожидается, что реформа фтизиатрической службы в контексте реформирования системы здравоохранения в целом с переходом на амбулаторную модель лечения ТБ приведет к перераспределению ресурсов. Расчет финансирования за единицу объема оказанных услуг и за заверенный случай обеспечит ресурсы для оказания помощи в организации лечения больных на поддерживающей фазе за счет средств государственного бюджета. Информационно-пропагандистская работа, начатая гражданским обществом, также будет способствовать выделению средств местных (областных, городских, районных) бюджетов.

УКРАИНА

Лечение ТБ одновременно с проведением опиоидной заместительной терапии¹

Предпосылки

На демографическую ситуацию в Украине одновременно негативно воздействуют несколько эпидемий: ВИЧ/СПИДа, ТБ и наркотической зависимости. Люди, употребляющие наркотики инъекционным путем, уязвимы как к ВИЧ-инфекции, так и к ТБ. По расчетам, более 250 000 человек в Украине употребляют опиаты инъекционным путем, при этом официально зарегистрировано из них лишь немногим более 50 000. В 2004 г. в Украине была внедрена опиоидная заместительная терапия, в 2004–2005 гг. она была доступна лишь в некоторых областях Украины ограниченному числу пациентов; однако по состоянию на июль 2015 г. 8264 пациента получали опиоидную заместительную терапию в 170 медицинских учреждениях во всех областях Украины.

Проблема общественного здравоохранения

Более 40% (3428) пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию, имеют сочетанную ВИЧ-инфекцию, 2043 из них получают антиретровирусную терапию, 138 готовятся к началу антиретровирусной терапии, 1303 больны ТБ, 1399 инфицированы вирусом гепатита В, и 4458 инфицированы вирусом гепатита С. Существенное число больных имеют одновременно два и более инфекционных заболеваний.

Учитывая все вышесказанное, люди, употребляющие наркотики инъекционным путем, нуждаются в особом подходе к лечению ТБ, в особенности МЛУ-ТБ; однако, не во всех противотуберкулезных учреждениях Украины находилось место для подобных пациентов.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Площадки проведения заместительной терапии были открыты в противотуберкулезных диспансерах с целью улучшения доступа лиц, употребляющих инъекционные наркотики, к медицинской помощи, лечению зависимости, ВИЧ и ТБ. Преимущество данного подхода заключается в том, что он обеспечивает взаимовыгодное сотрудничество фтизиатрической и наркологической служб, что в свою очередь делает возможным использование комплексного подхода к оказанию услуг пациентам («услуги под одной крышей» или «одного окна»).

Украинский институт исследований политики общественного здоровья провел 90-дневное исследование на шести площадках проведения опиоидной заместительной терапии с целью оценки услуг,

доступных в противотуберкулезных диспансерах. Задача исследования заключалась в оценке эффективности повышения приверженности лечению за счет интеграции лечения метадонем в лечение ТБ.

Результаты

После проверки летального исхода все предварительные исходы лечения были существенно лучше в группах пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию, включая 90-дневный показатель завершения лечения ТБ (89,5% и 73,6%), время до прерывания лечения ТБ и показатель приема доз противотуберкулезных препаратов (97,1% и 86,2%). Основными причинами незавершения лечения в контрольной группе были: смерть, выписка из клиники, потеря для дальнейшего наблюдения и арест. В целом, 90-дневная смертность была высокой (8,2%). После проверки ковариат, различающих две группы на исходном этапе, единственным независимым прогностическим фактором завершения 90-дневного лечения ТБ было получение метадона в рамках комплексного лечения (скорректированное отношение шансов, 3,05; 95% доверительный интервал, 1,08–8,66). Интеграция опиоидной заместительной терапии в стационарное лечение ТБ существенно улучшила показатель удержания больных на ТБ лечении и приверженность лечению лиц, употребляющих инъекционные наркотики. По состоянию на июль 2015 г. показатель удержания больных на лечении ТБ в учреждениях, интегрировавших опиоидную заместительную терапию в лечение ТБ, составил 75%.

Важные факторы успеха

Важным фактором, определяющим высокую приверженность лечению больных всеми формами ТБ, включая МЛУ-ТБ, была отлаженная система оказания комплексной помощи наркологической, фтизиатрической и СПИД-сервисной службами. Региональные НПО, занимающиеся оказанием психологической поддержки больным, получающим опиоидную заместительную терапию, также играли важную роль в удержании больных на лечении; кроме того, иногда кураторы сопровождали пациентов для получения медицинских услуг, обеспечивая тем самым оказание им всей необходимой помощи.

Обеспечение устойчивости проекта

Учитывая положительные результаты лечения методом опиоидной заместительной терапии лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, особенно в сочетании с лечением ВИЧ/СПИДа и ТБ, заместительная терапия получила поддержку Государственной программы по ВИЧ/СПИДу на 2014–2018 гг. Обеспечению систематического лечения способствовало использование руководств (методических рекомендаций, инструкций и пособий) по медицин-

¹ Адаптировано из статьи: Morozova O, Dvoryak S, Altice FL. Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. Int J Drug Policy 2013;24:e91–8.

скому лечению и психологической поддержке в рамках комплексного проведения опиоидной заместительной терапии и лечения ТБ.

Потенциал для расширения и области будущего развития

Данная модель комплексного оказания помощи особенно важна для больных МЛУ-ТБ из числа лиц, употребляющих инъекционные

наркотики, т.к. они часто прерывают лечение. Ведется адвокативная деятельность для открытия новых площадок проведения опиоидной заместительной терапии в противотуберкулезных учреждениях.



СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

ЛОНДОНСКАЯ БРИГАДА РАСШИРЕННОГО ОТСЛЕЖИВАНИЯ ЛИЦ, НАХОДИВШИХСЯ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМИ ТБ¹

Предпосылки

ТБ остается важной проблемой общественного здоровья в Соединенном Королевстве, несмотря на возможность сдерживания его распространения за счет ранней диагностики, лечения новых случаев заболевания и профилактики посредством эффективного отслеживания лиц, находившихся в контакте с больными ТБ. Проблема ТБ заключается в том, что он не признает никаких границ, особенно в многонаселенных городах, таких как Лондон, население которых отличается особой мобильностью, работая в одном месте и проживая в другом. В результате этого увеличивается риск передачи инфекции через границы. Более того, передаваемые воздушным путем инфекционные заболевания тесно связаны с бедностью и неравенством в отношении здоровья. Чаще всего они поражают маргинализированные группы населения, не имеющие надлежащего доступа к медицинской помощи и часто испытывающие сопутствующие медицинские и социальные проблемы, такие как нестабильное положение с жильем и незащищенная занятость и пагубные пристрастия. В Лондоне отмечается особенно высокий показатель ТБ, выше, чем в любой другой аналогичной стране Европы, на его долю приходится более трети всех случаев ТБ в стране.

До начала данного проекта ведением больных ТБ занимались четыре бригады по охране здоровья и около 30 ТБ клиник. Проведенная проверка показала, что фтизиатрическая служба была перегружена и не в состоянии отслеживать пациентов, переезжающих из одного места в другое, или проводить скрининг в группах риска. Все это приводило к низким показателям проведения скрининга и сбору неточных данных о масштабе проблемы. Более того, системы направления пациентов для получения специализированной помощи были запутанными.

Проблема общественного здравоохранения

Была необходима перекрестная служба, способная выявлять и осуществлять ведение больных ТБ независимо от их перемещения.

Надлежащая практики в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Была организована бригада в составе специалистов здравоохранения и клинической фтизиатрической медсестры для работы по всему городу, а не в какой-либо его отдельной части. Лондонская бригада расширенного отслеживания контактов больных ТБ – первая специализированная бригада, в рамках которой специалисты здравоохранения и клинические фтизиатрические медсестры

работают сообща. Бригада осуществляет скрининг на местах в сообществе с целью выявления людей, находившихся в контакте с больными ТБ. Бригада проводит скрининг в школах, колледжах, на рабочих местах, центрах временного размещения иммигрантов и в хостелах.

Медсестры в составе бригады также проводят клиническое обследование лиц, находившихся в контакте, проводят кожные туберкулиновые пробы и осуществляют забор крови на анализ, а также вводят данные в централизованную базу данных. Скрининг на местах имеет особое значение для детей и молодежи, т.к. позволяет им пройти обследование в привычной обстановке при поддержке со стороны друзей, семьи и сотрудников образовательных учреждений, которых они знают и доверяют. Оказание помощи в привычной среде особенно подходит для скрининга уязвимых групп населения. Бригада также занимается вопросами укрепления здоровья населения посредством проведения информационных кампаний о проблемах ТБ для родителей и школьников. Более того, бригада помогает коллегам, занимающимся ведением больных ТБ в столице, приобрести важнейшие навыки и накопить потенциал.

Результаты

Работе бригады еще предстоит пройти формальную оценку независимого органа, но предварительные наблюдения и отзывы коллег и пациентов свидетельствуют об успехе программы. Бригаде удалось выявить случаи как активного, так и латентного ТБ, а также начать лечение больных. Это не только способствует улучшению состояния здоровья отдельных лиц, но и предотвращает дальнейшее распространение инфекции в обществе. В рамках программы удалось устранить ряд барьеров, препятствующих получению больными медицинской помощи, таких как стигма, языковой барьер, необходимость отпрашиваться с работы или занятий, страх перед больницами или неспособность оплатить транспортные расходы.

Для проведения всеобъемлющих, соответствующих ситуации мер общественного здравоохранения члены бригады также создали первую пан-лондонскую базу данных скрининга лиц, находившихся в контакте с больными ТБ. Эти данные могут использоваться в качестве основы для разработки доказательных рекомендаций и информирования специалистов здравоохранения о важности отслеживания контактов. Работа бригады также расширила возможности других работников здравоохранения в Лондоне.

Лондонская бригада расширенного отслеживания лиц, находившихся в контакте с больными ТБ, стала финалистом организованного журналом Nursing Standard конкурса в категории

1 Адаптировано из статьи: Cole E. Turning the tide on tuberculosis. London: RCNi; 2015 (<http://rcni.com/newsroom/nurseawards/turning-tide-tuberculosis-26656>).

Медсестринская деятельность в здравоохранении, спонсируемого Министерством здравоохранения Англии.

Важные факторы успеха

Членам бригады пришлось преодолеть сопротивление организаций системы обеспечения стандартов клинической практики, изменить границы полномочий и укоренившееся отношение к проблеме; но благодаря приверженности сотрудников и тесному сотрудничеству с более чем 30 ТБ клиниками, бригаде удалось заручиться устойчивой поддержкой всего сектора. Положительные отзывы как фтизиатрической службы, так и получателей медицинских услуг помогли закрепить реализацию программы, которая была эффективно интегрирована в действующую национальную систему здравоохранения.

Обеспечение устойчивости проекта

После получения положительных отзывов от заинтересованных сторон и положительных предварительных результатов финансирования проекта было расширено.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

За счет обмена опытом на конференциях, а также предоставления экспертных заключений в Национальный институт здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании члены бригады надеются расширить географию проекта и включить в проект другие города.





АЗЕРБАЙДЖАН

ОБУЧАЮЩИЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КОНТРОЛЮ ТБ В ТЮРЬМАХ

Предпосылки

Главное медицинское управление Министерства Юстиции Азербайджана долгие годы занимается оказанием медицинской помощи лицам, находящимся в местах лишения свободы, и является международно признанным центром по контролю ТБ и МЛУ-ТБ. В 2013 г. Управление получило награду Международной ассоциации исправительных учреждений и тюрем за инновационный передовой опыт в области диагностики, лечения и оказания помощи больным ТБ и МЛУ-ТБ. Программные площадки использовались для демонстрации опыта представителям многих стран как внутри, так и за пределами Европейского региона ВОЗ.

Проблема общественного здравоохранения

Эффективная программа борьбы с ТБ в тюрьмах требует наличия отлаженной команды медицинского и немедицинского персонала. Необходимы особые меры для решения проблемы высокой текучести кадров в пенитенциарной системе, включая непрерывное повышение квалификации сотрудников, повышения уровня их осведомленности и знаний о борьбе с ТБ и их роли в ведении больных и сдерживании распространения этого заболевания.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2012 г. при специализированном лечебном учреждении Главным медицинским управлением был открыт обучающий центр по ТБ в тюрьмах. Преподавательский состав центра использует в работе научно обоснованные теоретические модули и практический опыт выявления и лечения ТБ в тюрьмах, а также опыт эффективного инфекционного контроля. Этот опыт основан на работе в 24 тюрьмах, включая специализированное лечебно-исправительное учреждение, состоящее из восьми отделений, 23 подразделений и центральной лаборатории 3 уровня биобезопасности, в которой проводится весь спектр фенотипических и генотипических диагностических исследований на ТБ.

Ведущими лекторами обучающего центра являются врачи, работающие непосредственно в специализированном лечебно-исправительном учреждении, руководители общественного здравоохранения с опытом работы в международных организациях и эксперты ВОЗ. Целевой аудиторией являются врачи и средний медицинский персонал учреждений первичной медико-санитарной помощи, вторичной помощи и специализированных медицинских учреждений пенитенциарной системы. Центр предлагает высококачественное, основанное на фактических данных обучение по вопросам контроля ТБ в

тюрьмах, основанное на стратегиях и рекомендациях ВОЗ по борьбе с ТБ.

В 2015 г. обучающий центр и Европейское региональное бюро ВОЗ провели 5-дневный обучающий курс для лиц, принимающих решения, и поставщиков медицинских услуг, участвующих в планировании и оказании фтизиатрической помощи в пенитенциарных учреждениях в Восточной Европе и Центральной Азии. Курс состоялся в Баку (Азербайджан) и состоял из лекций и посещений тюрем для практических занятий. Оценка, данная курсу участниками, свидетельствовала о высоком уровне организации и реализации программы, а также о хорошем усвоении материала курса.

Результаты

Начиная с 2012 г., центр провел 60 обучающих курсов для 344 врачей, 118 средних медицинских сотрудников, 70 лаборантов, 245 немедицинских сотрудников пенитенциарной системы и 25 сотрудников других агентств. За последние 3 года специалисты из Беларуси, Центральной Азии, Китая, Грузии, Ирака, Италии, Филиппин, использовали ресурсы обучающего центра и приняли участие в курсах. Высокопоставленные лица и руководители общественного здравоохранения пенитенциарной системы и фтизиатры из разных стран неоднократно проходили обучение в центре. Инициаторами проведения курсов выступали Министерство здравоохранения, специалисты ВОЗ, а также Европейский Союз и Международный комитет Красного Креста.

В свете обширного, успешного опыта реализации рекомендованной ВОЗ стратегии по борьбе с ТБ в пенитенциарной системе Азербайджана, внедренной в 1995 году, в 2014 г. центр был назначен ВОЗ в качестве сотрудничающего центра ВОЗ по профилактике и контролю ТБ в тюрьмах.

Важные факторы успеха

Работа по подготовке и повышению квалификации медицинского и немедицинского персонала учреждений пенитенциарной системы должна быть продолжена и стать неотъемлемой частью программы борьбы с ТБ в тюрьмах. Это важно для совместной работы медицинского персонала и сотрудников службы охраны по обеспечению современной диагностики и лечения ТБ у заключенных. Поддержка правительства сыграла ключевую роль в создании центра, а межведомственное сотрудничество министерств юстиции и здравоохранения, обеспечивающее непрерывный профессиональный рост сотрудников, стало залогом успеха проекта.

В результате непрерывной работе по подготовке кадров и адвокативной деятельности заболеваемость ТБ существенно снизилась, а показатели успешного лечения ТБ и ТБ с устойчивостью к рифампицину в пенитенциарной системе Азербайджана достигли 91% и 80%, соответственно.

Обеспечение устойчивости проекта

Несмотря на то, что обучающий центр был организован в рамках гранта Глобального фонда, его работа, направленная на удовлетворение национальных потребностей, поддерживается за счет средств государственного бюджета. Международные обучающие курсы проводятся по запросу и при финансовой поддержке доноров.

АЗЕРБАЙДЖАН

ЛЕЧЕНИЕ НА ДОМУ И ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ МЛУ-ТБ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Предпосылки

В 2009–2010 гг. одной из основных проблем здравоохранения в Азербайджане было большое число больных ТБ, включая его ЛУ формы. По расчетам ВОЗ, распространенность впервые выявленных и ранее леченных случаев ЛУ-ТБ за период 2009–2010 гг. составляла 2800 случаев в год.

Проект ДОТС плюс стартовал в Азербайджане в 2008 г.; однако доступ к лечению был недостаточным, существовал лист ожидания больных ЛУ-ТБ, большинство из которых имели длительную историю борьбы с ТБ, деструкцию легочной ткани, сопутствующие патологии и часто инвалидность.

Проблема общественного здравоохранения

Одной из основных проблем было проведение ДОТС и предоставление поддержки с целью повышения приверженности группы длительно больных пациентов, которые в силу плохого физического состояния, ограниченной мобильности, инвалидности или других патологий не могли посещать клинику-ДОТС.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

С целью оказания помощи пациентам Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца при активной поддержке Азербайджанского общества Красного Креста начала реализацию пилотного проекта в Баку и Сумгаите по проведению контролируемого лечения на дому и повышению приверженности больных. Ежегодно 20–25 больных ЛУ-ТБ включались в пилотный проект амбулаторного лечения тех пациентов, которые не могли посещать клинику-ДОТС. Лечение и помощь на дому предоставлялись на всем протяжении лечения (18–24 месяца) или до того момента, когда пациент мог самостоятельно посещать клинику-ДОТС.

Сотрудники НПТ провели обучение патронажных сестер Красного Креста и социальных работников, а также предоставили информацию о препаратах для лечения ЛУ-ТБ, возможных побочных реакциях и способах их коррекции. Особое внимание было уделено мерам инфекционного контроля при работе с больными ЛУ-ТБ. В обучении принимал участие психолог для улучшения навыков общения медработников, особенно при работе с пациентами, длительное время больными ТБ. Пройдя подготовку сотрудники Азербайджанского общества Красного Креста могли обучать членов семей больных ЛУ-ТБ тому, как поддерживать пациентов, и какие

меры принимать для сокращения распространения ТБ в сообществе.

Посещение больных ЛУ-ТБ на дому осуществлялось шесть раз в неделю. Обязанности сотрудников Общества Красного Креста включали проведение контролируемого лечения на дому, мониторинг и купирование побочных эффектов, работу с членами семьи и предоставление психологической поддержки больным. Патронажные сестры раз в месяц забирали образцы мокроты и доставляли их для мониторинга эффективности лечения в близлежащие противотуберкулезные учреждения. Медсестры в противотуберкулезных диспансерах выдавали противотуберкулезные препараты патронажным сестрам Общества Красного Креста по списку больных, проживающих в обслуживаемом районе. Пациенты получали дополнительные консультации психолога, а патронажные сестры районных отделений Общества оказывали социальную и дополнительную гуманитарную помощь больным в удаленных сельских поселениях.

Благодаря помощи патронажных сестер и социальных работников, повышавших осведомленность больных о ЛУ-ТБ и важности приверженности лечению, быстрому выявлению и купированию побочных эффектов, а также психологической поддержке больных ни один из 70 пациентов пилотного проекта не прервал лечение. Благодаря более высокому уровню информированности больных о ЛУ-ТБ они были более мотивированы полностью завершить лечение. Это помогло побороть стигму, связанную с наличием ЛУ-ТБ.

Результаты

Проект укрепил связи между государственными учреждениями и НПО, а также показал полную способность подобных организаций проводить контролируемое лечение больных на дому. Общество Красного Креста не только предоставляло информацию о ТБ, но и информировало патронажных сестер, больных и членов их семей (в общем 100 человек) о правилах и критериях получения гуманитарной помощи, обучало оказанию первой помощи, здоровому образу жизни и вопросам сочетанной инфекции ВИЧ и вирусного гепатита.

В ходе интервью больные и члены их семей признали важность ориентированного на пациента подхода и выразили признательность за личное внимание и оказанную помощь. Психологическая поддержка, получаемая больными, вдохновляла их на обмен опытом преодоления трудностей лечения ЛУ-ТБ с другими больными, чтобы повысить их приверженность лечению и помочь полностью пройти курс лечения. Азербайджанское общество Красного Креста стало членом страновой рабочей группы по ТБ с участием НОП.

Важные факторы успеха

Важным фактором успеха было привлечение обученных сотрудников НПО: медсестер, психолога, социальных работников для работы с больными, которые в противном случае были бы лишены доступа к ДОТС и психосоциальной поддержке. Медсестрам в противотуберкулезных диспансерах удалось переложить часть нагрузки на патронажных сестер, которые были специально обучены учитывать потребности больных на длительном лечении ЛУ-ТБ. Это способствовало улучшению качества оказания медицинской помощи.

Обеспечение устойчивости

Реализация проекта оказалась эффективной и малозатратной: улучшилось качество лечения, и благодаря повышению приверженности удалось предотвратить нарастание более серьезных форм лекарственной устойчивости. Общество Красного Креста планирует продолжать сотрудничество с международными донорами и государственными структурами. Оно осуществляет сбор средств и является субреципиентом грантов Глобального фонда.

Больные ТБ по-прежнему подвергаются стигматизации, а в деле борьбы с ТБ задействовано мало НПО; до сегодняшнего дня Выс-

ший совет, выделяющий НПО государственные гранты, не выделял средств на их участие в осуществлении мер борьбы с ТБ. Передовой опыт показывает, что со стигмой можно бороться. Успех проекта используется недавно созданной коалицией НПО с целью привлечения внимания к и продвижения интересов больных ТБ и ЛУ-ТБ.

Признание проекта примером передового опыта поможет привлечь внимание лиц, принимающих решения, и заинтересованных сторон, отвечающих за контроль ТБ в Азербайджане, к имеющимся проблемам и способам их решения.

Потенциал для наращивания проекта и области будущего развития

Азербайджанское общество Красного Креста обладает необходимой инфраструктурой (83 районных комитета и семь региональных центров), кадровыми ресурсами (сотрудниками и волонтерами, в том числе в удаленных областях), а также имеет механизмы сотрудничества на местном и международном уровнях для продолжения сотрудничества с государственными структурами в целях победы над ТБ и ЛУ-ТБ в Азербайджане.

БЕЛАРУСЬ

Консилиум по ЛУ-ТБ

Предпосылки

В 2010 г. в Беларуси сложилась экстренная ситуация в связи с М/ШЛУ-ТБ, показатель МЛУ-ТБ достигал 32,7% среди впервые выявленных и 76,6% среди ранее леченных больных, а показатель ШЛУ-ТБ составлял 1,7% среди впервые выявленных и 16,5% среди ранее леченных больных. Доля случаев МЛУ-ТБ была существенно выше как среди впервые выявленных (51,1%), так и ранее леченных больных (100%) ТБ с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Показатель успешного лечения МЛУ-ТБ был низким, а показатель смертности очень высоким. Плановый мониторинг, проведенный в 2009–2010 гг., показал, что рекомендованные ВОЗ схемы лечения не всегда правильно назначались.

В сложившихся условиях роль консилиума по ЛУ-ТБ заключалась в скорейшем установлении диагноза и назначении правильных индивидуальных схем лечения. Консилиум по ЛУ-ТБ является платформой для обсуждения случаев МЛУ-ТБ с более широким участием специалистов для выбора оптимальных вариантов лечения.

Проблема общественного здравоохранения

Первоочередная задача консилиума по ЛУ-ТБ заключалась в подготовке специалистов для участия в междисциплинарных консилиумах на децентрализованном уровне с целью улучшения качества диагностики и лечения, а также сокращения времени до начала эффективного лечения ЛУ-ТБ по всей стране.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Цель консилиума по МЛУ-ТБ заключается в улучшении исходов лечения МЛУ-ТБ за счет междисциплинарного подхода к ведению больных. Изначально работа была начата централизованно, используемый подход был призван постепенно нарастить потенциал в областях и обеспечить возможность децентрализованного принятия решений, а также сократить время до начала эффективного лечения.

Консилиум по МЛУ-ТБ выполняет следующие функции: регистрация впервые выявленных случаев МЛУ-ТБ, принятие решений о начале лечения, изменение схем химиотерапии, определение тактики лечения больных, перевод больных на паллиативное лечение, оценка тяжести побочных эффектов и их купирование, решение о необходимости хирургического лечения, определение тактики лечения больных, потерянных для дальнейшего наблюдения, когортный анализ, обеспечение бесперебойной поставки противотуберкулезных препаратов и поддерживающих лекарственных средств. Конси-

лиум по МЛУ-ТБ состоит из председателя, секретаря, специалистов по лекарственному обеспечению, мониторингу и оценке, лабораторной работе, рентгенолога, хирурга и фтизиатра или пульмонолога. При необходимости приглашаются консультанты других специальностей (например, невролог в случае ТБ центральной нервной системы). Все случаи МЛУ-ТБ рассматриваются консилиумом до начала лечения и спустя 3 месяца после его начала.

С самого начала консилиум служил платформой для обучения районных и провинциальных специалистов. Области выделяли транспорт для того, чтобы специалисты могли как минимум раз в месяц присутствовать на заседаниях консилиума, на которых врачи и председатели областных консилиумов представляли свои случаи, медицинскую документацию и предлагаемые схемы лечения, которые затем обсуждались на консилиуме. Каждый год проводилось как минимум по два обучающих курса для областных и районных специалистов, учреждения на базе которых проводились эти курсы были хорошо оснащены, имелся негатоскоп и компьютеры для просмотра томограмм. Специалисты отдела мониторинга и оценки проверяли правильность регистрации больных в режиме онлайн. На заседаниях центрального консилиума специалисты могли регулярно встречаться в неформальной обстановке, что также способствовало налаживанию тесного сотрудничества.

Результаты

По мере накопления знаний на децентрализованном уровне и роста профессионализма районных специалистов роль центрального консилиума постепенно уменьшалась. Начиная с 2013 г., по рекомендациям Комитета зеленого света областные консилиумы начали работать независимо, благодаря тому, что полученная ими подготовка позволила им принимать самостоятельные решения о лечении ЛУ-ТБ, поэтому на центральный консилиум выносятся лишь наиболее сложные случаи. Изначально, заседания центрального консилиума длились 3 дня; в настоящее время их длительность не превышает 1,5 дней, т.к. на них обсуждаются главным образом случаи, требующие назначения новых препаратов, таких как бекавилин и клофазимин. Решение о лечении новыми препаратами принимается кворумом специалистов.

С самого начала практики в 2010 г. консилиумом на центральном уровне было рассмотрено более 10 000 случаев. Как отметили консультанты Комитета зеленого света в 2011 и 2013 гг., благодаря проведению консилиумов по всей Беларуси больным назначается правильное лечение. По данным общенационального когортного анализа, показатель успешного лечения вырос с 37,2% в 2010 г. до 54,1% в 2012 г.

Каждый врач-фтизиатр в стране (минимум 100 человек) принимал участие в заседаниях консилиума и прошел практическое обучение, докладывая о случаях и получая отзывы от коллег. Кроме того, были проведены два семинара для членов областного консилиума. В настоящее время они могут успешно выполнять функции консилиумов областного уровня. Существует один консилиум для пенитенциарной системы.

Важные факторы успеха

Консилиум по МЛУ-ТБ был создан при Республиканском научно-практическом центре. Благодаря обмену опытом и прохождению областными специалистами практического обучения им удалось организовать аналогичные структуры на областном уровне. В

настоящее время консилиумы по МЛУ-ТБ действуют в каждой области страны.

Обеспечение устойчивости

Изначально работа консилиумов финансировалась за счет средств Глобального фонда. Учитывая пользу их работы, а также желание и готовность областей и районов продолжить данную практику, Министр здравоохранения издал приказ, обязывающий районы выделять транспорт и выплачивать врачам суточные для посещения заседаний областных и центральных консилиумов. Для поддержания профессиональных навыков на высоком уровне два курса в год будут оплачиваться за счет средств бюджета НПП.

Эстония

Проект TUBIDU: РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ СИСТЕМ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА ДЛЯ БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЕЙ ТБ В УЯЗВИМЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ – УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

Предпосылки

Проект TUBIDU был совместной инициативой разных организаций в разных странах и был возглавлен Эстонским национальным институтом развития здоровья. Проект был направлен на предотвращение употребления инъекционных наркотиков и ВИЧ-ассоциированной эпидемии ТБ в странах-участницах за счет расширения прав и возможностей организаций гражданского общества (включая поставщиков услуг по снижению вреда) и специалистов здравоохранения. Основными целевыми группами были люди, употребляющие инъекционные наркотики, подверженные высокому риску ВИЧ-инфицирования и ТБ, особенно МЛУ-ТБ, в силу социальных и демографических факторов риска, ставящих их в незащищенное социальное положение (например, бедность, безработица, отсутствие места жительства, лишение свободы, недостаток питания, ограниченный доступ к медицинской помощи).

Проект TUBIDU осуществлялся семью ассоциациями в шести странах Европейского союза: болгарской НПО ассоциацией «Доза любви», Эстонским национальным институтом развития здоровья (ведущий партнер), Эстонской сетью людей, живущих с ВИЧ, Финской ассоциацией охраны здоровья легких, Фондом борьбы с туберкулезом Латвии, Литовским институтом гигиены, и румынской НПО «Призыв ангела». В реализации проекта также принимали участие партнеры из стран, не входящих в Европейский союз: World Vision в Албании, World Vision в Боснии и Герцеговине, Национальный центр туберкулеза и легочных заболеваний в Грузии, Центр по борьбе со СПИДом Ленинградской области в Российской Федерации и Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине. Проект совместно финансировался Исполнительным агентством по вопросам защиты потребителей, здоровья и безопасности продуктов питания, а также «Программой общественных действий в сфере здравоохранения» (2008–2013).

Все страны-участницы проекта сталкиваются с проблемами М/ШЛУ-ТБ, сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ и высокой заболеваемости ТБ в уязвимых группах населения. Шесть стран: Болгария, Латвия, Литва, Российская Федерация, Украина и Эстония являются странами с высоким бременем М/ШЛУ-ТБ Европейского региона ВОЗ.

Проблема общественного здравоохранения

Такие барьеры для лечения, как низкая приверженность и ограниченный доступ к медицинской помощи создают проблемы для раннего выявления и обеспечения доступа к лечению ТБ и М/ШЛУ-ТБ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактик и лечения М/ШЛУ-ТБ

Специалисты, работающие в системах здравоохранения и на политическом уровне (включая специалистов здравоохранения в государственных организациях и НПО, местные муниципалитеты, исследовательские институты и общественные организации), принимают активное участие в деле снижения бремени ТБ среди потребителей инъекционных наркотиков и людей, живущих с ВИЧ, посредством местных и международных обучающих мероприятий, международных и национальных совещаний, обмена передовым опытом в ходе стажировок, ознакомительных визитов и совместной работы.

Целевые группы прошли углубленную подготовку, включая знакомство с обучающими материалами и руководствами по инфекционному контролю ТБ, выявлению случаев и системам оказания помощи и услуг при ТБ/ВИЧ. Было подготовлено руководство по осуществлению мер профилактики ТБ на уровне сообщества организациями, работающими с потребителями инъекционных наркотиков и людьми, живущими с ВИЧ. Были подготовлены и распространены рекомендации для лиц, принимающих решения о дальнейших действиях в этой области.

В рамках проекта были подготовлены специализированные материалы, в том числе руководящие документы, пособия и планы обучающих мероприятий для общественных организаций, а также концептуальные записки для лиц, принимающих решения. Эти материалы использовались для повышения осведомленности, информирования, предоставления рекомендаций и руководств общественным организациям о включении мероприятий по профилактике, контролю и лечению ТБ в их работу с потребителями инъекционных наркотиков (включая более интенсивное и активное выявление случаев ТБ, отслеживание контактов, информирование, просвещение, консультирование и поддержку клиентов во время лечения ТБ).

Материалы проекта TUBIDU доступны на семи языках (болгарском, английском, эстонском, латвийском, литовском, румынском и русском) на вебсайте проекта и могут быть загружены с сайта <http://www.tai.ee/en/tubidu/publications>.

Результаты

Окончательная оценка подтвердила, что проект TUBIDU решил множество важных проблем в области профилактики ТБ и снижения вреда как внутри, так и за рамками проекта. Партнеры TUBIDU и другие задействованные специалисты выразили удовлетворением ходом его реализации, подтверждая то, что практические результаты (а именно, обучение, совещания, информационные и обучающие мероприятия) соответствовали их профессиональным потребностям и помогли улучшить или наладить работу представляемых ими организаций или учреждений. Полученные отзывы свидетельствуют о том, что материалы TUBIDU были хорошо восприняты и в некоторых случаях уже были успешно использованы в рамках работы по снижению вреда или в деятельности других организаций. Онлайн-отзывы также показали высокую оценку мероприятий TUBIDU, стажировок и обучающих мероприятий участниками как с точки зрения теоретических знаний об уязвимых группах, так и с точки зрения практических знаний и навыков.

Проект укрепил горизонтальное и вертикальное сотрудничество в деле борьбы с ТБ различных заинтересованных сторон как внутри страны, так и на трансграничном уровне. Все стороны, участвующие в реализации проекта TUBIDU, подчеркивали важность многосторонней, связующей природы проекта, способствующей завязыванию нового и наращиванию существующего сотрудничества между общественными и государственными организациями, а также социальными, медицинскими учреждениями и учреждениями, занимающимися снижением вреда. Тем самым проект оказал существенное воздействие на партнеров, способствуя созданию, укреплению и расширению международных и национальных партнерств в деле борьбы с ТБ и употреблением инъекционных наркотиков как на национальном, так и международном уровнях.

Проект способствовал более активному информационному взаимодействию и сотрудничеству специалистов в разных областях,

как например, между медицинскими специалистами (инфекционистами, занимающимися проблемой ВИЧ, фтизиатрами и фтизиатрическими медсестрами) и специалистами по снижению вреда. Около 73% онлайн-респондентов высоко оценили вклад проекта TUBIDU в наращивание сотрудничества с другими национальными заинтересованными сторонами и организациями.

Обеспечение устойчивости

По-прежнему основной трудностью остается обеспечение устойчивости мероприятий. По завершении проекта некоторые партнеры столкнулись со сложностями получения ресурсов для продолжения своей деятельности. В Эстонии ряд проектных мероприятий будут интегрированы в Национальный план здравоохранения. Более того, Министерство социальных дел Эстонии также выразило заинтересованность в обмене результатами, опытом и рекомендациями проекта TUBIDU на международном уровне, с тем чтобы проблема ТБ в уязвимых группах населения продолжала занимать важное место в международной повестке дня.

Министерство здравоохранения Латвии в политических документах также поддержало развитие алгоритмов и механизмов сотрудничества между общественными организациями и поставщиками медицинских услуг (фтизиатрической и ВИЧ службами) и выразило готовность использовать результаты проекта в будущем при планировании мер политики.

Партнеры TUBIDU подчеркнули важность и преимущество поддержания национальной и международных сетей сотрудничества, созданных в рамках проекта. Партнеры проекта продолжают призывать к устойчивой реализации стратегических рекомендаций посредством международных сетей сотрудничества и новых проектов в этой области. Так, в Румынии ряд проектных мероприятий был интегрирован в новый проект Глобального фонда.

ВЕНГРИЯ

ФОРМИРОВАНИЕ ЭКСПЕРТНОЙ ГРУППЫ ДЛЯ АКТИВНОГО ЭПИДНАДЗОРА ЗА ТБ

Предпосылки

Заболеваемость ТБ в Венгрии неуклонно сокращается. В 2014 г. она снизилась до 8,4%, было зарегистрировано девять случаев МЛУ-ТБ. Несмотря на это сокращение, в некоторых медье (областях) страны заболеваемость ТБ остается выше средних показателей ТБ, особенно в медье, граничащих с Румынией и Украиной, где остро стоят проблемы бедности, безработицы и трансграничного движения.

В Венгрии действует вертикальная система эпиднадзора за ТБ с обязательным предоставлением данных о случаях заболевания непосредственно на национальный уровень. Эпиднадзор предусматривает получение данных из лечебных учреждений (а именно пульмонологических диспансеров, отвечающих за лечение и скрининг ТБ, пульмонологических отделений) и из микобактериологических лабораторий. В 2010 г. регистрация этих данных осуществлялась в режиме онлайн.

Проблема общественного здравоохранения

Национальному отделу эпиднадзора требовалась группа специалистов, обладающих богатым опытом в деле борьбы с ТБ, с целью наращивания усилий по сокращению показателей ТБ в Венгрии.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Национальная группа по осуществлению эпиднадзора разработала онлайн систему регистрации случаев ТБ и сформировала экспертную группу по ТБ в рамках отдела эпиднадзора для ведения и мониторинга случаев заболевания. В состав экспертной группы входят пульмонологи, специалисты по лечению М/ШЛУ-ТБ, микробиолог, статистик, руководитель Национальной микобактериологической референс-лаборатории и руководитель НПТ; специалист в области информационных технологий оказывает необходимую поддержку работе группы. Целью работы группы является осуществление мониторинга проблемы ТБ и оказание поддержки лечебным учреждениям, медработникам, специалистам по лабораторной диагностике, лабораториям и скрининговым отделениям с целью обеспечения соответствия надлежащим клиническим протоколам.

Еще предстоит работа по улучшению оперативности регистрации случаев, тем не менее онлайн система сделала возможным ускоренное выявление возможных расхождений в данных, поступающих из разных источников по одному больному, или по больным, данные о которых, поступили лишь из одного учреждения (например, только из лаборатории или лечебного учреждения). Например, при выявлении лабораторией случаев ТБ национальный отдел эпиднадзора

помогает найти этих больных и направить в пульмонологический диспансер или пульмонологическое отделение по месту жительства с целью скорейшего начала надлежащего лечения.

При выявлении расхождений и возможных ошибок в диагностике или лечении экспертная группа может связаться с соответствующим специалистом здравоохранения для получения разъяснений и предоставления помощи в пересмотре плана лечения или объяснения того, как пользоваться онлайн системой, если проблема заключается именно в этом. Экспертная группа также отвечает за оценку и расследование всех случаев, когда больной остается зарегистрированным на лечении спустя 10 месяцев после его начала, для выяснения причин длительного лечения и внесения предложений по его оптимизации.

Экспертная группа также внесла вклад в решение проблем в медье Венгрии с высокой заболеваемостью ТБ. Например, в 2010 г. в медье на северо-востоке Венгрии: Боршод-Абауй-Земплен, Сабольч-Сатмар-Берег и Хайду-Бихар наблюдались более высокие показатели бедности, безработицы и пограничного движения и, как следствие, более высокая чем в среднем по стране заболеваемость ТБ.

В 2011 г. в результате совместного обсуждения экспертной группой и основными сторонами, участвующими в деле борьбы с ТБ, в медье Боршод-Абауй-Земплен удалось снизить показатель заболеваемости, активизировать обязательный скрининг местного населения и повысить информированность о современных методах диагностики и лечения. В 2013 г., несмотря на проводимые программы скрининга, не удалось существенно снизить показатели заболеваемости ТБ в медье Сабольч-Сатмар-Берег. В связи с этим экспертная группа организовала посещения учреждений для проведения консультативных встреч с местными специалистами, микобактериологами и работниками здравоохранения по различным аспектам лечения и контроля ТБ. В ходе визитов были проверены медицинские карты больных.

Результаты

Благодаря такому расширенному, концентрированному подходу удалось существенно улучшить качество данных, из базы данных удалены 30–40 случаев нетуберкулезной микобактериальной инфекции. Кроме того, существует налаженная система ускоренной отмены регистрации случаев ошибочной диагностики (рис. 1), и приняты рекомендованные сроки начала лечения случаев лекарственно-чувствительного ТБ легких (рис. 2).

Работа экспертной группы и системы онлайн регистрации также способствовали улучшению контроля и лечения ТБ в целевых

медье: Боршод-Абауй-Земплен, Сабольч-Сатмар-Берег и Хайду-Бихар. Рис. 3 демонстрирует сокращение заболеваемости ТБ в период между 2010 и 2014 гг.

В результате проделанной работы Венгрии удалось сохранить низкий процент случаев МЛУ-ТБ: в 2014 г. лишь 1,5% впервые выявленных больных ТБ легких с положительным посевом и 11,8% ранее леченных больных имели МЛУ-ТБ. В 2010 г. в северо-западных медье было выявлено 14 впервые выявленных и ни одного повторного случая МЛУ-ТБ (из всех 22 случаев МЛУ-ТБ в Венгрии), в то время как к 2014 г. не было зарегистрировано ни одного случая МЛУ-ТБ, и всего пять случаев МЛУ-ТБ у повторно леченных больных наблюдалось в том регионе страны.

Эти результаты подчеркивают важность обеспечения соблюдения и завершения всего курса лечения впервые выявленными больными ТБ с целью предотвращения развития приобретенной МЛУ.

Рис. 1. Время до снятия с регистрации в случае ошибочного диагноза, 2010–2014 гг. (относительная частота)

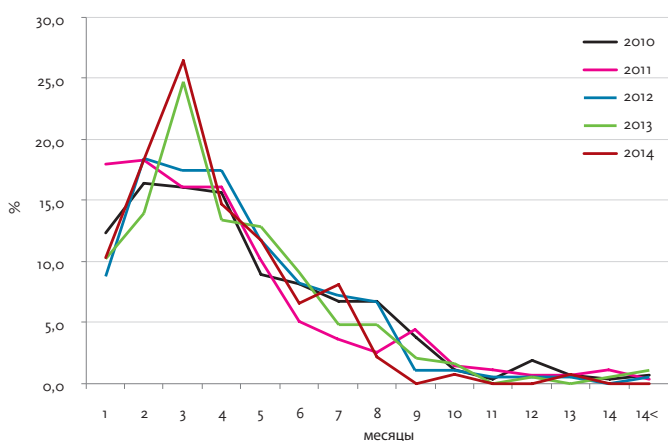


Рис. 2. Время до начала лечения ЛЧ-ТБ легких, 2010–2014 гг. (относительная частота)

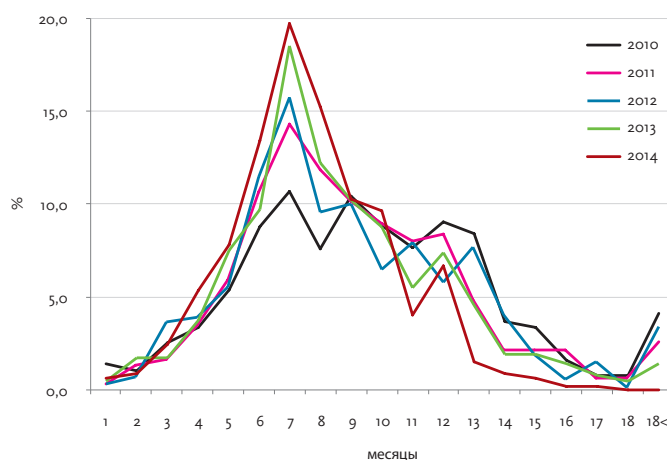
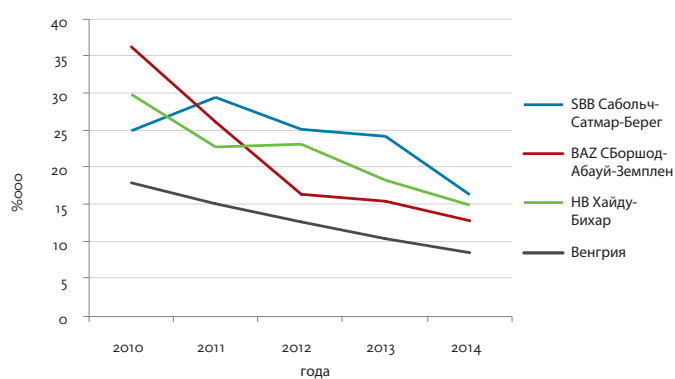


Рис. 3. Заболеваемость ТБ на 100 000 в медье высокого риска, 2010–2014 гг.



BAZ, Боршод-Абауй-Земплен; SSB, Сабольч-Сатмар-Берег; НВ, Хайду-Бихар

СЕРБИЯ

НАРАЩИВАНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ М/ШЛУ-ТБ

Предпосылки

В Сербии действует хорошо отлаженная программа борьбы с ТБ, которой за последние 5-6 лет удалось стабилизировать ситуацию с МЛУ-ТБ в стране. Заболеваемость ТБ сократилась с 37/100 000 в 2003 г. до 17/100 000 в 2013 г. До 2011 г. показатели успешного лечения ЛУ-ТБ были высокими на уровне 85%. В 2012 г. этот показатель для впервые выявленных больных составил 82%, также выросли показатели смертности из-за старения населения.

Лечение МЛУ-ТБ было начато в стране в 2009 г. за счет средств гранта Глобального фонда, на протяжении первых двух лет лечение получали главным образом больные с хроническими и запущенными случаями МЛУ-ТБ. Несмотря на высокую смертность во время лечения, в 2009 г. большинство больных (60%) были успешно пролечены; показатель успешного лечения постепенно увеличивался (71% в 2010 г. и 76% в 2011 г.). Число новых случаев МЛУ-ТБ стабилизировалось на уровне 10 больных в год, кроме того, сократилась смертность среди этих больных.

Начиная с декабря 2004 г., Сербия получала внешнее финансирование от Глобального фонда на общую сумму 10 млн долларов США. Правительство Сербии проявило политическую волю и оказало поддержку НПТ и отделу реализации проектов Глобального фонда с целью наиболее эффективного расходования внешних ресурсов. Полученные денежные средства были инвестированы в обучение медицинского персонала больниц и учреждений первичной медико-санитарной помощи по вопросам осуществления стратегии ДОТС, лечения МЛУ-ТБ, использования новой информационной и регистрационной системы, совершенствования национальной референс-лаборатории и поставки лабораторного оборудования и реагентов для постановки ТЛЧ к противотуберкулезным препаратам. В 2008–2009 гг. было опубликовано руководство по ведению случаев МЛУ-ТБ, сотрудники службы были обучены использованию руководства, через механизм Комитета зеленого света были закуплены противотуберкулезные препараты второго ряда, и начато лечение больных МЛУ-ТБ. До того момента в Сербии не существовало практики организованного лечения МЛУ-ТБ, в связи с чем, когда лечение стало доступным в 2009 г., наблюдалось большое число (хронических) больных МЛУ-ТБ.

Медицинским учреждением с самыми долгими традициями лечения ТБ в Сербии является специализированная больница болезней легких Ozren-Sokobanja, открытая 1942 г. в красивой горной области. Отделение МЛУ-ТБ на 10 коек было полностью отремонтировано. Все палаты большие и красивые и имеют широкий балкон, на который пациенты имеют выход при соблюдении надлежащих мер инфекционного контроля. При больнице организован центральный

склад противотуберкулезных препаратов второго ряда. Медицинские сотрудники больницы прошли обучение в Сотрудничающем центре ВОЗ по М/ШЛУ-ТБ в Риге (Латвия).

Проблема общественного здравоохранения

Несмотря на высокий потенциал стационарного лечения МЛУ-ТБ в Сербии, требовались направленные на повышение приверженности пациентов лечению меры совершенствования оказания амбулаторной фтизиатрической помощи после выписки больных МЛУ-ТБ из стационара.

Надлежащая практика укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

С целью повышения приверженности больных М/ШЛУ-ТБ и улучшения показателя успешного лечения, НПТ при финансовой поддержке Глобального фонда организовала практические семинары для амбулаторных бригад (врачей и медицинских сестер) по организации амбулаторного лечения МЛУ-ТБ. Первый курс в 2010 г. был организован больницей Ozren при технической помощи отдела управления грантами Глобального фонда Министерства здравоохранения; с 2012 г. курс полностью организуется больницей.

Курсы охватывали вопросы организации лечения и последующего наблюдения, тактику ведения, хранение противотуберкулезных препаратов второго ряда, отчетность о больных, получающих лечение, ведение пациентов перед выпиской, принципы непрерывного санитарного просвещения пациентов и членов их семей, а также ориентированный на пациента подход к оказанию медицинской помощи. Курсанты также посещали отделение М/ШЛУ-ТБ и проводили занятия с пациентами по медико-санитарному просвещению с использованием брошюры и презентаций в PowerPoint по наиболее интересующим пациентов тематикам, разработанным национальными экспертами по ТБ. Каждый больной получал брошюру, курсанты и пациенты знакомились друг с другом. У пациентов была возможность задать любые вопросы и активно участвовать в своем лечении, что способствовало налаживанию доверительных отношений, что особенно важно при длительном лечении. Амбулаторные бригады могут поддерживать связь с врачами больницы и консультироваться о лечении больных М/ШЛУ-ТБ.

По окончании курсов амбулаторные бригады выдают больным все противотуберкулезные препараты в расчете на 3 месяца. По истечении 3 месяцев экспертный консилиум по ТБ в больнице оценивает статус состояния здоровья пациента и принимает решение о дальнейшем лечении.

Результаты

Наряду с другими аспектами программы данная практика обеспечила хороший показатель успешного лечения больных М/ШЛУ-ТБ, принимая во внимание тот факт, что на момент начала лечения в 2009 г. существовал крупный пул больных (с хроническим процессом) МЛУ-ТБ. Последние данные показывают, что показатель успешного лечения больных МЛУ-ТБ составляет 76% с низким показателем прерывания лечения.

Настоящая практика улучшила способность поставщиков амбулаторных услуг оказывать поддержку больным в борьбе с их заболеванием. Считается, что программа обучения существенно расширила потенциал медработников в ведении случаев М/ШЛУ-ТБ и улучшила качество оказываемой фтизиатрической помощи.

Обеспечение устойчивости проекта

Несмотря на увеличение расходов системы здравоохранения на лечение и ведение случаев М/ШЛУ-ТБ в краткосрочной перспективе, проводимые мероприятия помогли стране сократить возможные будущие расходы на более интенсивное лечение в связи с отсутствием приверженности, неэффективными исходами лече-

ния и непрерывной передачей ТБ. Этот положительный опыт был признан лицами, принимающими решения, и в настоящее время является частью проекта национального стратегического документа и ежегодных планов больницы Ozgen. Таким образом, данная практика будет продолжена после окончания проекта Глобального фонда.

Потенциал расширения проекта и области будущего развития

Больница Ozgen имеет долгие традиции лечения ТБ в Балканском регионе и является центром передового опыта в области М/ШЛУ-ТБ, организуя и координируя мероприятия, проводимые в стране. Учитывая возможность дальнейшего развития, она могла бы стать центром передового опыта для Балканского региона.

Авторы хотели бы выразить благодарность Министерству здравоохранения за организацию проекта «Контроль ТБ в Сербии», осуществляемого при финансовой поддержке Глобального фонда, в рамках которого описанная выше практика была внедрена в Сербии.

СЛОВАКИЯ

УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ САМЫХ УЯЗВИМЫХ И ТРУДНОДОСТУПНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ: ПРИМЕР СООБЩЕСТВА РОМА

Предпосылки

За последние 25 лет в стране был достигнут существенный прогресс в деле борьбы с ТБ. Приоритетность мероприятий по борьбе с ТБ была прописана отдельным положением в национальном Акте о защите, содействии и развитии общественного здравоохранения (Акт 355/2007). Задействованные в деле борьбы с ТБ секторы, будь то полностью государственные или смешанные государственно-частные, сотрудничают на разных уровнях системы здравоохранения. Практика направления больных, существующая между специалистами общей практики, фтизиатрами, а также амбулаторными и стационарными учреждениями, является всеобъемлющей и систематической. Медицинское и санитарное просвещение по вопросам ТБ ведется на современном уровне.

Каждый месяц Центр ТБ, Словацкое общество респираторных заболеваний и другие академические учреждения совместно проводятся конференции, совещания, семинары и анализ практических примеров для врачей общей практики, медсестер и пульмонологов. Современные национальные пособия, руководства по лечению, ведению ТБ, а также оказанию фтизиатрической помощи, предназначенные для медицинских работников разных специальностей, а также информация о борьбе с ТБ, доступная для разной аудитории в различных учреждениях, – все это отражает приверженность страны делу борьбы с ТБ.

Тем не менее ряд проблем остается нерешенными. Особую озабоченность вызывает проблема ТБ у представителей народности рома, являющейся одним из наиболее маргинализированных сообществ в

Словакии. Рома составляют 7% от 5,4 млн населения страны, уровень безработицы в этом сообществе достигает 90-95%.

По данным национальной статистики здоровья населения, по-прежнему имеется существенное расхождение между состоянием здоровья народности рома и остального населения Словакии. Ситуация усугубляется низким социально-экономическим статусом, сегрегацией населения, нездоровым образом жизни и нежеланием интегрироваться в жизнь общества. Показатели ТБ в этой народности выше, чем в общем населении, особенно у детей. (Таблица 1).

Проблема общественного здравоохранения

Требовались инновационные, индивидуально подобранные способы работы с этой труднодоступной группой населения, особенно в наиболее пострадавших областях: Прешов и Кошице в восточной Словакии.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2003 г. при технической и финансовой поддержке государства в Словакии была внедрена система посредников в получении медико-санитарной помощи, направленная на решение проблемы ТБ в сообществах рома. Посредники выбирались из числа сообществ рома, исходя из того, что это позволит преодолеть языковые и культурные барьеры. Посредники обучаются реализации ДОТС и использованию руководств по лечению. За счет регулярного посе-

Таблица 1. Случаи ТБ у детей в Словакии

Год	Число случаев ТБ	ТБ у всех детей	Показатель на 100 000 детей	ТБ у детей в сообществе рома	Процент ТБ у детей
2006	732	23	2,6	13	56,5
2007	708	16	1,9	9	56,3
2008	652	14	1,7	13	92,9
2009	513	11	1,3	9	81,8
2010	443	11	1,3	10	90,9
2011	399	17	2,5	14	82,4
2012	345	19	2,3	19	100,0
2013	401	38	4,6	33	86,8
2014	336	46	5,5	39	84,8

щения больных с предположительным и подтвержденным ТБ эти посредники помогают врачам общей практики обеспечить своевременное направление лиц с предположительным диагнозом к специалисту и соблюдение схемы лечения больными с подтвержденным диагнозом. Посредники помогают осуществлять мониторинг появления симптомов у лиц, находившихся в контакте, и членов семей больных с подтвержденным диагнозом ТБ. С целью содействия принятию решений каждый посредник прикреплен к районному пульмонологу и фтизиатрической медсестре. Посредники также помогают в проведении БЦЖ вакцинации, которая согласно заключению миссии, проведенной ВОЗ и Европейским центром по контролю заболеваний в начале 2013 г., была признана правительством Словакии необходимой и обязательной для новорожденных в возрасте от четырех дней до шести недель в трех муниципалитетах (Vyborna, Križova Ves, Hranovnica). Используя информационные материалы, переведенные на язык рома, посредники также способ-

ствуют повышению осведомленности о ТБ как непосредственно больных ТБ, так и более сообщества рома в целом.

Результаты

Здоровье народности рома по-прежнему является важной проблемой общественного здравоохранения Словакии. Повышение осведомленности о ТБ и непрерывный сбор информации о состоянии здоровья представителей этой народности посредством посредников из числа рома являются важными шагами на пути к улучшению ситуации. Так, в одном из сообществ произошли наиболее заметные изменения к лучшему. На момент внедрения системы посредников в получении медико-санитарных услуг в городе Спишке Быстре в области Прешов на северо-востоке Словакии в трех семьях были сконцентрированы 84 больных ТБ (27, 24 и 20 случаев в каждой, соответственно), при этом один больной имел МЛУ-ТБ. За последние пять лет заболеваемость ТБ в этих трех семьях снизилась до 0.

УЗБЕКИСТАН

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Предпосылки

Подготовка сотрудников требует существенного финансирования; одной из сложностей обучения является оценка его результатов с точки зрения полученных знаний и навыков, а также их воздействия на качество работы сотрудников и работу программы. Обучающие и образовательные мероприятия во фтизиатрической службе, как правило, проводятся для старших медицинских сотрудников, реже для сотрудников среднего звена и практически никогда для клиентов фтизиатрической службы (пациентов и членов их семей).

В прошлом было сложно провести комплексную, объективную оценку образовательных мероприятий для сотрудников фтизиатрической службы, т.к. каждый поставщик образовательных услуг использовал разные инструменты оценки или вообще не проводил значимой прямой оценки. Поэтому проводимая оценка не учитывала объективность, конкретную цель, метод, полноту и актуальность обучающих курсов и не позволяла проводить сравнение различных мероприятий.

В большинстве случаев эффективность вмешательств в образовательных учреждениях оценивается их организаторами, что может делать предвзятым процесс сбора информации и анализа и ставит под сомнение точность исходной документации. Отсутствовала платформа для целевой оценки устойчивости знаний участников; изредка проводимая оценка устойчивости полученных знаний была опосредованной. Не было условий для отбора кандидатов для участия в образовательных мероприятиях, зачастую они назначались напрямую руководителями, а не отбирались в ходе тщательного кадрового планирования или оценки индивидуальных потребностей в обучении.

Проблема общественного здравоохранения

Как и во многих других странах, большая часть ежегодного бюджета Узбекистана и финансирования, выделяемого донорами, шла на учебную деятельность. Однако отсутствовала единая система оценки эффективности учебной и образовательной деятельности. Таким образом, стоящая перед Узбекистаном проблема не уникальна; во всем мире в рамках финансирования, основанного на результатах, оценка результативного вклада учебной деятельности требует более систематического подхода, выходящего за рамки нескольких количественных индикаторов, таких как количество проведенных курсов и число их участников.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2014 г. при сотрудничестве со страновым офисом ВОЗ в Узбекистане и USAID неправительственная некоммерческая организация Республиканский информационно-образовательный центр «INTILISH» сформулировал систему всеобъемлющей оценки эффективности подготовки, выходящую за рамки подсчета количества проведенных курсов и числа участников.

В Узбекистане система образования во фтизиатрии с целью повышения квалификации состоит главным образом из формального обучения, организуемого государством, и коротких курсов, проводимых донорами и международными организациями. При проведении курсов за счет средств доноров использовались единые методы. Это позволило подготовить 14 врачей-фтизиатров в качестве преподавателей, дать им базовые навыки преподавания, познакомить с компонентами курсов, а также процессом подготовки и проведения занятий.

Цель заключалась в формировании группы преподавателей-консультантов, знакомых с порядком оценки обучающихся мероприятий. При поддержке центра «INTILISH» пять врачей-фтизиатров, обладающих соответствующими знаниями, навыками и опытом, участвовали в подготовке стандартизованных модулей, частично оценка курса была интегрирована в его разработку. Дальнейшая работа проводилась на протяжении следующих 14 месяцев, включая стандартизацию обучающих материалов по ведению случаев ТБ у взрослых и детей, а также ведению случаев МЛУ-ТБ и оказанию психосоциальной поддержки больным ТБ. Была проведена оценка материалов с помощью стандартной системы оценки знаний участников. Было проведено несколько курсов для старшего и среднего медицинского персонала, сопровождаемых внешней оценкой с использованием стандартизованных инструментов. Учебные материалы и инструменты оценки несколько раз пересматривались.

Программное обеспечение, созданное центром «INTILISH» для хранения и обработки данных, позволяет осуществлять мониторинг проводимых в режиме офлайн курсов. Специально обученный специалист по оценке, находящийся в аудитории, использует программу и вводит необходимые данные в режиме онлайн. Информационную систему могут использовать доноры, преподаватели и участники курса. Это дает донорам доступ в режиме реального времени к информации о посещаемости и академической успеваемости участников, участии преподавателей и статистике успеваемости отдельных участников или групп. Система позволяет получить

информацию об эффективности работы отдельных преподавателей или команд преподавателей, отдельных обучающих мероприятий или группы мероприятий. На вебсайте центра «INTILISH» преподаватели могут узнать, сколько участников посетили курс, длительность посещения, результаты тестирования до и по завершении курса, результаты оценки курса участниками и окончательную оценку курса фокус-группой. Преподаватели могут использовать эту информацию для улучшения качества своей работы и проведения ретроспективного анализа, например, чтобы на основании фактических данных и корреляций понять, была ли достаточной длительность курса. Информационная система обеспечивает участникам оперативный доступ к их личным результатам, позволяет отслеживать базовый уровень знаний и результаты обучения, а также принимать участие в предварительном отборе будущих обучающихся и образовательных мероприятий.

Результаты

Система оценки обучения значительно повысила посещаемость (средний показатель посещаемости 10 курсов по фтизиатрии составил 96%), т.к. она показывает, сколько часов каждый участник провел в аудитории. Благодаря практике вводного и итогового тестирования участники принимали более активное участие в работе курса и чаще задавали интересующие их вопросы, чем при участии в мероприятиях без подобного тестирования. Имеется объективная информация о работе каждого преподавателя. Всего в курсах приняли участие 188 врачей-фтизиатров.

База данных содержит информацию о 10 курсах по фтизиатрии и позволяет провести оценку устойчивости знаний курсантов, принявших участие в обучающих мероприятиях, и их результатов. Платформа, обеспечивающая доступ к оценке академических успехов, способствовала самообучению для исправления ошибок: большинство участников регулярно заходят в информационную систему, изучают свои результаты и пытаются их улучшить. Все результаты хранятся в системе, преподаватели также могут следить за улучшением знаний курсантов.

Факт проведения внешней оценки образовательного процесса оказал существенное воздействие на участников. Исходная и итоговая оценка знаний служила дополнительным мотивирующим фактором для участников к более эффективному усвоению знаний. Участники, преподаватели и организаторы более четко осознали важность надлежащего отбора кандидатов для участия в будущих образовательных мероприятиях, критерием которого должен быть высокий уровень базовых знаний для надлежащего усвоения мате-

риала курса, не пересекающихся непосредственно с информацией курса.

Образовательные материалы и инструменты оценки могут использоваться для оценки неструктурированных образовательных мероприятий. В настоящее время система оценки предназначена для малых групп и нуждается в доработке для обработки информации о более многочисленных группах участников.

Важные факторы успеха

За счет воздействия на развитие кадровых ресурсов и информационных систем в здравоохранении система оценки будет способствовать улучшению качества услуг, предоставляемых программами по борьбе с ТБ. Благодаря сотрудничеству между НПО, фтизиатрической службой и специалистами в области информационных технологий удалось разработать мощную методологию, обеспечить актуальное освещение вопросов о ТБ и создать удобные для пользователя решения, которые могут быть без труда превращены в информацию и использованы для принятия решений.

Обеспечение устойчивости

Применение этой практики в рамках будущей образовательной деятельности потребует разовой подготовки или адаптации материалов и участия внешнего специалиста, способного обеспечить объективную оценку всего образовательного процесса.

Все расходы, связанные с подготовкой системы, были оплачены в рамках пилотного проекта. Общая стоимость использования системы приблизительно соответствует расходам на удвоение времени работы преподавателей, т.к. каждый новый курс должен быть стандартизован и включать оценочные индикаторы, вводное и итоговое тестирование и другую информацию. Например, требуется около 40 человеко-дней для стандартизации нового 4-5-дневного модуля. Другим дополнительным расходом будет привлечение сотрудника центра «INTILISH» или, как планируется в будущем, одного из специально обученных специалистов по оценке обучения. Партнерам из государственного сектора, например, кафедры фтизиатрии медицинского университета центр «INTILISH» предлагает менее дорогостоящие варианты.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

Действующая система может использоваться для всех видов обучения и образовательной деятельности в области фтизиатрии. Планируется ввести многоязычный формат.



Грузия

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛУ-ТБ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ВЕДЕНИЯ М/ШЛУ-ТБ

Предпосылки

По данным исследования лекарственной устойчивости, проведенного ВОЗ в 2005–2006 гг., Грузия – одна из 27 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ, которая, согласно докладу Глобального фонда, в 2014 г. занимала 10-е место по показателям МЛУ-ТБ, которые находились на уровне 11,6% среди впервые выявленных и 39,2% среди ранее леченных больных. Грузия впервые внедрила практику лечения ТБ препаратами второго ряда в рамках пилотного проекта в регионе Самегрело в 2006 г. при поддержке французской организации «Врачи без границ» (MSF-Франция). На основании полученного опыта и при поддержке Глобального фонда в 2008 г. был обеспечен всеобщий доступ больных ЛУ-ТБ к препаратам второго ряда.

Лабораторный потенциал диагностики ЛУ-ТБ увеличился в период с 2009 по 2015 гг. благодаря финансовой и технической поддержке Глобального фонда и других партнеров, таких как ВОЗ–FIND в рамках проекта «Expand TB» и Глобальной лабораторной инициативы. Таким образом, начиная с 2009 г., все выявленные больные ТБ имеют доступ к ТЛЧ к препаратам как первого, так и второго ряда, включая ускоренные методы молекулярной диагностики (Hain MTBDRPlus/sl и Xpert-MTB/RIF), а также высококачественным, прошедшим преквалификацию ВОЗ противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда, закупленным через Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами партнерства «Остановить ТБ», и назначаемым в соответствии с рекомендованными ВОЗ схемами лечения.

Начиная с 2008 г., в Грузии более 4000 больных ЛУ-ТБ были взяты на рекомендованное ВОЗ лечение противотуберкулезными препаратами второго ряда. При этом показатель успешного лечения ЛУ-ТБ в Грузии, как и во всем мире, остается низким, так, для когорты 2012 г. он составил 46%. В Грузии одни из самых высоких показателей потери больных для дальнейшего наблюдения, для больных, взятых на лечение в 2011 г. он составлял 34% и был чуть ниже (32%) для больных, взятых на лечение в 2012 г. Столь высоким показателям потери для дальнейшего наблюдения больных М/ШЛУ-ТБ в Грузии способствует целый ряд факторов. Основная проблема заключается в плохом ведении побочных эффектов и отсутствии доверия и уверенности в эффективности противотуберкулезных препаратов и схем химиотерапии, использованных до появления и широкого распространения новых препаратов. Настораживает то, что не только пациенты, но и врачи-фтизиатры и специалисты, занимающиеся сложными случаями М/ШЛУ-ТБ, выразили недоверие эффективности противотуберкулезных препаратов.

Как известно, неблагоприятные исходы лечения также являются результатом неадекватного лечения, на фоне которого происходит

нарастание лекарственной устойчивости и развиваются непереносимые, тяжелые, серьезные побочные эффекты; эти факторы непреднамеренно приводили к неэффективности схемы химиотерапии и исчерпывали возможности замены или добавления препаратов к схеме лечения.

В Грузии существенно увеличилось число неэффективных исходов лечения больных ЛУ-ТБ; наблюдался рост устойчивости к препаратам второго ряда (ШЛУ-ТБ), в 2013 г. ШЛУ-ТБ составлял 20% от всех случаев МЛУ-ТБ. В 2013 г. показатели устойчивости к препаратам второго ряда составили: 90% к этионамиду, 43,3% к канамицину, 13,4% к капреомицину и 28,4% к офлоксацину. В настоящее время национальная референс-лаборатория занимается постановкой тестов лекарственной чувствительности к препаратам второго ряда только на плотной питательной среде Левенштейн-Йенсена. Летом 2015 г. лаборатория начнет использование теста Hain MTBDRsl, закупленного за счет средств Глобального фонда.

Проблема общественного здравоохранения

Описанные ниже примеры надлежащей практики призваны решить проблемы программного ведения случаев ЛУ-ТБ в Грузии за счет оптимизации внедрения новых схем лечения и противотуберкулезных препаратов.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Сострадательное использование новых противотуберкулезных препаратов и проект MSF-Франции

В сентябре 2014 г. был подписан меморандум о взаимопонимании между Министерством труда, здравоохранения и социальных дел Грузии, Национальным центром ТБ и заболеваний легких и организацией «Врачи без границ» (Франция) с целью проведения высококачественного лечения больных ЛУ-ТБ с использованием двух новых препаратов: бедаквилина и деламаида. В рамках проекта MSF в Национальном центре ТБ и заболеваний легких были проведены различные практические семинары для членов избранного комитета, состоящего из врачей-фтизиатров, медсестер, консультантов по повышению приверженности лечению и хирургов, по новым схемам лечения, мониторингу и купированию побочных эффектов, фармаконадзору и имплантации венозных катетеров для введения имипенема и циластатина. На сегодняшний день комитет одобрил лечение 28 больных ЛУ-ТБ новыми препаратами. До начала лечения четыре пациента умерли, 20 пациентам было одобрено назна-

чение бедаквилина, для трех больных было запрошено разрешение на использование деламанида, производитель одобрил использование деламанида для двух больных, которые находятся на лечении. Четыре больных уже переведены на амбулаторное лечение.

Программа Глобального фонда и USAID по поддержке использования новых препаратов в Грузии

В июле 2014 г. миссия Комитета зеленого света рекомендовала внедрение новых препаратов и схем лечения для больных М/ШЛУ-ТБ, соответствующих рекомендациям *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis* (2014 г.). Национальный центр туберкулеза и заболеваний легких и Национальный центр по контролю заболеваний и общественного здоровья (основной реципиент Глобального фонда) подготовили заявку на препараты в Глобальный механизм по обеспечению лекарственных средств для внедрения новых и перепрофилированных препаратов (линезолид и имипенем плюс циластатин) в рамках лечения ЛУ-ТБ по всей стране. Глобальный фонд дал положительную оценку новым рекомендациям и одобрил заявку.

Когда 1 апреля 2015 г. USAID и Janssen Therapeutics запустили программу бесплатного предоставления бедаквилина для лечения больных, Грузия стала первой страной-получателем, первые больные получили бедаквлин в конце июля 2015 г. В целом, страна планирует ежегодно набирать по 166 больных для лечения по схемам, включающим бедаквлин.

Контрольные вехи эффективного внедрения программного использования новых препаратов в рамках комбинационной терапии, включая пенитенциарный сектор

В дополнение к двум инициативам, описанным выше, в Грузии были внедрены четыре механизма в рамках многосторонней стратегии по решению проблемы лекарственной устойчивости:

- » национальный план использования бедаквилина и техническая рабочая группа;
- » фармаконадзор;
- » национальное руководство по лечению ТБ;
- » обучение новым схемам лечения МЛУ-ТБ; и
- » мобильный консилиум.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и предварительными условиями, поставленными Глобальным Фондом, Грузия подготовила национальный план внедрения бедаквилина, одобренный национальной комиссией по ТБ при Министерстве здравоохранения. Министр здравоохранения поручил создать техническую рабочую группу для координации реализации всех аспектов плана.

Техническую рабочую группу по фармаконадзору возглавляет директор Национального центра туберкулеза и заболеваний легких, при котором был создан комитет по фармаконадзору, сотрудничающий с пенитенциарным сектором и Департаментом фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения. Данный департамент наращивает потенциал осуществления фармаконадзора, при этом основной движущей силой являются программа борьбы с ТБ и появление новых препаратов. В Министерстве был назначен специалист, ответственный за осуществле-

ние фармаконадзора, который благодаря поддержке Глобального фонда прошел обучение в Центре мониторинга в Упсале. Комитет по фармаконадзору при Национальном центре туберкулеза и заболеваний легких разработал схему и формы отчетности для мониторинга нежелательных лекарственных реакций, занимается подготовкой плана и протоколов фармаконадзора, планирует провести обучение врачей-фтизиатров, специалистов по работе с данными и координаторов по фармаконадзору оценке тяжести и клиническому купированию нежелательных реакций и тяжелых нежелательных явлений с помощью специальной системы кодировки (Medra/WHO-art) и оценки причинно-следственной связи. В рамках программы безвозмездного предоставления бедаквилина USAID предоставляет специализированную техническую поддержку комитету по фармаконадзору.

Национальные руководства и протоколы по лечению ТБ были пересмотрены в соответствии с последними (от весны 2015 г.) рекомендациями ВОЗ, изложенными в *Companion handbook*, и одобрены приказом Министерства здравоохранения.

С целью поддержки НПТ по внедрению новых схем лечения МЛУ-ТБ проект USAID по профилактике ТБ в Грузии провел обучение специалистов-фтизиатров для обеспечения соблюдения ими передовой практики в области лечения для обеспечения максимальной эффективности и безопасности медикаментозной терапии. Группа специалистов в составе местных и международных экспертов подготовили 63 специалистов-фтизиатров из всех регионов страны и из пенитенциарного сектора. Это, пожалуй, был самый большой курс в мире для специалистов, занимающихся проблемой МЛУ-ТБ.

В рамках действующей системы оказания фтизиатрической помощи, когда лечение М/ШЛУ-ТБ начинается только по решению комитета по МЛУ-ТБ Национального центра туберкулеза и заболеваний легких, скорость набора больных на лечение будет очень низкой. С целью предотвращения задержек в назначении новых схем терапии центр предложил создать «мобильный консилиум» в рамках действующего гранта Глобального фонда, добавив дополнительный пункт к мероприятиям по расширению охвата больных М/ШЛУ-ТБ. Глобальный фонд одобрил план действий и, начиная с июля 2015 г., Грузинская программа по борьбе с ТБ вступила в новую эру децентрализованного набора больных М/ШЛУ-ТБ для лечения с применением новых схем. В ходе первого раунда мобильный консилиум будет проводить исходные визиты по всей стране, включая пенитенциарный сектор, а его решение о наборе больных будет основано на клинических и диагностических характеристиках пациентов и результатах оценки риска. Ответственные медицинские работники получают рекомендации и точные инструкции относительно обязательного лечения, а также мониторинга и контроля безопасности пациентов по время лечения. Каждый раунд будет повторяться четыре раза в год в каждом регионе и сохранит компонент наставничества и курирования.

Результаты

Еще слишком рано судить об эпидемиологическом воздействии новых препаратов в рамках программного ведения М/ШЛУ-ТБ в Грузии. Тем не менее использование новых противотуберкулезных препаратов поставило проблему ТБ на одно из первых мест в

повестке дня Министерства здравоохранения и повысило его готовность оплачивать фтизиатрическую помощь.

Обеспечение устойчивости

Большинство мероприятий, осуществляемых в рамках этой практики, в настоящее время поддерживаются Глобальным фондом, тем

не менее они были включены в Национальный стратегический план по ТБ на 2016–2020 гг. и сопутствующий план устойчивого развития. Все это позволяет предположить, что начатые мероприятия будут продолжены после прекращения получения Грузией помощи Глобального фонда.

ЛАТВИЯ

Ускоренная диагностика и новые препараты: деламанид и бедаквилин для лечения МЛУ-ТБ

Предпосылки

Латвия с населением 2 млн человек входит в число 27 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ: в 2013 г. 8,8% впервые выявленных и 26% ранее леченных больных имели МЛУ-ТБ. В 2014 г. было зарегистрировано 637 впервые выявленных и 124 повторных случаев ТБ, включая 63 случая МЛУ-ТБ, при общей доле ШЛУ на уровне 16,0%. Среднее время до постановки диагноза МЛУ-ТБ составляет 23 дня при использовании жидких питательных сред и 68 дней при работе с плотными средами. Начиная с 2008 года, несмотря на в целом благоприятные результаты лечения при показателе успешного лечения 62–72%, наблюдается рост доли больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, особенно среди больных М/ШЛУ-ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

Возможности лечения больных ШЛУ-ТБ были ограничены из-за наличия устойчивости к противотуберкулезным препаратам второго ряда. В связи с этим в Латвии важнейшее значение имело включение новых препаратов в схему лечения.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

С 2003 г. метод гибридизации с типоспецифическими зондами используется для скрининга лиц в группах высокого риска МЛУ-ТБ, таких как лица, находившиеся в контакте с больными МЛУ-ТБ, и ранее леченные больные ТБ. Начиная с 2010 г., национальная референс-лаборатория проводит исследование образцов мокроты с помощью молекулярного диагностического экспресс-теста (Xpert MTB/RIF). Рекомендованная схема лечения больных МЛУ-ТБ рассчитана на 20 месяцев, включая интенсивную фазу длительностью 8 месяцев с использованием минимум четырех препаратов второго ряда, имеющих высокую вероятность эффективности на интенсивной фазе. Начиная с 2012 г., началось более широкое использование теста GeneXpert, согласно результатам которого больной может сразу начинать лечение МЛУ-ТБ; до его появления больные изначально начинали лечение по схемам первого ряда.

В Латвии устойчивость к рифампицину считается надежным прогностическим фактором наличия МЛУ-ТБ. Латвийский опыт позволяет предположить, что использование экспресс-теста GeneXpert для ранней диагностики позволяет быстро принимать решения о назначении лечения и сокращает время до его начала. Для удовлетворения потребности в лечении М/ШЛУ-ТБ, начиная с 2008 г., после завершения клинических исследований в Латвии стали доступны новые препараты: деламанид и бедаквилин, которые были одобрены для сострадательного использования, начиная с 2013 г. В клиниче-

ское исследование деламанида было включено 95 пациентов, и 26 пациентов - в клиническое исследование бедаквилина. В рамках программы сострадательного использования деламанид был назначен еще двум больным, а бедаквилин – 35 больным. Деламанид был безвозмездно предоставлен для лечения еще 15 больным.

Результаты

Результаты клинических исследований деламанида и бедаквилина были опубликованы и показывают сокращение времени до негитивации культуры, улучшение исходов лечения и уменьшение смертности больных М/ШЛУ-ТБ. По предварительным результатам программы сострадательного использования бедаквилина, медиана времени до негитивации культуры составила 26,5 дней; на сегодняшний день 18 больных завершили лечение и были вылечены, один умер, один был потерян для дальнейшего наблюдения, 15 продолжают лечение. В программе сострадательного использования деламанида один больной завершил лечение; все 15 больных, получавших деламанид в рамках этой программы, все еще находятся на лечении.

Использование теста Xpert MTB/RIF сократило среднее время до постановки диагноза МЛУ-ТБ до 4 дней; таким образом, у тех, кому проводится этот тест, время до начала лечения сокращено. Сокращение задержки назначения надлежащего лечения благоприятно сказывается на исходах лечения больных МЛУ-ТБ и сокращает передачу инфекции как внутри медицинских учреждений, так и в сообществе.

После регистрации деламанида и бедаквилина Европейским агентством по лекарственным средствам начались переговоры с Министерством здравоохранения, Национальной службой здравоохранения и Латвийским центром по контролю заболеваний. В начале 2015 г. оба препарата были включены в список важнейших противотуберкулезных препаратов в Латвии. На завершение процесса потребовался приблизительно 1 год.

Национальная служба здравоохранения одобрила финансирование закупки деламанида и бедаквилина для лечения 20 пациентов, начиная с 2015 г. К сожалению, из-за длительного процесса закупки препаратов прошло почти 6 месяцев, прежде чем больные смогли получить препараты. По прогнозам НПТ, в будущем также возможен дефицит бюджета и проблемы с обеспечением возможности лечения деламанидом и бедаквилином всех нуждающихся в них больных.

Важные факторы успеха

Латвийская НПТ стабильно работает, начиная с 1995 г., ей удалось реализовать все компоненты стратегии «Остановить ТБ», включая возможность получения постдипломного образования. Политическая приверженность обеспечила наличие достаточного бюджета для проведения бактериологической диагностики ТБ и закупки практически всех противотуберкулезных препаратов. Все эти факторы способствуют эффективной реализации стратегии борьбы с ТБ в Латвии.

Обеспечение устойчивости проекта

Проведение теста Xpert MTB/RIF сопряжено с дополнительными исходными расходами, однако ускоренная диагностика позволила

сократить расходы на проведение тестов традиционными методами. Также можно ожидать дополнительного сокращения расходов за счет оптимизации лечения и тактики ведения больных, ожидается, что все эти меры сократят общее бремя ТБ.

Необходимо собрать более полную информацию и провести тщательный анализ оценки воздействия использования теста Xpert MTB/RIF и внедрения новых противотуберкулезных препаратов. Тем не менее, латвийские специалисты прогнозируют улучшение исходов лечения, сокращение длительности лечения и внутрибольничной передачи ТБ.

УЗБЕКИСТАН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЛУ-ТБ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Предпосылки

За последние несколько лет существенно увеличилось число случаев ЛУ-ТБ легких; как в Узбекистане, так и во всем мире используемая химиотерапия ТБ неэффективна: показатель закрытия полостей распада составляет 53,3% у больных ТБ с устойчивостью к изониазиду и рифампицину и 40,9% у больных с устойчивостью к изониазиду, рифампицину и стрептомицину.

Проблема системы здравоохранения

Современная торакальная хирургия, использование новых методов оперативного лечения и эффективных противотуберкулезных препаратов расширяют возможности для хирургического лечения больных МЛУ-ТБ легких или плевры. Мы провели оценку клинической и экономической эффективности хирургического лечения для его внедрения в практику лечения МЛУ-ТБ легких и плевры.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Мы проанализировали исходы хирургического лечения 196 больных МЛУ-ТБ легких и плевры в хирургическом отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии Министерства здравоохранения Узбекистана за период 2013–2015 гг. Большинство больных (52,5%, 103) были мужчины, 47,5% (93) были женщины, возрастной диапазон больных составил 15–61 год (в среднем, 31,4 года). Десять (5,1%) больных имели первичный МЛУ-ТБ, оставшиеся 186 (94,9%) больных ранее уже получали лечение. Тридцать три больных (16,8%) имели двусторонний ТБ процесс, 78 (39,8%) - левосторонний ТБ процесс, и 85 (43,4%) – правосторонний ТБ процесс. У 67 (35,8%) больных ТБ процесс считался локализованным, а у оставшихся 120 (64,2%) больных наблюдался генерализованный ТБ процесс (с поражением более трех сегментов легкого).

При госпитализации 13 (6,6%) больных имели отрицательный результат микроскопии мазка мокроты, оставшиеся 183 (93,4%) имели положительный мазок. Инфильтративный ТБ был выявлен у одного (0,5%) больного, кавернозный ТБ – у двух (1%), казеозная пневмония – у трех (1,5%), и цирротический ТБ - у трех (1,5%) больных; туберкуломы наблюдались у 22 (11,2%) больных, фиброзно-кавернозный ТБ был выявлен у 156 (79,6%) больных, и 9 (4,6%) больных имели ТБ плеврит или эмпиему. У 35 (17,9%) больных наблюдались различные дооперационные осложнения основного ТБ процесса (включая легочное кровотечение, кровохарканье, спонтанный пневмоторакс, гидроторакс, плевральную эмпиему, прорыв полости в бронхи).

Пятьдесят один (26%) больной имел тяжелые сердечно-сосудистые, респираторные, желудочно-кишечные или эндокринные сопутствующие патологии и другие инфекционные заболевания. У 4 (2%) пациентов, прооперированных в нетуберкулезных учреждениях, развились послеоперационные осложнения, три человека нуждались в реанимационных мероприятиях.

Учитывая распространенность, осложненное течение ТБ и его тяжелые клинические проявления, подготовка к операции была многогранной. До операции все пациенты получали краткосрочную химиотерапию под непосредственным наблюдением (капреомицин, левофлоксацин, пиразинамид, протионамид, циклосерин, этамбутол и ПАСК); впервые выявленные больные ТБ получали химиотерапию на протяжении 3–4 месяцев, а ранее леченные больные получали лечение до разрешения перифокального воспаления. Для минимизации побочных эффектов и ускорения стабилизации ТБ процесса назначались дополнительные трансфузии физиологического раствора, белкового раствора, различных кровезаменителей. Клиническая и рентгенологическая стабилизация ТБ легких и плевры с прекращением бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты в результате предоперационной подготовки наблюдалась у 157 (80,1%) больных.

Проведенные 248 оперативных вмешательств у 196 больных включали 44 (22,4%) этапные операции: 8 (18,2%) больным была проведена трехэтапная операция, 36 (81,9%) – двухэтапная операция. В 30 случаях были проведены различные атипичные резекционные процедуры: анатомическая резекция в 8 случаях, лобэктомия или билобэктомия в 53 случаях, комбинированная резекция в 30 случаях, пневмонэктомия и экстраплевральная пневмонэктомия в 66 случаях, терапевтическая торакопластика в 17 случаях, отсроченная торакопластика в 19 случаях, трансстернальная окклюзия главного бронха проводилась в трех случаях, трансторакальное удаление культи главного бронха выполнялось в двух случаях, торакомиопластика с использованием широчайшей мышцы спины на сосудистой ножке - в шести случаях, плеврэктомия с декортикацией с или без резекции легкого - в шести случаях, реторакотомия - в семи случаях, и трахеостомия - в одном случае.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 27 пациентов (13,8%): пищеводно-бронхиальный свищ с эмпиемой был выявлен у одного пациента, бронхиальный свищ - у 13 пациентов, остаточная полость без эмпиемы – у одного пациента, образование сгустков крови в плевральной полости - у одного пациента, послеоперационная пневмония – у четырех пациентов, раннее обострение специфического процесса – у трех пациентов, и сердечно-легочная

и дыхательная недостаточность – у четырех пациентов. Хирургические осложнения наблюдались у 16 пациентов, составляя 59,3% от общего числа осложнений, терапевтические осложнения имели место у 11 (40,7%) пациентов. Осложнения после атипичных резекций возникли у двух (7,4%) пациентов, у шести (22,2%) после лобэктомии/билобэктомии, у пяти (18,5%) после комбинированных резекций, у девяти (33,3%) после пневмонэктомии или экстраплевральной пневмонэктомии, у одного (3,7%) пациента после торакопластики, и у одного (3,7%) после трансгемиторальной окклюзии. У 20 пациентов лечение послеоперационных осложнений осуществлялось консервативно или путем повторной операции.

Хорошие клинические исходы в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 186 пациентов (94,9%), включая 65 (97,0%) с локализованным ТБ легких, 113 (94,2%) с генерализованными формами ТБ, 8 (88,9%) с ТБ плевритом. Неблагоприятные исходы оперативного вмешательства наблюдались у 10 пациентов (5,1%): у 4 пациентов после пневмонэктомии или экстраплевральной пневмонэктомии из-за бронхиального свища и плевральной эмпиемы и у 6 пациентов после торакопластики из-за наличия деформированной полости и устойчивого бактериовыделения. Три пациента, перенесшие пневмонэктомию или экстраплевральную пневмонэктомию, умерли в послеоперационном периоде (1,5%). Причины смерти включали: множественную дисфункцию органов как осложнение пищевода-бронхиального свища и эмпиемы в первом случае, прогрессирующую токсическую миопию и аспирационную пневмонию единственного легкого во втором случае и прогрессирующую дыхательную недостаточность на фоне пневмонии единственного легкого в третьем случае. Значимых различий в хирургических исходах в зависимости от схемы химиотерапии не было.

Послеоперационная химиотерапия в рамках программы ДОТС Плюс длительностью 4-8 месяцев назначалась на основании статуса прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты на момент проведения оценки и в послеоперационном периоде, распространенности ТБ процесса и его течения после оперативного вмешательства. После операции пациенты продолжали лечение на интенсивной фазе длительностью 2–4 месяца с последующим лечением на поддерживающей фазе длительностью 2-4 месяца.

Результаты

Радикальные анатомические операции должны быть признаны лучшей тактикой хирургического лечения МЛУ-ТБ легких и плевры.

Наш опыт хирургического лечения показывает, что резекция является чрезвычайно эффективным методом лечения, обеспечивающим 97% показатель излечения при ограниченных, локализованных процессах в легких.

С целью оценки экономической эффективности была рассчитана и проанализирована средняя стоимость до- и послеоперационной химиотерапии и хирургического лечения. Экономическая эффективность лечения при проведении хирургического вмешательства была существенно выше, чем в группе, где хирургического лечения не проводилось.

Важные факторы успеха

Комбинация резекционных процедур с отложенной корректирующей экстраплевральной пневмонэктомией существенно улучшает исходы лечения у пациентов с генерализованным ТБ, включая меньший риск послеоперационных плевро-легочных осложнений.

Обеспечение устойчивости

Для решения проблемы М/ШЛУ-ТБ в Узбекистане хирургические методы лечения были заложены в Государственную программу, утвержденную постановлением Кабинета министров (№. 62) «О дополнительных мерах по снижению заболеваемости ТБ в Узбекистане на 2011-2015 гг.».

Опыт проведения терапевтической торакопластики позволяет нам рекомендовать ее в качестве метода стабилизации ТБ процесса. Раннее хирургическое лечение обеспечивает экономию прямых затрат на химиотерапию.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

Полученные данные показывают, что изучение и рационализация резекционных процедур и торакопластики, в частности выбор наиболее целесообразной процедуры резекции легкого и торакопластики, улучшают их эффективность. Более широкое использование хирургических вмешательств у пациентов с генерализованным МЛУ-ТБ имеет важное научно-практическое и эпидемиологическое значение.

УЗБЕКИСТАН

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ УСКОРЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ТБ

Предпосылки

Несмотря на устойчивую тенденцию по снижению заболеваемости ТБ как в целом в Европейском регионе ВОЗ, так и в Узбекистане в частности, ТБ по-прежнему занимает важное место в повестке дня правительства страны. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация по заболеваемости ТБ, характеризующаяся распространением М/ШЛУ-ТБ, находится под пристальным вниманием правительства. До принятия в марте 2011 г. Кабинетом министров закона № 62 «О дополнительных мерах по снижению заболеваемости ТБ в Узбекистане на 2011–2015 гг.» и утверждения Государственной программы борьбы с ТБ на 2011–2015 гг. диагностика ТБ осуществлялась исключительно методом микроскопии мазка мокроты районными и областными лабораториями и тремя бактериологическими лабораториями, проводящими культуральные исследования, оборудованными пятью системами BBL MGIT и 2 тест-системами Hain, что обеспечивало доступ к ТЛЧ лишь 30% больных ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

Качество микроскопии мазков мокроты было низким, ситуация усугублялась логистическими проблемами, в результате которых происходила контаминация образцов мокроты во время транспортировки. Около 70% больных ТБ не имели доступа к ТЛЧ; все впервые выявленные больные ТБ начинали лечение препаратами первого ряда, а надлежащая схема противотуберкулезной химиотерапии назначалась лишь спустя 2-3 месяца лечения после получения результатов ТЛЧ. До того момента разделение больных не было проводилось, что приводило к высокому риску внутрибольничного инфицирования ЛУ-ТБ.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В марте 2011 г. Кабинет министров утвердил резолюцию №62, предусматривающую совершенствование нормативной базы, оптимизацию структуры и сети учреждений фтизиатрической службы, капитальный ремонт и реконструкцию зданий в соответствии с требованиями стандартов инфекционного контроля, установку современного медицинского оборудования, совершенствование оказания фтизиатрической помощи, подготовку квалифицированных кадров, наращивание сотрудничества и координацию работы государственных и международных организаций, занимающихся вопросами борьбы с ТБ.

Для решения проблем транспортировки образцов и обучения лабораторного персонала за счет средств государственного бюджета были полностью отремонтированы и переоборудованы районные

лаборатории микроскопии и пять межрегиональных бактериологических лабораторий с установкой современного оборудования. Созданная при технической поддержке ВОЗ с участием международных партнеров рабочая группа по лабораторной диагностике подготовила руководство по управлению качеством лабораторных исследований.

На базе пятиуровневой системы лабораторной диагностики была создана общенациональная сеть бактериологических лабораторий.

На первом уровне диагностика ТБ осуществляется центральными микроскопическими лабораториями, расположенными в районных учреждениях здравоохранения и в районных и городских противотуберкулезных диспансерах, из расчета одна лаборатория на 100 000 населения. Эти учреждения оборудованы бинокулярными микроскопами; расходные материалы и реагенты закупаются за счет средств грантов Германского банка развития KfW, проекта HOPE, MSF и Программы по борьбе с ТБ Глобального фонда.

На втором уровне диагностика ТБ осуществляется областными противотуберкулезными диспансерами, которые осуществляют микроскопические исследования и контролируют качество микроскопии мазков мокроты, проводимой лабораториями первого уровня.

На третьем уровне диагностика ТБ осуществляется пятью межрегиональными лабораториями, осуществляющими культуральные исследования, выделение и идентификацию *M. tuberculosis*, а также транспортировку изолятов в национальную референс-лабораторию для постановки ТЛЧ.

На четвертом уровне диагностика ТБ осуществляется в региональном противотуберкулезном диспансере Самаркандской области и Республиканском противотуберкулезном диспансере в Кукусе в Каракалпакистане.

На пятом уровне диагностика ТБ осуществляется в национальной референс-лаборатории Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии.

В настоящее время на первом уровне системы диагностики ТБ имеются 12 тест-систем Xpert MTB/RIF: по две в Самаркандской, Ташкентской и Сурхандарьинской областях и шесть в Ферганской области. На втором уровне системы имеются четыре новых тест-системы Xpert MTB/RIF: по одной в Бухарской, Кашкардарьинской, Хорезмской и Навоийской областях. Тест-системы Hain для быстрой молекулярно-генетической диагностики микобактерий

установлены в региональном противотуберкулезном диспансере в Самарканде. Обе лаборатории 4-го уровня осуществляют микроскопию и бактериологические исследования (посевы, идентификацию *M. tuberculosis*) диагностического материала на всех этапах диагностики и лечения больных с предположительным и/или подтвержденным ТБ, проводят ТЛЧ для определения устойчивости к препаратам как первого, так и второго ряда, а также осуществляют мониторинг качества работы лабораторий второго и третьего уровней. Национальная референс-лаборатория выполняет весь спектр диагностических тестов на ТБ в зависимости от имеющихся ресурсов (микроскопию мазков мокроты, посевы, ТЛЧ, видовую идентификацию *M. tuberculosis*, а также ускоренные генетические методы Hain и G-Xpert), а также выполняет ТЛЧ всех изолятов, доставленных их межрегиональных лабораторий. Пятый уровень лабораторной системы диагностики ТБ сотрудничает с сетью национальных референс-лабораторий и другими международными партнерами, а также участвует во внешнем международном контроле качества диагностических исследований на ТБ. Национальная референс-лаборатория проводит обучение сотрудников лабораторной службы, организует и проводит рабочие семинары, совещания и научные конференции для специалистов службы. Национальная референс-лаборатория отвечает за контроль и мониторинг лабораторной диагностики ТБ на всех уровнях.

Результаты

Создание пятиуровневой бактериологической лабораторной сети с современными инструментами ускоренной диагностики обеспечивает всеобщий доступ населения к диагностике ТБ, включая М/ШЛУ-ТБ. В настоящее время для ускоренной диагностики М/ШЛУ-ТБ в Узбекистане имеются девять систем MGIT, пять тест-систем Hain и 27 устройств Xpert MTB/RIF (три в службе по борьбе со СПИДом), что обеспечивает диагностику более 70% всех случаев ТБ.

Использование пятиуровневой бактериологической лабораторной сети и поставка дополнительного оборудования для ускоренной диагностики МЛУ-ТБ:

- » обеспечивают 100% охват ТЛЧ ранее леченных больных ТБ и более 70% охват ТЛЧ к препаратам первого ряда впервые выявленных больных ТБ;
- » сокращают задержку постановки диагноза, особенно М/ШЛУ-ТБ, что позволяет ранее начинать адекватное, соответствующее действующим стандартам лечение ТБ;
- » существенно улучшили показатель успешного лечения, ускорили прекращение бактериовыделения и сократили распространение инфекции; и

- » улучшили противотуберкулезный инфекционный контроль за счет внедрения практики разделения потоков больных в противотуберкулезных учреждениях.

Важные факторы успеха

В рамках государственной программы разработан Единый приказ «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Республике Узбекистан», представляющий обновленный свод нормативных документов по борьбе с туберкулезом, определяющих законодательную базу и регламентирующих лечебно-диагностическую и профилактическую деятельность противотуберкулезной службы. Разработка Единого приказа стала ключевым фактором обеспечения всеобщего доступа к диагностике М/ШЛУ-ТБ.

Обеспечение устойчивости

Изучив передовой опыт в использовании ограниченных инструментов ускоренной диагностики ТБ, Министерство здравоохранения разработало нормативную базу, предусматривающую:

- » оптимизацию распределения по стране диагностического оборудования, такого как тест-системы GeneXpert, Hain и MGIT, принимая во внимание вопросы транспортировки образцов мокроты, для обеспечения 100% охвата всех повторных случаев ТБ ТЛЧ к препаратам первого ряда и 70% охват всех впервые выявленных случаев;
- » внешнее обеспечение качества в соответствии с международными стандартами во всех лабораториях, проводящих культуральные исследования;
- » использование пересмотренного алгоритма диагностики *M. tuberculosis*, включая М/ШЛУ-ТБ, обеспечивающего быстрое выявление микобактерий и спектра их лекарственной устойчивости, разделение потоков больных в соответствии с требованиями инфекционного контроля и оперативное начало надлежащей терапии;
- » определение приоритетных групп пациентов для тестирования с помощью XpertMTB/RIF; и
- » убеждение всех врачей первичной медико-санитарной помощи строго следовать алгоритму диагностики ТБ с упором на лабораторное исследование образцов мокроты.

Обеспечение всеобщего доступа к диагностике ТБ для больных с положительным мазком, включая пациентов с ЛУ-ТБ, позволит еще более сократить распространение ТБ и М/ШЛУ-ТБ в Узбекистане.

БЕЛАРУСЬ

ВНЕДРЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОННОГО РЕГИСТРА «ТУБЕРКУЛЕЗ»

Предпосылки

Первые шаги по созданию в Беларуси электронного регистра больных ТБ были предприняты в 2006 г. В 2009 г. при поддержке Глобального фонда белорусская ИТ компания разработала модуль для электронной регистрации случаев ЛЧ-ТБ и внедрила его в платформу МИС «Лекарь». Модуль позволяет осуществлять отчетность в соответствии с требованиями к отчетности ВОЗ. Работа была продолжена и в 2012 г., когда был добавлен модуль по МЛУ-ТБ. В 2013 г. был разработан и внедрен лабораторный модуль электронного регистра «Туберкулез», наконец, в 2014 г. появился модуль по лекарственному менеджменту.

Проблема общественного здравоохранения

Укрепление эпиднадзора за ТБ и проведение операционных исследований были невозможны без поименной электронной регистрации всех больных ТБ и данных об их лекарственной чувствительности.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Доступ к электронному регистру осуществляется через специализированный сервер; он имеет более 60 защищенных точек доступа к данным и охватывает все случаи ТБ и МЛУ-ТБ, зарегистрированные в Беларуси.

В 2013 г. при поддержке Глобального фонда был добавлен лабораторный модуль; после его внедрения все ТБ лаборатории были подключены к регистру для ввода результатов ТЛЧ в систему.

Данные регистра используются для анализа индикаторов программы «Туберкулез», данные лабораторного модуля используются для принятия решений консилиумов по МЛУ-ТБ. Регистр используется для формирования отчетности о числе зарегистрированных случаев и спектре лекарственной устойчивости, для отслеживания исходов лечения больных и расчета потребности в лекарственных средствах.

С начала работы регистра в 2009 было зарегистрировано 28 000 случаев ТБ, включая более 10 000 случаев МЛУ-ТБ. Внедренный в 2013 г. лабораторный модуль содержит результаты исследований, проводимых как с целью диагностики, так и контроля лечения для каждого зарегистрированного больного ТБ. База данных используется для проведения операционных исследований, анализа ключевых социодемографических и клинических характеристик больных, эпиднадзора за лекарственной устойчивостью и оценки исходов лечения на всех уровнях. Эти функции обеспечили повы-

шение эффективности противотуберкулезных мер, проводимых в целевых группах. В настоящее время в регистре содержится около 80 переменных по каждому зарегистрированному случаю. Имеется функция поиска больного на национальном уровне, любой файл может быть загружен для дальнейшего анализа с помощью приложений.

Данные регистра используются для анализа ключевых индикаторов программы «Туберкулез», результаты ТЛЧ проверяются во время консилиумов по разбору случаев МЛУ-ТБ. На основе регистра ведется отчетность о числе зарегистрированных больных ТБ и спектрах их лекарственной устойчивости, отслеживаются исходы лечения больных и осуществляется расчет потребности в лекарственных средствах.

Результаты

Электронный регистр делает возможным глубокий анализ эффективности программы на районном, областном и национальном уровне. Результаты анализа позволяют осуществлять целевое планирование мероприятий с целью улучшения качества оказываемой медицинской помощи. Возможен подробный анализ программы «Туберкулез» в соответствии с требованиями ВОЗ. Данные используются для оценки качества работы фтизиатрической службы и являются частью государственной системы статистической отчетности.

Начиная с 2014 г., появилась возможность определять, какие методы ускоренной диагностики ТБ используются, и анализировать время, необходимое для постановки диагноза ТБ и МЛУ-ТБ. В прошлом использование бумажных форм задерживало получение результатов ТЛЧ на срок до 2 недель. В настоящее время, как только проводится исследование и появляются результаты, они незамедлительно становятся доступными лечащему врачу. Все это сократило время от обращения пациента за медицинской помощью до постановки диагноза на 7–8 дней. Все консилиумы также имеют доступ к электронному регистру, который не только содержит статистическую информацию, но и медицинские карты и данные о социальных детерминантах, способных повлиять на ход лечения и приверженность пациента.

Поименный учет повысил точность расчета потребности в противотуберкулезных препаратах и управления запасами в регионе. Внедрение лабораторного компонента регистра и возможность проверки всех результатов лабораторных диагностических исследований расширили использование данных регистра фтизиатрами.

Важные факторы успеха

Важным фактором успеха регистра является возможность автоматического формирования отчетов по индикаторам для предоставления в государственные органы и международные организации.

Обеспечение устойчивости

С 2012 г. государственные статистические отчеты основаны на данных электронного регистра «Туберкулез».

В 2016 г. при финансовой поддержке Глобального фонда будет разработан и внедрен модуль по фармаконадзору. С 2014 г. ведение регистра осуществляется за счет средств местных бюджетов.



БЕЛАРУСЬ

КОГОРТНЫЙ МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИНЕЗОЛИДА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Предпосылки

В 2010–2011 гг. в Беларуси было зафиксировано одно из самых высоких бремя МЛУ-ТБ в мире: 32,3% впервые выявленных и 75,6% ранее леченных больных имели МЛУ-ТБ. Для того, чтобы остановить распространение М/ШЛУ-ТБ, срочно требовались новые противотуберкулезные препараты и технологии. Несмотря на все преимущества комплексных схем химиотерапии ТБ, прием препаратов сопровождается высоким риском развития нежелательных реакций, которые вносят существенный вклад в предотвратимую болезненность, обуславливают неэффективность исходов лечения, ухудшают качество жизни и приводят к летальному исходу. Прием новых компонентов схемы противотуберкулезной терапии требует пристального мониторинга для обеспечения оптимальной эффективности и безопасности препарата и сбора новых, важных данных.

Национальная политика Беларуси в отношении лечения ТБ основана на рекомендациях ВОЗ, с 2005 г. в стране используется стандартизованное руководство. Национальный центр фармаконадзора действует в рамках регуляторного органа - Центра экспертиз и испытаний в здравоохранении. Законодательство по фармаконадзору было принято в 2006 г. и с тех пор непрерывно пересматривается. Национальный центр фармаконадзора укомплектован кадрами, имеет необходимые материально-технические ресурсы и разработанные стандартные операционные процедуры по фармаконадзору, включая управление данными о безопасности, выявление сигналов, их оценку, меры минимизации рисков и коммуникации. При поддержке ВОЗ с 2012 г. активный фармаконадзор используется в программе по ВИЧ, в настоящее время осуществляется мониторинг 620 пациентов с ВИЧ-инфекцией. Ежегодно местными и иностранными организациями по мониторингу безопасности проводится пересмотр профилей безопасности и эффективности более 30 лекарственных средств. Результаты этой работы используются для внесения изменений в инструкции по применению, введения ограничений, отзыва препаратов с рынка, проведения контроля качества, технологических и биофармацевтических исследований и внесения изменений. Начиная с 2015 г., стандарт надлежащей практики фармаконадзора будет прописан в национальном законодательстве, и все производители, работающие на рынке Беларуси, будут обязаны его соблюдать.

Проблема общественного здравоохранения

Внедрение перепрофилированных и новых противотуберкулезных препаратов в схемы интенсивной терапии ЛУ-ТБ, данные о безопасности и эффективности которых ограничены, требует осуществления НПТ дополнительного фармаконадзора с целью оказания пациентам медицинской помощи оптимального качества и надлежащего управления риском.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Когортный мониторинг клинических явлений используется для мониторинга нежелательных реакций. В Беларуси данная процедура обеспечивает сбор новых данных о безопасности и механизме приема под пристальным мониторингом. Когортный мониторинг обеспечивает возможность выявления, оценки, предотвращения, минимизации риска, эффективного использования лекарственных средств, что важно как для отдельных пациентов, так и системы здравоохранения.

Цели плана фармаконадзора за противотуберкулезными препаратами включают:

- » внедрение эффективной системы фармаконадзора в программу борьбы с ТБ, предусматривающей непрерывный мониторинг безопасности и эффективности лечения ТБ для обеспечения безопасности больных; и
- » повышение эффективности и безопасности фармакотерапии больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

Конкретные задачи плана включают:

- » усиление отчетности и укрепление профессиональных навыков специалистов в области фтизиатрии;
- » внедрение эффективной системы раннего предупреждения о проблемах, связанных с использованием противотуберкулезных препаратов и сопутствующих лекарственных средств;
- » поиск подходов для дальнейшей оптимизации ведения больных ТБ, мониторинга и минимизации нежелательных последствий фармакотерапии больных М/ШЛУ-ТБ;
- » содействие безопасному, рациональному, более эффективному использованию противотуберкулезных препаратов;
- » содействие оценке пользы, вреда, эффективности и рисков, связанных с лекарственными препаратами, используемыми для лечения больных М/ШЛУ-ТБ, для обеспечения максимального положительного эффекта лечения; и
- » содействие пониманию, обучению и подготовке по вопросам фармаконадзора и эффективному информированию общественности.

Компоненты проекта включают:

- » создание по приказу Министерства здравоохранения совместной рабочей группы по фармаконадзору в составе представителей Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии и Центра экспертиз и испытаний в здравоохранении;
- » проведение интенсивной программы подготовки специалистов здравоохранения в программе по борьбе с ТБ, посещение дозорных учреждений с последующим проведением программы углубленной подготовки на основе национальных руководств с использованием модулей, охватывающих вопросы выявления нежелательных реакций, верификации и сообщения о НЛР, когортного мониторинга клинических явлений, мониторинга безопасности противотуберкулезных препаратов и схем лечения ТБ и МЛУ-ТБ;
- » подготовительную фазу для получения одобрения комитета по этике, разработку программы когортного мониторинга клинических явлений, форм сбора данных и руководства по когортному мониторингу явлений; и
- » когортный мониторинг клинических явлений при приеме линезолида.

Беларусь разработала комплексный план национального когортного мониторинга явлений, связанных с безопасностью и эффективностью линезолида в комбинированной противотуберкулезной терапии. В августе 2014 г. была проведена оценка пилотного этапа программы, за которым последовала ее реализация во всех дозорных учреждениях, мониторинг которых в настоящее время осуществляется на ежеквартальной основе.

Первые пациенты были взяты в программу в декабре 2014 г.; на сегодня было включено 87 больных М/ШЛУ-ТБ. По предварительным результатам, у 70 (80%) больных было зарегистрировано 215 нежелательных реакций. Были зафиксированы реакции со стороны кровеносной, лимфатической, гепатобиллиарной системы, мочевой, желудочно-кишечной и нервной систем, также наблюдались психические и метаболические реакции, наряду с реакциями со стороны уха и лабиринта. Всего в когорту был включен 341 больной М/ШЛУ-ТБ. Окончательный анализ будет проведен в январе 2017 г. после закрытия когорты.

Критериями включения являются: М/ШЛУ-ТБ, подтвержденный ТЛЧ, показания для назначения линезолида и возраст 25–65 лет. Критерии исключения включают: известную гиперчувствительность к линезолиду, прием ингибиторов моноаминоксидазы, ингибиторов обратного захвата серотонина, трициклических антидепрессантов, агонистов 5-HT₁-рецепторов, бупирона, неконтролируемую артериальную гипертензию, феохромоцитому, гипертириоз и злокачественное новообразование. Медицинские работники используют национальные формы сообщений о лекарственных реакциях в повседневной клинической практике и в интенсивных программах мониторинга для подачи информации о наблюдаемых осложнениях фармакотерапии. После выявления нежелательных реакций в когорте они с начала изучаются и оцениваются на наличие причинно-следственной связи группой специалистов по клинической оценке, созданной для проведения надлежащего отбора пациентов, детальной оценки безопасности и эффективности, а также под-

готовки рекомендаций по управлению риском. Ожидается, что благодаря обучению и последующему использованию когортного мониторинга клинических явлений специалисты здравоохранения будут лучше осведомлены о нежелательных реакциях и будут активно использовать меры минимизации риска и активного фармаконадзора.

Результаты

Благодаря мониторингу нежелательных реакций на новые противотуберкулезные препараты, удалось повысить качество оказания медицинской помощи и укрепить систему фармаконадзора так, что она может использоваться для других заболеваний. Была разработана и встроена в электронный регистр «Туберкулез» функциональная система когортного мониторинга клинических явлений, в рамках которой собираются сообщения о нежелательных реакциях, поступающие со всех дозорных учреждений в Беларуси.

Важные факторы успеха

Создание по приказу Министерства здравоохранения совместной рабочей группы по ТБ и фармаконадзору и государственное финансирование электронного регистра имели важнейшее значение для разработки системы когортного мониторинга клинических явлений.

Обеспечение устойчивости проекта

Международный опыт показывает, что когортный мониторинг – один из самых эффективных инструментов мониторинга и сообщения о нежелательных лекарственных реакциях. Несмотря на необходимость исходных инвестиций и политической приверженности, интеграция компонента по фармаконадзору в электронный регистр «Туберкулез» и совершенствование навыков специалистов в области фтизиатрии, основанных на национальном руководстве по нежелательным лекарственным реакциям, обеспечат устойчивость начатой работы.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

Основные ожидаемые практические результаты проекта включают данные о безопасности и эффективности содержащих линезолид схем лечения ТБ. Ожидается, что проект повысит приверженность больных лечению и будет способствовать оптимизации мониторинга и управления безопасностью больных М/ШЛУ-ТБ. Также повысится уровень профессиональных навыков специалистов, таких как выявление нежелательных побочных явлений, проверка и сообщение данных.

Завершение проекта когортного мониторинга клинических явлений, связанных с приемом линезолида, запланировано на декабрь 2016 г.; в январе 2017 г. будет проведена его оценка, которая послужит основой для выработки мер минимизации риска и рекомендаций о продолжении когортного мониторинга клинических явлений.

В настоящее время готовится проведение когортного мониторинга явлений, связанных с безопасностью и эффективностью применения бедаквилина, осуществляется набор пациентов. Работа по разработке системы будет продолжена и использована для других новых противотуберкулезных препаратов (например, деламанида) с конечной целью проведения когортного мониторинга клинических явлений для всех больных, получающих лечение по поводу ТБ.

Финляндия

СОЗДАНИЕ ОНЛАЙН БАЗЫ ДАННЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Предпосылки

М/ШЛУ-ТБ – редкое заболевание в Финляндии, однако случаи этих форм ТБ наблюдаются по всей стране. Получается, что пациенты обращаются к врачам, которые совсем не обязательно регулярно встречаются с подобными случаями, чтобы обладать современными знаниями о лечении ЛУ-ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

В связи с низкой заболеваемостью ТБ в Финляндии врачи, занимающиеся лечением больных ТБ, не всегда обладают необходимыми знаниями, особенно о лечении ЛУ форм заболевания. Также было необходимо стандартизировать лечение и оказание помощи больным ЛУ-ТБ, с тем чтобы предоставить врачам, занимающимся лечением, последовательную, практическую методическую помощь.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Основанная на веб-технологии база данных противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда была создана под контролем и за счет финансирования Министерства социальных дел и здравоохранения Финляндии. База данных предназначена для использования врачами и медсестрами, занимающимися лечением случаев ТБ, особенно М/ШЛУ-ТБ. Лечащие врачи могут заходить в базу данных в режиме онлайн и выбирать соответствующий препарат, используя основанный на веб-технологии инструмент принятия решений. База данных создает схему мониторинга лечения на всем его протяжении и подсказывает, какие лабораторные исследования должны проводиться еженедельно или ежемесячно, в форме, понятной для пациентов, которые отвечают за прохождение указанных исследований.

База данных также содержит информацию о возможных побочных явлениях и мерах предосторожности, которые должны быть приняты при приеме выбранной схемы химиотерапии. В настоящее время веб-инструмент доступен только на финском языке (at <http://tuberkuloosi.fi/tb-apuri/#/>), но будет переведен на английский с целью возможности его использования в других странах и людьми, не владеющими финским. Доступ к базе данных предоставляется бесплатно как для медицинских работников, так и для физических лиц.

Результаты

Прежде всего от создания данной базы данных выиграют медицинские работники и пациенты. Она служит стандартизованным, доступным для понимания руководством по лечению ТБ, позволяет пациентам принимать участие в процессе лечения и объясняет, как осуществляется контрольное наблюдение при М/ШЛУ-ТБ. Полученные на сегодняшний день отзывы врачей, использующих этот инструмент, свидетельствуют о его пользе для специалистов, которые в своей практике редко сталкиваются со случаями М/ШЛУ-ТБ. База данных предназначена прежде всего для лечения М/ШЛУ-ТБ, однако она может быть настроена для использования в случаях ЛЧ-ТБ.

Обеспечение устойчивости

Проект был признан устойчивым и выполнимым. Он представлен на веб-странице Финской ассоциации по здоровью легких и может быть обновлен по мере поступления новых фактических данных и разработок в области лечения ТБ.

Грузия

Внедрение электронной информационной системы для укрепления эпиднадзора за ТБ

Предпосылки

Несмотря на сохраняющуюся на протяжении последних нескольких лет в Грузии тенденцию уменьшения абсолютного числа случаев ТБ, по расчетам ВОЗ, в 2013 г. заболеваемость ТБ все же составляла 116 на 100 000 населения, поставив страну на четвертое место по уровню заболеваемости среди 53 стран Европейского региона ВОЗ. По данным о регистрации случаев НПТ, в стране в 2014 г. было зарегистрировано 3850 случаев всех форм ТБ (включая пенитенциарный сектор), из них 2807 случаев были выявлены впервые. Высокое бремя МЛУ-ТБ является основной проблемой для НПТ и главным препятствием для осуществления эффективных мер контроля ТБ в стране. Предварительные данные за 2014 г. показали, что распространенность МЛУ-ТБ составляла 11,2% среди впервые выявленных и 38,6% среди ранее леченных больных ТБ. В ответ на эти проблемы в стране была разработана национальная стратегия прекращения распространения ТБ и уменьшения бремени МЛУ- и особенно ШЛУ-ТБ. Эффективное управление и мониторинг принимаемых в Грузии ответных мер были признаны приоритетными направлениями деятельности, включая разработку тщательно продуманной информационной системы управления здравоохранением, имеющей критическое значение для эффективного мониторинга программы и принятия политических решений, основанных на фактических данных.

Проблема общественного здравоохранения

Грузия нуждается в информационной системе управления здравоохранением для предоставления надежных, всеобъемлющих данных в режиме реального времени для поддержки ведения больных ТБ, планирования здравоохранительных мер и распределения ресурсов.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

Правительство Грузии придает приоритетное значение использованию информационной технологии для рационализации систем данных, включая базы данных по ТБ. Проект USAID Грузии по профилактике ТБ отреагировал оказанием помощи с внедрением инновационного диапазона инструментов мобильного здравоохранения, таких как мобильные телефоны, планшеты и основанные на веб-технологии системы обучения для оптимизации коммуникации и обмена информацией, изображениями и данными между специалистами здравоохранения и партнерами, независимо от места их нахождения. После успешного проведения пилотного исследования постановление правительства сделало обязательными электронные учет и отчетность по ТБ, начиная с 1 мая 2015 г.

С целью содействия максимально широкому распространению мобильных услуг здравоохранения, проект профилактики ТБ сотрудничал с проектом укрепления систем здравоохранения USAID по интеграции ТБ компонента информационной системы здравоохранения в национальную систему. Система состоит из компонентов регистрации случаев ТБ, лабораторных результатов, назначения и мониторинга лечения. Все индикаторы и инструменты сбора данных приведены в соответствие с последними стандартами ВОЗ.

ТБ компонент информационной системы позволяет поставщикам медицинских услуг быстро загружать данные по каждому пациенту с предположительным или подтвержденным диагнозом ТБ в национальную систему данных. Доступ к модулю осуществляется с помощью компьютера или мобильных устройств, таких как смартфоны и планшеты. Министерство труда, здравоохранения и социальных дел использует модуль для создания финансовых отчетов, основанных на случаях заболевания, и упрощения ведения счетов и осуществления финансовых операций посредством электронной отчетности в рамках государственной программы борьбы с ТБ.

Так как большинство работников первичной медико-санитарной помощи не имеют компьютеров, но имеют доступ к мобильным телефонам, электронный модуль принимает смс-сообщения о посещении пункта-ДОТС и связывает информацию с компонентом мониторинга ДОТС. Эта система позволяет районным поставщикам медицинских услуг и эпидемиологам в Национальном центре по контролю заболеваний и общественного здоровья отслеживать ДОТС в реальном времени. Эпидемиологи в местных центрах здравоохранения в рамках контракта с Национальным центром по контролю заболеваний и общественного здоровья уполномочены проводить широкое отслеживание контактов и оказывать поддержку больным, не соблюдающим режим лечения, с целью завершения ими всего курса химиотерапии. С этой целью эпидемиологи посещают домовладения и лиц, находившихся в тесном контакте с впервые выявленными больными ТБ, и направляют их в ближайшее противотуберкулезное учреждение. Было разработано специальное приложение для планшета для эпидемиологов для учета посещений и результатов работы; с целью оказания содействия в работе и обеспечения качественных санитарно-просветительной деятельности и консультирования больных все эпидемиологи прошли обучение и получили планшеты. При финансовой поддержке доноров были закуплены ноутбуки, фтизиатры и медсестры были обучены осуществлению динамического наблюдения с предоставлением, если необходимо, помощи на местах.

Совершенствование использования данных для принятия решений

До внедрения электронной системы управления данными о ТБ информация о больных регистрировалась в журналах противотуберкулезных учреждений, раз в квартал данные на бумажных носителях передавались в региональный центр и затем вводились в национальную базу данных. Получалось, что данные о пациентах становились доступными с задержкой как минимум на три месяца. Новый модуль делает возможным электронную регистрацию больных учреждениями, как только предполагается, что они больны ТБ.

Ведение больных

Системы мобильных услуг здравоохранения и информационные системы управления здравоохранением дают поставщикам фтизиатрических услуг доступ к данным о пациенте с момента его направления во фтизиатрическую службу до момента завершения лечения или иного выбывания из системы. Это позволяет медицинским работникам оказывать необходимую поддержку тем больным, которые подвергаются наибольшему риску досрочного прерывания лечения, через встроенную систему мониторинга ДОТС и побочных явлений. Система содержит данные о 2 947 больных ТБ, которые в настоящее время находятся на лечении, при этом данные о ежедневном посещении пунктов-ДОТС доступны в 92% случаев.

Мониторинг оказания социальной помощи

Один из методов повышения приверженности лечению заключается в выдаче денежных поощрений больным, продолжающим прием препаратов, что зачастую помогает удовлетворить их важнейшие потребности, например, в здоровом питании и оплате проезда. Контроль получения социальной помощи больными в сельских областях может быть затруднен, однако информационная система предоставляет данные как для поставщиков медицинских услуг, так и для лиц, определяющих политику, о том, кто получает эти поощрения, и, насколько они эффективны.

Надзор и динамическое наблюдение

Информационная система управления здравоохранением в Грузии позволяет осуществлять мониторинг работы медицинских работников и целевой надзор там, где это необходимо. Можно без труда выявить специалиста по организации ДОТС, который нерегулярно посещает своих пациентов, для более пристального контроля и оказания необходимой помощи. Для осуществления контроля качества приложения на базе Android для эпидемиологов имеют временные метки и геотеги. Можно запросить и проанализировать данные о частоте и длительности консультаций, проводимых с больными с низкой приверженностью лечению, и связать их с данными о посещениях пунктов-ДОТС для оценки эффективности просветительской деятельности.

Результаты

Информационная система управления здравоохранением позволяет специалистам здравоохранения собирать и анализировать данные с целью взвешенного планирования национальной программы и принятия политических решений. Поступающие в реальном вре-

мени данные позволяют эпидемиологам, поставщикам медицинских услуг и лицам, определяющим политику, оперативно распределять ресурсы, в то время как традиционные методы сбора данных приводили к задержке выделения ресурсов. Кроме того, лица, определяющие политику, могут подготовить эффективные стратегии коммуникации, направленные непосредственно на группы высокого риска. Модуль также используется для управления схемами денежных поощрений для формирования приверженности лечению. Правительство все больше осознает важность программы денежных поощрений для больных МЛУ-ТБ и обязалось расширить программу предоставления денежных стимулов этой категории больных: 225 больным в 2016 г., 300 больным в 2017 г. и 375 больным (около 75% общей потребности) в 2018 г. Данная практика является относительно новой, и еще слишком рано говорить об исходах лечения больных, однако она уже доказала свою эффективность и была хорошо принята бенефициарами.

Важные факторы успеха

Высокий уровень политической приверженности, поддержка доноров и участие частного сектора сыграли важнейшую роль в обеспечении общенационального использования нового информационного модуля по ТБ.

Модуль является единой, неотъемлемой частью общей информационной системы. Пользователи модуля принимали участие в этапе его разработки, что позволило учесть их потребности и требования на каждом этапе. Интерфейс последователен и прост в работе даже для неопытных пользователей. Быстро реагирующая группа специалистов по внедрению модуля, непрерывное обучение, техническая помощь и поддержка высшего руководства обеспечили активное участие в работе врачей, медсестер и эпидемиологов.

Обеспечение устойчивости

Благодаря политической воле, сотрудничеству многих заинтересованных сторон и преодолению исходных барьеров, таких как низкая компьютерная грамотность и отсутствие доступа к интернету удалось обеспечить устойчивость системы. Министерство труда, здравоохранения и социальных дел выразило готовность взять на себя программную поддержку системы, включая ТБ модуль, и выделять государственное финансирование для бесперебойной работы системы.

Потенциал для расширения проекта и области будущего развития

Планируется дальнейшее укрепление национальной информационной системы по ТБ за счет интеграции диагностических и лабораторных данных, включая результаты тестов Xpert MTB/RIF; модули данных о совместных мерах в отношении ТБ и ВИЧ-инфекции и лекарственному менеджменту (включая информацию о нежелательных реакциях и фармаконадзор) будут включены к концу 2016 г. Интеграция компонента по показателям оказания медицинской помощи (таким как индикаторы госпитальной деятельности, данным по расследованию контактов и задержкам в оказании помощи) и ссылок на расходы будет завершена к концу 2018 г.



ТАДЖИКИСТАН

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ ЗА СЧЕТ СКРИНИНГА И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ

Предпосылки

По данным Доклада ВОЗ о глобальной борьбе с ТБ за 2011 г., Таджикистан имеет высокое бремя ТБ и показатель выявления случаев лишь на уровне 47% (6000–8000 больных в год). Отмечаются очень высокие уровни М/ШЛУ-ТБ, по данным исследования лекарственной устойчивости, 12,5% впервые выявленных и 53,6% ранее леченных больных имеют МЛУ-ТБ. В свете этих данных важное значение имеет внедрение новых подходов к диагностике, обеспечивающих ускоренное выявление лекарственно устойчивых форм ТБ.

Проблема общественного здравоохранения

В последнее время в Таджикистане отмечается рост распространенности диабета, несмотря на это показатель выявления случаев ТБ в этой группе риска оставался низким. Бывшие заключенные также составляют группу риска поздней диагностики ТБ и низкой приверженности лечению.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В рамках проекта TB REACH/партнерства «Остановить ТБ» «Инновационные подходы к совершенствованию системы регистрации случаев за счет массового скрининга и использования тестов Хрет МТВ/RIF» было проведено исследование в трех пилотных регионах страны: в Душанбе - столице Республики, Турсунзадевском и Рудакинском районах, охватывающее население свыше 1 миллиона человек. Цели исследования заключались в активизации выявления случаев, улучшении отчетности и проведении правильного, полного лечения ТБ в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Пилотный проект в Душанбе предусматривал проведения скрининга в двух группах высокого риска: среди пациентов, посещающих центры лечения диабета и заключенных в СИЗО.

Цели заключались в совершенствовании системы выявления случаев и удержания больных за счет скрининга в поликлиниках, улучшении выявления случаев в группах высокого риска за счет скрининга, предоставления поощрений за более высокие показатели выявления и удержания пациентов и в проведении массовых информационных кампаний.

С целью улучшения выявления случаев в 17 многопрофильных поликлиниках была внедрена практика активного выявления: в 14 в Душанбе, в 2 в Турсунзаде и одной в Рудаки. В каждом учреждении проведением скрининга занимались по два человека. В соответствии с протоколом активного выявления был разработан мобильный скрининг-опросник на основе телефонной технологии для выявле-

ния предположительных случаев ТБ на основании таких симптомов, как кашель на протяжении свыше двух недель, субфебрилитет, примесь крови в мокроте, потеря веса и ночное потоотделение; в ходе опроса также собиралась общая информация о пациенте, такая как возраст и пол. Опросник был установлен на смартфоны, предоставленные в рамках проекта, и использовался медицинскими работниками и немедицинским персоналом для скрининга людей, обращающихся в медучреждения. Заполненные анкеты помогают выявить людей с предположительным диагнозом ТБ, информация о возможных случаях заболевания переносится в базу данных. Шестьдесят медсестер и немедицинских сотрудников прошли обучение и получили денежные поощрения за проведение скрининга.

Совещания с участием семейных врачей помогли повысить уровень их осведомленности о ТБ, в настоящее время на семейные врачи направляют пациентов с симптомами, характерными для ТБ, на исследование мокроты. Ранее возможности врачей ограничивались назначением антибиотиков широкого спектра действия.

С целью оказания помощи больным в прохождении полного курса лечения НПТ привлекла несколько НПО, занимающихся проблемой ТБ/ВИЧ у мигрантов и в других уязвимых группах. НПО отобрали 20 добровольцев, посетивших 3-дневные курсы, организованные НПТ по таким темам, как обзор эпидемиологической ситуации, общая информация о ТБ, навыки общения, пути передачи ТБ и борьба со стигмой и дискриминацией. В настоящее время добровольцы занимаются ежедневным проведением контролируемого лечения.

Массовая информационная кампания, проведенная НПТ и НПО, включая информационные объявления по ТВ и радио, рассказы-вающие о признаках и симптомах ТБ, и использование плакатов в различных уголках города, призывающих людей, страдающих продуктивным кашлем в течение более двух недель, пройти бесплатное обследование в поликлинике. Информационные материалы также затрагивали проблему стигмы, связанной с ТБ.

Результаты

За один год более 870 000 человек прошли устный скрининг, в результате которого было выявлено 10 296 предположительных случаев и 1 975 случаев всех форм ТБ. Из более чем 1400 выявленных больных с положительным мазком и посевом 353 (25%) имели устойчивость к рифампицину; 91% этих больных сразу было начато лечение МЛУ-ТБ до получения результатов посевов и последующей коррекции индивидуальной схемы химиотерапии. Благодаря скринингу и тестированию число больных МЛУ-ТБ, взятых на лечение, выросло на 77%, по сравнению с предыдущим годом.

Благодаря использованию теста Xpert MTB/RIF многие случаи были подтверждены бактериологическими методами. За исходный период в среднем 68% всех впервые выявленных случаев составляли пациенты с отрицательным мазком и внелегочным ТБ. Во время осуществления проекта процент случаев внелегочного ТБ составлял 45%, что соответствует его снижению на 23%.

Показатель успешного лечения впервые выявленных больных с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией мазка мокроты, за период с августа 2013 по март 2014 г. составлял 87%. Из 1400 впервые выявленных больных с положительным мазком 775 были вылечены, 237 завершили лечение, 21 человек прервал лечение, 10 умерли во время лечения, оставшиеся больные еще продолжают лечение.

Раннее выявление случаев, оперативное начало лечения М/ШЛУ-ТБ, уменьшение числа, потерянных для дальнейшего наблюдения больных и укрепление практики DOTS повысили эффективность лечения.

Важные факторы успеха

Особое значение имело проведение совещаний с Министерством здравоохранения с целью заручиться его поддержкой проекта.

Сотрудники министерства здравоохранения были проинформированы о том, что увеличение числа случаев ТБ может быть результатом более эффективного выявления случаев, а не признаком ухудшения эпидемической ситуации; это позволило избежать недопонимания или критики со стороны Министерства. Регулярный мониторинг учреждений-участников проекта помог улучшить все аспекты его реализации.

Обеспечение устойчивости

В ходе второго года реализации проекта НПТ расширила подход, включив пять дополнительных районов в Согдийской области, и совместно с KNCV приступила к реализации инновационных программ еще в 11 районах Хатлонской области. Следующим шагом в обеспечении устойчивости проекта будет наращивание его потенциала за счет включения новых подходов к активному выявлению и оказанию поддержки для повышения приверженности в концептуальную записку в Глобальный фонд на период 2016–2017 гг.

Возможность расширения проекта и области будущего развития

Следующим шагом будет обсуждение перевода проекта на государственную поддержку.



СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ СЛУЖБА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ БРИТАНСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА

Предпосылки

В Соединенном Королевстве ежегодно диагностируется около 80 случаев МЛУ-ТБ. Большинство больных проживают в Лондоне, однако небольшое число случаев заболевания регистрируется по всей стране. Отдельные практикующие врачи редко сталкиваются с более чем несколькими случаями заболевания в год; и ведение этих случаев основано на личном опыте и ресурсах специалиста, а также возможности получения рекомендаций коллег.

Проблема общественного здравоохранения

В условиях ограниченного опыта работы врачей с этой группой больных требовалась система, способная оказывать методическую помощь специалистам в ведении случаев ТБ и МЛУ-ТБ в соответствии с современными подходами.

Надлежащая практика в области укрепления системы здравоохранения с целью совершенствования профилактики и лечения М/ШЛУ-ТБ

В 2008 г. профессор Peter Davis в Ливерпуле через систему на основе веб-технологии организовал национальную консультативную службу для всех больных МЛУ-ТБ в Соединенном Королевстве. В 2011 г. эта служба перешла в ведомство Британского торакального общества. Цель этой службы заключается в том, чтобы сделать получение научно обоснованные экспертных советов и рекомендации доступным для всех пациентов с диагнозом МЛУ-ТБ в Соединенном Королевстве.

Служба объединила группу экспертов по всему графству с целью консультирования на индивидуальной основе. Экспертная группа включает специалистов по ведению случаев МЛУ-ТБ разных медицинских специальностей, включая респираторную медицину, инфекционные заболевания, ВИЧ, фармакологию, педиатрию, общественное здоровье, микробиологию и торакальную хирургию.

При выявлении случая МЛУ-ТБ на основании результата исследования мокроты, лаборатория, проводившая исследование, извещает лечащего врача, который регистрирует больного в консультативной службе. Врачи могут зарегистрировать случай подтвержденного или предполагаемого МЛУ-ТБ самостоятельно. Основанная на веб-технологии система содержит анонимную информацию о больном, включая спектр его лекарственной чувствительности и назна-

ченную схему лечения. Также можно загружать изображения и снимки. Врач, регистрирующий случай, может задавать интересные его вопросы, при этом экспертам группы отправляется оповещение о заданных вопросах. Администратор следит за работой форума и за тем, чтобы на каждый вопрос был дан ответ ответственным специалистом.

Ведение больного контролируется за счет напоминаний со стороны администратора, исходы лечения изучаются и анализируются через определенные промежутки времени. Система дает лечащим врачам возможность делиться информацией о ходе лечения своих пациентов.

Результаты

Благодаря рекомендациям консультативной группы вносились изменения в назначения ПТП (в случаях, когда назначались неправильные препараты), в практику и процедуры изоляции больных и проведения скрининга, кроме того, были отменены неправильные комбинации препаратов. Опрос пользователей показал высокий уровень удовлетворения работой службы. Многие пользователи высоко оценили качество полученных рекомендаций.

Работа службы также ускорила одобрение новых препаратов для лечения МЛУ-ТБ. Служба помогла наладить более эффективное сотрудничество между специалистами по МЛУ-ТБ и практикующими специалистами во всем Соединенном Королевстве. Британское торакальное общество подготовило монографии по наиболее часто используемым для лечения МЛУ-ТБ препаратам. Консультативная служба является частью механизма одобрения надлежащего использования новых, дорогостоящих препаратов для лечения МЛУ-ТБ.

Обеспечение устойчивости

В настоящее время работа консультативной службы по МЛУ-ТБ финансируется Британским торакальным обществом, способным оплатить лишь работу одного администратора 4 часа в неделю. Для дальнейшего развития службы, возможности ввода большего объема данных и включения интерактивных фармакопейных статей о лекарственных средствах и функций регистра необходимы дополнительные инвестиции. Необходимо рассмотреть возможность непрерывного центрального финансирования службы как неотъемлемой части национальной стратегии.



Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия	Исландия	Сан-Марино
Азербайджан	Испания	Сербия
Албания	Италия	Словакия
Андорра	Казахстан	Словения
Армения	Кипр	Соединенное Королевство
Беларусь	Кыргызстан	Таджикистан
Бельгия	Латвия	Туркменистан
Болгария	Литва	Турция
Босния и Герцеговина	Люксембург	Узбекистан
Бывшая югославская Республика Македония	Мальта	Украина
Венгрия	Монако	Финляндия
Германия	Нидерланды	Франция
Греция	Норвегия	Хорватия
Грузия	Польша	Черногория
Дания	Португалия	Чешская Республика
Израиль	Республика Молдова	Швейцария
Ирландия	Российская Федерация	Швеция
	Румыния	Эстония

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int



9 789289 051422 >