



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Редактор: Масуд Дара
Огтай Гезалов
Орхан Джавадлы
Нонна Тарусбекова

Оценка профилактики и борьбы с туберкулезом и противотуберкулезной помощи в Азербайджане

11–17 апреля 2012 г.

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права сохраняются. Данный информационный материал предназначен лишь для ограниченной аудитории. Его нельзя рецензировать, реферировать, цитировать, воспроизводить, передавать, распространять, переводить или адаптировать частично или полностью ни в какой форме или каким бы то ни было образом.

Авторы-составители

Масуд Дара (Masoud Dara)

Огтай Гезалов (Ogtay Gozalov)

Кай Блендал (Kai Blondal)

Джавахир Сулейманова (Javahir Suleymanova)

Нестани Туквадзе (Nestani Tukvadze)

Нонна Турусбекова (Nonna Turusbekova)

Ирина Ерамова (Irina Eramova)

Алейн Дису (Alain Disu)

Уча Нанава (Ucha Nanava)

Сьюзан Адолф (Susan Adolph)

Екатерина Курбатова (Ekaterina Kurbatova)

Верико Мирцхулава (Veriko Mirtskhulava)

Орхан Джавадлы (Orkhan Javadli)

Севим Ахмедов (Sevim Ahmedov)

Бхавна Пател (Bhavna Patel)

Саманта Хаффман (Samantha Huffman)

Редакторы

Масуд Дара (Masoud Dara)

Огтай Гезалов (Ogtay Gozalov)

Орхан Джавадлы (Orkhan Javadli)

Нонна Турусбекова (Nonna Turusbekova)

Содержание

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
ПОЛНЫЙ СПИСОК РЕКОМЕНДАЦИЙ	13
1. СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКИ И КОНТРОЛЯ	25
2. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ	27
3. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	59
4. ИНФОРМАЦИЯ.....	65
5. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОДУКЦИЯ, ВАКЦИНЫ, ТЕХНОЛОГИИ.....	73
6. ФИНАНСИРОВАНИЕ	79
7. РУКОВОДСТВО И УПРАВЛЕНИЕ	83
Приложение I. Противотуберкулезный инфекционный контроль в учреждениях, оценка риска	93
Приложение II. Работа Национальной референс-лаборатории в г. Баку.....	105
Приложение III. Показатели контаминации на BACTEC MGIT и среде Левенштейна–Йенсена	106
Приложение IV. Список противотуберкулезных препаратов первого ряда (не GDF), второго ряда, БЦЖ и туберкулина, которые в настоящее время используются в сети противотуберкулезных учреждений Азербайджанской Республики	108
Приложение V. Таможенное оформление противотуберкулезных препаратов первого ряда, закупленных ЦИС.....	110
Приложение VI. Распределение противотуберкулезных препаратов первого ряда	111
Приложение VII. Организации гражданского общества, участвующие в программе борьбы с ТБ в Азербайджане	112
Приложение VIII. Список национальных участников обзора.....	118
Приложение IX. Программа визита	120
Приложение X. Члены группы миссии внешней оценки.....	126
Приложение XI. Рабочие визиты	127
Приложение XII. Библиография	149

Выражение благодарности

Министерство здравоохранения заслуживает высокой оценки за возобновленную приверженность профилактике и борьбе с ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Авторы отчета выражают благодарность директору Национальной программы борьбы с ТБ, директору и сотрудникам Национального научно-исследовательского института легочных заболеваний, главным врачам и медработникам в посещенных территориях. Всесторонний обзор мероприятий по профилактике, контролю ТБ и противотуберкулезной помощи можно было сделать лишь в сотрудничестве с ними.

Особая признательность выражается Министерству юстиции за прозрачность работы и сотрудничество.

Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы поблагодарить национальных и международных партнеров и особенно Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Список сокращений

АИВСМ	адвокация, информационное взаимодействие и социальная мобилизация
АМР	Агентство США по международному развитию (USAID)
АР	Азербайджанская Республика
АРВ	антиретровирусный (препарат)
АРТ	антиретровирусная терапия
БББ	бокс биологической безопасности
БЦЖ	бацилла Кальметта–Герена (вакцина против туберкулеза)
ВБ	Всемирный банк
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГЛИ	Глобальная лабораторная инициатива Партнерства «Остановить ТБ»
ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДИ	доверительный интервал
ИК	инфекционный контроль
ИЛУ	изучение лекарственной устойчивости
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
КЗС	Комитет зеленого света
КПФД	комбинированные препараты с фиксированными дозами
КУМ	кислотоустойчивые микобактерии
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИД
Л–Й	среда Левенштейна–Йенсена
ЛТБИ	латентная туберкулезная инфекция
ЛУ	лекарственная устойчивость
ЛУ-ТБ	лекарственно-устойчивый туберкулез
МЗ	Министерство здравоохранения
МККК	Международный комитет Красного Креста
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

МНН	международное непатентованное название
МЮ	Министерство юстиции
НИИЛЗ	Научно-исследовательский институт легочных заболеваний АР
ННРЛ	наднациональная референс-лаборатория
НПД	национальный план действий
НПО	неправительственная организация
НПС	Национальная программа по СПИДу
НПТ	Национальная программа борьбы с туберкулезом
НРЛ	национальная референс-лаборатория
ОГО	организация гражданского общества
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ОК	обеспечение качества
ОРП	отдел реализации проекта
ПВР	препараты второго ряда
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПЛИ	профилактическое лечение изониазидом
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПМСС	первичная медико-санитарная служба
ПМФ	Переходный механизм финансирования (Глобального фонда)
ППД	сухой туберкулин, очищенный от белков среды
ППР	препараты первого ряда
РКР	развитие кадровых ресурсов
СЛУСС	специализированное лечебное учреждение для лиц, содержащихся под стражей
СЭС	санитарно-эпидемиологическая станция
ТБ	туберкулез
ТКП	туберкулиновая кожная проба
ТЛЧ	тестирование лекарственной чувствительности
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ЦАС	Центральный аптечный склад
ЦАЭ	Центр аналитической экспертизы

ЦИС	Центр инноваций и снабжения Министерства здравоохранения Азербайджана
ЦГЭ	центры гигиены и эпидемиологии
ЦОЗИР	Центр общественного здравоохранения и реформ Министерства здравоохранения Азербайджана
ЦПБ	Центральная пенитенциарная больница
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
УФ	ультрафиолетовый
ШЛУ-ТБ	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
ЮНИТЭЙД	Международный механизм закупки лекарств
DOT	терапия под непосредственным наблюдением
DOTS	рекомендованная на международном уровне стратегия борьбы с туберкулезом
EIDSS	электронная интегрированная система надзора за заболеванием
ЕМЕА	Европейское агентство по контролю за оборотом лекарственных средств
EPOS	консалтинговая компания EPOS Health Management, Германия
FELTP	Программа обучения по полевой эпидемиологии и лабораторной работе
GDF	Глобальная система по обеспечению лекарственными средствами для лечения туберкулеза
FIND	Фонд для инновационных и новых диагностических средств, некоммерческая организация, Женева, Швейцария
GF	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
GOPA	Международная консалтинговая компания GOPA-Consultants, Германия
GTZ	Германское агентство по международному сотрудничеству
IRB	институциональный наблюдательный совет
ISO	Международная организация стандартизации
KfW	Банк кредитования и развития Германии
LPA	метод молекулярной гибридизации с типоспецифичными зондами
MGIT	пробирка с индикатором роста микобактерий
MRA	органы контроля и регулирования работы с лекарственными средствами
TBTEAM	Механизм технической помощи в борьбе с туберкулезом
Xpert MTB/RIF	автоматизированный молекулярный тест на наличие микобактерий <i>Mycobacterium tuberculosis</i> и рифампициновой устойчивости

Аббревиатуры противотуберкулезных препаратов

Am	амикацин
Amx/Clv	амоксциллин/клавуланат
Cfx	ципрофлоксацин
Cfz	клоfazимин
Clr	klarитромицин
Cm	капреомицин
Cs	циклосерин
E	этамбутол
Eto	этионамид
Gfx	гатифлоксацин
H	изониазид
Km	канамицин
Lfx	левофлоксацин
Lzd	линезолид
Mfx	моксифлоксацин
Ofx	офлоксацин
PAS	ПАСК, парааминосалициловая кислота
Pto	протионамид
R	рифампицин
RMP	рифампин
S	стрептомицин
Z	пиразинамид

Исполнительное резюме

Основные данные

- Азербайджан – одна из стран высокого приоритета по ТБ в Европейском регионе ВОЗ. Расчетное число новых случаев ТБ в стране составляет 10 000 (8300–12 000) (110 на 100 000 населения), ежегодно возникает 2050 (1780–2300) случаев М/ШЛУ-ТБ. Всего в 2010 г. было зарегистрировано 6390 новых случаев и рецидивов (показатель регистрации: 69,5 на 100 000). Показатель регистрации новых случаев и рецидивов неуклонно увеличивался с 59,8 на 100 000 населения в 2001 г. до 69,5 на 100 000 населения в 2010 г., что свидетельствует о повышении качества выявления случаев и их регистрации.
- Всего в 2010 г. было зарегистрировано 584 случаев М/ШЛУ-ТБ (492 в гражданском секторе и 92 в пенитенциарной системе). В 2011 г. улучшилась доступность диагностики М/ШЛУ-ТБ, в результате было диагностировано 811 больных с М/ШЛУ-ТБ (724 в гражданском секторе и 87 в пенитенциарной системе) с расчетным 100%-ным охватом в пенитенциарной системе и 60%-ным охватом в службах гражданского сектора.
- Следуя рекомендациям ВОЗ, Азербайджан заметно повысил уровень Национальной программы борьбы с ТБ со времени предшествующих визитов оценочной миссии в страну.
- В стране существует закон о ТБ, который в настоящее время пересматривается национальными и международными экспертами.
- В пенитенциарной системе функционирует отлаженная программа борьбы с ТБ, позволяющая проводить полномасштабную диагностику, качественное лечение и своевременно оказывать помощь больным.
- Неправительственные организации (НПО) и другие партнеры плодотворно участвуют в мероприятиях по профилактике и контролю ТБ, особенно в пенитенциарной системе.
- Диагностика и лечение ТБ и М/ШЛУ-ТБ проводятся главным образом в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Однако национальные руководства не полностью согласуются с последними международными рекомендациями.
- Национальный бюджет, выделяемый для борьбы с ТБ, неуклонно растет.
- При финансовой поддержке ГФ с 2007 г. началось лечение случаев М/ШЛУ-ТБ в соответствии с международными рекомендациями; на момент текущей оценки в программу лечения были включены 1332 больных М/ШЛУ-ТБ (880 в гражданском секторе и 452 в пенитенциарном секторе).
- С 2011 г. препараты первого ряда (ППР) для гражданского сектора закупаются централизованно Министерством здравоохранения (МЗ) при государственном финансировании. Препараты первого ряда для пенитенциарного сектора все еще закупаются Министерством юстиции (МЮ) на средства гранта 9 раунда Глобального фонда. С 2013 г. препараты первого ряда будут приобретаться непосредственно Министерством юстиции.
- За последние годы значительно усовершенствованы меры инфекционного контроля.
- Мероприятия по борьбе с М/ШЛУ-ТБ интегрированы с деятельностью первичной медико-санитарной службы, но также требуют дальнейшего совершенствования путем приближения услуг непосредственно к пациентам.

Основные трудности

- Диагностика М/ШЛУ-ТБ (Xpert MTB/RIF) проводится в НРЛ и в пенитенциарной системе, однако в обычном порядке в большинстве районов страны она недоступна. Внедрение Xpert MTB/RIF для выявления *M. tuberculosis* и устойчивости к рифампицину предполагается, но пока еще не реализовано. Хотя ГФ в настоящее время финансирует лечение когорты больных МЛУ-ТБ, четкий план обеспечения всеобщего охвата лечением больных в гражданском секторе отсутствует.
- В финансировании комплексных услуг для больных ТБ и МЛУ-ТБ имеются серьезные бреши. Расхождение между существующим диагностическим потенциалом в гражданском секторе и возможностями лечения М/ШЛУ-ТБ значительное – 55,6%. В 2011 г. всего было диагностировано 900 больных М/ШЛУ-ТБ, лечение которых финансировалось из средств 7 раунда Глобального фонда.
- Использование схем поощрений и стимулов ограничивается только больными М/ШЛУ-ТБ, в то время как лекарственно-чувствительные больные также нуждаются в поддержке для лучшего соблюдения требований лечения. Социальная поддержка больных не стандартизирована и в значительной степени зависит от наличия средств Глобального фонда.
- Отсутствует паллиативный уход.
- За пределами обращения к механизму переходного финансирования Глобального фонда после 2013 г. объемы внешнего финансирования для поддержки программ борьбы с ТБ будут невелики. АМР планирует постепенно сокращать техническую помощь в здравоохранении в 2013 г.
- Реализация системы DOT и интеграция противотуберкулезных услуг со службами первичной медико-санитарной помощи оказываются весьма слабыми.
- Амбулаторные услуги для больных, чувствительных к лекарствам, и больных с М/ШЛУ-ТБ представляются двумя различными структурами с разным персоналом и подразделениями. Даже в тех случаях, когда лечебный процесс координируется фтизиатром, фактическое наблюдение за лечением часто поручается медсестрам. Разрозненность предоставляемых услуг ведет к отсутствию согласованной практики лечения и протоколов. Кроме этого, лечение под непосредственным наблюдением при использовании подхода, ориентированного на пациентов, проводится главным образом в случае с лекарственно-устойчивым, а не с лекарственно-чувствительным ТБ.
- Несмотря на наличие рабочей группы и процесса оценки, используемого для разработки и утверждения новых протоколов, некоторые протоколы получили одобрение без соответствия международным стандартам, определенным ВОЗ.
- Нет четких и последовательных критериев госпитализации и выписки больных ТБ из стационара.
- Пероральные препараты первого ряда, закупаемые на государственные средства, являются некомбинированными и нефасованными, что потенциально может повысить риск устойчивости к препаратам первого ряда в стране.
- Такие препараты, как стрептомицин (S), изониазид (H) и этамбутол (E), не прошли предквалификацию ВОЗ.
- При оценке кадровых ресурсов не было отмечено нехватки фтизиатров и врачей-специалистов, однако имеющиеся сотрудники приближаются к пенсионному возрасту и/или обучены оказывать узкоспециализированную помощь и несведущи в первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, отсутствует достаточный опыт в области операционных исследований. Совершенствование практических навыков сотрудников проводится нерегулярно, поэтому некоторые специалисты применяют неверные схемы лечения и не следуют полным диагностическим протоколам.
- Отмечается недостаточный сбор данных и неполное их использование для ведения пациентов на уровне учреждений.

- В списке больных МЛУ-ТБ, ожидающих лечения, насчитывается 200 человек; в то же время 300 больных ни разу не были представлены на рассмотрение комиссии по включению в программу лечения М/ШЛУ-ТБ.
- Руководства санитарно-эпидемиологической службы (СЭС) по инфекционному контролю не были обновлены в соответствии с международными рекомендациями. Существуют практики дезинфицирования поверхностей в домах пациентов, что способствует стигме и дискриминации.
- Продолжительность и масштабы госпитализации соответствуют потребностям стационаров, но не потребностям пациентов и соображениям инфекционного контроля.

Основные рекомендации

1. Разработать, подкрепить бюджетом и утвердить Национальный план действий в отношении МЛУ-ТБ, основанный на Комплексном плане действий по профилактике и борьбе с МЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг., для достижения всеобщего доступа к услугам профилактики, диагностики и лечения МЛУ-ТБ.
2. К концу 2012 г. начать наблюдение за лекарственной устойчивостью.
3. Разработать план финансирования противотуберкулезных мероприятий на 2013 г. и далее для обеспечения надлежащих поставок качественных противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда, а также для расширения социальной поддержки, предоставления поощрений и стимулов для больных ТБ, отвечающих установленным критериям.
4. Без промедлений внедрять и расширять проведение молекулярной диагностики ТБ и МЛУ-ТБ в лабораториях промежуточного и периферийного уровня.
5. Вследствие высоких показателей М/ШЛУ-ТБ среди новых и ранее леченных случаев обеспечить тестирование всех больных ТБ на наличие М/ШЛУ-ТБ.
6. Гарантировать соответствие руководств по ТБ международным рекомендациям, пересмотрев существующие руководства по выявлению и профилактике ТБ таким образом, чтобы они согласовывались с международными стандартами, основанными на анализе ВОЗ.
7. Совершенствовать амбулаторную помощь таким образом, чтобы услуги были приближены к самим больным согласно подходам, ориентированным на пациента. Программа должна способствовать поддержке, консультированию пациентов и оказанию им помощи для лучшего соблюдения ими требований лечения при лекарственно-чувствительном и лекарственно-устойчивом ТБ.
8. Министерству юстиции необходимо модернизировать существующий учебный центр в пенитенциарной системе, подняв его до уровня сотрудничающего центра ВОЗ.
9. Привести к рациональному количеству стационарные койки и повысить уровень инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения, обновив клинические, социальные и жизненные критерии для определения потребностей в стационарной помощи и сроков выписки из стационара.
10. Привести в соответствие с современными стандартами критерии госпитализации и выписки из стационара для всех больных ТБ. Расширить участие организаций гражданского общества и совершенствовать преемственность в оказании помощи больным (перевод освобожденных больных из пенитенциарного в гражданский сектор) по всей стране.
11. Проводить своевременную и точную диагностику активного заболевания и латентной ТБ инфекции для ЛЖВС в службах ВИЧ.
12. Начинать раннее лечение антиретровирусными препаратами больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ и проводить профилактическое лечение изониазидом у людей, живущих с ВИЧ.

Полный список рекомендаций

Составные элементы системы здравоохранения	Область деятельности	Действия	Сроки	Ответственные
Руководство	Управление	Разработать и подать на рассмотрение в Министерство здравоохранения План действия для достижения всеобщего доступа к услугам профилактики, диагностики и лечения МЛУ-ТБ	Конец 2012	НПТ
		Обеспечивать всех больных препаратами первого и второго ряда	Янв. 2013	МЗ/НПТ
		Установить механизм сотрудничества служб ТБ/ВИЧ на национальном и региональном уровнях.	Дек. 2012	МЗ
		Укрепить систему обратной связи и совместного использования отчетов о кураторских визитах и посещения региональных координаторов на местном уровне и на уровне учреждений.	Дек. 2012	НПТ/МЗ
		До утверждения протоколов предоставить проект руководства на рассмотрение ВОЗ и КЭС/Европа для согласования разрабатываемых протоколов лечения для взрослых и детей с последними рекомендациями ВОЗ.	Дек. 2012	МЗ/НПТ
		Предоставить национальные руководства по выявлению и профилактике ТБ, а также будущие руководства, имеющие отношения к ТБ, на рассмотрение в ВОЗ.	Дек. 2012	МЗ/НПТ
Руководство	АИВСМ	Учредить должность контактного лица по АИВСМ при НПТ для наблюдения за реализацией и оценкой стратегии АИВСМ и ежегодного плана с бюджетом и ожидаемыми результатами.	Сент. 2012	НПТ
		Содействовать в организации групп поддержки больных как часть комплексного подхода к противотуберкулезной помощи, ориентированной на пациентов.	Дек. 2012	ЦОЗиР
		Продвигать использование Хартии пациентов по оказанию противотуберкулезной помощи с целью придания особого значения правам и обязанностям пациентов.	Дек. 2012	НПТ/МЗ и ОГО

Руководство	Операционные исследования	Учредить консультационный комитет/рабочую группу при НПТ для определения приоритетов операционных исследований и источников их финансирования, подготовки плана развития потенциала НПТ для проведения операционных исследований и выявления сотрудничающих сторон/партнеров в операционных исследованиях.	Сент. 2012 г.	НПТ
Финансы	Финансирование	Обеспечить финансовые средства для закупки препаратов второго ряда для охвата лечением всех больных с лекарственно-устойчивым ТБ.	Дек. 2012	НПТ/МЗ
		Выделить средства для дополнительного обучения без отрыва от работы и семинаров для сотрудников противотуберкулезной службы.	Дек. 2012	НПТ/МЗ
		Обеспечить финансовые средства для поощрения наличными средствами и предоставления социальной поддержки всем больным ТБ (в том числе и больных ТБ с полностью сохраненной чувствительностью).	Дек. 2012	НПТ/МЗ
		Обеспечить финансовые средства для строительства отдельно стоящего здания новой современной лаборатории при специализированном ТБ лечебном учреждении для лиц, содержащихся под стражей (СЛУСС).	Дек. 2012	МЮ
		Обеспечить финансовые средства для предоставления паллиативной помощи.	Дек. 2012	НПТ/МЗ
Предоставление услуг	Профилактика	Рассмотреть алгоритм профилактического лечения изониазидом на предмет соответствия стандартам, принятым на международном уровне, и их строго соблюдения.	Дек. 2012	НПТ
		Рассмотреть вопрос о разработке отдельных руководств по отслеживанию контактов.	Дек. 2013	НПТ
		Обеспечить проведение скрининга на ТБ в центрах ВИЧ/СПИД. Обеспечить проведение ПЛИ для отвечающих установленным критериям ЛЖВС.	Раз в полгода	МЮ/МЗ
		Поддерживать активный скрининг ТБ и профилактические мероприятия в местах лишения свободы.		
Предоставление услуг	Диагностика	Обеспечить обследование на МЛУ-ТБ всех новых и ранее леченных больных ТБ.	Июнь 2012	НПТ

		Вновь ввести в практику использование журнала кураторских визитов во всех противотуберкулезных учреждениях.	Июнь 2012	НПТ
		Внедрять такие средства ускоренной диагностики, как GeneXpert, для быстрой и своевременного выявления случаев ТБ и МЛУ-ТБ во всех 5 лабораториях промежуточного уровня.	Окт. 2012	НПТ
		Обеспечить проведение бактериологических исследований (мазок и посев) всем больным с ЛУ-ТБ.	Июнь 2012	НПТ
		Внедрить надежную систему обеспечения качества (ОК) при надлежащем финансировании, вновь ввести в практику использование журнала кураторских визитов во всех противотуберкулезных учреждениях (ОК лабораторных исследований для центрального уровня и периферии).	Июнь 2012	НПТ
		Рациональнее использовать лабораторную сеть, принимая во внимание рабочую нагрузку каждой областной лаборатории.	Июнь 2012	НПТ/МЗ
		По всей стране улучшить доступ к диагностике М/ШЛУ-ТБ, отслеживать фактическую доступность диагностики ЛУ-ТБ по мазку и посеву.	Июнь 2012	НПТ/МЗ
		Систематизировать практики рассмотрения случаев заболевания для выявления факторов, способствующих задержке начала лечения. Разработать мероприятия, направленные на решения проблемы задержек с постановкой диагноза.	Дек. 2012	НПТ/МЗ
Предоставление услуг	Лечение	Обеспечить проведение терапии под непосредственным наблюдением (DOT) всем больным ТБ, получающим лечение по схемам, содержащим рифампицин.	Июнь 2012	НПТ
		Объединить услуги по лечению ТБ и М/ШЛУ-ТБ с услугами первичной медико-санитарной помощи.	Сент. 2012	НПТ
		Прекратить использование канамицина в лечении лекарственно-чувствительных больных ТБ по схемам лечения кат. I и II.	Сент. 2012	НПТ
		Предоставить национальные руководства по выявлению и профилактике ТБ, а также будущие руководства, имеющие отношения к ТБ, на рассмотрение в ВОЗ.	Сент. 2012	МЗ

		Разработать и внедрить план оказания паллиативной помощи.	Фев. 2013	МЗ
Предоставление услуг	Оказание помощи пациентам	Укреплять комплексный, ориентированный на пациентов подход к противотуберкулезной помощи (например, расширять применение успешных моделей амбулаторного лечения).	Дек. 2013	НПТ
		Предоставлять поощрения и стимулы также и больным с лекарственно-чувствительным ТБ.	Фев. 2013	НПТ
Предоставление услуг	Инфекционный контроль	Организовать семинар для врачей первичной медико-санитарной помощи, специализированных противотуберкулезных учреждений и представителей ЦГЭ для ознакомления с новыми руководствами по ТБ ИК, находящихся в стадии утверждения МЗ. Предоставить участникам план внедрения рекомендаций и направить их в процессе разработки планов ИК.	Дек. 2012	НПТ/МЗ
		Разработать и утвердить минимальный набор стандартов ТБ ИК, включая меры административного и инженерного контроля и респираторной защиты (очень краткий документ) отдельно для: <ul style="list-style-type: none"> – учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП); – кабинетов DOT в учреждениях ПМСП; – специализированных противотуберкулезных диспансеров; – специализированных ТБ-больниц. 	Дек. 2012	НПТ/МЗ
		Привлечь квалифицированного инженера, предоставить ему возможность пройти обучение за рубежом и сделать его ответственным за мониторинг всех мер инженерного контроля в лабораториях и лечебных учреждениях гражданского и пенитенциарного сектора страны.	Дек. 2012	НПТ/МЗ
		Провести оценку мер ИК в специализированных ТБ-учреждениях во время мониторинговых визитов НПТ с использованием перечня контрольных вопросов и с проведением обучения на местах для сотрудников учреждений.	Ежегодно	НПТ

Предоставление услуг	Особые группы населения	Поддерживать и гарантировать устойчивую работу существующей системы направления больных между гражданским и пенитенциарным секторами. Продолжать процесс планирования выписки из стационаров до освобождения на свободу заключенных для своевременного подключения к работе с ними гражданского сектора.	Дек. 2012	МЗ/МЮ
		Рассмотреть вопрос о систематическом внедрении 3-х основных принципов при работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИД. (инфекционный контроль, усиленное выявление случаев и профилактическое лечение изониазидом).	Дек. 2013	НПТ/программа ВИЧ
		Проверить современные определения групп населения высокого риска и обновить категории в соответствии с имеющимися данными. Рассмотреть вопрос об эффективности рекомендованных тестов/скрининга с точки зрения стоимости и эпидемиологии.	Конец 2013	НПТ
Предоставление услуг	ТБ у детей	Использовать надлежащие дозировки препаратов при назначении лечения, как рекомендовано ВОЗ.	Июль 2012	НПТ
		Пересмотреть критерии госпитализации для детей и применять их соответствующим образом.	Июль 2012	НПТ
Предоставление услуг	ТБ в пенитенциарных учреждениях	Модернизировать существующий учебный центр Министерства юстиции, подняв его до уровня сотрудничающего центра ВОЗ	Дек. 2013	МЮ
		Построить отдельное здание для новой современной лаборатории в соответствии с национальными и международными стандартами.	Дек. 2013	МЮ
Предоставление услуг	ТБ/ВИЧ	Учредить рабочую группу по ТБ/ВИЧ для разработки механизма сотрудничества и определения ролей служб ТБ и ВИЧ по профилактике, диагностике и лечению больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, а также для мониторинга показателей ТБ/ВИЧ.	Июль 2012	МЗ, СКМ, НПТ, НПД
		Проводить диагностику активного и латентного ТБ у людей, живущих с ВИЧ, в службах ВИЧ, а также начать профилактическое лечение изониазидом и проводить мониторинг этого лечения.	Дек. 2012	НПТ, НПД

		Врачи-клиницисты, работающие с больными ТБ, должны знать о статусе ВИЧ больных и в сотрудничестве со специалистами по ВИЧ предоставлять АРТ больным с сочетанной инфекцией, которые нуждаются в лечении ВИЧ.	Дек. 2012	НПТ, НПД
Кадры здравоохранения	Развитие кадровых ресурсов	Учредить должность специалиста по кадровым ресурсам в страновом офисе НПТ. В его обязанности должны входить координация и оценка мероприятий обучения на рабочем месте, планы кураторской поддержки и их реализация, выполнение руководящей роли при координации мероприятий РКР ключевых заинтересованных сторон.	Июнь 2013	НПТ
		Разработать образцы перечней служебных обязанностей для основных категорий сотрудников, например, врачей в стационарах и амбулаториях, ТБ медсестер, эпидемиологов, региональных координаторов и т.д.	Янв. 2012	Центр общественного здравоохранения и реформ
		Разработать политику в отношении обучения. Убедиться в том, что учебные курсы основаны на результатах оценки потребностей, соответствуют методам обучения взрослых и имеют показатели оценки результатов обучения для отслеживания влияния обучения на квалификацию сотрудников и работу программы борьбы с ТБ.	Янв. 2012	НПТ/МЗ
		Укреплять связь между курацией и обучением на рабочем месте врачей-фтизиатров и других сотрудников в районных учреждениях. Подключить пенитенциарную систему.	Янв. 2012	
Медицинская продукция, вакцины и технологии	Медицинская продукция	Улучшить условия хранения лекарственных препаратов на районном уровне, оснатив места хранения кондиционерами, термометрами и гидрометрами.	Июнь 2012	МЗ /НПТ, центральные районные больницы
		Продумать закупки противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда через GDF (в детской и взрослой дозировке).	Дек. 2012	МЗ
		Разработать краткий справочник по лекарственному менеджменту.	Дек. 2012	МЗ/НПТ

		Учредить/разработать систему лекарственного менеджмента, включающую процесс, программное обеспечение, обучение сотрудников, занимающихся закупками и т.д.	Дек. 2012	МЗ/НПТМ З/НПТ
		Повысить качество лекарственного менеджмента в отношении противотуберкулезных препаратов (т.е. прогнозирование, распределение и рациональное использование) путем внедрения и использования программного обеспечения по лекарственному менеджменту.	Июнь 2012 – июнь 2013	МЮ
		МЮ должно взять на себя обеспечение пенитенциарной системы препаратами первого ряда.	Янв. 2013	МЮ
Информационная система	Эпиднадзор, мониторинг и оценка (МиО)	Обеспечить активное вовлечение подразделения МиО в процесс разработки управления данными в электронном формате. В связи с этим продумать и укрепить надзор за ранее лечеными случаями ТБ, поскольку тенденция регистрации случаев повторного лечения ТБ является одним из наиболее важных показателей для мониторинга работы НПТ.	Июль 2012	МЗ/НПТ
		Повысить качество управления данными в электронном формате в НРЛ путем правильного сбора данных по классификации случаев по истории лечения и целям обследования, таким образом, устанавливая связь между результатами ТЛЧ и данными регулярного эпиднадзора.	Июль 2012	НПТ
		Укреплять регулярную оценку работы программы путем перепланирования полевых кураторских мероприятий, направленных на случаи ТБ, получающие лечение препаратами первого ряда, и возобновить использование стандартизированных перечней мониторинговых контрольных вопросов для лекарственно-чувствительных и лекарственно-устойчивых случаев ТБ.	Сент. 2012	НПТ
		Укреплять совместные мероприятия противотуберкулезных служб, ЦГЭ и ПМСС по расследованию и отслеживанию контактов.	Сент. 2012	МЗ/НПТ
		Рациональнее использовать существующую систему учета и отчетности в соответствии с рекомендациями ВОЗ, постепенно отказываясь от принятой в бывшем Советском Союзе системы регистрации случаев и мониторинга результатов лечения.	Дек. 2012	МЗ/НПТ

ВВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Социально-экономические данные

По экономическому развитию Азербайджанская Республика занимает первое место среди закавказских стран (объем ВВП в 2010 г. составил 41,5 млрд азербайджанских манатов или 52 млрд долларов США). Завершен переходный период от постсоветской к рыночной экономической системе. В 2005–2009 гг. темпы роста экономики Азербайджана были самыми высокими в мире – в среднем 20,8% в год. Значительные запасы нефти традиционно приносят наибольший вклад в экономику страны, а с момента ввода в эксплуатацию трубопровода Баку-Тбилиси-Джейхан они в значительной степени повлияли на экономический рост. Национальная валюта, азербайджанский манат, остается устойчивой вследствие больших валютных резервов (приблизительно 40 млрд долларов США к январю 2012 г.), накопленных Центральным банком и Нефтяным фондом Азербайджанской Республики. Годовой уровень инфляции относительно высок, если принимать во внимание снижение экономического роста в стране, составившее в среднем 5,7% в 2010 г. и 7,9% в 2011 г. Страна также занимает лидирующее положение по привлечению прямых иностранных инвестиций в регион и находится в числе 20 стран с наивысшими показателями привлечения собственного капитала в абсолютном выражении. После получения независимости в 1991 г. Азербайджан стал членом Международного валютного фонда, Всемирного банка, Европейского банка реконструкции и развития, Исламского банка развития и Азиатского банка развития.

В ходе быстрого экономического роста в стране повысился уровень общественного внимания к вопросам социальной защиты населения, была принята Государственная программа по сокращению бедности и экономическому развитию на 2003–2005 гг. Также расширился список мероприятий в рамках Государственной программы по сокращению бедности и устойчивому развитию на период с 2008 по 2015 г.:

- обеспечение устойчивого экономического развития посредством поддержания макроэкономической стабильности и сбалансированного развития ненефтяного сектора;
- расширение возможностей для получения дохода и достижение устойчивого сокращения численности беднейших слоев населения;
- снижение социальных рисков для людей преклонного возраста, семей с низким уровнем доходов и уязвимых групп населения путем развития эффективной системы социальной защиты;
- продолжение систематической реализации мероприятий, направленных на улучшение жилищных условий беженцев и вынужденных переселенцев;
- повышение качества доступных по ценам основных услуг здравоохранения и образования и обеспечение равноправного доступа к этим услугам;
- развитие социальной инфраструктуры и повышение уровня системы коммунальных услуг;
- улучшение экологической ситуации и обеспечение бережного отношения к окружающей среде;
- продвижение и защита гендерного равноправия;
- расширение институциональных реформ и повышение качества управления.

Основные данные по здравоохранению

Финансирование здравоохранения значительно увеличилось за последние годы (темп роста в среднем составил 31,3%, а общий объем в 2011 г. достиг 493 млн азербайджанских манатов). Правительство полностью реализовало девять государственных программ, составило для утверждения в 2012 г. проект обновленных документов как части Государственной программы по сокращению бедности и устойчивому развитию на период с 2008 по 2015 г.

Основным направлением политики общественного здравоохранения остается улучшение санитарных условий посредством строительства, ремонта и оснащения оборудованием медицинских учреждений. За период 2005–2010 гг. правительство отремонтировало и построило в общей сложности 350 медицинских учреждений, а в 2011 г. планирует довести до конца подобную работу в 53 медицинских учреждениях.

Для повышения эффективности работы учреждений Министерство здравоохранения утвердило Концепцию здравоохранения на период с 2007 по 2012 г., направленную главным образом на повышение эффективности и качества услуг первичной медико-санитарной помощи. В рамках ее осуществления правительство провело широкомасштабные мероприятия в регионах по сокращению ненужных койко-мест и стационаров на 50%. Для повышения качества работы первичного звена Министерство здравоохранения провело по всей стране процедуру сертификации для проверки всех поставщиков медицинских услуг по типу их специализации. К июню 2011 г. процесс сертификации затронул 979 поставщиков услуг; приблизительно 90% участвующих в этом процессе прошли тест, который будет регулярно проводиться каждые 5 лет. Совершенствуя регулирование наличной оплаты медицинских услуг и контролируя соблюдение обязательных по закону условий предоставления медицинских услуг, Министерство здравоохранения организовало общественную линию связи, функционирующую по всей стране, и с начала года зарегистрировало свыше 3700 случаев.

Страна уже приняла планы по реформированию системы оплаты труда медицинского персонала путем придания статуса государственного служащего/учреждения тем, кто состоял на службе у государства, с соответствующим значительным повышением заработной платы (окончательно об этом будет объявлено по результатам расчетных данных Государственного фонда социальной защиты АР).

В последние несколько лет правительство Азербайджана начало проводить ряд прогрессивных реформ здравоохранения, нацеленных на совершенствование основных функций системы здравоохранения. Эти реформы были продиктованы, с одной стороны, стремлением правительства улучшить здоровье населения, с другой – обязательствами перед международными соглашениями, такими как «Цели развития тысячелетия». В частности, Азербайджан реализовал несколько программ по широкому развитию инфраструктуры и наращиванию потенциала, реформируя основные сферы политики и улучшая доступ к качественным услугам здравоохранения, особенно для определенных групп населения, охваченных вертикальными государственными программами. Кроме этого, правительство взяло на себя обязательства по выполнению требований ЦРТ за установленный период времени и уже сделало ряд прогрессивных шагов в этом направлении.

Обзор системы здравоохранения

Система здравоохранения Азербайджана была унаследована от советской системы здравоохранения, известной как модель Семашко с развитой и крайне централизованной сетью. По закону «О защите здоровья населения» (1997) все граждане имеют право на равноправный доступ к услугам здравоохранения. Но до 2008 г. только определенные группы населения (дети, пенсионеры, студенты, военнослужащие и призывники, женщины в период беременности и послеродовой период, инвалиды, заключенные, беженцы, внутренние переселенцы и члены национальных спортивных команд) имели право на получение государственных услуг. Все остальные категории граждан должны были официально частично оплачивать стоимость определенных услуг. Национальная концепция реформы финансирования здравоохранения (2008) укрепляет права всех граждан на получение базового страхового пакета, гарантированного государством, «который будет включать все основные и профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения, такие как услуги первичной медицинской помощи, экстренной медицинской помощи, определенные услуги врачей-специалистов. Они будут финансироваться через государственный бюджет и взносы в фонд обязательного медицинского страхования; дополнительные услуги будут финансироваться из личных средств населения, добровольное страхование здоровья и различные источники финансовой помощи». Четкое определение размера базового страхового пакета будет окончательно доработано и представлено к концу 2012 г.

За период с момента получения страной независимости в 1991 г. до сегодняшних дней реорганизация системы здравоохранения Азербайджана проходила в два этапа.

Первый этап – с момента обретения независимости до 2005 г. В этот период система здравоохранения не претерпела значительных изменений. Она сохранила основные черты модели Семашко, однако законодательная база была готова к началу реформ. На этой основе был проведен пересмотр законодательных, исполнительных и финансовых документов для внесения изменений в конституционную систему.

Второй этап – с 2005 г., когда началась по-настоящему активная стадия реформ, продолжающаяся и по сей день. Министерство здравоохранения взяло на себя обязательство осуществить реальные перемены для улучшения доступа к услугам здравоохранения, эффективного использования государственных средств и повышения уровня финансовой защиты населения с целью укрепления здоровья населения. Большой шаг в этом направлении был сделан в 2008 г., когда министр здравоохранения принял участие в Европейской министерской конференции по системам здравоохранения, организованной ВОЗ в Эстонии, и подписал Таллинскую хартию о регулярном мониторинге и отчетности о работе систем здравоохранения.

На центральном уровне в ведении Министерства здравоохранения находятся национальные институты и больницы республиканского уровня, в том числе все учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в Баку (с 2007 г.), научно-исследовательские институты и санитарно-эпидемиологическая служба страны (СЭС). На местном уровне, в ведении местного руководства, находятся районные больницы, поликлиники и диспансеры, которые подчиняются районным органам управления здравоохранением. Районные органы управления здравоохранением подчиняются Министерству здравоохранения в вопросах общей политики здравоохранения. Частные поставщики медицинских услуг (сосредоточенные преимущественно в Баку) получают пятилетние лицензии на свою деятельность от МЗ. Министерство здравоохранения – это главный регулирующий и координирующий орган для всех поставщиков медицинских услуг в Азербайджане, включая частный сектор здравоохранения. Другой стороной системы здравоохранения Азербайджана является ряд параллельных учреждений здравоохранения, функционирующих при разных отраслевых министерствах и ведомствах, таких как Министерство национальной безопасности, Министерство обороны, Министерство внутренних дел, Министерство юстиции, Государственный таможенный комитет, Государственная Каспийская судоходная компания и Национальная железнодорожная компания, которые обслуживают главным образом бывших или теперешних работников учреждений при этих отраслевых министерствах и ведомствах, однако они также используются и для частной практики. По расчетным данным, в 2003 г. примерно 5% населения обслуживалось в параллельной системе здравоохранения, но в последние годы этот процент значительно увеличился. Следует отметить, что в настоящее время сложно сказать, какая доля услуг в общей системе здравоохранения приходится на параллельную систему, поскольку подробный анализ этого вопроса не проводился. Существующая информация об общих расходах здравоохранения является фрагментарной и неполной. С начала 2012 г. наметилась положительная тенденция в передаче всех учреждений здравоохранения Государственной нефтяной компании АР Министерству здравоохранения, что позволит Минздраву оценить общие расходы системы здравоохранения в стране.

Система здравоохранения Азербайджана финансируется через общие налоговые поступления и частные денежные поступления. Министерство здравоохранения отвечает за финансирование национальных институтов, республиканских клиник, научно-исследовательских институтов, СЭС, в то время как учреждения местного уровня финансируются районными органами здравоохранения. Государственные средства выделяются медицинским учреждениям по объему предоставляемых услуг на основании финансового плана и используются для предоставления гарантированного государством базового пакета услуг здравоохранения государственными медицинскими учреждениями, а также для предоставления лекарственных препаратов для амбулаторного лечения определенных медицинских состояний (диабет, туберкулез, онкологические заболевания и т. д.).

Параллельно существующие медицинские учреждения финансируются соответствующими отраслевыми министерствами и ведомствами, неуклонно увеличивая свою долю рынка как поставщики медицинских услуг посредством увеличенного финансирования и гибкой системы найма кадров. Кроме этого, за последние годы Президент Азербайджанской Республики делал одноразовые дополнительные инвестиции непосредственно в медицинские учреждения в рамках специальной Президентской программы (закупка оборудования, капитальные инвестиции в ремонт или строительство больниц и т. д.).

Уровень финансирования сектора здравоохранения со стороны правительства был предметом спора с 1991 г. Однако в последнее время правительство вкладывает больше средств в сектор здравоохранения, главным образом вследствие устойчивого роста экспорта нефти. После утверждения государственных программ и инфраструктурных проектов, направленных на техническую помощь учреждениям здравоохранения и их реконструкцию по всей стране, государственные расходы значительно выросли. Однако стране еще предстоит обратить выгоды от экономического роста в ориентированную на пользователя систему здравоохранения с устойчивой и эффективной стратегией развития. В настоящий момент инвестиции в здравоохранение ориентированы в основном на ремонт объектов инфраструктуры. Таким образом, увеличение объемов выделяемых средств привело к появлению большого числа построенных и заново оснащенных оборудованием медицинских учреждений. Правительство также берет на себя обязательства по улучшению базового пакета услуг посредством использования государственных программ по закупкам. Однако еще предстоит проделать большую работу, главным образом в сфере первичной медико-санитарной помощи и амбулаторного лечения.

За последние годы был проведен ряд реформ. Одной из них стало утверждение Национальной концепции реформы финансирования здравоохранения (2008), в том числе Плана действий для внедрения реформ финансирования здравоохранения, который определяет официальный, гарантированный государством базовый страховой пакет услуг как часть реформ, поддерживающих обязательное медицинское страхование. Кроме того, был реализован Национальный генеральный план по оптимизации сети учреждений здравоохранения и кадров здравоохранения. Проводятся реформы высшего и постдипломного медицинского образования. Государство намерено осуществлять меры, направленные на развитие потенциала будущих профессионалов посредством реформирования системы обучения и ее адаптации к международным стандартам. Еще одной крупной инициативой в сфере управления кадровыми ресурсами стал процесс сертификации, разработанный для проверки существующего потенциала специалистов здравоохранения. Вышеупомянутые наработки указывают на приверженность правительства этой работе и на большой объем поставленных правительством задач в условиях, когда еще сохраняются многие трудности.

Эпидемиология ТБ

Азербайджан – страна с высоким бременем МЛУ-ТБ и одна из 18 стран высокого приоритета по ТБ в Европейском регионе ВОЗ. По расчетным данным, в стране ежегодно насчитывается 10 000 (8 300 – 12 000) новых случаев ТБ и 940 (610 – 1 400) смертей от ТБ (источник: Глобальный отчет ВОЗ, 2011). Всего в 2010 г. было зарегистрировано 8 394 случая ТБ, в том числе 6 390 (76%) новых случаев и рецидивов. Показатель выявления новых случаев и рецидивов остается на низком уровне – 63% (53–77%).

При расчетной численности населения страны примерно в 9 млн человек и расчетном числе случаев ТБ – 10 000 в 2010 г. Азербайджан стал одной из стран с наивысшими показателями годовой заболеваемости в Европейском регионе ВОЗ, включая 140 случаев (1,5 на 100 000 населения), отнесенных к ВИЧ-инфекции. Заболеваемость ВИЧ в Азербайджане была ниже, чем во многих других странах региона.

В 2010 г. 11,6% новых случаев ТБ, прошедших тестирование, и 47,8% среди ранее леченных больных имели множественную лекарственную устойчивость. Высокие показатели ТБ и появление ШЛУ-ТБ в некоторых территориях (в соответствии с данными исследования, проведенного в 2007 г., 12,8% из 431 больных МЛУ-ТБ, прошедших ТЛЧ, к препаратам второго ряда) превращают кризисную ситуацию с ТБ в Азербайджане в серьезную угрозу общественному здравоохранению.

Показатели успешного лечения среди случаев легочных ТБ с лабораторным подтверждением диагноза и ранее леченных случаев составили 62% и 53,2% соответственно (данная статистика относится к когорте 2009 г., из новейшего обновления глобальной базы ВОЗ по туберкулезу, доступного на последний месяц проведения миссии (апрель 2012). Очевидно, что высокий показатель отрывов от лечения способствует таким низким показателям, в 16% и 19% соответственно. Кроме этого, значительной остается доля неоцененных случаев, 11,5% и 12,5% соответственно. Низкие показатели успешного лечения можно объяснить высокой долей расчетных случаев МЛУ-ТБ среди этих категорий больных, 22% (17–27%) среди новых и 56% (50–62%) среди ранее леченных случаев. Однако данные последнего наблюдения за лекарственной устойчивостью, проведенного по всей стране, указывают на более низкую

распространенность МЛУ-ТБ, 11,6% (95% ИД: 9,4–13,8) и 47,8% (95% ИД: 44,7–51,0). Данные по ШЛУ-ТБ для когорты 2010 г. недоступны. Показатель успешного лечения МЛУ-ТБ для когорты 2008 г. составил 56,5%.

Показатель регистрации случаев ТБ в местах лишения свободы в 34 раза выше, чем среди остального населения – около 3,15 на 100 заключенных (в 2010 г. в Азербайджане насчитывалось 16 509 заключенных. Источник: медицинский отдел пенитенциарной системы). За отчетный период среди впервые выявленных случаев легочного ТБ КУМ (+) показатель успешного лечения составил 62,9%.

1. СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ПРОТИВО- ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКИ И КОНТРОЛЯ

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Гражданский сектор

Большинство пациентов с лекарственно-чувствительным ТБ и положительным мазком мокроты госпитализируется на время интенсивной фазы лечения. В случае М/ШЛУ-ТБ с первого дня проводится амбулаторное лечение (амбулаторная модель оказания помощи), в то время как в национальных протоколах лечения и помощи указаны следующие критерии госпитализации:

- тяжелобольные пациенты;
- пациенты, находящиеся в неблагоприятном социальном положении (например, бездомные, больные с недостаточным питанием).

Противотуберкулезная программа Азербайджана состоит из Национальной программы борьбы с ТБ (НПТ) с координационным отделом, расположенным при Министерстве здравоохранения. НПТ выполняет главным образом функции управления. Кроме этого, в задачи НПТ входит инициирование изменений в политике и координация всех мероприятий в стране, имеющих отношение к ТБ. В настоящее время мероприятия по борьбе с ТБ в Азербайджане возглавляет д-р Виктор Гасымов, руководитель НПТ, назначенный Министерством здравоохранения. Д-р Гасымов также является одним из ведущих специалистов МЗ, заведующим Отделом санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения.

Противотуберкулезная помощь оказывается на трех уровнях: (1) кабинеты, в которых проводится терапия под непосредственным наблюдением (DOT), открыты при ФАПах в сельской местности или при центральных районных поликлиниках; (2) фтизиатры на уровне многопрофильных центральных районных поликлиник или диспансерных отделений (применимо для клиник с коечным фондом более 30); (3) диспансерные клиники (второй уровень) со стационарными койками и амбулаторными отделениями (применимо для большинства регионов страны и районов Баку), далее следуют НИИЛЗ (учреждения здравоохранения третьего уровня) и специализированные больницы для лечения М/ШЛУ-ТБ. Большинство противотуберкулезных учреждений второго уровня, а также НИИЛЗ были недавно отремонтированы. Роль НИИЛЗ состоит в координации национальных референс-лабораторий, во взаимодействии с аптеками, в предоставлении клинических консультаций по стране, а также в проведении тренингов и исследований. Национальная референс-лаборатория (НРЛ) является частью НИИЛЗ.

Вертикальная структура программы борьбы с туберкулезом не полностью интегрирована в службы первичной медико-санитарной помощи. Предоставление больным М/ШЛУ-ТБ амбулаторного лечения под непосредственным наблюдением с первого дня является первым шагом на пути интеграции служб лечения туберкулеза со службами первичной медико-санитарной помощи. Финансирование противотуберкулезной службы производится из расчета количества стационарных коек, что остается одним из самых серьезных сдерживающих факторов для эффективного лечения ТБ. Количество пунктов DOT ограничено, и они, как правило, примыкают к существующим учреждениям здравоохранения.

Пенитенциарная система

Структура противотуберкулезной помощи в пенитенциарной системе представлена двумя уровнями: (1) следственные изоляторы (СИЗО) и колонии (основной уровень оказания медицинской помощи) с многопрофильными медицинскими подразделениями (также основной уровень оказания медицинской помощи); (2) специализированные лечебные учреждения для содержащихся под стражей больных ТБ. Борьба с туберкулезом в пенитенциарной системе начинается на уровне следственных изоляторов (СИЗО), где все заключенные проходят скрининг на туберкулез путем анкетирования, рентгенологического исследования органов грудной клетки и исследований мокроты. Далее все больные с подозрением на ТБ переводятся для дальнейшего обследования в специализированное лечебное учреждение для заключенных под стражей больных ТБ.

После выявления ТБ в специализированном лечебном учреждении, начиная с приемно-диагностического отделения, всех больных (вне зависимости от режима содержания под стражей) делят на группы и изолируют в соответствии со статусом бактериовыделения, наличием МЛУ-ТБ или лекарственно-чувствительного ТБ и мерами безопасности. Это специализированное учреждение располагает всеми необходимыми типами режимных отделений, такими как отделение предварительного заключения, отделение для несовершеннолетних, женское отделение, крыло строгого режима и общие лечебные отделения для лечения заключенных. Внутри всех отделений и подразделений происходит соответствующее разделение групп пациентов по статусу бактериовыделения. В Азербайджане во всех исправительных колониях и в тюрьмах есть медицинские отделы, где работают терапевты (прошедшие соответствующую подготовку по профилактике ТБ) и фельдшеры (также обученные работе с ТБ). Они отвечают за оказание медицинской помощи заключенным. Проект борьбы с ТБ в пенитенциарной системе охватывает все колонии и тюрьмы в стране и включает в себя активное выявление случаев, использование передвижных цифровых рентгеновских установок, проведение анкетирования и скрининг симптомов (раз в год). Всех больных с подозрением на ТБ переводят для дальнейшего обследования в специализированное противотуберкулезное учреждение, где имеется лаборатория 3-го уровня и специализированный учебный центр, в котором проводится уникальное обучение практическим вопросам ведения случаев ТБ в местах лишения свободы. Уровень работы лаборатории позволяет проводить ТЛЧ ко всем препаратам первого и второго ряда для всех заключенных. Однако существует необходимость строительства нового, отдельно стоящего здания лаборатории 3-го уровня, а также модернизации существующего учебного центра при специализированном противотуберкулезном учреждении.

Центральное подразделение представлено координатором противотуберкулезных мероприятий при Министерстве юстиции, который работает под непосредственным руководством начальника Главного медицинского управления Министерства юстиции Азербайджана. На практике все мероприятия проводятся под непосредственным руководством координатора противотуберкулезных мероприятий, в то время как курация специализированного противотуберкулезного учреждения для заключенных осуществляется с двух сторон – главным врачом этого учреждения (под руководством медицинского управления МЮ) и руководителем администрации пенитенциарных учреждений (под контролем выполнения судебных решений МЮ).

РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения и НПТ:

- применять критерии госпитализации ко всем больным ТБ (не только к больным М/ШЛУ-ТБ);
- обеспечить наличие кабинетов DOT, интегрированных со службами первичной медико-санитарной помощи в стране;
- оптимизировать использование ТБ коек и не связывать финансирование ТБ служб с количеством стационарных коек.

Министерству юстиции:

- построить отдельно стоящее здание новой лаборатории, отвечающей стандартам 3-го уровня;
- модернизировать существующий учебный центр при специализированном противотуберкулезном учреждении, подняв его до уровня сотрудничающего центра ВОЗ.

2. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

2.1 Вакцинация

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Существует два правовых документа, которые определяют основы вакцинации БЦЖ: Закон об иммунизации и Национальный календарь прививок. Вакцинация БЦЖ проводится дважды: при рождении и в возрасте семи лет.

Вакцинация БЦЖ проводится в родильных отделениях всем новорожденным в возрасте от 3 до 5 дней. Не получают вакцинации БЦЖ недоношенные младенцы (менее 2,5 кг), младенцы, рожденные с ИППП или другими инфекциями, дети с поражением нервной системы или с другими травмами, а также дети с генерализованной кожной сыпью. Во всех родильных отделениях есть медсестра, обученная проведению вакцинации БЦЖ и имеющая разрешение на эту деятельность. Для детей, которые не могут быть вакцинированы при рождении, вакцинация БЦЖ проводится в возрасте 1-6 месяцев при отсутствии противопоказаний, но не позднее чем через 12 месяцев после рождения. В случае, когда вакцинация БЦЖ должна быть проведена позднее 2-месячного возраста, ребенку делают внутрикожно туберкулиновую пробу (ТКП) (2 ТЕ ППД-Л, 0,1 мл) и при получении отрицательного результата проводят БЦЖ. Если результат ТКП положительный, детям назначают лечение латентного туберкулеза.

Для детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, проводится тест на ВИЧ для определения ВИЧ-статуса. Если младенец является ВИЧ-инфицированным, вакцинация БЦЖ не проводится. Вместо этого осуществляется мониторинг при помощи ТКП каждые 6 месяцев до достижения ребенком пятилетнего возраста и далее на ежегодной основе до достижения пятнадцатилетнего возраста. Если результат ТКП положительный, проводится дальнейшее обследование для исключения активного туберкулеза. Лечение ЛТБИ проводится по мере необходимости. При неопределенном статусе ВИЧ вакцинация БЦЖ проводится при условии, что ребенок родился здоровым, а мать до родов получала лечение ВИЧ. Если мать или любой другой член семьи имеет активный туберкулез, вакцинация БЦЖ проводится только в том случае, когда ребенок может быть изолирован от матери или члена семьи в течение двух месяцев. Если изоляция невозможна, вакцинация БЦЖ не проводится, но ребенок находится под пристальным контролем, а ТКП делается каждые шесть месяцев до достижения ребенком двухлетнего возраста и далее ежегодно до 18 лет.

Вакцина хранится на центральном медицинском складе Центра инноваций и снабжения (ЦИС). На автомобилях ЦИС осуществляется доставка БЦЖ и других вакцин, транспортировка которых требует соблюдения условий холодовой цепи. Данных об охвате БЦЖ не было в наличии, но, по оценочным данным, охват первой вакцинацией близок к 100%.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Пересмотреть политику в отношении вакцинации БЦЖ в соответствии с последними стандартами ВОЗ и проводить вакцинацию только при рождении.

2.2 Латентная ТБ-инфекция

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Основная задача химиопрофилактики состоит в предотвращении инфицирования микобактериями ТБ или прогрессирования латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ) в активный туберкулез. Стандартом является профилактическое лечение изониазидом (Н) в течение шести месяцев, в то время как при наличии устойчивости микроорганизмов к изониазиду альтернативной является схема лечения рифампицином (R) в течение четырех месяцев.

Диагностика ЛТБИ

В соответствии с постановлением (Приказ МЗ № 120 от 12 декабря 2001 г.), «Нормативные положения по обеспечению противотуберкулезных услуг в Азербайджанской Республике», основным методом диагностики ЛТБИ остается ТКП (2 ТЕ ППД-Л, 0,1 мл, внутрикожно).

Результаты ТЛЧ могут быть отрицательными, неопределенными (2–4 мм) и положительными (≥ 5 мм). Положительные результаты могут быть далее дифференцированы как слабые (5–9 мм), средние (10–14 мм), и сильные (15–16 мм). Гиперергической считается реакция ≥ 17 мм для детей и ≥ 21 мм для взрослых. Вираз ТЛЧ – изменение ≥ 6 мм по сравнению с предыдущим результатом ТКП.

При отслеживании контактов тестирование выявленных людей проводится в течение двух месяцев после контакта с исходным случаем. Людям с положительным результатом ТКП проводится обследование на активный ТБ (рентген грудной клетки и бактериологические исследования). Людям с отрицательным результатом ТКП, имевшим контакт с больным ТБ, ТКП делают каждые 6 месяцев в течение последующих двух лет.

Лечение ЛТБИ

В 2011 г. были обновлены руководства по проведению химиопрофилактики, которые сейчас в основном следуют современным международным рекомендациям. Примечательно, что признана важность профилактического лечения ЛТБИ, поскольку это заложено в клинических руководствах и рекомендациях по управлению программами борьбы с ТБ. Тем не менее руководствам недостает конкретики, что может быть причиной неправильного толкования этого вопроса на местах. Одним из ведущих критериев для начала лечения латентного туберкулеза является возраст по сравнению с оценкой контакта и в сочетании с наличием факторов риска прогрессирования заболевания.

Разработаны руководства по отслеживанию новых контактов, но они еще не утверждены. Процесс рассмотрения этих руководств ставился под сомнение некоторыми основными заинтересованными сторонами в стране. В руководства или в практику не включено проведение двухэтапной ТКП.

В соответствии с принятой в стране политикой, до начала лечения латентного туберкулеза с использованием клинических, бактериологических и радиологических исследований необходимо исключить наличие активного туберкулеза. В некоторых случаях лечение ЛТБИ начинают даже при отрицательных результатах ТКП (например, для людей, находившихся в контакте с больным туберкулезом, и для таких групп, как ЛЖВ с высоким риском прогрессирования заболевания). Ежегодное тестирование проводится всем детям в возрасте от 1 года до 15 лет, а в случае виража ТКП назначается лечение ЛТБИ.

Рекомендации в отношении начала лечения ЛТБИ основаны на результатах ТКП, возрасте и риска развития активного туберкулеза. При положительном результате ТКП лечение ЛТБИ рекомендуется всем людям в возрасте до 35 лет, имевшим контакт с больным туберкулезом. Для людей в возрастной группе от 35 до 50 лет лечение рекомендуется при наличии как минимум трех из пяти факторов риска (например, ВИЧ-инфекция, диабет, трансплантация органов, курение и т. д.). В возрастной группе от 50 до 65 лет лечение ЛТБИ рекомендуется в случае наличия как минимум двух факторов риска. Следовательно, для людей старше 65 лет лечение рекомендуется только тогда, когда риски присутствуют

в высокой степени. Лечение ЛТБИ рекомендуется людям с отрицательным результатом ТКП, ВИЧ-положительным и получающим лечение препаратами, подавляющими иммунитет.

Основная схема лечения – шестимесячный прием изониазида (6H). Для взрослых – 5 мг/кг, максимум 300 мг ежедневно. Для детей – 10 мг/кг, максимум 300 мг, ежедневный прием рекомендуется в соответствии с действующими международными рекомендациями. Пиридоксин (витамин B6) применяют с изониазидом. Когда исходный случай имеет диагноз ЛУ ТБ (устойчивость к изониазиду), рекомендуется схема лечения рифампицином в течение четырех месяцев (4R) – ежедневно 600 мг для взрослых и 10 мг/кг для детей. В случае устойчивости к рифампицину, этамбутолу или стрептомицину рекомендуется назначение 6H.

Для контактов со случаями М/ШЛУ лечение ЛТБИ не рекомендуется. Тестирование при помощи ТКП проводится через два месяца после контакта и далее каждые шесть месяцев в течение двух лет. Если результат ТКП положительный, каждые шесть месяцев в течение двух лет рекомендуется проводить клинические, бактериологические и радиологические исследования для контрольного наблюдения.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Представить на отзыв ВОЗ и другим заинтересованным сторонам новые инструкции по отслеживанию контактов для обеспечения соответствия стандартам и рекомендациям, принятым на международном уровне.
- Включить в алгоритм работы с ЛТБИ двухэтапное проведение ТКП.
- Усиливать процедуры отслеживания контактов, для того чтобы сосредоточиться на систематической оценке частоты, интенсивности и продолжительности контакта в сочетании с другими факторами клиники и популяции с целью получения базы для разработки рекомендаций относительно начала лечения ЛТБИ.
- Рассмотреть вопрос об использовании четырехмесячной схемы лечения рифампицином (для контактов в случае устойчивости к изониазиду) под непосредственным наблюдением (DOT) для того, чтобы исключить вероятность неполного соблюдения требований лечения и избежать развития устойчивости к R.

2.3 Инфекционный контроль

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Укрепление систем здравоохранения и противотуберкулезный инфекционный контроль

Распространение туберкулеза в медицинских учреждениях, а также на уровне местных сообществ является проблемой для многих стран, но может быть предотвращено с помощью рациональных мер инфекционного контроля. Среди эффективных способов достижения этой цели на национальном уровне отмечаются такие, как планирование, применение норм и руководств, мероприятия на уровне учреждений и сообществ, основанные главным образом на санитарно-просветительской работе с пациентами.

С 1995 г., когда Азербайджан принял DOTS как стратегию борьбы с туберкулезом, некоторые международные партнеры (ВОЗ, МККК, KfW/GTZ, KfW/GOPA/EPOS, ЮНИТЭЙД и т. д.) оказывают содействие НПТ для развития и поддержания инфраструктуры противотуберкулезных учреждений с целью снижения риска внутрибольничной туберкулезной инфекции для пациентов и персонала. Среди главных достижений совместной деятельности следует отметить усовершенствования, проведенные в

лечебных учреждениях пенитенциарной системы, в Национальной референс-лаборатории с учебным центром НПТ и в отделениях Противотуберкулезного диспансера № 4, Баку.

Недавно страна разработала новые руководства по противотуберкулезному инфекционному контролю. Все другие нормативные акты в стране относятся к старым нормам советской эпохи, в которых упор делается на мероприятия по дезинфекции. Очень важно избежать «двойных правил» между различными заинтересованными сторонами, а для этого нужно, чтобы после получения одобрения от Министерства здравоохранения новое руководство официально заменило все старые нормы и правила, а все другие необходимые нормы для прочих заинтересованных сторон, включая СЭС, развивались параллельно со стандартами, изложенными в новом руководстве. Например, в настоящее время на уровне сообществ СЭС проводит противотуберкулезный инфекционный контроль в соответствии со старым подходом к проблеме, т. е. с проведением дезинфекции домов больных туберкулезом. Такой подход, кроме его неэффективности для профилактики туберкулеза, также может привести к росту стигмы по отношению к болезни в обществе. После утверждения нового руководства такие старые правила должны быть упряднены.

Стратегический план страны включает в себя мероприятия по укреплению профилактики с акцентом на роль СЭС в этих мероприятиях (глава 5.6). Более конкретные положения о роли СЭС в противотуберкулезном инфекционном контроле должны быть сформулированы в Национальном плане ТБ ИК.

В настоящее время страна движется по пути укрепления интеграции противотуберкулезной службы с первичной медико-санитарной помощью (ПМСП), что предусматривает тщательное планирование для обеспечения надлежащих условий инфекционного контроля в этих учреждениях: соблюдение административных, инженерных мер, а также мер личной защиты органов дыхания.

С учетом текущих и запланированных ремонтных работ в нескольких учреждениях ПМСП и специализированных противотуберкулезных учреждениях в Баку и регионах, надлежащий и своевременный подход к планированию на национальном уровне может обеспечить создание для персонала и пациентов безопасной среды в отношении предотвращения заболеваний, передающихся воздушным путем.

Принудительная изоляция, упомянутая в стратегическом плане, требует дальнейших консультаций с экспертами в области биоэтики, и, если такой подход будет утвержден законодательством как необходимое условие для предотвращения распространения заболеваний, принудительное удержание на лечении должно быть организовано при полном соответствии международным стандартам инфекционного контроля. Та же рекомендация будет применяться для отделения паллиативной помощи, если планируется его открытие.

Надлежащий подход к стратегии инфекционного контроля на уровне учреждений, и в особенности разделение потоков больных, связаны главным образом с контагиозностью пациентов и статусом их лекарственной устойчивости. Эта информация основана на результатах мазков, посевов и ТЛЧ, поступающих из лабораторий. К сожалению, в большинстве посещенных учреждений лабораторные результаты мазка, посева и ТЛЧ основной массы пациентов не были доступны. Укрепление потенциала лабораторий и внедрение быстрых средств диагностики будет иметь решающее значение для улучшения мер инфекционного контроля в учреждениях страны.

Некоторые важнейшие данные национального уровня по ТБ ИК и основные рекомендации национального уровня приведены ниже в этой главе (Подробная оценка рисков учреждений и рекомендации для уровня учреждений приведены в Приложении I).

Координационный орган

Несколько представителей НПТ проходили обучение на международных курсах по противотуберкулезному инфекционному контролю, которые проводились в 2008–2009 гг. в Румынии, Грузии и Кыргызстане (Бишкеке). По результатам предыдущей миссии по инфекционному контролю было рекомендовано создать страновую координационную группу по инфекционному контролю.

Укрепление ее деятельности, разработка рабочей программы и предоставление бюджета важно для гарантии того, что этот орган будет полноценно функционирующим.

Руководства по инфекционному контролю

Важным достижением в реализации НПТ стала недавняя разработка новых руководств по противотуберкулезному инфекционному контролю, которые были поданы на рассмотрение в Министерство здравоохранения. Русская версия руководств была просмотрена консультантом по ТБ ИК во время миссии. Документ полностью соответствует международным тенденциям противотуберкулезного инфекционного контроля. Существует необходимость предпринять дополнительные шаги для того, чтобы воспользоваться преимуществами этого документа.

Система надзора за ТБ среди сотрудников

В настоящее время не существует центрального регистра по надзору за ТБ среди сотрудников. В 2011 г. в НИИЛЗ была зарегистрирована тревожная информация о 4 случаях ТБ среди медицинских работников, возникших в течение одного года. Всего в институте работает около 420 сотрудников (89 врачей, в том числе 14 фтизиатров, 134 медсестер). Таким образом, в этом учреждении риск развития заболевания в 6 раз выше по сравнению с населением в целом.

АИВСМ, обучение сотрудников и санитарное просвещение пациентов

В некоторых посещенных учреждениях проводилась оценка знаний сотрудников и пациентов в области противотуберкулезного инфекционного контроля, для чего использовались стандартные анкеты. Несмотря на то что уровень знаний в разных учреждениях варьировался, в целом бытовало мнение о воздушно-капельном пути передачи ТБ инфекции наряду со все еще твердым убеждением сотрудников, что ТБ передается во время контакта через общую посуду, вещи и рукопожатия. На основании полученных знаний профилактические меры на уровне семьи и домашнего хозяйства, которые предлагались пациентами, были связаны с разделением личных вещей и предметов обихода.

Амбулаторные услуги по сравнению со стационарными услугами

В нескольких исследованиях указывается на факт нозокомиального распространения различных штаммов ТБ в медицинских учреждениях. Во время оценочных визитов было отмечено, что в большинстве специализированных противотуберкулезных учреждений пациенты в хорошем клиническом состоянии проходили лечение в стационаре (см. Приложение I). Некоторые опрошенные пациенты с отрицательными результатами мазка мокроты, находящиеся в отделении для лекарственно-чувствительного ТБ, говорили, что они госпитализированы для шестимесячного стационарного лечения.

Инженерные меры контроля

Некоторые учреждения в стране внедрили такие меры контроля, как системы вентиляции в пенитенциарных учреждениях, референс-лабораториях, региональных лабораториях, а также комнатные очистители воздуха и ультрафиолетовые лампы в лечебных учреждениях. В настоящее время в стране существует несколько компаний, которые в рамках НПТ привлекаются для проведения сервисного обслуживания вентиляционных систем и оборудования НРЛ. Тем не менее некоторые документы по предоставленным услугам (например, сертификаты на боксы биологической безопасности, отчеты с параметрами системы вентиляции до и после сервисного обслуживания) не были предоставлены НРЛ. Хотя качество этих услуг остается сомнительным, на региональном уровне нет компаний или назначенных сотрудников, которые бы проводили профилактическое обслуживание и ремонтные работы в региональных лабораториях. В конечном итоге это может создать высокий риск биологической опасности в указанных учреждениях.

Личная защита

Существует централизованная система закупок сертифицированных респираторов. Во всех посещенных учреждениях соответствующие респираторы получают на центральном уровне.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Существует настоятельная необходимость проводить оценку риска заболевания туберкулезом в учреждениях ПМСП в связи с активным процессом интеграции противотуберкулезной службы с этими учреждениями. На основании установленного риска необходимо разработать минимальный набор стандартов для мер инфекционного контроля в ПМСП.
- НПТ должна разработать очень краткий документ (одна страница) по минимальному набору стандартов ТБ ИК для специализированных ТБ учреждений, отдельно для стационарных и амбулаторных отделений. В этих стандартах необходимо наметить основные меры инфекционного контроля, применяемые для инфекций, передающихся воздушным путем, такие как: сортировка пациентов, разделение их потоков и этикет кашля. Стандарты должны быть доступными для всех сотрудников учреждений.
- Важно пересмотреть существующую законодательную базу, касающуюся норм строительства / реконструкции учреждений здравоохранения и их обновления в соответствии с международными стандартами, особенно учитывая постоянный процесс активного ремонта учреждений ПМСП и противотуберкулезных специализированных учреждений в стране. Чтобы избежать строительства/обновления объектов здравоохранения без предварительного планирования с учетом требований ТБ ИК, в ближайшие несколько месяцев МЗ совместно с НПТ должны разработать по крайней мере минимальный набор стандартов или «основной план».
- Очень важно разработать политику в отношении продолжительности госпитализации во избежание реинфекции у пациентов и внутрибольничной передачи различных штаммов. Неконтагиозные пациенты с хорошими клиническими данными не должны содержаться в стационаре.
- После официального утверждения нового руководства по инфекционному контролю в рамках Национальной программы борьбы с ТБ необходимо предпринять следующие шаги:
- разработать план реализации руководств по ТБ ИК;
- организовать семинар для главных врачей ПМСП и сотрудников СЭС, на котором будут представлены руководство и план по его реализации, а также дана информация о разработке планов противотуберкулезного инфекционного контроля для конкретных учреждений;
- начиная с 2012 г. развивать централизованную систему отчетности при НПТ по туберкулезу среди сотрудников, оказывающих услуги больным ТБ. Такие данные с течением лет дадут хорошее представление о ситуации по ТБ ИК в учреждениях здравоохранения;
- во время кураторских визитов назначать в группах лиц, ответственных за оценку риска ТБ на уровне учреждений. Назначенное лицо должно представить письменные выводы и рекомендации в отношении мер инфекционного контроля и обучения на рабочем месте для повышения уровня знаний в области ТБ ИК. Обучение должно включать информацию о путях передачи заболевания, мерах предосторожности на уровне учреждений, а также о том, как пациенты могут поддерживать процесс профилактики туберкулеза на уровне сообществ;
- Правила разделения потоков больных для всех учреждений с услугами стационарной помощи должны быть основаны на данных о результатах мазка мокроты и лекарственной устойчивости. Поскольку в нынешней ситуации неприменима изоляция больных в одноместных герметично закрывающихся палатах, необходимо по крайней мере добиваться разделения больных по отделениям. Как минимум необходимо выделить следующие отделения: ММ (+) / ЛЧ, ММ (+) / ЛУ и ММ (-), а больные с разными моделями лекарственной устойчивости должны быть разведены по разным палатам отделения. Если учреждение имеет больше возможностей для разделения групп больных по результатам посева, выделить группы М (-) / К (+) и М (-) / К (-) и больных с разной степенью лекарственной устойчивости: ПЛУ, МЛУ и ШЛУ. В случае отсутствия результатов ТЛЧ (в

настоящее время этот вопрос стоит остро) создавать отделения по крайней мере по статусу мазка и для первичных и повторных случаев.

- Существует необходимость подобрать квалифицированного инженера, которого можно было бы отправить для прохождения специальной подготовки за рубежом (например, такие тренинги проходят в учебном центре Владимирской области, Россия и в Гарвардской школе общественного здравоохранения, США) и которого в течение длительного периода НПТ и МЮ на договорной основе могли бы привлекать для оказания вышеперечисленных услуг в гражданском и пенитенциарном секторе.

2.4 Выявление случаев

Целью мероприятий, направленных на профилактику туберкулеза, является быстрое выявление контагиозных (с положительным результатом мазка мокроты) случаев туберкулеза и своевременное начало лечения для сокращения распространения инфекции. Выявление случаев в основном пассивное, за исключением проекта по борьбе с туберкулезом в пенитенциарной системе, где практикуется активное выявление случаев заболевания на момент поступления в эти учреждения, а также во время пребывания в них. В 2011 г. Министерство здравоохранения утвердило руководства по выявлению случаев ТБ. Выявление случаев является пассивным (пациенты обращаются в службы первичной медико-санитарной помощи с симптомами) или активным.

Активное выявление случаев проводится среди групп риска, которые перечислены в руководствах, а также среди людей из домашнего окружения исходного случая заболевания туберкулезом.

Выявление случаев среди групп риска

Рентгенологическое обследование органов грудной клетки ежегодно проводится среди людей, принадлежащих к группам риска. При подозрении на ТБ у пациентов собирают мокроту для мазка и посева. Туберкулиновая кожная проба (реакция Манту) используется для активного выявления среди детей во всех случаях.

Отслеживание контактов

Отслеживание контактов проводится с использованием теста ППД (реакция Манту) среди детей, а у взрослых с помощью рентгенологического обследования / сбора образцов для лабораторных исследований. Если у людей с подозрением на ТБ / имевших контакт с больным ТБ, можно собрать мокроту, полученные образцы отправляют в ТБ лабораторию для проведения исследований. Отслеживание контактов обычно проводится среди членов семьи заболевшего силами противотуберкулезной службы в сотрудничестве со службами первичной медико-санитарной помощи.

Руководство включает диагностический алгоритм, однако на практике он не применяется и будет пересмотрен после проверки лабораторной сети (Приложение II).

Пенитенциарная система

Выявление случаев в пенитенциарной системе проводится при поступлении в систему (в СИЗО) и во время пребывания в местах лишения свободы. По существующим правилам скрининг заключенных должен проводиться как минимум ежегодно, но это не всегда возможно вследствие большой рабочей нагрузки, а также нехватки сотрудников и рентгеновского оборудования. Тем не менее в учреждениях с высокой заболеваемостью ТБ скрининг всегда проводится ежегодно.

Алгоритм отслеживания контактов включает скрининг по симптомам, анкетирование, исследование образцов мокроты и рентгенологическое обследование. В случае выявления ТБ отслеживание контактов

проводится в месте содержания исходного случая. При наличии симптомов ТБ заключенные могут обращаться в медицинский отдел своего исправительного учреждения. Далее их направляют в специализированное лечебное учреждение для лиц, содержащихся под стражей, где в рамках проекта борьбы с ТБ в пенитенциарном секторе проводится проактивное выявление случаев (см. выше) в течение 3–5 дней ввиду логистических проблем и требований системы безопасности. Однако изоляторы есть в каждой колонии.

Медицинские и немедицинские работники пенитенциарной системы постоянно проходят обучение по борьбе с ТБ, включающее такие темы, как распознавание симптомов ТБ и противотуберкулезный инфекционный контроль.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Избегать ненужного массового скрининга при помощи туберкулиновой пробы (реакция Манту).
- Использовать современные диагностические тесты (MTB/RIF) для раннего выявления случаев.

2.5 Диагностика

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

В соответствии с установленными правилами для подтверждения диагноза собирается три образца мокроты, два из которых направляются в национальную референс-лабораторию (НРЛ) для проведения культурального исследования и последующего тестирования лекарственной чувствительности. Любой другой биологический материал должен направляться таким же образом для культурального исследования (и последующего ТЛЧ). По правилам всем больным на момент начала лечения проводится посев и в случае получения положительного результата – ТЛЧ с использованием традиционных методов. Посевы на жидких средах (MGIT) и быстрые тесты на устойчивость к рифампицину (GeneXpert и HAIN) можно проводить в НРЛ, однако отсутствует четкая схема с указанием групп пациентов, соответствующих критериям проведения этих исследований в условиях с ограниченными финансовыми средствами. Начало лечения обычно откладывается до получения результатов ТЛЧ по традиционному методу.

Мокрота, собранная в районах, должна направляться в заранее определенные центры (мокроту привозят медработники, или пациенты направляются в центры сбора мокроты), а оттуда машина НПТ перевозит образцы в НРЛ для посевов и ТЛЧ. Однако стандартный подход к диагностике ТБ отсутствует, и в некоторых регионах лечение туберкулеза у пациентов начинают на основании результатов рентгенологического обследования и микроскопии.

В 2011 г. посевы были положительными у 52,6% (1970 из 3743) больных среди всех зарегистрированных новых случаев легочного туберкулеза. Данных об охвате культуральными исследованиями и последующими ТЛЧ не было в наличии. Из положительных посевов 19,9% (391 из 1970) имели М/ШЛУ-ТБ. Среди больных М/ШЛУ-ТБ 21% (82 из 391) имели ШЛУ-ТБ. Среди случаев повторного лечения 74,3% (3420 из 4601) имели положительные посевы, однако данные об общем количестве проведенных посевов отсутствуют. Среди случаев с положительными посевами 13,9% (476 из 3420) имели М/ШЛУ-ТБ.

Культуральные исследования и ТЛЧ проводятся только в НРЛ, а полученные результаты передаются координаторам МЛУ-ТБ на центральном уровне, которые должны передавать эти данные на места. К сожалению, по данным наблюдений, информация о результатах посевов и ТЛЧ поступает в территории через несколько месяцев. В 2012 г. в регистрационные журналы по ТБ было добавлено поле для результатов посевов, однако данные по ним не заносятся. Клиницистам должным образом не объяснили важность пересылки образцов мокроты в НРЛ на момент начала лечения и использования

результатов посевов для повышения уровня ведения пациентов. По расчетным данным, приблизительно 60% образцов мокроты направляются для культуральных исследований в НРЛ.

Показатель выявления случаев ТБ (всех форм) составил 63%, он снизился по сравнению с предыдущим годом (73%). В 2010 г. соотношение мужчина/женщина среди новых случаев с положительным мазком составило 3,2.

2.6 Лабораторные услуги

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

В обязательные процедуры, которые внедряются в практику, включены традиционные ТЛЧ и посевы на жидких средах, в том числе и метод молекулярной гибридизации с типоспецифичными зондами для выявления устойчивости к рифампицину (RMP).

МЗ следует по пути оптимизации и рационализации сети ТБ лабораторий посредством создания 5 лабораторий промежуточного уровня. В гражданском секторе система направлений в соответствии с пульмонологическими симптомами основана на работе врачей общей практики из поликлиник и фтизиатров (для лекарственно-чувствительных больных ТБ, которым нужна госпитализация на время интенсивной фазы лечения).

Лишь 3 из 5 лабораторий (Нахичевань, Массалы и Закаталы) являются полностью функционирующими. К сожалению, еще не выработано окончательное решение о количестве периферийных лабораторий, которые должны быть связаны с лабораториями промежуточного уровня, и, как результат, количество проведенных исследований микроскопии ниже уровня международных стандартов. Все поставки централизованы, НРЛ направляет их в лаборатории периферийного уровня по запросу. Стандартная форма заявки на получение расходных и других материалов отсутствует. Утвержденные стандарты для выявления случаев ТБ и последующего лечения применяются в стране еще не повсеместно. В некоторых территориях количество образцов мокроты, собираемых для диагностики и контрольного наблюдения, не всегда согласуется с политикой НПТ. Некоторые посещенные лаборатории не оснащены соответствующим оборудованием, не имеют необходимых материалов и безопасных условий, что приводит к низкому качеству исследований и неэффективным услугам микроскопии и посевов. Система обеспечения качества (ОК) не реализуется в плановом порядке по всей стране. Отсутствует надежный механизм курации со стандартными процедурами обеспечения качества и проверки профессионального уровня (внутренней и внешней) во всех лабораториях. Существующая система транспортировки образцов мокроты с периферийного уровня в НРЛ для проведения культуральных исследований и ТЛЧ является несовершенной. Система обратной связи с регионами по результатам исследований не работает систематически, что сказывается на результатах лечения пациентов. Ощущается нехватка денежных средств для обеспечения соответствующего технического обслуживания биобезопасного оборудования во всех лабораториях. Боксы биологической безопасности не проходят регулярную сертификацию, лаборанты находятся под воздействием заразных материалов, с которыми проводят манипуляции.

Лабораторные услуги по исследованиям на ТБ в стране предоставляет сеть из 70 лабораторий, проводящих исследования микроскопии мазка, 5 посевных лабораторий и одной национальной референс-лаборатории. НРЛ – единственная лаборатория третьего уровня в гражданском секторе. В ней проводят исследования микроскопии мазка, посева на плотных и жидких средах (Левенштейна–Йенсена и MGIT 960 соответственно). Недавно НРЛ получила оборудование для молекулярной гибридизации с типоспецифичными зондами. Тестирование лекарственной устойчивости к препаратам первого и второго ряда проводится также на плотных и жидких средах. НРЛ использует метод пропорций для ТЛЧ на среде Левенштейна–Йенсена.

Распределение услуг микроскопии варьируется по регионам. Все лаборатории периферийного уровня, занимающиеся микроскопией мазка мокроты, расположены либо при противотуберкулезных диспансерах, либо в районных больницах общей лечебной сети. Эти лаборатории оснащены бинокулярными микроскопами и проводят микроскопию только по методу Циль–Нильсена (Ц-Н).

В настоящее время действующими являются только 3 из 5 запланированных лабораторий промежуточного уровня (Нахичевань, Массалы и Закаталы), в двух лабораториях в гг. Гянджа и Губа идет ремонт. Отмечается недостаточный охват населения областными лабораториями (Закаталы: 180 000 и Гянджа: 320 000 населения), но ожидается, что охват увеличится в процессе установления связи с периферийными лабораториями. В действительности у нескольких периферийных лабораторий (Шамкир: 197 000 населения, Товуз: 162 791 населения, Шеки: 176 000 населения) рабочая нагрузка сопоставима с рабочей нагрузкой областных лабораторий, что сказывается на качестве их работы.

Национальная референс-лаборатория проводит ТЛЧ для всей страны. Образцы мокроты из областей направляются туда для культуральных исследований и ТЛЧ. Некоторые сотрудники прошли обучение в наднациональной референс-лаборатории (ННРЛ) в Борстеле, Германия. В настоящее время в НРЛ работает 6 врачей-бактериологов, 16 лаборантов, 2 оператора и 2 санитарки. На момент посещения лаборатории 2 врача-бактериолога находились в декретном отпуске, который может продолжаться до трех лет в соответствии с законодательством страны. Два лаборанта работают на полную ставку, они прошли обучение в Борстеле и занимаются молекулярной гибридизацией с типоспецифичными зондами. Лаборатория оснащена 4 БББ второго класса, 2 аппаратами ВАСТЕС MGIT 960, 2 аппаратами для молекулярной гибридизации с целью быстрой диагностики ТБ и МЛУ-ТБ. Светодиодные микроскопы и Xpert MTB/RIF отсутствуют.

Мероприятия курации и обеспечения качества, которые проводила НРЛ, были прекращены в прошлом году национальной программой борьбы с ТБ.

На основании полученных заявок НРЛ снабжает все лаборатории сети. Нехватки реактивов и расходных материала в сети не отмечается. НРЛ готовит все реактивы.

Лабораторные и технические помещения

Большинство лабораторий на периферии не имеют хорошей рабочей инфраструктуры. В некоторых из них полы и стены трудно мыть. Отсутствуют таблички на дверях или окнах, знаки биологической опасности. В г. Шеки электропитание нерегулярное, отсутствует аварийный электрический генератор или какой-либо другой резервный источник электропитания. Во время нашего посещения в лаборатории произошло отключение электроэнергии.

Наличие помещений – это проблема для сети ТБ лабораторий. В лабораториях периферийного уровня в распоряжении есть лишь несколько помещений, главным образом для приготовления мазков и микроскопии. Площади этих помещений меньше установленных стандартов. Так, например, в лаборатории г. Шеки отсутствуют помещения для приема пищи, переодевания сотрудников и склада. Растворы дезинфицирующих средств и одежда сотрудников хранятся в одном шкафу в комнате для микроскопии.

Доступ в лаборатории не ограничен лабораторным персоналом. Большинство посещенных лабораторий были чистыми и хорошо организованными. В них использовались дезинфицирующие средства, рекомендованные НПТ (Деттол 5%, Лизол 5%).

В целом, не налажены необходимые системы связи с лабораториями. В некоторых лабораториях, включая лаборатории промежуточного уровня, отсутствуют наземные линии телефонной связи, факс, связь по электронной почте или Интернету.

Биобезопасность

Средства личной защиты, поставляемые НРЛ, имеются в распоряжении периферийных лабораторий, но не всегда соответствуют установленным международным стандартам в такой степени, как респираторы N95. Отсутствуют четкие правила, ограничивающие доступ в лаборатории и регламентирующие организацию работы в них. При входе в каждую из посещенных лабораторий отсутствовал знак

биологической опасности. В некоторых лабораториях есть лишь одна раковина для мытья рук и окрашивания мазков. Отсутствуют и другие виды биобезопасных устройств или систем, таких как антиаэрозольные центрифуги с закрывающимися стаканами. В г. Закаталы единственный имеющийся в распоряжении бокс биологической безопасности не работал должным образом; документы с отчетами о последнем техническом обслуживании отсутствовали. В НРЛ последний замер воздухообменов в час был произведен в 2010 г.

Во всех лабораториях есть автоклавы, а на территории учреждений – установки для сжигания отходов. Недавно НРЛ перевела на русский язык руководство ВОЗ по стандартным операционным процедурам, но также планируется и перевод этого документа на азербайджанский язык. Руководство охватывает вопросы биобезопасности, технического обслуживания оборудования, процедуры микроскопии и культуральных исследований.

Оборудование и техническое обслуживание

Как правило, лаборатории периферийного уровня оснащены бинокулярными микроскопами для микроскопии мазка мокроты. Качество центрифуг в лабораториях варьируется.

Большинство лабораторий было оборудовано при поддержке Банка развития Германии, Глобального фонда и Международного комитета обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. В наличии есть и другие виды лабораторного оборудования: автоклавы, боксы биологической безопасности (БББ), микропипетки, центрифуги и т.д. Все три лаборатории промежуточного уровня оснащены бинокулярными световыми микроскопами для микроскопии по методу Циль–Нильсена и боксами биобезопасности второго класса для культуральных исследований.

Лаборанты НРЛ не чувствуют себя в безопасности при работе в боксе биобезопасности, который более года не проходил сертификации. Всего в НРЛ имеется 4 бокса биологической безопасности второго класса.

В целом, техническое обслуживание лабораторий остается несовершенным, т.к. отсутствует подразделение технического обслуживания и нет специалиста, прикрепленного к НПТ. МЗ проводит проверки всех боксов биологической безопасности в НРЛ по заявкам, поступающим от лабораторий. Директор НРЛ заверил нас в том, что запрос на проведение проверки всех боксов биобезопасности НРЛ уже направлен в отдел эпидемиологии МЗ.

Практики и показатели обеспечения качества

Руководство по стандартным операционным процедурам (СОП) описывает процедуры и стандарты для лабораторных методов исследования ТБ, включая все необходимые темы. Однако оно еще не распространено среди всех лабораторий сети. В НРЛ емкости с реактивами были маркированы с указанием содержимого, даты приготовления и срока годности. Произошли улучшения в обеспечении качества культуральных исследований и ТЛЧ после внедрения системы, гарантирующей качество сред Левенштейна–Йенсена и учета результатов для каждой новой партии; однако НРЛ сообщила о том, что яйца для приготовления сред приобретаются в соседнем супермаркете и от разных поставщиков.

Несмотря на проведение в лаборатории профилактических мер показатель контаминации остается высоким для сред Левенштейна–Йенсена, в среднем 11,2% в 2011 г. Еще не реализовывались рекомендации, полученные после посещения лаборатории д-ром Marija Joncevska (лабораторным консультантом ГЛИ), по улучшению форм учета и отчетности для мониторинга показателей контаминации путем сравнения результатов для одного и того же образца, полученных на среде Левенштейна–Йенсена и на жидких средах. НРЛ участвует в проверке квалификации сотрудников, которую ежегодно организует ННРЛ Борстеля для ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда.

Внешняя оценка качества мазков КУМ не является достоверной и не проводится должным образом. С прошлого года в рамках НПТ не проводились ежеквартальные оценочные визиты, совершаемые НРЛ. В 2011 г. директор НРЛ совершил кураторские визиты только в 12 районов, а в первом квартале 2012 г. заместитель директора НРЛ посетил лишь 6 районов.

Программа слепого повторного прочтения мазков не проводится в стране с регулярной периодичностью. НРЛ пытается использовать соответствующую статистическую выборку, выборку для оценки качества партии, для слепого повторного прочтения мазков КУМ. Однако пока эта система должным образом не работает, т. к. мазки отбираются лаборантами по телефонному запросу проверяющих и направляются в НРЛ.

Большинство показателей качества мазков и посевов невозможно рассчитать, поскольку отсутствует указание цели исследований в регистрационном журнале НРЛ; результаты диагностических и контрольных исследований перемешаны. По этой причине мы не смогли рассчитать вклад культуральных исследований в диагностику по сравнению с микроскопией или процент диагностических случаев с положительным мазком мокроты и отрицательным посевом. Мы также не смогли рассчитать показатели Л-Й/MGIT, поскольку отсутствует информация о сравнении результатов, полученных на разных средах для одного и того же образца.

Мониторинг показателей контаминации для посевов на среде Левенштейна-Йенсена в 2011 г. показал неудовлетворительные результаты со средним значением 11,2% в 2011 г. (в то время как ожидаемый показатель контаминации для посевов на плотных средах должен быть между 2% и 5%); показатель контаминации для ВАСТЕС MGIT 960 был в ожидаемом диапазоне и в среднем составлял 8,8%, здесь произошли улучшения после пикового показателя в 20,2% , зарегистрированного в августе 2011 г. (Приложение IV).

В период между сентябрем 2010 г. и августом 2011 г. НРЛ провела 127 успешных и 18 неуспешных тестов молекулярной гибридизации с типоспецифичными зондами. Был обнаружен лишь 1 результат со смешанными моделями, и 14 результатов отличались от тех, что были получены на среде Л-Й. Показатель положительных результатов отрицательных контролей (контаминация) равнялся нулю.

Образцы: сбор и транспортировка

Как правило, образцы мокроты не собираются под непосредственным наблюдением лаборанта. Число проб, собираемых для диагностики и мониторинга лечения, не всегда соответствует политике НПТ. Как правило, три образца нужно собирать для диагностики и два – для контрольного наблюдения за лечением пациента.

Транспортировка образцов мокроты из лабораторий периферийного уровня на центральный уровень осуществляется один раз в неделю, однако система связи между двумя уровнями для обеспечения обратной связи о результатах исследований образцов мокроты, проведенных в НРЛ, должным образом не функционирует. Например, результат исследований образца, направленного в НРЛ для культурального исследования и ТЛЧ в октябре 2011 г., еще не был передан в лабораторию, запросившую проведение этих исследований. Региональные координаторы должны собирать все результаты и отправлять их обратно в лаборатории периферийного уровня. В целом, отмечаются частые задержки с обратной связью по результатам образцов, направленных в НРЛ для культуральных исследований и тестирования лекарственной чувствительности.

Лабораторные формы запросов, регистрационные журналы и отчетные формы по результатам мазков и культуральных исследований одобрены НПТ и используются для результатов каждого пациента, но они не всегда заполняются должным образом. В некоторых лабораториях результаты микроскопии не заносятся в регистрационные журналы ежедневно, а иногда и скудные результаты не регистрируются в соответствии с рекомендациями ВОЗ и Международного союза по борьбе с туберкулезом.

Пенитенциарная система

Всех больных с подозрением на туберкулез незамедлительно переводят из следственных изоляторов (СИЗО) и колоний в специализированное лечебное учреждение для лиц, содержащихся под стражей, для дальнейшего обследования и лечения. Обычно время до перевода пациента в это лечебное учреждение не превышает 5 календарных дней. Лабораторная служба располагает большим диагностическим потенциалом для выявления ТБ и МЛУ-ТБ. Эта лаборатория считается одной из двух лабораторий 3-го уровня в Азербайджане наряду с НРЛ. Лаборатория проводит культуральные исследования на традиционных и жидких средах. Лаборатория хорошо оснащена, среди ее

оборудования 5 светодиодных микроскопов, 2 аппарата BACTEC MGIT 960, полученных по гранту ГФ, средства быстрой диагностики и выявления устойчивости к рифампицину, такие как Xpert MTB/RIF и оборудование для молекулярной гибридизации с типоспецифичными зондами. Внедрение метода молекулярной гибридизации, которое началось в 2008 г., завершилось в 2010 г. Диагностический алгоритм включает в себя микроскопию мазка мокроты, культуральные исследования и анализ Xpert MTB/RIF.

В настоящее время в лаборатории заканчиваются картриджи, и она ожидает поставки 7900 картриджей от FIND по проекту Expand-TB; две партии ожидаются в апреле и октябре 2012 г. Предполагается также оснастить анализаторами Xpert MTB/RIF 3 периферийные лаборатории в колонии 13 в п. Карадаг, в СИЗО (BIT) и в специализированном учреждении для лечения ТБ (лаборатория СЛУ I, которая принимала участие в оценке Xpert MTB/RIF, стала учебным центром по диагностике туберкулеза). Следуя рекомендациям, сделанным по результатам предыдущих оценок различными международными лабораторными экспертами, недавно руководители Главного медицинского управления Министерства юстиции приняли решение о строительстве новой лаборатории для улучшения условий работы персонала. Для этой цели были выделены площади на территории того же пенитенциарного учреждения. План будущей лаборатории разработан международным экспертом из Международного комитета Красного Креста (МККК).

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Обеспечить кадрами все лаборатории периферийного и промежуточного уровня, в особенности лаборатории в гг. Закаталы и Гянджа.
- Повсеместно в ТБ лабораториях внедрять стандартные операционные процедуры в соответствии с международными стандартами; перевести СОПы на азербайджанский язык.
- Проводить мониторинг эффективности и действенности установленной логистической системы транспортировки образцов мокроты от периферийных лабораторий в НРЛ.
- Своевременно сообщать в регионы обо всех результатах посевов и ТЛЧ, проведенных в НРЛ, для более качественного ведения случаев заболевания.
- Обеспечить сбор мокроты при непосредственном наблюдении лаборантов или медсестер, отвечающих за сбор мокроты в противотуберкулезных учреждениях.
- Повысить качество системы учета и отчетности на всех уровнях сети ТБ лабораторий.
- Улучшить физическое состояние лабораторий в гг. Шеки и Гянджа, выделив дополнительные помещения, шкафы для одежды и хранения реактивов. Обеспечить бесперебойное электропитание в лаборатории г. Шеки.
- Выделить необходимое финансирование для обеспечения технического обслуживания биобезопасного лабораторного оборудования, добиваться проведения сертификации боксов биологической безопасности во всех ТБ лабораториях обученными и сертифицированными специалистами.
- Поддерживать и усиливать руководство со стороны Национальной референс-лаборатории для контроля над всеми мероприятиями, осуществляемыми сетью ТБ лабораторий.
- Улучшить управление запасами и расходными материалами, используя формы заявок, рекомендованные НПТ. Заявка должна быть основана на данных о складских остатках и расходовании запасов за определенный период времени (например, за квартал или полугодие).
- Сертификация боксов биологической безопасности во всех областных лабораториях должна проводиться регулярно, как минимум один раз в год, и с документальным подтверждением результатов.

- Построить новую референс-лабораторию в пенитенциарном секторе и заменить центрифугу для работы с образцами мокроты.
- Обеспечить свободный доступ к современным диагностическим тестам (включая тест на М/ШЛУ-ТБ) для всех больных с подозрением на ТБ.
- Включить противотуберкулезные услуги в круг обязанностей учреждений первичной медико-санитарной помощи.
- Упорядочить отбор пациентов, для того чтобы изменить ситуацию с низким показателем положительных результатов среди больных с подозрением на ТБ и с рабочей нагрузкой лаборантов.

2.7 Лечение

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

В случае постановки диагноза ТБ начинается лечение четырьмя препаратами первого ряда с применением или неприменением инъекционных препаратов. Решение о включении стрептомицина или канамицина в схему лечения определяется принятыми в стране руководствами.

После получения клиницистом информации о лекарственной устойчивости пациента представляют на рассмотрение комиссии НИИЛЗ по М/ШЛУ-ТБ. К сожалению, запасы препаратов второго ряда ограничены, и получают их по гранту Глобального фонда. Так, в 2011 г. было диагностировано 900 больных с М/ШЛУ-ТБ, из них 250 пациентов вошли в 4-ю когорту (всего в 4-й когорте было 362 пациентов); 188 было включено в 5-ю когорту (общая численность 5-й когорты составила 300 пациентов). Кроме этого, около 200 пациентов состояло в списке ожидания, а еще приблизительно 300 больных не были представлены на рассмотрение комиссии М/ШЛУ-ТБ.

Комиссия по М/ШЛУ-ТБ рекомендует схемы лечения пациентов. Схемы лечения были проверены – они соответствуют последним рекомендациям ВОЗ 2011 г. С 2007 г. председатель комиссии по М/ШЛУ-ТБ участвует в работе аналогичной комиссии в пенитенциарной системе.

Контрольное наблюдение за лечением проводится ежемесячно с помощью микроскопии мазка мокроты и посева для отслеживания бактериологической негативации и далее – каждые два месяца. ТЛЧ повторяют, если посева остаются положительными после трех месяцев лечения.

Ведение побочных эффектов было признано соответствующим. По наблюдениям, клиницисты старательно следуют рекомендациям и хорошо справляются с лечением побочных эффектов.

Регистрация побочных эффектов ведется в карте больного. К сожалению, в гражданском секторе анализ побочных эффектов не проводится систематически. Лекарственные препараты для лечения побочных эффектов предоставляются пациентам бесплатно.

Руководства по лечению были утверждены Министерством здравоохранения в 2011 г. и распространены в противотуберкулезной службе. Несмотря на несколько проверок со стороны ВОЗ, все еще сохраняются некоторые различия с последними международными рекомендациями. Основное несоответствие было замечено в рекомендованных схемах лечения обычного и устойчивого туберкулеза.

Обычный туберкулез

Выбор схемы терапии определяется данными рентгенологических исследований, а не предыдущей историей лечения (включение стрептомицина в схему). Так, категория I применяется только в случае

поражения лишь одной доли легкого, и стрептомицин добавляется к схеме в случае поражения более одной доли. Это может привести к избыточному использованию стрептомицина среди новых случаев. Кроме того, в случае устойчивости к стрептомицину рекомендуется использовать канамицин, который принадлежит к препаратам второго ряда и должен быть в резерве для больных с полирезистентностью и М/ШЛУ-ТБ.

Это непростой вопрос, принимая во внимание, что качество рентгенологических исследований на периферийном уровне является субоптимальным, а использование и мониторинг рекомендованных на местном уровне схем лечения в зависимости от места локализации невозможны.

Рекомендация по использованию канамицина вместо стрептомицина в случае устойчивости к стрептомицину приводит к применению одного препарата второго ряда в условиях, когда результаты ТЛЧ обычно получают через несколько месяцев после начала лечения. К этому времени интенсивная фаза, как правило, заканчивается, и использование инъекционных препаратов должно прекращаться.

По наблюдениям, на практике на периферийном уровне, а также в НИИЛЗ обычно использовались четыре препарата первого ряда (H, R, E и Z) плюс инъекционный препарат для лечения новых и повторных случаев. На периферии предпочтительным инъекционным препаратом был S, в то время как в ТБ отделении НИИЛЗ в 22% случаях использовался Km (8 из 36 проверенных случаев).

Дозировки противотуберкулезных препаратов первого ряда соответствовали рекомендациям ВОЗ.

Лекарственно-устойчивый ТБ

В соответствии с утвержденными руководствами для определения продолжительности лечения и выбора схемы используются рентгенологические, а не бактериологические данные.

В случае М/ШЛУ-ТБ продолжительность интенсивной фазы по рекомендациям должна составлять как минимум 6 месяцев вместо 8. Общая продолжительность лечения ограничена 24 месяцами, что в некоторых случаях недостаточно, когда для бактериологической негативации требуется более 8 месяцев. Прием фторхинолонов был разделен на две дневные дозы, в то время как на международном уровне было принято решение о приеме одной ежедневной дозы для повышения эффективности лечения.

Продолжительность лечения для больных с моно- и полирезистентным ТБ (особенно при устойчивости к рифампицину) составляла 12 месяцев, тогда как в соответствии с международными рекомендациями лечение должно продолжаться 18 месяцев.

В остальном рекомендованные стандартные схемы лечения случаев МЛУ-ТБ были приемлемыми, принимая во внимание превалирующую модель лекарственной устойчивости: схема лечения в интенсивной фазе состояла из Km/Cm, Lfx/Mfx, Eto, Cs, Pas, Z, а в поддерживающей фазе – из Lfx/Mfx, Eto, Cs, Pas, Z.

Схемы лечения, назначаемые комиссией по лечению М/ШЛУ-ТБ и применяемые в больнице № 6, соответствовали не руководствам, принятым в стране, а последним международным рекомендациям. Всего в больнице было рассмотрено 42 случая из 69. Стандартная схема (Km/Cm, Lfx/Mfx, Pto, Cs, PAS, Z) применялась во всех случаях. Инъекционные препараты применялись как минимум до получения четырех отрицательных посевов, но не менее чем в течение 8 месяцев – в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Фактически инъекционный препарат применялся дольше необходимого – в 3 случаях из 42 инъекционный препарат оставался в схеме почти год, даже если была сохранена чувствительность к фторхинолонам, а посевы были отрицательными на протяжении более четырех месяцев подряд. Дозировка препаратов корректировалась в зависимости от веса тела больного.

Среди рассмотренных случаев было 10 больных ШЛУ-ТБ (23,8%), все они получали Mfx и Cm. Они получали именно инъекционный препарат, т. к. ни у одного из них еще не произошло негативации. Трое больных из этой группы находились на лечении приблизительно год.

В посещенных районах наблюдалась некоторая непоследовательность в составлении схем лечения М/ШЛУ-ТБ: в отдельных случаях левофлоксацин и пиперазид отсутствовали в схемах без дальнейшего обоснования. Всего в 10 рассмотренных случаях моксифлоксацин был препаратом первого выбора для случаев с сохраненной чувствительностью к фторхинолонам, т. к. на тот период времени

левофлоксацин отсутствовал. Невозможно было установить связь между продолжительностью применения инъекционного препарата, негативацией посева, а также общей продолжительностью лечения, т. к. данные о посевах и ТЛЧ находятся на центральном уровне, а данные о приеме лекарственных препаратов – в кабинетах терапии под непосредственным наблюдением.

Хирургическое лечение проводится в НИИЛЗ. Критериями для хирургического лечения, кроме экстренных ситуаций, является главным образом наличие у пациентов полостей распада или туберкулом в случаях поражения одного легкого. Обычно до начала хирургического вмешательства больного лечат в течение 3–6 месяцев. Уже на момент начала лечения пациентов оценивают на предмет возможного хирургического вмешательства.

Меры инфекционного контроля в операционной и послеоперационном блоке соответствуют требованиям.

Результаты лечения

Успех лечения для новых случаев с положительным мазком в 2009 г. составил 62,0%, умерло 3,1%, безуспешно пролечено 7,3%, оторвалось от лечения 16,0%, и 11,6% больных было потеряно для диспансерного наблюдения. На момент проведения миссии информация о результатах лечения по стране для больных, зарегистрированных в 2010 г., отсутствовала.

Информацию о результатах лечения больных, зарегистрированных в 2010 г., можно было собрать во время посещений территорий. Показатель лечения в г. Шамкир составил 61,3% и в г. Гянджа – 86,9%. По наблюдениям, доля безуспешно пролечившихся больных была очень низкой – 1,6% среди всех зарегистрированных больных в г. Шамкир и 0,3% в г. Гянджа (табл. 1 и 2). Это очень низкие значения в сравнении с высокими показателями М/ШЛУ-ТБ, выявленными во время ИЛУ. Показатели отрывов от лечения оказались довольно высокими – 23,0% в г. Шамкир и 12,8% в г. Гянджа.

Успех лечения больных М/ШЛУ-ТБ, включенных в проект, одобренный КЗС для гражданского сектора, был довольно низким в первой и во второй когорте (по оценочным данным 57,7% и 56,9% соответственно). Необходимо принять во внимание, что схемы лечения в этих двух когортах были субоптимальными, как указывалось в отчетах мониторинговых визитов, проведенных от имени КЗС в 2009, 2010 и 2011 гг. Ожидается, что результаты лечения для пятой когорты будут лучше, поскольку улучшились схемы лечения.

Лечение больных с лекарственно-устойчивым ТБ трансформировалось из в основном стационарного в амбулаторное. Для этого есть веские основания, поскольку меры инфекционного контроля в большинстве случаев не реализуются в противотуберкулезных учреждениях, кроме того, стационарное лечение гораздо более дорогостоящее. Как было сказано, критерием для госпитализации является клиническое состояние пациента. Для выписки из стационара используются следующие критерии: улучшение клинического состояния больного и, желательнее, негативация мокроты.

Подобная информация о количестве пациентов с обычным ТБ, находившихся на амбулаторном лечении с первого дня, отсутствует. По расчетным данным примерно 25% больных М/ШЛУ-ТБ с первого дня получают амбулаторное лечение. Единственным учреждением в гражданском секторе для лечения М/ШЛУ-ТБ является диспансер № 6 в Баку – его отремонтировали, и в 2010 г. он продолжил работу. Коечный фонд учреждения составляет 90 коек, но фактическое количество равнялось 78, из которых 69 на момент посещения были заняты больными. Годовой оборот составляет приблизительно 150 пациентов.

Амбулаторная помощь

Амбулаторная помощь оказывается всем пациентам в противотуберкулезных диспансерах, теперь переименованных в больницы пневмофизиологии, или в кабинетах DOT в службах первичной медико-санитарной помощи, например таких, как поликлиники и медицинские пункты. Тем не менее пациенты с обычным туберкулезом самостоятельно принимают лекарственные препараты. Они приходят к врачу раз в 10 дней или две недели для получения лекарственных препаратов на определенный срок. Больные М/ШЛУ-ТБ приходят за получением лекарств ежедневно, шесть раз в неделю. Те, кто не может принять все лекарства сразу, вторую дозу лекарственных препаратов принимают дома. Чаще всего ПАСК принимают дома, что может стать проблемой в летний период, так как не соблюдаются требования холодовой цепи.

Было отмечено, что больные ТБ и М/ШЛУ-ТБ принимают лекарственные препараты в разных кабинетах, и обслуживаются они разными сотрудниками, даже если в районе имеется лишь один кабинет М/ШЛУ-ТБ. Это свидетельствует о неоптимальном использовании ресурсов.

На основании данных по результатам лечения в посещенных территориях было отмечено, что *соблюдение требований лечения* является проблемой для больных с обычным ТБ. Пациенты и медицинские работники не получают поощрений или стимулов. Когда больной пропускает посещение лечебного учреждения, медицинская сестра пытается его разыскать. Однако поскольку показатель

отрыва от лечения высокий, очевидно, что недостаточно усилий делается для того, чтобы вернуть больного назад на лечение. Среди больных М/ШЛУ-ТБ показатель отрыва от лечения низкий. Ежемесячно они получают

ТАБЛИЦА 1. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ КОГОРТЫ БОЛЬНЫХ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ШАМКИРСКОМ РАЙОНЕ, 2010 Г.

НОВЫЕ	ИЗЛЕЧЕНО	Леч. ЗАВЕРШЕНО	УМЕРЛО	БЕЗУСП. Леч.	ОТРЫВ	ПЕРЕВОД	ВСЕГО	Усп. леч.	% Усп. леч.
Кв. 1	5	20	0	0	5	3	33	25	75,8
Кв. 2	1	18	0	1	9	5	34	19	55,9
Кв. 3	4	18	0	1	6	5	34	22	64,7
Кв. 4	2	32	0	2	7	4	47	34	72,3
Итого	12	88	0	4	27	17	148	100	67,6
			0,0%	2,7%	18,2%	11,5%			
ВСЕ									
Кв. 1	8	45	1	0	15	10	79	53	67,1
Кв. 2	2	47	0	1	20	7	77	49	63,6
Кв. 3	5	34	0	1	24	11	75	39	52,0
Кв. 4	1	48	4	3	15	8	79	49	62,0
Итого	16	174	5	5	74	36	310	190	61,3
			1,6%	1,6%	23,9%	11,6%			

ТАБЛИЦА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ КОГОРТЫ БОЛЬНЫХ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В Г. ГЯНДЖА, 2010 Г.

НОВЫЕ ММ+	ИЗЛЕЧЕНО	Леч. ЗАВЕРШЕНО	УМЕРЛО	БЕЗУСП. Леч.	ОТРЫВ	ПЕРЕВОД	ВСЕГО	Усп. леч.	% Усп. леч.
Кв. 1	18				2		20	18	90,0
Кв. 2	6				2		8	6	75,0
Кв. 3	9				2		11	9	81,8
Кв. 4	7				1		8	7	87,5
Итого	40	0	0	0	7	0	47	40	85,1
					14,9%				
НОВЫЕ М-									
Кв. 1		30			2		32	30	93,8
Кв. 2		21			4		25	21	84,0
Кв. 3		16			3		19	16	84,2
Кв. 4		27			13		40	27	67,5
Итого	0	94			22		116	94	81,0
					19,0%				
ВНЕЛЕГОЧНЫЙ ТБ									
Кв. 1		33			2				
Кв. 2		18			3				
Кв. 3		27			0				
Кв. 4		21			0				
Итого	0	99	0	0	5	0	104	99	95,2
					4,8%				
ПОВТ. ЛЕЧЕНИЕ									

Итого	0	51	0	1	8	0	60	51	85,0
				1,7%	13,3%				

примерно 63 доллара США, которые переводят на их счет из средств гранта ГФ. Ожидается, что такая поддержка прекратится, когда закончится грант ГФ. Медицинские работники заинтересованы в привлечении больных М/ШЛУ-ТБ назад на лечение. Когда больной не может прийти в пункт DOT, медицинский работник посещает его на дому. Однако подход, ориентированный на пациентов, в полной мере еще не реализуется.

Принудительное лечение

В настоящее время не существует закона о принудительном лечении ТБ в Азербайджане. Кроме того, поскольку не у всех больных есть доступ к диагностике и лечению М/ШЛУ-ТБ и в большинстве учреждений не внедрены меры инфекционного контроля, становится очевидным, что такой закон невозможно выполнять. Только при всеобщем доступе к услугам диагностики и лечения с использованием моделей медицинской помощи, удобных для пациентов, можно рассматривать вопрос о проведении принудительной изоляции больных, которые отказываются от прохождения терапии.

Паллиативная помощь

Руководства или какие-либо инициативы по предоставлению паллиативной помощи пациентам, которые более не отвечают критериям лечения активного ТБ, отсутствуют.

Пенитенциарные службы

Лечение обычного и лекарственно-устойчивого ТБ (ЛУ-ТБ) сконцентрировано в одном специализированном лечебном учреждении для лиц с ТБ, содержащихся под стражей. Оно расположено недалеко от Баку. Это центр передового опыта для лечения ТБ и МЛУ-ТБ в условиях пенитенциарной системы.

В 1995 г. МККК начал пилотный проект по ТБ в Азербайджане. В период с 1995 по 1998 г. МККК занимался практической реализацией проекта DOTS в Центральной пенитенциарной больнице (ЦПБ). Начиная с 1999 г. МККК постепенно сокращал объемы своих вложений, при этом развивая местный потенциал и наращивая техническую помощь. В 2011 г. МККК вышел из проекта по ТБ. В 2009 г. Министерство юстиции успешно подало заявку в ГФ, и с 2010 г. началась реализация гранта. Главным реципиентом гранта является Министерство юстиции. Комитет зеленого света утвердил проект по ведению случаев с М/ШЛУ-ТБ, который был запущен в 2007 г. в рамках 5 раунда гранта ГФ и МЗ.

Все лица, содержащиеся в местах лишения свободы, проходят скрининг перед поступлением в пенитенциарную систему и далее ежегодно. Больные с *подозрением на ТБ*, диагноз которых еще не был подтвержден, направляются в приемное отделение специализированного лечебного учреждения для подтверждения диагноза (собирается мокрота для посева). Лаборатория этого специализированного лечебного учреждения использует *быстрые методы для выявления лекарственной устойчивости (ЛУ)*: (1) у больных с положительным мазком мокроты используется HAIN тест (ТЛЧ проводится к H, R, E, Ofx и Cm); (2) в других случаях используется GeneXpert. Таким образом, в течение недели больных с устойчивыми случаями переводят в отделение МЛУ-ТБ. В приемном отделении контагиозных больных отделяют от остальных. В ближайшем будущем планируется обеспечивать изоляцию больных ШЛУ-ТБ от случаев МЛУ-ТБ.

Схемы лечения, применяемые для обычного ТБ и М/ШЛУ-ТБ, соответствуют последним рекомендациям ВОЗ. Лечение по категории II проводится всем лекарственно-чувствительным больным, но в будущем планируется использовать лишь категорию I, поскольку при проведении ТЛЧ всем больным на момент начала лечения дополнительные преимущества от включения стрептомицина в схему лечения отсутствуют.

Показатель успешного лечения для всех больных, зарегистрированных в 2010 г., составил 72,4%, в то время как безуспешно пролечилось 11,9% больных, большая часть которых имели МЛУ-ТБ (табл. 3). Всего от лечения оторвалось 12,7% больных.

Для случаев М/ШЛУ-ТБ используются индивидуально подобранные схемы лечения, обычно состоящие из инъекционного препарата второго ряда, левофлоксацина, протионамида, циклосерина, ПАСКа и пиперазида. В случае с ШЛУ-ТБ используется моксифлоксацин и любой из инъекционных препаратов, к которым сохранена чувствительность. К сожалению, отсутствует доступ к препаратам из групп IV и V, таким как амоксициллин/клавуланат калия, кларитромицин, линезолид и клофазимин.

Пациентам с ПЛУ-ТБ назначают довольно широкие схемы лечения категории IV. Так, в случае с устойчивостью к ИС предпочтение отдается следующей схеме: R, Z, E, Lfx, Pto в течение 12 месяцев, даже если должно быть достаточно 6–9-месячного курса, содержащего R, Z, E и, возможно, фторхинолон. С учетом того, что схемы лечения несколько избыточны, это не является серьезной проблемой.

Побочные эффекты отслеживаются, и информация о них регистрируется и анализируется в рамках проекта МЮ. Для ведения побочных эффектов имеется достаточно вспомогательных лекарственных средств, которые приобретаются частично за счет средств МЮ и частично за счет ГФ. Наиболее часто встречающимися побочными эффектами являются желудочно-кишечные, неврологические и психические расстройства. Гепатиты В и С являются проблемой, как и ожидалось исходя из уровня заболеваемости этими формами гепатита среди населения в целом, а также в пенитенциарной системе.

Результаты лечения первых 100 больных с М/ШЛУ-ТБ, включенных в программу лечения при поддержке МККК, были высокими по сравнению с другими утвержденными КЗС проектами. Промежуточный показатель успеха лечения составил 74,2%. Когорта была выборочной, но тем не менее это неплохой результат (табл. 4). Показатель отрыва от лечения оставался низким – 3%, и это очень хорошо. Показатель успешного лечения следующего когорты был также достаточно высок: 64,8% в 2008 г., 81,2% в 2009 г. Было отмечено, что несколько пониженный показатель успешного лечения когорты, лечение которой началось в 2008 г., связан с тем, что проект по работе с вышедшими на свободу заключенными начал реализовываться лишь во второй половине 2009 г.

Показатель отрывов от лечения был низким для всех больных ТБ в основном вследствие того, что МЮ реализует проект по диспансерному наблюдению за больными, освободившимися из мест лишения свободы. С 2009 г. поддержкой и реализацией проекта занимался МККК в сотрудничестве с НПТ. С 2011 г. местная НПО стала для этого проекта субреципиентом гранта 9 раунда ГФ. Деятельность проекта хорошо документируется и оценивается на предмет произведенных расходов. Из всех 122 больных, вышедших на свободу в 2011 г., ни один не оторвался от лечения. Из них 70,5% (86 из 122) продолжили лечение противотуберкулезными препаратами первого ряда и 29,5% (36 из 122) продолжили лечение препаратами второго ряда.

Больные М/ШЛУ-ТБ получают гигиенические наборы – ежемесячно, а также один раз при освобождении из места лишения свободы. В специализированном лечебном учреждении заключенные ежедневно получают дополнительное питание, такая помощь продолжается и после освобождения.

К моменту освобождения больного ТБ из мест лишения свободы в гражданскую службу направляется форма перевода пациента. Форма имеет отрывную часть, которую следует возвращать в программу борьбы с ТБ Министерства юстиции с информацией о пациенте (с датой обращения в гражданскую противотуберкулезную службу и датой окончания лечения). Сотрудники проекта также собирают ежемесячные образцы крови и мокроты и направляют их в специализированное лечебное учреждение.

ТАБЛИЦА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ
В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ СЕКТОРЕ, 2010 Г.

	ВСЕГО ОЦЕНЕНО	ИЗЛЕЧЕНО		ЛЕЧ. ЗАВЕРШ.		УМЕРЛО		БЕЗУСП.		ОТРЫВ		ПЕРЕВ.		НА ЛЕЧ.	ВСЕГО ЗАРЕГ.
			%		%		%		%		%		%		
НОВЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ММ+	159	116	73,0	0		4	2,5	20	12,6	18	11,3	1	0,6	0	159
НОВЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ММ-	168		0,0	128	76,2	2	1,2	8	4,8	29	17,3	1	0,6	0	168
НОВЫЕ ВНЕЛЕГОЧНЫЕ	0			0		0		0		0		0		0	0
ЛЕГОЧНЫЕ РЕЦИДИ- ВЫ ММ+	49	31	63,3	0	0,0	0	0,0	17	34,7	1	2,0	0	0,0	0	49
ЛЕГОЧНЫЕ ПОСЛЕ БЕЗУСП ЛЕЧ. КАТ. 2 ММ+	5	0	0,0	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	0	5
ЛЕГОЧНЫЕ ПОСЛЕ ИСХОДН. ММ+	33	21	63,6	0	0,0	3	9,1	5	15,2	4	12,1	0	0,0	0	33
ВСЕ ЛЕГОЧНЫЕ СЛУЧАИ ПОВТ. ЛЕЧЕНИЯ ММ-	107	46	43,0	35	32,7	3	2,8	10	9,3	13	12,1	0	0,0	0	107
Всего	521	214		163		14		62		66		2		0	521

ТАБЛИЦА 4. КОГОРТНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ М/ШЛУ-ТБ,
ВКЛЮЧЕННЫХ В ПРОЕКТ КЗС В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ В 2007 Г.

Группа пациентов	Излечено	Лечение завершено	Безуспешное лечение	Отрыв от лечения	Умерло	Переведено	На лечении	ИТОГО
Новые	1	0	0	0	1	0	0	2
Ранее леченные только ППР	22	0	5	0	1	0	0	28
Ранее леченные ППР и ПВР	26	0	4	2	4	0	0	36
Всего	49	0	9	2	6	0	0	66
%	74,2%	0,0%	13,6%	3,0%	9,1%	0,0%	0,0%	100,0%

Таблица 5. Когортный анализ результатов лечения больных М/ШЛУ-ТБ, включенных в проект КЗС в пенитенциарной системе в 2008 г.

Группа пациентов	Излечено	Лечение завершено	Безуспешное лечение	Отрыв от лечения	Умерло	Переведено	На лечении	ИТОГО
Новые	0	0	0	0	0	0	0	0
Ранее леченные только ППР	22	0	1	6	2	0	0	31
Ранее леченные ППР и ПВР	13	0	4	4	2	0	0	23
Всего	35	0	5	10	4	0	0	54
%	64,8%*	0,0%	9,3%	18,5%	7,4%	0,0%	0,0%	100,0%

* Низкий показатель успешного лечения в 2008 г. связан с тем, что 11 больных МЛУ-ТБ из когорты 2008 г. освободились в начале 2009 г., когда проект по работе с вышедшими на свободу больными ТБ еще не начал реализовываться. Так, у 11 больных, вышедших на свободу, результаты лечения были следующими: 5 больных оторвались от лечения, 1 безуспешно пролечился, и излечилось только 5 пациентов.

Таблица 6. Когортный анализ результатов лечения больных М/ШЛУ-ТБ, включенных в проект КЗС в пенитенциарной системе в 2009 г.

Группа пациентов	Излечено	Лечение завершено	Безуспешное лечение	Отрыв от лечения	Умерло	Переведено	На лечении	ИТОГО
Новые	13	0	1	2	0	0	0	16
Ранее леченные только ППР	41	0	3	1	3	0	0	48
Ранее леченные ППР и ПВР	24	0	3	3	2	0	0	32
Всего	78	0	7	6	5	0	0	96
%	81,2%	0,0%	7,3%	6,3%	5,2%	0,0%	0,0%	100,0%

Таблица 7. Когортный анализ результатов лечения больных М/ШЛУ-ТБ, включенных в проект КЗС в пенитенциарной системе в 2010 г.

Группа пациентов	Излечено	Лечение завершено	Безуспешное лечение	Отрыв от лечения	Умерло	Переведено	На лечении	ИТОГО
Новые	12	0	0	0	0	1	4	17
Ранее леченные только ППР	35	0	4	1	2	2	12	56
Ранее леченные ППР и ПВР	10	0	6	2	2	3	10	33
Всего	57	0	10	3	4	6	26	106
%	53,8%	0,0%	9,4%	2,8%	3,8%	5,7%	24,5%	100,0%

Таблица 8. Когортный анализ результатов лечения больных М/ШЛУ-ТБ, включенных в проект КЗС в пенитенциарной системе в 2011 г.

Группа пациентов	Излечено	Лечение завершено	Безуспешное лечение	Отрыв от лечения	Умерло	Переведено	На лечении	ИТОГО
Новые	1	0	0	1	0	7	35	44
Ранее леченные только ППР	1	0	1	3	1	6	44	56
Ранее леченные ППР и ПВР	1	0	0	0	1	4	11	17
Всего	3	0	1	4	2	17	90	117
%	2,6%	0,0%	0,9%	3,4%	1,7%	14,5%	76,9%	100,0%

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ГРАЖДАНСКИХ СЛУЖБ

- Обеспечивать проведение терапии под непосредственным наблюдением для всех больных ТБ, получающих схемы лечения, которые содержат рифампицин.
- Интегрировать услуги по лечению ТБ и М/ШЛУ-ТБ с услугами первичной медико-санитарной помощи.
- Разработать и внедрить план по паллиативному уходу за больными.
- Обеспечивать паллиативный уход.
- Передать на рассмотрение в ВОЗ уже утвержденные руководства по выявлению случаев и профилактике, а также будущие руководства, имеющие отношение к ТБ.

- Прекратить использование канамицина с противотуберкулезными препаратами первого ряда при лечении лекарственно-чувствительного ТБ у больных категорий I и II.

2.8 Оказание медицинской помощи и поддержки

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Больные М/ШЛУ-ТБ на амбулаторном лечении получают поощрения в форме продуктовых наборов и небольшое количество денег на транспортные расходы как стимул к лечению. В интенсивной фазе вспомогательные лекарственные препараты предоставляются бесплатно больным в стационарах, но в фазе поддерживающего лечения этого не происходит. Как было сообщено миссии, денежные средства на приобретение этих препаратов были выделены. Имеется пример межсекторного сотрудничества: неправительственная организация «Центр равных возможностей», которая с 2012 г. финансируется Глобальным фондом и институтом «Открытое общество», участвует в оказании паллиативной помощи 15 больным с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ и сотрудничает с диспансерами. В 2010–2011 гг. психосоциальная помощь оказывалась больным М/ШЛУ-ТБ в поддерживающей фазе Обществом Красного Полумесяца Азербайджана. Проект финансировался компанией Eli Lilly и включал в себя посещение больных на дому для проведения терапии под непосредственным наблюдением, консультирование пациентов и членов их семей психологом, помощь в решении различных социальных проблем пациентов. Независимо от стараний сотрудников проекта, из 38 очень тяжелых случаев МЛУ-ТБ в проекте, в основном бывших заключенных, 4 умерли и 11 больных отказались от лечения, как говорили, из-за побочных эффектов. Имеются примеры мероприятий по оказанию поддержки «равных равными» в пенитенциарной системе. Этот подход использует НПО «Поддержка здоровья» (Support to Health), которая предоставляет психосоциальную поддержку бывшим заключенным. Однако в целом организация поддержки равных равными остается сложной задачей. Ряд НПО предлагает психосоциальную поддержку, однако они в значительной степени зависят от краткосрочных проектов, финансируемых донорами, поэтому и их мероприятия оказываются недолговечными.

2.9 Особые группы населения

2.9.1 Противотуберкулезная служба в местах лишения свободы

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Борьба с ТБ в местах лишения свободы в Азербайджане является лучшим примером отличной организации работы: соответствующие диагностические и управленческие алгоритмы применяются на всех уровнях, начиная со скрининга подследственных в момент поступления в СИЗО и продолжая регулярным скринингом на ТБ во всех колониях и тюрьмах страны и хорошей системой работы с направлениями больных, у которых подозревают ТБ. Одним из важных моментов является то, что все типы заключенных, включая несовершеннолетних, женщин, больных ТБ/ВИЧ и другие особые группы в пенитенциарной системе, охвачены противотуберкулезными услугами и имеют равный и полноценный доступ к диагностике ТБ и соответствующему лечению. Во время визита в учреждения пенитенциарной системы и бесед с заключенными не поступило ни одного сообщения о неэтичном поведении. Беседа со всеми заключенными велась в частном порядке и не в присутствии администрации и сотрудников пенитенциарных учреждений.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения и НПТ:

- Обеспечить свободный доступ всем больным с подозрением на ТБ к современным диагностическим тестам (в том числе тестам на М/ШЛУ-ТБ).
- Включить противотуберкулезные услуги в перечень функциональных обязанностей работников первичной медико-санитарной службы.

Министерству юстиции:

- Поделиться опытом, полученным в проекте по борьбе с ТБ в пенитенциарной системе.

2.9.2 Мигранты

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Имеются субъективные данные о передвижении групп населения через границу, в том числе и границу с Российской Федерацией. Группа миссии не смогла найти документального подтверждения количества больных, которые перебрались в другие страны или въезжают в Азербайджан из других стран. Перерывы в лечении и/или несоответствующее лечение людей, пересекающих границу, – это серьезная проблема для общественного здравоохранения.

Между тем Европейское региональное бюро ВОЗ помогало в подготовке консенсусного документа о «Минимальном пакете услуг трансграничного противотуберкулезного контроля и помощи». В документе, который был обсужден и одобрен руководителями национальных программ борьбы с ТБ, охвачены основные меры для обеспечения своевременной диагностики, соответствующего лечения и надлежащего ухода за пациентами.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения и НПТ:

- Рассмотреть вопрос об обсуждении переговоров относительно реализации «Минимального пакета услуг трансграничного противотуберкулезного контроля и помощи» со странами, в которые направляются пациенты и из которых прибывают в Азербайджан.
- Повысить качество системы надзора для охвата больных, пересекающих границу.

2.9.3 ВИЧ-положительные люди: совместные мероприятия по ТБ/ВИЧ

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

- Противотуберкулезные службы и службы ВИЧ плохо координируют свои мероприятия.
- Отсутствуют нормативные документы, которые бы регулировали координацию и сотрудничество между противотуберкулезными службами и службами ВИЧ, за исключением рекомендаций по проведению скрининга на ВИЧ среди больных ТБ и скрининга на ТБ среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).
- Свыше 74% ЛЖВ с активным ТБ являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) – они должны в первую очередь быть охвачены проводимыми мероприятиями.

- Более 20% ЛЖВ, направляемых на скрининг по ТБ и диагностику, теряются для последующего наблюдения, и их статус по ТБ остается неизвестным.
- Противотуберкулезные службы не располагают информацией о статусе ВИЧ-больных ТБ и не участвуют в процессе оказания помощи и лечения ВИЧ.
- В распоряжении имеется скудная информация о распространенности латентного ТБ среди ЛЖВ и о проведении ПЛИ; не определены роли и обязанности противотуберкулезной службы и службы ВИЧ по назначению, мониторингу и оценке ПЛИ.
- Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) не проводится в ТБ стационарах. Больные ТБ потребители инъекционных наркотиков в поисках наркотиков выписываются из стационаров до окончания лечения, что способствует развитию хронического и устойчивого заболевания ТБ.
- НПО, работающие с потребителями инъекционных наркотиков, или НПО, работающие в сфере ТБ, не устанавливают связи между своими клиентами и службами ТБ/ВИЧ (не приводят их в службы для ранней диагностики, оказания помощи в соблюдении требований лечения ТБ или ВИЧ, в том числе и терапии под непосредственным наблюдением, для последующего контрольного наблюдения при регулярном посещении клиник с целью мониторинга лабораторных данных и состояния здоровья).
- Имеются значительные расхождения в данных по ТБ/ВИЧ противотуберкулезной службы и службы борьбы с ВИЧ. Еще не внедрена система мониторинга ТБ и М/ШЛУ-ТБ среди ЛЖВ и ПИН.

Диагностика ВИЧ среди больных ТБ

В соответствии с постановлением МЗ № 02/19-7667 от 22.09.2011 всем больным ТБ следует предлагать тестирование на ВИЧ. Образцы крови, собранные от пациентов с активным ТБ, направляются в Республиканский центр борьбы со СПИДом, областные лаборатории или областные центры эпиднадзора для серологического тестирования на ВИЧ. Подтверждающий тест на ВИЧ проводит Республиканский центр борьбы со СПИДом, а медработники Центра устанавливают контакт с ЛЖВ для дальнейшего лечения ВИЧ и предоставления медицинской помощи. В 2010 г. из 46330 зарегистрированных больных ТБ (4801 новые случаи ТБ) лишь 5986 (12,9%) прошли тестирование на ВИЧ, и у 37 больных была выявлена ВИЧ-инфекция.

Диагностика ТБ у ЛЖВ

Обследование ЛЖВ на туберкулез регламентируется Национальным клиническим протоколом 2008 г. «Обследование пациентов и АРТ у взрослых и подростков» и предполагает проведение кожной пробы, рентгеновского исследования и микроскопии мазка мокроты. Все ЛЖВ направляются на обследование в противотуберкулезный диспансер по месту жительства, а после обследования они приносят результаты обследования в Центр борьбы со СПИДом. В 2011 г. из 1052 ЛЖВ, направленных в противотуберкулезную службу, 886 принесли в Центр полученные результаты обследования. До противотуберкулезной службы не дошло около 16% направленных на обследование ЛЖВ.

Бремя ВИЧ

По данным на 01.01.2012, совокупное число случаев ВИЧ/СПИД составляло 3267. Из 548 новых случаев ВИЧ, зарегистрированных в 2011 г., 57,7% – среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), 34,1% – гетеросексуальные контакты, 0,9% – среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ), 1,6% – случаи передачи инфекции от матери ребенку и в 5,7% случаев путь передачи инфекции неизвестен. Расчетное число ЛЖВ составляет 5000. Соотношение мужчин и женщин составляет 75%/25%. Таким образом, эпидемия ВИЧ продолжает концентрироваться вокруг мужчин ПИН. Всего было диагностировано 895 случаев СПИД. Всего зарегистрировано 431 смертей среди ЛЖВ (284 вследствие СПИД). Смертность от ТБ регистрируется в 28,9% случаев смерти, однако здесь возможна недооценка из-за сложности диагностики внегочечного ТБ и других причин.

АРВ-лечение и помощь

Из 2217 живых пациентов с ВИЧ в 2011 г. лишь 1167 (52,6%) обращались за помощью. НПО, работающие с ЛЖВ, не устанавливают связь между своими клиентами и Центром борьбы со СПИДом для регулярного мониторинга состояния здоровья. Лечение ВИЧ и помощь пациентам, пока доступные только в Республиканском центре борьбы со СПИДом, в 2012 г. будут децентрализованы по 6 регионам (Гянджа, Ширван, Губа, Шеки, Ленкорань и Нахичевань), где около 260 ЛЖВ будут получать амбулаторную и стационарную помощь, в том числе и АРТ.

Начало АРТ проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ ($CD4 < 350$ клеток/ $мм^3$). Из 1130 ЛЖВ, отвечающих критериям проведения АРТ, 941 получают лечение (83,3%), остальные 17,7% – это люди, отказывающиеся от АРТ или потерянные для последующего врачебного наблюдения. Через 12 месяцев после начала АРТ 78,8% пациентов остается на лечении. Из оставшихся 53 ЛЖВ (23%) – 18 умерли, остальные либо отказались от лечения, либо оказались потерянными для врачебного наблюдения. Проверка уровня CD4 рекомендуется на момент постановки диагноза ВИЧ. Однако лишь 248 (43,6%) ЛЖВ, диагностированных в 2011 г. (548), прошли этот тест, а в 183 случаях (76,6%) уровень CD4 составил < 350 клеток/ $мм^3$, что указывает на позднюю диагностику и представление случаев службе ВИЧ.

Бремя ТБ

Из 2217 ЛЖВ 743 (33,5%) зарегистрировано как случаи активного ТБ. Предполагается, что реальное число будет выше из-за недиагностированных случаев, которые не были направлены на тестирование. Зарегистрировано значительное число случаев с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ – 553 (74,4%), которые также являются ПИН.

Диагностика и лечение туберкулеза у ЛЖВ

В Баку 9 противотуберкулезных диспансеров. Всех ЛЖВ, живущих в Баку, направляют в Противотуберкулезный диспансер № 4 с целью обследования на наличие ТБ. Результаты в письменной форме передаются на руки пациенту. Национальный клинический протокол по ведению пациентов с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ отсутствует, так же как и какие-либо другие нормативные документы, которые бы регламентировали профилактическое лечение туберкулеза у ЛЖВ. Людям, живущим с ВИЧ, которым поставлен диагноз латентного ТБ, предоставляется информация о профилактическом лечении изониазидом, и для дальнейшего лечения их направляют в противотуберкулезный диспансер по месту жительства. Для амбулаторных больных лечение под непосредственным наблюдением медработника в противотуберкулезных диспансерах не проводится, а информация о приеме пациентами изониазида не собирается ни на одном из уровней систем здравоохранения. Если диагноз активного ТБ ставится людям, живущим с ВИЧ, которые также нуждаются в АРТ, лечение ТБ они получают в противотуберкулезном диспансере, а АРТ в Центре борьбы со СПИДом, поскольку эти две службы не интегрированы.

Диагностика и лечение ВИЧ у больных ТБ

Больных ТБ, у которых подозревают наличие ВИЧ (например, при наличии положительного результата теста на ВИЧ), приглашаются фтизиатром для консультации с клиническим экспертом по ВИЧ из Республиканского центра борьбы со СПИДом и сбора еще одного образца крови для проведения тестирования. Статус ВИЧ не указывается в карте больного ТБ из-за неправильно понимания вопроса конфиденциальности. Фтизиатры не знают ВИЧ-статус своих пациентов и лечат только ТБ. В 2011 г. диагноз активного ТБ был поставлен 75 ЛЖВ, однако информация о числе ЛЖВ, обследованных на ТБ, не регистрируется.

По данным отдела статистики, в 2011 г. диагноз активного ТБ был поставлен 4870 пациентам, из них 3472 пациента прошли тестирование на ВИЧ, а 9 пациентам был поставлен диагноз ВИЧ. Эти данные не совпадают с данными за 2011 г., полученными в Республиканском центре борьбы со СПИДом: 7106 больных ТБ были протестированы на ВИЧ, а 44 пациентам поставлен диагноз ВИЧ. В беседе статистик признал занижение показателей отчетности, т.к. статус ВИЧ не раскрывается фтизиатрам из соображений конфиденциальности. Противотуберкулезная служба не собирает такие важные показатели ТБ/ВИЧ, как результаты лечения ТБ у ЛЖВ, смертность от ТБ у ЛЖВ, МЛУ-ТБ у ЛЖВ, ТБ/ВИЧ/ПИН, ПЛИ и ЛЖВ.

По словам главного врача, распоряжение МЗ о госпитализации ЛЖВ с активным ТБ в диспансере № 7 отсутствует. В 2011 г. из 592 стационарных больных с активным ТБ только 311 (52,5%) прошли тестирование на ВИЧ. Результаты тестов неизвестны. Известно лишь приблизительное число (5) больных с активным ТБ и ВИЧ, поскольку они были госпитализированы в диспансере № 7 в 2011 г. Лечение ВИЧ-инфекции, если таковое требуется, проводится по решению специалиста по ВИЧ из Республиканского центра по борьбе со СПИДом, который приносит АРВ препараты на несколько дней лечения и оставляет их с пациентом. Статус ВИЧ не указывается в карте больного, и медицинский персонал противотуберкулезного учреждения не участвует в проведении лечения ВИЧ.

Все госпитализированные ЛЖВ с активным туберкулезом – это мужчины и женщины, известные как потребители инъекционных наркотиков. Однако ОЗТ в стационарах не проводится. Лечение ТБ длится 4–8 месяцев; пациентов выписывают из стационара, если они не соблюдают установленные правила и нормы. Как было сказано членам группы внешней оценки, ежегодно выписывают около 20% стационарных больных. Это пример того, как фрагментарное оказание медицинских услуг может содействовать развитию и распространению лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий ТБ и вируса ВИЧ.

Республиканский наркологический центр является ведущим учреждением в стране, которое занимается лечением лекарственной зависимости. Расчетные данные о лекарственной зависимости на уровне страны отсутствуют. К концу 2011 г. было зарегистрировано 1999 потребителей наркотиков, из которых 1349 (67,5%) были потребителями инъекционных наркотиков с опиоидной зависимостью.

Опиоидная заместительная терапия метадон (ОЗТ)

К началу 2011 г. лечение героиновой зависимости в центре получали 959 пациентов, из них 137 получали ОЗТ метадон. ОЗТ финансируется Министерством здравоохранения и также доступна в Республиканском центре борьбы со СПИДом. Бупренорфин в стране не зарегистрирован и недоступен. Критериями начала ОЗТ являются два или более эффективных лечения в больнице, желание больного, возраст старше 18 лет, медицинское наблюдение у нарколога на протяжении более двух лет, такие медицинские состояния, как синдром истощения, ВИЧ-инфекция, ТБ, диабет, гепатит В или С, язва желудка, онкологическое заболевание. В 2011 г. 27 пациентов (19,7%) прервали терапию по разным причинам: 6 человек оказались в местах лишения свободы, где ОЗТ не проводится, 7 пациентов умерли, 11 – начали дезинтоксикацию, 3 прервали терапию без очевидной причины.

В случае госпитализации пациента родственники должны получать дневную дозу метадона и приносить ее пациенту. Когда родственники отсутствуют, медицинский персонал центра доставляет метадон пациентам. В 2011 г. четыре пациента, которые начали ОЗТ в Республиканском наркологическом центре, также получали ее в стационарах. Однако отсутствует связь между противотуберкулезными стационарами и предоставлением ОЗТ тем потребителям инъекционных наркотиков, которые не зарегистрированы в Республиканском наркологическом центре, но госпитализированы для лечения ТБ.

Тестирование на ВИЧ

Образцы крови почти всех стационарных и амбулаторных пациентов Республиканского наркологического центра тестируются на ВИЧ в лаборатории центра. В случае положительного результата приглашенный медработник из Центра борьбы со СПИДом забирает еще один образец крови от пациента для подтверждения результата и отслеживает лечение ВИЧ у пациентов после завершения лечения наркозависимости. В 2011 г. из 2176 протестированных пациентов 31 были ВИЧ-положительными: 20 ПИН и 11 алкоголиков.

Несмотря на указания сохранять конфиденциальность ВИЧ-статуса пациентов в противотуберкулезных учреждениях, есть случаи раскрытия ВИЧ-положительного статуса в пенитенциарной системе. Так, в пенитенциарной системе используется статья 7.3 «Закона о борьбе с заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека», которая гласит, что информация о статусе ВИЧ может быть использована после письменного согласия ВИЧ-положительного пациента. Таким образом, ВИЧ-инфицированные заключенные подписывают письменное согласие, которое позволяет сотрудникам пенитенциарной системы раскрывать статус ВИЧ после рассмотрения случая.

Обследование на ТБ

Алгоритм обследования на ТБ для стационарных больных включает рентгенологическое обследование и, в случае подозрения на ТБ, бактериологическое исследование мокроты. С целью дальнейшей диагностики и лечения больных направляют в противотуберкулезный диспансер по месту жительства. В 2011 г. в противотуберкулезные учреждения было направлено 7 пациентов с подозрением на ТБ. Диагностика латентного ТБ и ПЛИ недоступны.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Учредить координационную рабочую группу (РГ) по ТБ/ВИЧ под руководством МЗ или СКМ при участии ключевых экспертов страны по ТБ и ВИЧ. Техническое задание РГ по ТБ/ВИЧ должно быть сосредоточено на разработке совместных мероприятий по профилактике, диагностике и лечению, мониторингу и оценке ТБ/ВИЧ.
- Рабочая группа по ТБ/ВИЧ должна разработать операционное руководство, которое бы четко описывало процедуры и роли программ борьбы с ТБ и ВИЧ в сотрудничестве и интеграции служб ВИЧ и ТБ, включая услуги по лечению обеих инфекций, оказываемые наиболее уязвимым группам населения. Руководство должно быть утверждено МЗ для внедрения и реализации в системе здравоохранения.
- Направление ЛЖВ в противотуберкулезные службы для скрининга должно быть заменено интегрированной диагностикой ТБ в учреждениях службы ВИЧ, проводимой фтизиатром (приглашенным в рамках программы борьбы с ВИЧ или назначенным по программе борьбы с ТБ для работы в учреждениях службы ВИЧ).
- Фтизиатры должны знать о статусе ВИЧ своих пациентов и в сотрудничестве со специалистами по ВИЧ предоставлять лечение ВИЧ и медицинскую помощь пациентам с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, особенно в стационарах.

Для Министерства здравоохранения, странового координационного механизма, НПТ и НПС:

- Учредить рабочую группу по ТБ/ВИЧ для разработки механизма сотрудничества и определения ролей противотуберкулезной службы и службы ВИЧ в работе по профилактике, диагностике и лечению больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, а также для мониторинга показателей ТБ/ВИЧ.

Для НПТ и НПС:

- Разработать национальный клинический протокол по ведению случаев с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ на основе рекомендаций ВОЗ.
- Интегрировать диагностику активного и латентного ТБ у ЛЖВ в службы ВИЧ, начать проведение ПЛИ и осуществлять мониторинг этой терапии.
- Фтизиатры должны знать о статусе ВИЧ своих пациентов и в сотрудничестве со специалистом по ВИЧ проводить АРТ больным с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, нуждающимся в лечении ВИЧ.
- Для установления контакта с наиболее уязвимыми больными ТБ/ВИЧ/ПИН интегрировать и связать противотуберкулезную службу и службу ВИЧ со службами, предоставляющими лечение наркотической зависимости, а также с НПО.
- Ввести в практику эпиднадзор, мониторинг и оценку ТБ/ВИЧ, включая профилактические и лечебные мероприятия и анализ результатов лечения; использовать полученные данные для выбора управленческих решений, направленных на повышение качества услуг.

Для НПТ:

- Расширить тестирование на ВИЧ среди больных ТБ для более ранней диагностики ВИЧ и надлежащего клинического ведения случаев сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ.
- Для НПС:
- Подключать НПО для диспансерного наблюдения за пациентами с целью регулярной проверки состояния здоровья для повышения качества клинического ведения и своевременного начала АРТ.
- Расширить тестирование на ВИЧ среди ПИН и других групп риска для более ранней диагностики ВИЧ.
- Проводить оценку уровня клеток CD4 на момент постановки диагноза ВИЧ у всех ЛЖВ для своевременного начала АРТ и более качественного планирования закупок АРВ препаратов.

Для Министерства здравоохранения:

- Ввести ОЗТ в противотуберкулезных стационарах для улучшения соблюдения больными требований лечения ТБ и его результатов для ПИН.
- Для НПТ и Республиканского наркологического центра:
- Ввести и интегрировать диагностику латентного ТБ для стационарных пациентов наркологической службы.

2.9.4 Туберкулез у детей

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

В соответствии с существующим законодательством все дети должны проходить вакцинацию БЦЖ в возрасте от 0 до 3 лет (в исключительных случаях). Далее следует рутинное проведение теста Манту всем детям дошкольного и школьного возраста. За выявление ТБ и предоставление противотуберкулезных услуг отвечают обычные педиатры. В случае получения неясных результатов детей направляют в два противотуберкулезных учреждения: ТБ отделение НИИЛЗ или Детскую туберкулезную больницу. Оба учреждения относятся к третичному уровню оказания услуг. Лечение ТБ у детей требует длительной госпитализации на интенсивной фазе лечения, что подвергает детей риску перекрестной инфекции. Количество педиатрических ТБ коек относительно небольшое, тем не менее избыточная госпитализация может вести к риску нозокомиального ТБ. По полученной информации, уровень соблюдения больными требований лечения на поддерживающей фазе низкий, но точные цифры о показателе отрыва от лечения среди детей отсутствуют. Некоторые специалисты применяют старую дозировку (5 мг/кг для Н) вместо современной, рекомендованной ВОЗ (10 мг/кг для Н). Разделение групп детей в противотуберкулезном лечебном учреждении производится по палатам в соответствии со статусом их бактериовыделения, но при этом дети пользуются одними и теми же коридорами и туалетными комнатами.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Обеспечить свободный доступ к современным диагностическим тестам (в том числе тестам на М/ШЛУ-ТБ) для всех больных ТБ.
- К концу 2012 г. разработать четкие критерии для госпитализации детей и по возможности применять амбулаторную модель оказания медицинской помощи. Клинические, социальные и жизненные критерии для госпитализации следует применять для детей, так же как и для взрослых (новые протоколы).

- Обеспечить соблюдение мер инфекционного контроля путем разделения групп детей, больных ТБ, в соответствии с их статусом (БК+, МЛУ-ТБ)
- К 3-му кварталу 2012 г. привлечь местных педиатров к лечению и диспансерному наблюдению детей.
- К концу 2012 г. обучить районных педиатров работе с ТБ и лечению ТБ у детей.
- К 3 кварталу 2012 г. привлечь фтизиатров г. Баку из НИИЛЗ к мероприятиям мониторинга и курации работы специалистов в районах.

3. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1 Кадровые ресурсы для проведения профилактики и контроля, оказания медицинской помощи

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Нехватки фтизиатров и других специалистов не наблюдается, однако многие сотрудники уже близки к пенсионному возрасту и/или получили в высшей степени специализированное обучение и не имеют опыта в оказании первичной медицинской помощи. Кроме того, они не располагают достаточными навыками в сфере проведения операционных исследований. Необходимо совершенствовать навыки и знания в области инфекционного контроля, лабораторных услуг, учета и отчетности. Не проводится регулярного повышения квалификации сотрудников, поэтому многие применяют неправильные схемы лечения и часто не соблюдают полностью диагностические протоколы. Кроме этого, отмечается недостаточный сбор и использование данных для ведения пациентов в учреждении.

В 2010 г. в штатном расписании значилось 338,25 должностей фтизиатров – 288 полных ставок, из которых 251 были заняты физическими лицами. В 2011 г. в штатном расписании значилось 334,25 фтизиатров, 268 полных ставок, из которых 267 было занято физическими лицами. Это означает 85%-ную укомплектованность штата фтизиатрами в 2010 г. и сокращение ее до 80% в 2011 г. В 2011 г. насчитывалось 729 сотрудников из числа вспомогательного персонала, в том числе 268,5 ТБ-медсестер (из 334,5 в учреждении). Текучесть рабочей силы в посещенных учреждениях определялась как низкая. В городских районах по сравнению с сельскими отмечается меньшая нехватка кадров.

В ближайшие 5 лет пенсионного возраста достигнет 41 фтизиатр, в том числе 3 – в пенитенциарном специализированном лечебном учреждении, – это 14% от текущего числа фтизиатров. Поскольку планируется децентрализация услуг по проведению DOT в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), сокращение числа сотрудников вследствие их выхода на пенсию может быть приемлемым, однако чтобы предотвратить серьезную нехватку фтизиатров, особенно в сельских районах, необходимо проводить тщательное планирование кадрового состава. Несмотря на усилия правительства по привлечению студентов для работы во фтизиатрии, и особенно в сельских районах, в 2010 и 2011 гг. никто из студентов медицинских факультетов не выбрал специализацию по фтизиатрии.

Все сотрудники, участвующие в проведении DOT больным МЛУ-ТБ, получают поощрения в размере дополнительных 30 азербайджанских манатов в месяц. Средний оклад без вычета налогов у фтизиатра составляет около 160 манатов в месяц; средний оклад без вычета налогов у ТБ медсестры составляет 135

манатов в месяц. Сюда входят дополнительные 15% выплаты сотрудникам ТБ службы. Максимальный подоходный налог составляет 14%. Заработная плата сопоставима с зарплатами других медицинских специалистов в Азербайджане, она чуть выше 116 азербайджанских манатов в месяц, что является официальным прожиточным уровнем в 2011 г. Однако это меньше альтернативного (негосударственного) прожиточного уровня. По расчетам Центра экономических исследований, на 1 апреля 2012 г. он составлял 170,25 азербайджанских манатов.

3.2 Кадровые ресурсы здравоохранения в целом

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Текущий кадровый состав в службах первичной медико-санитарной помощи небольшая. В табл. 9 (источник: МЗ), приведенной ниже, показано число сотрудников и пересмотренные уровни обеспеченности персоналом, предложенные проектом Всемирного банка (ВБ) «Реформа в здравоохранении». В таблице отражено только фактическое число сотрудников в г. Баку. В зависимости от того, будут ли приняты предложения Всемирного банка, укомплектованность сотрудниками и особенно численность медицинских сестер в службах первичной медико-санитарной помощи может сказаться на качестве услуг по лечению под непосредственным наблюдением, которые планируется децентрализовать с выводом их из противотуберкулезных диспансеров в ПМСМ. В любом случае персонал ПМСМ должен пройти современное обучение по ТБ и проведению терапии под непосредственным наблюдением, в том числе и обучение коммуникативным навыкам.

Таблица 9. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

	Селения				Городские поселения, искл. Баку				Баку							
	ТЕРАПЕВТ + ПЕДИАТР (СЕМЕЙНЫЕ)		МЕДСЕСТРЫ		ТЕРАПЕВТЫ (В ТОМ ЧИСЛЕ СЕМЕЙНЫЕ)		ПЕДИАТРЫ		МЕДСЕСТРЫ		ТЕРАПЕВТЫ (В ТОМ ЧИСЛЕ СЕМЕЙНЫЕ)		ПЕДИАТРЫ		МЕДСЕСТРЫ	
	мин	макс.	мин	макс	мин	макс	мин	макс	мин	макс	мин	макс	мин	макс	мин	макс
ПРЕДЛОЖЕНО	2066	2295	6197	11475	1923	2164	1170	1560	6186	7447	-	-	-	-	-	-
	2174		8697		2036		1337		6746		-		-		-	
ФАКТИЧЕСКИ	2041		11983		1546		1480		5421		817,25		777,25		7980,75	
РАЗНИЦА	-133		3286		-490		143		-1325		-		-		-	

3.3 Обучение

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Раньше учебная деятельность финансировалась по линии Глобального фонда, имеются точные учетные данные в отношении количества обученных людей и тематик тренингов. ОРП вместе с СКМ/НПТ разрабатывает учебный план, который они представляют в ГФ для утверждения. ГФ может обратиться с просьбой о внесении некоторых изменений с целью достижения экономии за счет повышения эффективности.

НПТ получает информацию о потребностях в подготовке кадров из отчетов о регулярных мониторинговых визитах координаторов. Хотя миссия не проводила оценку каких-либо учебных программ по повышению квалификации сотрудников без отрыва от работы, усовершенствование учебной деятельности в целях повышения ее эффективности возможно.

Для того чтобы тренинги были эффективными и оказывали должное воздействие, они должны следовать методике обучения взрослых, что также означает необходимость проведения оценки потребностей в обучении там, где это возможно. Должен быть разработан учебный план для устранения любых пробелов в знаниях и навыках сотрудников. Для оценки последующих изменений в деятельности персонала и, следовательно, повышения качества предоставляемых услуг, до проведения обучения желательно разработать показатели оценки воздействия учебных мероприятий для проведения последующего мониторинга.

От кураторов сейчас ожидают проведения обучения на рабочем месте и предоставления информации о туберкулезе врачам также и потому, что другие средства для профессиональной подготовки в рамках НПТ отсутствуют. Эти усилия подробнее описаны в главе «Руководство и управление». Кураторы предоставляют информацию, поступающую в порядке обратной связи, о пациентах в районах. Эта информация основана на результатах лабораторных исследований/результатов ТЛЧ.

В настоящее время вся страна разделена на несколько районов (или регионов) курации, и каждый из 10 существующих кураторов работает в 5–7 регионах. Ежемесячно каждый куратор совершает поездки по территориям продолжительностью около недели, и примерно 90% своего времени посвящает работе с МЛУ-ТБ (контроль лечения и выбора новых пациентов с МЛУ-ТБ, лечение, и т. д.). Раз в квартал происходит сбор информации о лекарственно-чувствительном туберкулезе. Кураторы представляют отдел лечения и диагностики НПТ, где они отчитываются о проделанной работе. Ежеквартально в Баку проводятся встречи для представления информации и списков, особенно новых случаев, осуществляется перекрестная проверка данных противотуберкулезной службы и СЭС.

До 2010 г. курацией занимались региональные кураторы – группа специалистов, состоящая из фтизиатра и лабораторного специалиста, которая ежеквартально посещала районы. Кроме этого, в 2009 г. курация регионов осуществлялась и на национальном уровне, а при необходимости по запросу курировались и районы. В настоящее время на национальном уровне нет лабораторных специалистов, которые занимались бы курацией.

3.4 Развитие кадровых ресурсов

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Подготовку фтизиатров в стране осуществляют два учебных заведения: Медицинский университет и Институт повышения квалификации. Их учебные программы основаны на протоколах, разработанных в рамках НПТ. Последнее обновление учебной программы было проведено в 2011 г., когда в нее вошли нынешние протоколы по работе в ТБ. Каждые пять лет медицинские работники обязаны проходить двухмесячные курсы повышения квалификации для фтизиатров (264 часа), после чего следует тестирование и собеседование для завершения сертификации. Аналогичным образом каждые пять лет проводятся курсы повышения квалификации для медицинских сестер, продолжительностью 21 день (90 часов). В районах для врачей-фтизиатров каждые 3 года проводятся одномесечные курсы по ТБ (132 часа). Кроме этого, организуются тематические курсы, такие как «Туберкулез у детей» для педиатров и фтизиопедиатров, «Фтизиопульмонология» для врачей-фтизиатров, терапевтов и пульмонологов, «Диагностика туберкулеза и легочных заболеваний».

НИИЛЗ ежегодно проводит научно-практические конференции. Так, например, в ноябре 2011 г. на национальной конференции, финансируемой организацией Abt Associates, информация о современных протоколах работы с ТБ была представлена вниманию приблизительно 300 участников. Небольшие

региональные конференции планируются раз в квартал, но их проведение зависит от наличия средств. В 2011 г. были проведены две региональные конференции. На таких, обычно двухдневных конференциях первый день отводится для предоставления информации о научных разработках, научно-практической работе, а второй день посвящен различным протоколам по работе с ТБ. Проводится регулярный мониторинг с элементами поддерживающей курации, такой как консультации с фтизиатрами по поводу сложных случаев. Минздрав поддерживает тесные контакты с российскими учебными заведениями, которые эпизодически проводят 3-недельное обучение (в частности с включением тематики ТБ).

3.5 Оценка результатов деятельности

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Ежегодно все противотуберкулезные учреждения подают в МЗ отчетную форму 08, которая является основой для оценки результативности противотуберкулезной службы. В ходе выездных визитов миссия отметила значительные различия в механизме индивидуальной оценки результатов работы в учреждениях: лишь некоторые из них имели годовые планы работы для каждого сотрудника. Как правило, оценка работы проводилась в форме ежемесячных отчетов в МЗ по результатам обсуждения случаев с каждым врачом-фтизиатром.

Должностные инструкции сотрудников с описанием их прав и обязанностей не используются в работе. При отсутствии обновленных должностных инструкций теоретическое представление о задачах и обязанностях сотрудники получают из беседы с начальником (начальниками) при приеме на работу. Существует ряд нормативных документов, которые определяют обязанности противотуберкулезной службы в целом, однако они должны быть обновлены. Приказы МЗ № 999, 630 и 1000 со времен СССР в общих чертах определяют обязанности, права и полномочия врачей-фтизиатров.

Имеющиеся должностные инструкции, как правило, описывают основные задачи, обязанности, полномочия и условия работы. В них также говорится о компетенции (знаниях, навыках и отношении к работе), необходимой для выполнения служебных обязанностей. Миссии сообщили о том, что в рамках одного из проектов Всемирного банка, стартовавшего в 2010 г., должностные инструкции были разработаны для всех категорий персонала в секторе здравоохранения, но они еще не утверждены Министерством юстиции. Должностные инструкции могут быть откорректированы для конкретного учреждения с целью отражения реальной ситуации. Они включают в себя все существенные дополнительные задачи, выполнения которых могут ожидать от сотрудника и на основании которых рассчитывают вознаграждение.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для ЦОЗиР:

- Выделить средства для дополнительного обучения без отрыва от производства сотрудников, которые участвуют в предоставлении услуг, имеющих отношение к ТБ, а также для учебных семинаров.

Для НПТ:

- Повышать эффективность тренингов путем использования методики обучения взрослых и учета результатов, полученных при оценке потребностей в обучении. Для мониторинга воздействия обучения на последующую работу персонала использовать показатели оценки воздействия.

- Установить тесную связь между курацией и обучением без отрыва от рабочего места для врачей-фтизиатров в районах. Кураторы должны отслеживать, каким образом обучение влияет на работу сотрудников и результаты программы борьбы с ТБ.
- В координации с МЗ и проектом ВБ разработать общие образцы должностных обязанностей для всех сотрудников противотуберкулезной службы с описанием основных задач, обязанностей, полномочий и рабочих условий.

4. ИНФОРМАЦИЯ

4.1 Эпиднадзор

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Эпиднадзор за ТБ и сбор данных

Формы учета и отчетности по ТБ, пересмотренные в соответствии с рекомендациями ВОЗ, были введены в практику с 1 января 2012 г., хотя до сих пор ожидается их утверждение приказом МЗ. НПТ печатает формы при регулярной финансовой поддержке ГФ. В рамках НПТ не предоставляются стандартные регистрационные журналы для больных с подозрением на ТБ и контактов, поэтому районные противотуберкулезные учреждения не ведут реестры по учету больных с подозрением на ТБ (ни новых, ни ранее леченных).

Вместо этого у них есть только регистрационные журналы направлений, которые нельзя рассматривать как регистрационные журналы для лиц с подозрением на ТБ. Некоторые учреждения ведут регистрационные журналы для контактов новых случаев заболевания ТБ (противотуберкулезный диспансер г. Закатала, стационарно-амбулаторное учреждение), которые не являются стандартными и требуют усовершенствования таким образом, чтобы в них учитывалась информация о диагностике туберкулеза, ПЛИ и т. д.

В результате отсутствия стандартного регистрационного журнала для больных с подозрением на ТБ случаям ТБ не присваивается регистрационный номер, что не соответствует требованиям форм отчетности, рекомендованных ВОЗ. В целях содействия работе НРЛ по контролю над проведением химиотерапии отдел координации мониторинга и оценки присваивает больным ЛУ-ТБ уникальный номер в списке ожидания.

Лабораторные формы направления ТБ-05 для проведения микроскопии заполняются правильно. Вместо формы ТБ-06 для культурального исследования и тестирования лекарственной чувствительности НРЛ предоставляет другую форму, которая по-разному выглядит в районных противотуберкулезных учреждениях (между тем, межрайонная больница для лечения легочных заболеваний г. Шеки использует более совершенную форму, чем имеется в противотуберкулезном диспансере г. Закатала). Эта форма содержит информацию о категории случая ТБ, о целях проводимых исследований, дату сбора лабораторных образцов, но не несет информации о периоде лечения. В случае положительного результата посева НРЛ принимает решение о необходимости проведения ТЛЧ. Результаты посевов и ТЛЧ передаются в районные противотуберкулезные учреждения.

Районные противотуберкулезные учреждения ведут регистрационные журналы (ТБ-03) случаев туберкулеза отдельно для каждой когорты больных ТБ: получающих лечение препаратами первого ряда и препаратами второго ряда. Каждый случай лечения регистрируется фтизиатром (например, в противотуберкулезном диспансере г. Закатала) или сотрудником, отвечающим за регистрацию и ведение учета (например, в межрайонной больнице для лечения легочных заболеваний г. Шеки). В некоторых центрах сотрудники не регистрируют пациентов, которые отказываются начинать лечение. В регистрационной форме выделяют результаты КУМ (+). Для категорий случаев, а также для результатов лечения есть лишь одна колонка, что препятствует определению структуры зарегистрированных случаев ТБ и мониторингу результатов лечения. Примечательно, что в форме ТБ-03 есть специальная колонка для собственных пациентов и одна – для пациентов из другого учреждения. Регистрационные журналы по случаям ЛУ-ТБ ведутся в течение длительного периода времени.

В 2011 г. противотуберкулезные учреждения в городах Шеки и Закатала включили в программу лечения ЛУ-ТБ 11 случаев (все они были случаями туберкулеза легких), включающих 2 новых случая, 6 случаев безуспешного лечения, 1 случай возвращения после отрыва и 2 случая, квалифицированные как «другие». Десять случаев имели МЛУ-ТБ с лабораторным подтверждением, у одного больного

подозревали наличие МЛУ (из-за пограничного результат теста на чувствительность к R). НПТ рекомендует противотуберкулезным учреждениям включать в регистрационный журнал ЛУ-ТБ все выявленные случаи ЛУ-ТБ, для того чтобы определять очередность начала лечения и отслеживать задержку с включением больных в программу лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Районные противотуберкулезные учреждения ведут карты ТБ-01 как для лекарственно-чувствительных, так и для лекарственно-устойчивых случаев ТБ. Они содержат информацию о пациенте, о категории случая, схеме лечения, дозировании лекарств и побочных эффектах. ТБ-01 включает в себя результат лечения «диагноз не подтвержден». Форма остается в учреждении и не выдается пациенту на руки.

В форме ТБ-01 для больных с сохраненной лекарственной чувствительностью выдача препаратов для приема в разделе DOT отмечается в течение 7-10 дней, поскольку проведение терапии под непосредственным наблюдением для пациентов, получающих препараты первого ряда, не предусмотрено. А для больных ЛУ-ТБ раздел по DOT в ТБ-01 не используется, поскольку эту функцию выполняет специальный регистрационный журнал в кабинете DOT. В случае перевода больного с ЛУ-ТБ форма ТБ-01 передается по системе курации из учреждения, направившего больного, в учреждение, которое его принимает.

Выявление случаев, учет и отчетность, электронное управление данными

В Азербайджанской Республике используют все 3 основные способа выявления случаев: пассивное (применяется чаще всего, основано на самостоятельном обращении больного в диагностическое отделение, а также на направлении больных от врачей ПМСП), активное (практикуется среди некоторых групп населения, например призывников и т. д.) и расследование контактов. Информация о случаях ТБ ежемесячно отправляется по факсу в отдел мониторинга и оценки специализированного лечебного учреждения в пенитенциарной системе, а также в экстренных случаях в формах 089 и 058 на районный уровень учреждений МЗ/ГСЭС. Только новые (так называют первичные, т. е. никогда не леченные ранее) случаи ТБ регистрируются в индивидуальном порядке (о ранее леченных случаях КУМ (+) сообщают в СЭС в порядке исключения). О случае ТБ сообщается в ГСЭС в следующие сроки: о новых случаях ТБ КУМ (-) – в течение 3 дней; о новых и повторных случаях ТБ КУМ (+) – в течение 24 часов. В ответ на появление нового случая туберкулеза ГСЭС предпринимает следующие ответные действия: посещение очага заболевания, определение количества близких контактов, открытие эпидемической карты и дезинфекция очага инфекции.

Число случаев заболевания туберкулезом, о которых сообщают в районные противотуберкулезные учреждения, отличается от указанного в сведениях Бюро по информации и статистике при МЗ и данных отдела мониторинга и оценки, потому что уведомление о случае ТБ, направляемое в МЗ, проводится в соответствии с местом регистрации пациента, а не по фактическому месту проживания и/или месту лечения, в то время как регистрация больных в отделе мониторинга и оценки проводится по сведениям о них в районных формах ТБ-03. Чтобы избежать таких несогласованностей, отдел мониторинга и оценки обязал районные противотуберкулезные учреждения регистрировать в форме ТБ-03 больных, которые пролечились в другом противотуберкулезном учреждении, но являются жителями их районов. В целом система учета и отчетности по случаям ТБ в Азербайджане сохранила некоторые элементы системы, существовавшей на территории бывшего Советского Союза, что в результате приводит к потере времени при обработке данных и дублированию усилий сотрудников противотуберкулезной службы на районном и центральном уровнях.

Сводная отчетность представлена направляемыми противотуберкулезными учреждениями формами ТБ-07 (форма отчетности о количестве зарегистрированных случаев заболевания ТБ) и ТБ-08 (форма отчетности о результатах лечения случаев ТБ, зарегистрированных 12–15 месяцев назад). Обе формы предоставляются в отдел мониторинга и оценки на ежеквартальной основе между 10-м и 15-м числом месяца, следующего за отчетным кварталом. Кроме этого, противотуберкулезные учреждения предоставляют в январе ежегодный отчет по форме № 8 в Бюро информации и статистики МЗ.

В настоящее время НПТ фактически не использует электронную систему учета и отчетности по ТБ. Из случаев, зарегистрированных в ГСЭС, в электронную объединенную систему надзора за заболеваниями на уровне района заносят лишь новые случаи ТБ. Эта система генерирует следующие отчеты:

- число впервые диагностированных случаев ТБ;
- число случаев респираторного ТБ среди всех впервые выявленных случаев ТБ;
- число случаев респираторного ТБ с положительным результатом мазка мокроты среди всех впервые выявленных случаев ТБ.

Районный уровень контроля за ТБ совсем не участвует в системе электронного управления данными (данные существуют только на бумажных носителях), но представитель организации Abt Associates д-р А. Пасечников сообщил, что к маю 2012 г. планируется установить автоматическую связь между электронной объединенной системой надзора за заболеваниями (EIDSS) и e-TB Manager. Тогда НРЛ (а в будущем и областные лаборатории) будет заносить лабораторные данные в систему, что позволит делить больных на две когорты (получающих лечение препаратами первого ряда и второго ряда). Данные о результатах лечения будут вноситься в систему кураторами (а в будущем фтизиатрами). В настоящее время отдел мониторинга и оценки вводит индивидуальные данные по ТБ, собранные с бумажных носителей, в таблицу MS Excel, которая заменяет базу данных случаев ТБ, никогда ранее не получавших лечение.

Данные по ТБ/ВИЧ

Регистрационный журнал ТБ-03 включает данные по ВИЧ, однако собираемые данные недостаточны. Необходимо, чтобы любой результат теста регистрировался в колонке ТБ-ВИЧ журнала ТБ-03, но довольно часто подтверждение ВИЧ (+) результата не возвращается в противотуберкулезное учреждение. Поскольку обратная связь со службами ВИЧ работает плохо, на районном уровне, а также в отделе мониторинга и оценки отсутствует полная картина распространенности ВИЧ среди больных ТБ. Противотуберкулезное учреждение г. Шеки является в данном случае исключением, поскольку служба ВИЧ, отвечающая за подтверждение предварительного ВИЧ (+) результата, расположена рядом с противотуберкулезным учреждением. Противотуберкулезное учреждение г. Шеки ведет отдельный, нестандартизованный регистрационный журнал по случаям ТБ/ВИЧ. На момент визита результаты теста на ВИЧ в регистрационном журнале ТБ-03 не были указаны.

Незарегистрированные пациенты с диагнозом ТБ

НПТ требует от всех противотуберкулезных учреждений регистрировать больных ТБ либо в журнале ТБ-03, либо в регистрационном журнале для лечения ЛУ-ТБ. В соответствии с установленными правилами частный сектор здравоохранения не занимается лечением ТБ. Это означает, что только фтизиатры лечат случаи заболевания без их регистрации. В 2008 г. продажа препаратов первого ряда была запрещена, но надзор за существующими аптеками осуществляется еще не на должном уровне. В Азербайджанской Республике остро стоит проблема стигмы. По данным неофициальной экспертной оценки отдела мониторинга, процент новых незарегистрированных случаев ТБ может быть в диапазоне от 10 до 15%. По-видимому, процент незарегистрированных ранее леченных случаев еще выше.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Создать регистрационные журналы для больных с подозрением на ТБ и их контактов.
- Разработать кодировку для каждого больного с подозрением на ТБ.
- Создать регистрационный журнал случаев ТБ с отдельными колонками для каждой категории случаев и результатов лечения.
- Собирать индивидуальные данные о ранее леченных случаях.
- Регистрировать случаи ТБ по фактическому месту жительства, а не по месту официальной регистрации человека.
- Рационально использовать время и усилия сотрудников противотуберкулезной службы, свертывая элементы системы, принятой на территории бывшего Советского Союза, и придерживаясь требований системы мониторинга, рекомендованной ВОЗ.

- Отрегулировать поток данных между районными противотуберкулезными учреждениями, отделом мониторинга и оценки, службой ВИЧ и НРЛ.

4.2 Мониторинг и оценка

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Структура системы мониторинга и оценки

В отделе мониторинга и оценки имеется 5 должностей: 4 медицинские (2 представителя НИИ легочных заболеваний – координатор отдела и врач-статистик, 1 представитель ГЭС, отвечающий за ежемесячную перекрестную с координационным отделом проверку данных, 1 представитель департамента статистики МЗ) и 1 немедицинская – оператор ввода данных. Координатор отдела выполняет функции национального корреспондента по ТБ в Европейской ТБ сети.

На областном уровне координатор не назначен, однако кураторы (фтизиатры, которые осуществляют кураторские визиты) берут на себя обязанности по мониторингу работы программы. На районном уровне за мониторинг и оценку отвечают районные фтизиатры. Ежеквартально они приезжают в координационный отдел с формами сводных данных и поименным списком пациентов. Достоверность этих данных проверяют путем парного сравнения данных ГЭС и НРЛ. Отдел мониторинга и оценки обучает фтизиатров и кураторов ведению учета и отчетности.

Терапия под непосредственным наблюдением (DOT) и курация территорий

В амбулаторной фазе лечения терапия под непосредственным наблюдением проводится только среди больных, которые лечатся препаратами второго ряда в районных противотуберкулезных учреждениях, а также в кабинетах первичной медико-санитарной службы в сельской местности (сельский медпункт обслуживает либо медсестра, которая проводит лечение ТБ под непосредственным наблюдением, либо фельдшер). Численность сельского населения, охваченного услугами пунктов DOT, варьируется от нескольких сотен (село Гарадаглы Шекинского района с населением 400 человек) до нескольких тысяч (село Бехмедлы Закатальского района с населением 4300 человек). Некоторые больные МЛУ-ТБ получают лечение на дому (с. Гарадаглы). По последним сообщениям, 1 или 2 больных МЛУ-ТБ получают лечение в сельских медпунктах, тогда как чуть большее число больных лечится непосредственно в районных противотуберкулезных учреждениях. В пунктах DOT имеются регистрационные журналы по ведению терапии под непосредственным наблюдением, которые остаются в кабинете DOT, а также учетные ведомости, которые возвращаются в районное противотуберкулезное учреждение в целях отчетности. Лекарственно-чувствительные больные ТБ (или больные, которые лечатся препаратами первого ряда) совсем не охвачены услугами лечения под непосредственным наблюдением. Эти больные ездят в противотуберкулезный диспансер для получения лекарственных препаратов на 7–10 дней для самостоятельного приема.

Как указывалось ранее, система курации была установлена для выездного мониторинга и курации лечения главным образом лекарственно-устойчивого ТБ. Страна поделена на несколько зон курации, в которых один куратор обслуживает несколько районов. Куратор совершает ежемесячные визиты в свою зону курации (регулярные визиты в противотуберкулезные диспансеры, ежемесячные визиты в сельские пункты DOT по мере необходимости). Система курации позволяет выявлять существующие проблемы, связанные с лекарственно-устойчивым ТБ, и реагировать на них. Во время кураторских визитов куратор проверяет регистрационные журналы, использование лекарственных препаратов и ведение побочных эффектов. Недавно в практику выездных мониторинговых визитов вошел стандартный перечень контрольных вопросов. Протоколы посещения территорий подаются в отдел диагностики и лечения НПТ только по случаям, которые лечатся препаратами второго ряда. Кураторские мероприятия в отношении лекарственно-чувствительного ТБ проводятся на неудовлетворительном уровне.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Укреплять деятельность по регулярному проведению оценки работы программы путем перепланирования кураторских мероприятий в отношении случаев ТБ, которые лечатся препаратами первого ряда.
- Возобновить использование стандартных перечней контрольных вопросов, разработанных для мониторинговых визитов, как для чувствительного, так и устойчивого ТБ.

4.3 Использование данных для принятия решений

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Анализ и интерпретация данных эпиднадзора, лабораторные данные

Несмотря на то что система учета и отчетности в Азербайджанской Республике достаточно слабая (регулярный полицейской учет лишь новых случаев ТБ, неверные классификации по истории лечения, неполные данные по мазкам/посевам/ТЛЧ и т. д.), специалисты, принимающие ответственные решения, могут эффективно использовать результаты всестороннего контроля данных регулярного ТБ эпиднадзора. Если проверить происходящие из года в год изменения в регистрации случаев ТБ в Азербайджанской Республике, то можно заметить, что в 2008 г. темп изменений превысил 10% (более 30% среди ранее леченных случаев), чего не ожидают в обычных условиях. Ежегодный темп изменения, превышающий 10%, вероятно, может указывать на недостающие данные. Едва ли это можно отнести к фактическим изменениям бремени заболевания. Вполне возможно, что такое быстрое изменение показателя регистрации случаев может быть связано с запретом на продажу противотуберкулезных препаратов первого ряда.

На графиках, представленных ниже, показаны темпы изменения показателя регистрации в гражданском секторе для новых и ранее леченных случаев ТБ:

ГРАФИК 1. Темпы изменений показателя регистрации РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ ТБ

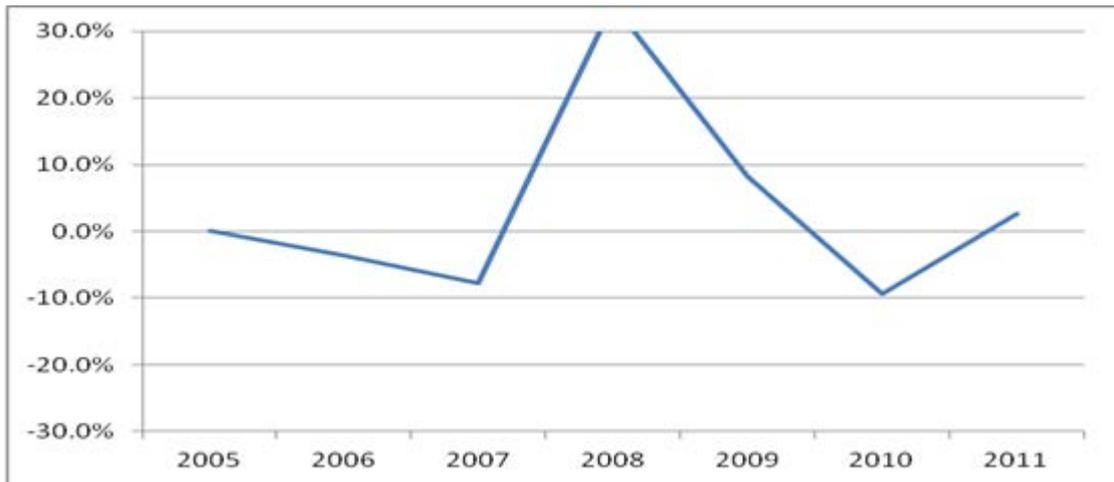
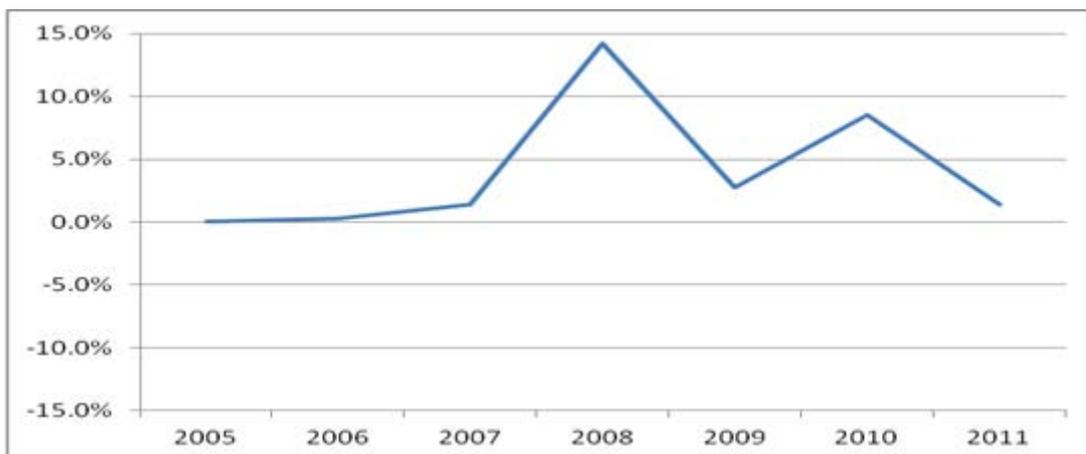


ГРАФИК 2. Темпы изменений показателя регистрации новых случаев ТБ



Данные регулярного надзора за лекарственной устойчивостью ненадежны, неполны и имеют ежегодные колебания. Последние предварительные результаты указывают на почти одинаковые показатели распространенности МЛУ-ТБ среди новых и повторных случаев лечения (10,1% и 13,9% соответственно) и вряд ли дают реальную картину распределения лекарственной устойчивости. Эти цифры должны убедить руководителей в необходимости начать изучение лекарственной устойчивости в кратчайшие сроки.

Ключевые показатели, которые рассчитаны на основании общих данных, полученных на районном и центральном уровне из основного регистрационного журнала (ТБ-03) и лабораторных регистрационных журналов (ТБ-04), могут оказаться полезными для руководителей, если НПТ будет использовать контрольные перечни с простыми таблицами, позволяющими производить такие расчеты. Существующий процесс выездной оценки в настоящее время не включает мониторинга таких показателей, как лабораторная нагрузка, количество положительных диагностических результатов, доля легочных случаев ТБ с положительным мазком мокроты, процент негативации и т. д. Поскольку отсутствуют стандартные регистрационные результаты для больных с подозрением на ТБ и контактов, невозможно рассчитать показатели выявления случаев активного и латентного ТБ по возрастным группам.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Провести изучение лекарственной устойчивости.
- Использовать рекомендуемые ВОЗ показатели выявления случаев и лабораторных нагрузок при проведении выездных кураторских мероприятий.

5. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОДУКЦИЯ, ВАКЦИНЫ, ТЕХНОЛОГИИ

5.1 Лекарственный менеджмент

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Противотуберкулезные препараты первого и второго ряда безвозмездно предоставляются больным ТБ. Лечение противотуберкулезными препаратами первого ряда, которое осуществляется под непосредственным наблюдением медработника, проводится только раз в неделю или раз в десять дней. С января 2008 г. законом запрещается продавать в аптеке противотуберкулезные препараты первого ряда. Противотуберкулезные препараты в стране не производятся.

Последний заказ GDF был доставлен в Азербайджанскую Республику в августе 2010 г. Поскольку заказ был сделан с 120%-ным резервным запасом, противотуберкулезные препараты первого ряда GDF еще имеются в стране и используются в соотношении 50:50 с препаратами первого ряда, которые закупаются на средства госбюджета Центром инновации и снабжения. Выбор и определение необходимого количества лекарств осуществляли НПТ/НИИЛЗ при участии консультантов GDF и KfW для последнего заказа препаратов первого ряда, произведенного GDF при поддержке KfW. Из-за согласования условий контракта и оплаты произошло несколько задержек с поставками лекарственных препаратов.

С 2011 г. ЦИС ежегодно закупает противотуберкулезные препараты первого ряда для гражданского сектора на основе выбора и расчета потребностей, который делают НПТ/НИИЛЗ. Определение потребностей основано на количестве пациентов, лечившихся в прошлом году, стандартных схемах лечения, сроках поставок заказа и пригодного запаса. Расчет потребностей в лекарственных препаратах не распространяется на ИНН, который необходим для профилактического лечения. Все пероральные препараты первого ряда прошли процесс предварительной квалификации ВОЗ для однокомпонентных нефасованных препаратов (Приложение II. Список препаратов первого ряда (не GDF), противотуберкулезных препаратов второго ряда, БЦЖ и туберкулина, используемые в противотуберкулезной сети Азербайджанской Республики).

Помимо препаратов, приобретаемых по бюджету НПТ, поступают инъекционный этамбутол, изониазид и канамицин (Приложение II), закупаемые ЦИС. Эти препараты включены в список необходимых для больниц лекарственных препаратов (Приказ МЗ № 130).

Противотуберкулезные препараты первого ряда для пенитенциарной системы закупаются при поддержке ГФ, для этого используется механизм прямых закупок (ПЗ) через GDF, а расчет потребностей в лекарственных препаратах производится при поддержке консультантов GDF. С 2013 г. МЮ начнет производить закупки препаратов второго ряда.

Препараты второго ряда (Приложение II) закупает при поддержке ГФ в соответствии с одобренным руководством ГФ по проведению закупок для гражданского и пенитенциарного сектора. Имелись задержки с поставками ПВР, результатом чего явилась нехватка таких препаратов, как амикацин и левофлоксацин, в ноябре и декабре 2011 г. соответственно. По этой причине в гражданском секторе амикацин заменяли на капреомицин, а левофлоксацин – на моксифлоксацин. В гражданском секторе недостаточно препаратов второго ряда для охвата лечением всех больных ЛУ ТБ.

Препараты первого ряда в детской дозировке в стране недоступны. Нет комбинированных препаратов с фиксированными дозами для детей, для их лечения используются дробленные противотуберкулезные препараты для взрослых. Азербайджанская Республика не отвечает требованиям для получения педиатрического гранта GDF.

Закупки государственного сектора в Азербайджанской Республике проводятся как централизованно, так и децентрализованно. ЦИС организует закупки лекарственных средств, списки которых определяет МЗ, для столицы и Апшеронского района, а также лекарственных препаратов для всех программ страны, в том числе и НПТ, и осуществляет централизованные тендеры. Заявки государственного сектора на тендерную документацию и результаты тендера общедоступны.

ЦИС должен проводить все государственные закупки на тендерной основе и предпочитает, чтобы поставщики имели местного агента в Азербайджанской Республике – это позволит соблюдать все требования и обеспечить регистрацию препаратов в Азербайджане. Такие ограничения сокращают возможность прямых закупок препаратов GDF/КЗС через ЦИС с использованием государственных средств.

Однако поправка к закону о фармацевтической продукции (февраль 2007 г.), которая была принята в апреле 2009 г. («Закон о фармацевтической продукции»)¹, позволяет импортировать в Азербайджанскую Республику без разрешения на реализацию фармацевтической продукции, но только для некоммерческого использования: а) лекарства для гуманитарных целей, б) редкие лекарственные средства, в) лекарственные средства, используемые для лечения заболеваний, которые требуют применения специальных средств, г) лекарственные средства, прошедшие процесс предварительной квалификации ВОЗ. Кроме того, закон «О государственных закупках» (январь 2002 г.) позволяет использовать метод закупок из одного источника (Глава II. Методы закупок, условия применения, статья 21. Условия использования метода закупок из одного источника):

«есликупаемые товары доступны только какому-либо конкретному грузоотправителю (подрядчику) или конкретный грузоотправитель (подрядчик) обладает правами на такие товары (работы, услуги), и если их заменители и альтернативны недоступны, <...>

если закупочная организация после закупки товаров, оборудования, технологий или услуг от любого отправителя (подрядчика) приходит к решению, чтобы закупать их от этого отправителя (подрядчика) в целях обеспечения их соответствия с требованиями стандартизации существующих товаров, оборудования, технологий и услуг».

В соответствии с поправкой к закону «О лекарственных средствах», требования к ввозу в страну продукции для некоммерческого использования (которые охватывают поставку лекарственных препаратов через GDF/КЗС), до сих пор были достаточно простыми: МЗ обращается в Государственный комитет по международной гуманитарной помощи при Кабинете министров с просьбой одобрить импорт лекарств гарантированного качества, поставки которых осуществляются при внешней поддержке таких организаций, как KfW и ГФ. Для гарантии качества предоставляется набор документации и результаты тестирования образцов. Запрашиваемые документы включают заявку от организации, которая импортирует лекарственные средства, список стран, где эти препараты зарегистрированы, GMP сертификат изготовителя, инструкции по использованию лекарственных средств, информацию о фармацевтическом стандарте, сертификате качества продукции, обо всех проведенных испытаниях, методах контроля качества, а также образцы лекарственных препаратов. На основании письма с разрешением на импорт лекарственных средств, полученного от Кабинета министров, Центр аналитической экспертизы (ЦАЭ), который выступает в качестве органа, регулирующего работу с лекарственными средствами, выдает разрешение на распространение и использование импортных препаратов. Эта процедура занимает около 2 недель.

По закону «О государственных закупках» (Глава II: Методы закупок. Условия применения. Статья 21: Условия использования метода закупок из одного источника) возможно проводить закупки противотуберкулезных препаратов первого ряда для взрослых и детских комбинаций с фиксированной дозой (КФД), поскольку они соответствуют международным стандартам, доступны только через GDF и эффективны с точки зрения затрат.

В Азербайджанской Республике имеются правовые положения для установления полномочий и обязанностей органа, регулирующего работу с лекарственными препаратами, тогда как полуавтономное агентство с рядом функций, изложенных в MRA, работает как ЦАЭ. В Азербайджанской Республике

¹ См. http://e-qanun.az/files/framework/data/17/f_17911.htm.

существуют правовые нормы для осуществления контроля над фармацевтическим рынком. Лаборатория для осуществления контроля качества является функциональной составной частью органа, регулирующего работу с лекарственными препаратами. Лаборатория не была утверждена для сотрудничества с программой Предварительной квалификации ВОЗ.

Контроль качества необходим в целях мониторинга качества в государственном и частном секторах, когда есть жалобы или сообщения о проблемах, для регистрации продукции, государственного предварительного квалификационного отбора закупок. Отбор проб производится государственными инспекторами для осуществления постмаркетингового надзорного тестирования. Все лекарственные препараты, в том числе и те, что поступают от GDF/КЗС, до получения/распределения проходят контроль качества. ЦИС отвечает за таможенное оформление противотуберкулезных препаратов первого ряда, получаемых не по линии GDF (Приложение VI. Таможенное оформление противотуберкулезных препаратов первого ряда, закупаемых через ЦИС).

В Азербайджанской Республике по правовым положениям требуется разрешение на реализацию (регистрацию) фармацевтического препарата для всей фармацевтической продукции на рынке. Этот процесс занимает около 6 месяцев (180 рабочих дней); стоимость регистрации составляет около 1000-1200 евро, включая налог 18%. В стоимость регистрации входит стоимость оплаты заявок и экспертизы. Лекарственные препараты всегда регистрируются по их МНН (Международному непатентованному названию) или фирменному наименованию и дополнительно МНН. Срок регистрации истекает через 5 лет. Возобновление регистрации оказывается дешевле по сравнению с расходами на первичную регистрацию.

В целом, стандарты и требования соответствуют установкам Европейского агентства по контролю за оборотом лекарственных средств (EMA). Для оценки заявок на регистрацию фармацевтической продукции существуют четкие и общедоступные критерии. Если продукция прошла процесс предварительного квалификационного отбора ВОЗ, время на регистрацию может быть сокращено приблизительно до 2 месяцев. Существуют нормативные положения, требующие от органа контроля и регулирования работы с лекарственными средствами предоставления доступного и регулярно (раз в год) обновляемого списка зарегистрированных лекарственных средств. Все обновленные списки и требования к регистрации можно получить на интернет-портале ЦАЭ².

Однако существуют исключения /отказы в регистрации. Лекарственные средства гуманитарного назначения, редкие лекарственные средства и лекарственные средства, используемые для лечения заболеваний, которые требуют применения специальных средств, и препараты, прошедшие процесс предварительного квалификационного отбора ВОЗ, без регистрации в Азербайджанской Республике могут быть ввезены только для некоммерческого использования.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Необходимо активно поддерживать идею о важности КФД и стандартов обеспечения качества, признанных на международном уровне (т. е. прошедших процесс предварительной квалификации ВОЗ).
- Количественное определение потребностей в препаратах второго ряда должно быть более точным во избежание полного расходования запасов; полезным оказалось бы привлечение помощи эксперта КЗС. Количественная оценка потребностей в препаратах второго ряда должна быть основана на данных ТЛЧ в когорте больных ЛУ-ТБ и соответствующих схем лечения, включая продолжительность всего лечения, а также продолжительность лечения инъекционным препаратом. Схемы лечения препаратами второго ряда должны соответствовать стандартам, признанным на международном уровне.
- Рассмотреть возможность неиспользования инъекционных противотуберкулезных препаратов первого ряда для лечения больных с обычным ТБ, в связи с тем что 1) препараты, применяемые в Азербайджанской Республике, не прошли предварительный квалификационный отбор ВОЗ и/или

² См. <http://www.pharma.az>.

аналогичный процесс; 2) нет доказательств того, что инъекционные препараты имеют преимущества по сравнению с пероральными противотуберкулезными препаратами.

- Продумать вопрос об исключении инъекционного этамбутола и изониазида из списка основных лекарственных средств для больниц.
- Правительство должно рассмотреть вопрос о закупках препаратов первого ряда на средства государственного бюджета, в том числе и для пенитенциарной системы.
- Включить изониазид (H), необходимый для профилактического лечения, в расчеты лекарственных потребностей для государственных закупок противотуберкулезных препаратов первого ряда.
- Продвигать процесс предквалификации ВОЗ для лаборатории ЦАЭ, обеспечивающей контроль качества.
- Рассмотреть вопрос о закупке противотуберкулезных препаратов первого ряда через GDF (лекарственные формы для детей и взрослых).

5.2 Вакцина

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

ЦИС ежегодно осуществляет централизованные закупки вакцины БЦЖ. Расчет потребностей в вакцине и количества для распределения проводится Центром гигиены и эпидемиологии МЗ. ЦИС закупает туберкулин для столицы и Апшеронского района, другие регионы страны закупают туберкулин самостоятельно. В поликлиниках, посещенных консультантом GDF, условия хранения туберкулина были благоприятными. ЦИС ежегодно осуществляет централизованные закупки вакцины БЦЖ. В соответствии с графиком, предусмотренным Центром гигиены и эпидемиологии МЗ, ЦИС проводит расчет потребностей в вакцине и ее распределение. Транспортировку вакцины БЦЖ и других вакцин обеспечивают автомобили ЦИС, снабженные оборудованием для создания условий холодной цепи.

Туберкулиновая кожная проба (ТКП) закупается децентрализованно. ЦИС закупает ТКП только для Баку и Апшеронского района. Все другие районы закупают ТКП на средства муниципального бюджета. Контроль качества БЦЖ и ТКП в стране не проводится.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Продумать проведение контроля качества БЦЖ и ТКП после их ввоза в Азербайджан.

5.3 Лабораторное обеспечение

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Лабораторные расходные материалы и оборудование закупаются на государственные средства и средства ГФ. Глобальный фонд приобрел ВАСТЕС MGIT 960, реактивы для проведения микроскопии, посевов, ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда, биохимических исследований, а также респираторы для лабораторной сети и кабинетов DOT. Кроме этого, ГФ закупил наборы MTB-DR plus. Начиная с

третьего квартала 2012 г. закупка реактивов для посевов и ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда на ВАСТЕС MGIT 960, а также наборов MTB-DR plus будет осуществляться проектом «Expand TB».

НРЛ отвечает за обеспечение областных посевных лабораторий и лабораторий микроскопии в стране реактивами для посевов и микроскопии. В 2012 г. НРЛ испытывала нехватку реактивов для ТЛЧ к препаратам первого ряда на ВАСТЕС MGIT 960; кроме этого, в ноябре 2012 г. истечет срок годности наборов MTB-DR plus, и ожидается, что в НРЛ останутся запасы этих наборов с истекшим сроком годности.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Разработать краткий протокол управления лабораторными расходными материалами/реактивами.
- Установить/разработать систему управления лабораторными расходными материалами/реактивами, лабораторными процессами, обучением сотрудников и т. д.
- Совершенствовать управление лабораторными расходными материалами (например, прогнозирование, распределение, рациональное использование) путем внедрения и использования программного обеспечения для управления лабораторными расходными материалами/реактивами.

5.4 Техническое обслуживание

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Условия хранения противотуберкулезных препаратов на складах НИИЛЗ и в складских помещениях в районах являются благоприятными. Однако в некоторых районах склады необходимо оборудовать кондиционерами, термометрами и гигрометрами, внедрить использование карт контроля температуры и влажности. В районах отсутствует программное обеспечение для управления запасами лекарственных препаратов и даже простой электронный учет лекарственных средств. Учетные записи по имеющимся запасам ведутся в обычных тетрадях. Во всех учреждениях, которые посетила миссия, учетные записи ведутся и обновляются регулярно. Миссии не удалось посетить склад ЦИС, поскольку для этого требовалось особое разрешение властей.

На центральном уровне все учетные записи по имеющимся запасам ведутся в формате MS Excel. Цифры соответствовали текущему количеству лекарственных препаратов на складе. В пенитенциарном секторе подсчет фактических запасов и учетные данные по остаткам лекарственных препаратов также совпадают по всем наименованиям лекарств.

В 2005 г. в рамках НПТ были разработаны формы учета и отчетности для управления лекарственными препаратами, затем пересмотренные, обновленные и использовавшиеся по всей стране. Поскольку с 2011 г. препараты первого ряда не закупаются через механизм GDF, использование форм учета и отчетности ВОЗ в гражданском секторе не обязательно, и учет данных ведется в обычной тетради.

В связи с задержками, связанными с размещением заказа и доставкой, имеется несколько сообщений о дефиците противотуберкулезных препаратов второго ряда как в гражданском, так и в пенитенциарном секторах.

Согласно НПТ, препараты GDF первого ряда распределяются со склада НИИЛЗ по заявкам от противотуберкулезных учреждений в основном ежеквартально. Каждое противотуберкулезное учреждение направляет запрос, который включает информацию о потреблении лекарственных средств за предыдущий квартал, а также о числе больных, пролеченных за тот же период (механизм «pull»).

Противотуберкулезные препараты первого ряда, закупленные государством, распределяются на ежеквартальной основе. В рамках НПТ предоставляется необходимое количество препаратов первого ряда, которые ежеквартально распределяются по учреждениям (механизм «push»), а затем областные больницы ежемесячно распределяют лекарственные препараты среди противотуберкулезных диспансеров и кабинетов DOT (Приложение VI). Расходы на транспортировку лекарств со склада ЦИС несут областные больницы.

На национальном уровне ЦИС имеет Центральный аптечный склад (ЦАС). На втором уровне государственного сектора распределения государственные склады отсутствуют. Продукция медицинского назначения, в том числе и противотуберкулезные препараты первого ряда, закупаемые на государственные средства, поставляются непосредственно с ЦАС в областные учреждения здравоохранения. Существуют национальные руководства по надлежащим практикам распределения (НПР). Имеется орган лицензирования, который выдает лицензии НПР. Лицензирующий орган проводит аккредитацию государственных учреждений, занимающихся распределением. ЦАС имеет сертификат НПР, выданный этим органом лицензирования, но сертификация ISO не пройдена.

Центр инноваций и снабжения МЗ также отвечает за хранение и распределение вакцины БЦЖ, как и других вакцин, имеющихся в стране. Вакцины, в том числе БЦЖ, хранятся на центральном аптечном складе ЦИС. Группа внешней оценки не смогла посетить этот склад, поскольку для этого требовалось предварительно полученное разрешение соответствующих органов власти. Для транспортировки вакцин имеются специальные машины, оборудованные для обеспечения условий холодной цепи.

Все лабораторные расходные материалы и реактивы хранятся при НРЛ. Уровень запасов расходных материалов для посевов на MGIT, ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда MTB-DR plus в НРЛ неизвестен. В НРЛ отсутствует электронная программа для расчета потребностей и мониторинга запасов. Консультант проекта «Expand TB» работает при НРЛ и отвечает за управление запасами и подготовку заказов на лабораторные реактивы, предоставляемые в рамках проекта «Expand TB».

РЕКОМЕНДАЦИИ

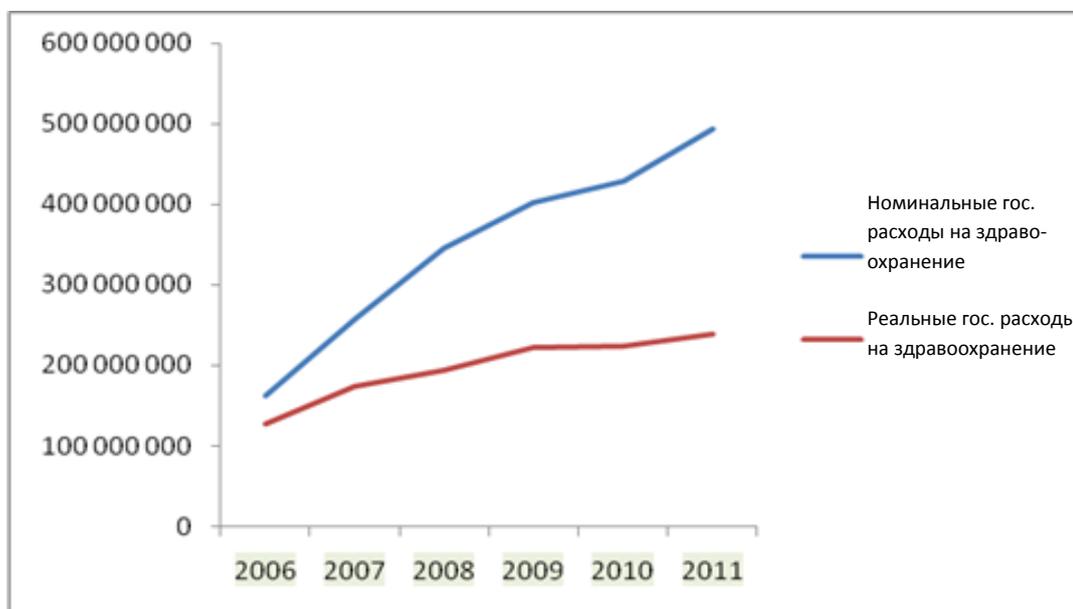
- Разработать краткий протокол по лекарственному менеджменту.
- Улучшить условия хранения лекарственных средств на районном уровне, оснастив складские помещения кондиционерами, термометрами и гигрометрами.
- Улучшить организацию работы с противотуберкулезными препаратами (например, прогнозирование потребностей, распределение и рациональное использование) путем внедрения и использования программного обеспечения по лекарственному менеджменту.
- Улучшить управление запасами лабораторных расходных материалов и реактивов при НРЛ путем внедрения электронного программного обеспечения и проведения регулярных проверок уровня запасов.

6. ФИНАНСИРОВАНИЕ

6.1 Имеющийся бюджет и тенденции

В стране существует эффективная система здравоохранения для гарантии защиты людей от финансовых последствий болезни и смерти или, по крайней мере, от финансовых последствий, связанных с использованием медицинской помощи. Это должно происходить при условии, что финансовое бремя по оплате противотуберкулезных услуг сокращается и честно распределяется среди больных – справедливость в финансовых вопросах означает, что расходы семей на медицинские услуги, если таковые требуются, должны быть отнесены к платежеспособности, а не к тяжести заболевания. Оплата определенных медицинских услуг наиболее уязвимыми группами населения часто взимается несправедливо, поскольку пациенты несут большие издержки, связанные с расходами в момент получения услуг, и не охвачены какой-то программой предоплаты. Или же пациенты сталкиваются с регрессивными платежами, с которыми они меньше всех остальных готовы справиться, и платят пропорционально больше, чем состоятельные люди. Следовательно, если доля средств предоплаты (общих налоговых доходов, финансирования расходов на здравоохранение, социальное и частное добровольное медицинское страхование) возрастает, а доля частных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение уменьшается, то это может привести к большей справедливости в финансировании здравоохранения.

График 3. Государственные расходы: номинальные по сравнению с реальными, 2006–2011 гг.



Источник: Госстат

Государственный бюджет Азербайджанской Республики складывается на основе системы налогообложения и в значительной степени зависит от добычи нефти. Кроме уже указанных, существуют дополнительные средства, имеющиеся в распоряжении у параллельно существующих учреждений,

однако их роль в лечении туберкулеза ограничена. Тем не менее бюджет здравоохранения иногда получает поддержку от Администрации Президента, а Президент Азербайджанской Республики инициировал несколько государственных инвестиционных программ, предполагающих значительные улучшения в обеспечении государственных учреждений здравоохранения медицинским оборудованием. В 2011 г. Президент Азербайджанской Республики подписал указ о выделении дополнительных 3 млн манатов на строительство противотуберкулезного санатория для детей и подростков.

Растущий бюджет здравоохранения в Азербайджанской Республике является положительной тенденцией, тем не менее вопрос финансирования здравоохранения в стране все еще активно прорабатывается, поскольку его недостаточность создает барьеры для качественного лечения и всеобщего охвата. Страна стоит на пути увеличения ассигнований на здравоохранение, однако ей предстоит еще в полной мере использовать предлагаемый бюджет. Так, правительство Азербайджана потратило 88% из 563 млн азербайджанских манатов, выделенных в 2011 г. Средства растущего бюджета направляются в основном на реконструкцию и оснащение медицинских учреждений.

Такая же картина складывается и по отношению к противотуберкулезным учреждениям, так как до 2010 г. увеличение ассигнований на ТБ в стране проявлялось главным образом в строительстве клиник, диспансеров и санаториев. Так, в период с 2006 по 2011 г. страна потратила 19,4 млн манатов на реконструкцию противотуберкулезных учреждений. После принятия МЗ необходимых мер по закупке препаратов первого ряда был показан хороший охват пациентов по всей стране необходимыми лекарственными препаратами. Несмотря на очевидное расширение охвата больных ТБ, имеются сигналы о недостаточном предоставлении им необходимых комплектов лекарств. Принимая во внимание неиспользованные бюджетные средства и растущее число больных ТБ, правительству, возможно, имеет смысл рассмотреть вопрос о подаче заявки для продления программы закупок лекарственных средств.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для Министерства здравоохранения:

- Совместно с ВОЗ и ГФ провести оценку для пересмотра государственной программы по профилактике ТБ.
- Оценить экономическую эффективность противотуберкулезных учреждений и перераспределить средства для оптимизации затрат.
- Перераспределить неизрасходованные средства на благо программы борьбы с ТБ: на реконструкцию противотуберкулезных учреждений и проведение мероприятий, ориентированных на борьбу с ТБ.
- Повторно рассмотреть вопрос предоставления соцпакета специалистам противотуберкулезных учреждений, несмотря на существующие руководящие указания относительно дополнительного вознаграждения.

6.2 Расходы пациентов, оплата за наличный расчет

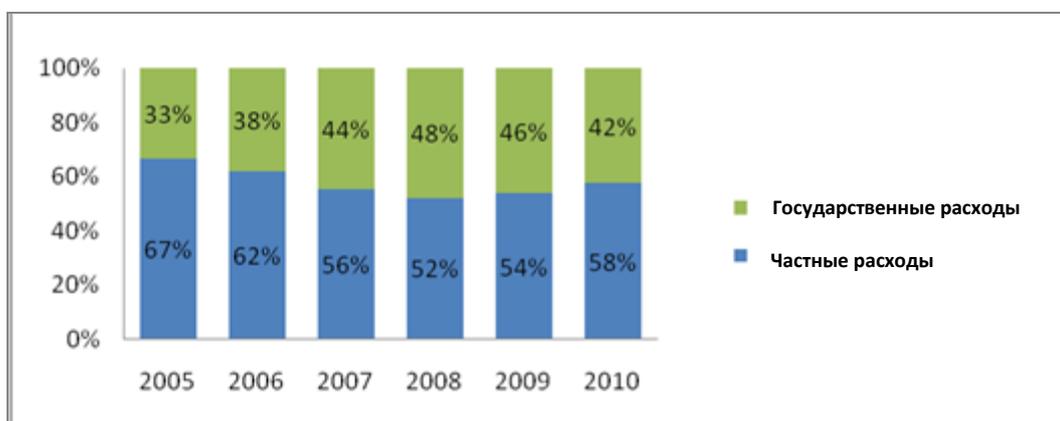
ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Для того чтобы оценить инициативу правительства по обеспечению ухода за больными туберкулезом, можно рассмотреть средние расходы на здравоохранение из расчета на душу населения в Азербайджане. Так, в период с 2005 по 2010 г. общие расходы на душу населения удвоились, что было

обусловлено в основном корректировкой потребительских цен, внутренней миграцией и широкой доступностью услуг здравоохранения. По данным Госкомстата, правительство отвечало за предоставление в среднем 48 манатов на душу населения из общего объема в 112,5 манатов. Таким образом, были приняты меры для увеличения ассигнований на здравоохранение; однако возможны дальнейшие улучшения. Эта положительная тенденция может свидетельствовать о том, что финансовая защита несколько увеличивается.

Оплата медицинских услуг наличными средствами в Азербайджане является острой проблемой, так как официально все услуги предоставляются бесплатно. Тем не менее общий объем наличных расходов на медицинские услуги довольно высок и согласно государственным и международным оценкам колеблется в диапазоне от 42% до 73% соответственно. Рост частных расходов на здравоохранение за последние годы был несколько сдержанным в сравнении с ростом государственных расходов. Тем не менее в 2010 г. суммы, выплачиваемые пациентами, выросли, что указывает на повышение цен на лекарства и медицинские услуги. Наряду с официальной информацией данные признанного международного исследования «Исследование по определению уровня жизни» (LSMS), проведенного Всемирным банком в 2009 г., предполагают большую долю расходов частных лиц на здравоохранение, около 73% от общих расходов на здравоохранение, одну из самых высоких в Европейском регионе. Исследование по определению уровня жизни было признано правительством Азербайджана. Однако по данным, полученным из обоих источников, среди суммарных расходов частных лиц на здравоохранение расходы на лекарственные препараты в целом составляют около трех четвертей. Для получения точного представления о структуре общих расходов на здравоохранение нужны дальнейшие исследования/анализ расходов частных лиц на здравоохранение. Следует отметить, что в последние годы, как уже упоминалось выше, были проведены некоторые реформы в секторе здравоохранения, которые призваны внести значительный вклад в реагирование на сложившуюся ситуацию. Кроме того, правительство Азербайджанской Республики определило здравоохранение в качестве приоритета для государственных инвестиций.

График 4. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ ПО СРАВНЕНИЮ ЧАСТНЫМИ РАСХОДАМИ



Источник: Госстат

Наличная оплата услуг больными туберкулезом была предметом исследований в рамках предыдущих отчетов ГФ и КЗС. На фоне общих расходов на услуги здравоохранения больные ТБ в данный момент превратились в уязвимую группу и официально обеспечиваются необходимым. МЗ несет ответственность за обеспечение расходов по дневному пребыванию больных туберкулезом в клиниках в течение курса лечения и сообщает о ежедневных расходах на питание в размере 4 азербайджанских манатов. Критерии оценки основаны на методах, применявшихся в бывшем СССР, и, как сообщается, они будут пересмотрены в МЗ. Как упоминалось ранее, несмотря на оказанную поддержку требования к качеству услуг удовлетворены еще не полностью, и, при наполненности медицинских учреждений,

транспортные расходы представляют собой серьезную проблему для мотивации к лечению среди больных.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Пересмотреть оплату транспортных расходов (дневная сумма составляет 0,8 азербайджанских манатов) для всех больных ТБ.
- Провести опрос по оценке существующих требований к охвату больных ТБ.
- Вместе с ЦОЗР пересмотреть существующие руководства по ежедневному обеспечению больных ТБ всем необходимым.
- Проводить ежемесячную оценку данных по заполняемости учреждений из формы № 8 для обеспечения равноправного и надлежащего доступа к медицинским услугам для всех больных ТБ (особенно из среды уязвимых групп населения).

6.3 Мобилизация ресурсов и доноры

Глобальный фонд остается главным финансирующим донором всех связанных с ТБ компонентов и программ в стране. С 2006 г. ГФ предоставил 17,8 млн для лечения больных ТБ/МЛУ-ТБ в Азербайджане. Ожидается, что к 2015 г. общая сумма подтвержденного инвестиционного портфеля фонда на борьбу с ТБ достигнет 26,2 млн азербайджанских манатов.

До 2011 г. ГФ также был основным закупщиком противотуберкулезных препаратов в стране. После недавних инициатив МЗ по закупке противотуберкулезных препаратов второго ряда ГФ также рассмотрит вопрос перераспределения сэкономленных средств грантов для приобретения большего количества препаратов второго ряда, а также укрепления и расширения масштабов DOTS. При таком сценарии ожидается, что в 2012 г. МЗ выделит 3,5 млн азербайджанских манатов на препараты первого ряда и лекарственные средства для лечения побочных эффектов, в то время как ГФ направит свои вложения в размере 3 млн манатов на приобретение противотуберкулезных препаратов второго ряда. В настоящее время почти 700 амбулаторных больных ЛУ-ТБ получают ежедневное денежное пособие в размере 55 азербайджанских манатов, а 150 стационарных больных получают профилактические наборы. МЗ уже получило согласие от ГФ на доставку препаратов второго ряда в 2013 г. и проведет закупочные мероприятия без внешней поддержки.

Глобальный фонд играет существенную роль в наращивании потенциала сотрудников противотуберкулезной службы и в организации обучающих курсов. Текущие мероприятия проводят МЗ и МЮ, они сосредоточены на обучении и оснащении медицинских учреждений министерств для более качественной диагностики ЛУ ТБ и проведения мероприятий ГФ. Ожидается, что за три года в проекте будет пролечено 1720 больных ЛУ-ТБ. Самой большой статьей бюджета остается закупка препаратов второго ряда.

7. РУКОВОДСТВО И УПРАВЛЕНИЕ

7.1 Разработка стратегии и политики

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

В стране функционирует рабочая группа и проходит процесс проведения специального анализа для разработки и утверждения новых протоколов, однако некоторые протоколы оказались утверждены без соблюдения стандартов, принятых на международном уровне, как было определено ВОЗ. Финансирование комплексных услуг по ТБ и МЛУ-ТБ имеет серьезные пробелы. По оценочным данным, лишь 2/3 больных МЛУ-ТБ, которым требуются препараты, получают их. Эти препараты финансируются в рамках 7 раунда гранта ГФ. Поощрения наличными предоставляются только больным М/ШЛУ-ТБ, а не больным с лекарственно-чувствительным ТБ. Возможно, существует связь между отсутствием поощрений и стимулов (деньги на транспортные расходы) и высокими показателями перерывов в лечении среди больных ТБ. По-видимому, паллиативная помощь совсем не предоставляется. Кроме обращения к ПМФ ГФ других возможностей получения внешней финансовой помощи для программы борьбы с ТБ после 2013 г. очень мало. АМР будет постепенно сворачивать оказание технической помощи в здравоохранении Азербайджана в 2013 г. Не было отмечено четких и последовательных критериев и рекомендаций, применяемых к госпитализации больных ТБ и МУ-ТБ, и многие сотрудники на уровне учреждений не применяют последовательно эти стандарты.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для НПТ:

- Пересмотреть существующие руководящие документы по выявлению случаев и профилактике таким образом, чтобы они соответствовали стандартам, принятым на международном уровне, и основывались на рекомендациях ВОЗ.
- Для будущих протоколов работы, имеющей отношение к ТБ, обеспечить включение анализа в процесс их утверждения в стране для проверки на соответствие рекомендациям ВОЗ и международным стандартам (т. е. протоколы лечения детей, руководства по проведению профилактики и т. д.).

Для МЗ:

- Обновить принципы политики МЗ, включив в них вопросы обеспечения всеобщего доступа к лечению ТБ и МЛУ-ТБ и получению противотуберкулезной помощи. Рассмотреть возможность включения в национальные руководства дополнения по паллиативной помощи.
- Доработать клинические, социальные и жизненные критерии госпитализации для прояснения вопроса о том, когда пациенты (включая детей) должны получать стационарные медицинские услуги и когда выписываться из стационара.

7.2 Приверженность правительства

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Правительство продемонстрировало большую приверженность борьбе с ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Это проявляется в обеспечении национальной программы борьбы с ТБ, научно-исследовательского института и медицинских учреждений необходимыми сотрудниками. Несмотря на это, все еще имеется недостаток препаратов второго ряда для лечения всех больных М/ШЛУ-ТБ, которые в значительной степени зависят от проекта ГФ. ВОЗ и другие партнеры вместе с членами парламента обсуждают вопрос о составлении проекта закона о туберкулезе.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для МЗ:

- В знак гарантированной приверженности доработать, утвердить и обеспечить финансированием национальный план борьбы с М/ШЛУ-ТБ для быстрого развертывания работы по обеспечению всеобщего доступа к услугам диагностики и лечения М/ШЛУ-ТБ. ВОЗ и другие партнеры окажут содействие в разработке национального закона о ТБ в парламенте Азербайджанской Республики.

7.3 Приверженность местного руководства

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Члены миссии встречались с представителями областного и районного руководства и отметили их приверженность работе, направленной на борьбу с ТБ и оказание противотуберкулезной помощи. В некоторых районах местное руководство предоставляет социальную помощь больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ. В других районах предоставляется логистическая помощь таким образом, что медицинские сотрудники могут посещать другие учреждения и больных на дому, но эти мероприятия финансируются главным образом ГФ и только в отношении больных МЛУ-ТБ.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для НПТ:

- Постоянно стимулировать участие местных властей в поддержке работы по профилактике и контролю ТБ, а также по предоставлению противотуберкулезной помощи.

Местным властям:

- Предоставлять социальную поддержку всем больным ТБ, отвечающим необходимым критериям, для того чтобы повышать уровень соблюдения требований лечения и улучшать результаты терапии.
- Предоставлять логистическую помощь медицинским сотрудникам для посещения больных на дому, тем самым помогая им в соблюдении требований лечения.

7.4 Партнерство и участие гражданского общества

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Сотрудничество НПТ с международными и национальными организациями гражданского общества (ОГО) в сфере борьбы с ТБ получило подкрепление особенно после проведения обучающего курса, посвященного вопросам адвокации, информационного взаимодействия и социальной мобилизации (АИВСМ), который был проведен организацией PATH. Многие заинтересованные стороны, включая НПО, участвовали в создании документа «Стратегия АИВСМ на период 2011–2015 гг.». Список и более подробная информация по НПО, которые ранее принимали участие в борьбе с ТБ или участвуют в этой работе в настоящее время, представлены в Приложении VII.

В проектах по работе с ТБ/ВИЧ, ПИН/ТБ, вынужденными переселенцами, бывшими заключенными и больными МЛУ-ТБ участвует целый ряд активных организаций гражданского общества. Большинство организаций, действующих на базе проектов, не получает основного финансирования. Это означает, что в основном их мероприятия в области борьбы с ТБ являются краткосрочными.

По информации, полученной из разговора с представителем ОГО, эта организация участвовала в работе по активному выявлению случаев заболевания в сообществах, в которых они проводили мобилизационные мероприятия. Однако организация не получила отзыва о результатах проделанной работы в отношении подтвержденных случаев, которые были направлены в медицинские учреждения, и не была вовлечена в мероприятия в сообществах по оказанию помощи больным в соблюдении требований лечения. Тем не менее на протяжении проекта сотрудничество было плодотворным, и оно могло бы быть успешнее, если бы предоставлялись отзывы о вкладе организаций гражданского общества в деятельность по выявлению случаев ТБ и эти организации вовлекались бы в мероприятия по оказанию больным помощи в соблюдении требований лечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для НПТ и ОГО:

- Предоставлять организациям гражданского общества отзывы об их вкладе в деятельность по выявлению случаев и другие мероприятия национальной программы борьбы с ТБ. ОГО, принимающие участие в мероприятиях по выявлению случаев, также могут участвовать в работе по оказанию помощи больным в соблюдении требований лечения. И наоборот: ОГО, участвующие в работе по оказанию помощи больным в соблюдении требований лечения и имеющие прочные связи с сообществами, могут внести свой вклад в работу по выявлению случаев.

7.5 Участие пациентов и сообществ

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Пример участия общественности был представлен миссии НПО «Помощь в развитии здравоохранения», которая провела каскадное обучение по ТБ среди общественных активистов. Для однодневного обучения инструкторов были подготовлены печатные материалы и брошюры. Предстоящее обучение будет посвящено вопросам проведения тренингов, профилактической работы и симптомам ТБ. По

окончании обучения участники получают материалы для проведения санитарно-просветительской работы в сообществах. Планируется обучить 70 общественных активистов.

Несмотря на более широкое представительство общественности и ее участие в программах некоторых ОГО, участие пациентов остается ограниченным. В пенитенциарной системе проводятся информационные мероприятия по принципу «равный равному», кроме этого, НПО «Поддержка здоровья» проводит мероприятия с участием бывших заключенных с ТБ и МЛУ-ТБ. В гражданском секторе были сделаны попытки повысить степень участия пациентов посредством организации групп пациентов, но пока существенных результатов не достигнуто.

В настоящее время в Азербайджане не используется «Хартия пациентов, больных туберкулезом». Этот документ, в котором описываются права и обязанности людей, больных туберкулезом, был разработан вместе с международными стандартами противотуберкулезной помощи для содействия в использовании подхода, ориентированного на пациентов, и опубликован в 2006 г. Документ основан на принципах здоровья и прав человека и поддерживает партнерское взаимодействие пациентов, сообщества и работников здравоохранения.

В беседе с представителями гражданского общества члены представители попросили участников поделиться мнением о том, как можно повысить уровень участия сообществ и пациентов. Предложения были следующими:

- Обученные и мотивированные волонтеры могут выступать в качестве посредников между сообществами и ОГО. Мотивировать волонтеров можно с помощью небольших поощрений в виде эмблем, материалов, книг.
- Пациентов можно привлекать для участия в качестве «примеров» и проведения обучения по принципу «равный равному». НПО «Поддержка здоровья» привела пример с бывшими заключенными.
- После образования групп пациентов необходимо стимулировать их развитие в организации или ассоциации больных ТБ – роль других ОГО состоит в развитии потенциала групп пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для НПТ и ОГО:

- Содействовать созданию групп пациентов в рамках комплексного подхода к оказанию противотуберкулезной помощи, ориентированного на пациентов.
- Продвигать использование «Хартии пациентов» при оказании противотуберкулезной помощи для придания особого значения правам и обязанностям пациентов.

7.6 Процесс повышения качества

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Процесс повышения качества проходит на национальном и субнациональном уровнях. На национальном уровне была разработана концепция необходимости сбора данных и использования доказательного подхода к формированию политики, а также установления необходимых процедур. Стандартные показатели эффективности работы четко определены и донесены до руководителей и сотрудников учреждений. Штаты региональных координаторов работы по ТБ укомплектованы, отзывы о визитах, проведенных с целью повышения качества работы, направляются на уровень НПТ, полученные данные обсуждаются и на их основании вырабатываются рекомендации.

Сложности в процессе улучшения качества начинаются с того, что четко не определены роли региональных координаторов работы по ТБ, которые играют ключевую роль в этом процессе. По данным

наблюдений, некоторые из них оказывают непосредственную помощь пациентам. Средства на проведение визитов координаторов не всегда достаточны для того, чтобы соответствовать потребностям повышения качества и программной поддержки с национального уровня. Визиты в территории и отчеты о проделанной работе готовятся, но систематически ими не делятся с посещенными территориями и клиниками. Не было ясно, используются ли стандартные процедуры и существуют ли средства проведения работы по повышению качества. Кроме этого, не ясно, насколько существенными являются рекомендации, направленные на решение выявленных проблем для совершенствования программы и процессов, и разработан ли план последующих действий.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для НПТ:

- Укрепить существующий процесс повышения качества посредством разработки стандартных процедур, средств и графиков посещений.
- Четко определить и стандартизировать роль региональных координаторов работы по ТБ. Оценить их потребности в обучении и на основании результатов этой оценки предоставить им возможности для обучения.
- После проведения визитов с целью повышения качества работы в территориях безотлагательно предоставлять замечания и предложения. Фиксировать рекомендации и ожидаемые последующие действия в клиническом журнале или картах пациентов.
- Письменные отчеты о посещениях с целью повышения качества работы на местах в разумный срок направлять в посещенные территории и давать определенное время для ответа из территорий по результатам отчетов о посещении их учреждений. Разработать планы действий с четко определенными временными рамками и ответственными сторонами для работы над любыми задачами, требующими совершенствования.

7.7 Связь с другими мероприятиями и реформой сектора здравоохранения

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Связь между туберкулезом и ВИЧ

Совместные мероприятия по ТБ/ВИЧ направлены на создание синергизма между мероприятиями по профилактике и лечению ТБ и ВИЧ/СПИД. Существующий нормативный документ для сотрудничества между программами борьбы с ВИЧ/СПИД и ТБ не является комплексным и не охватывает всех необходимых аспектов эффективных мероприятий по ТБ/ВИЧ. Координация действий между национальной программой борьбы с ВИЧ/СПИД и национальной программой борьбы с ТБ потребует от МЗ разработки политики, которая впоследствии может быть распространена на уровень учреждений и районов. Новая политика должна способствовать повышению качества мероприятий, которые относятся к: 1) профилактике ТБ среди ЛЖВ, 2) профилактике ВИЧ среди больных ТБ, 3) предоставлению медицинской помощи ЛЖВС, 4) предоставлению медицинской помощи больным с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ (например, проведение тестирования и консультирования, лечение), 5) выявлению случаев ТБ среди людей с ВИЧ, 6) выявлению случаев ВИЧ среди больных ТБ, 7) повышению уровня знаний о ТБ и ВИЧ среди медицинских работников, членов семьи больного и волонтеров, а также созданию механизма направления пациентов, который бы действовал между программой борьбы с ВИЧ/СПИД и противотуберкулезными клиниками. Информация о ТБ и ВИЧ распространяется, проводится санитарно-просветительская работа для повышения уровня осведомленности населения об обеих инфекциях, однако, по мнению миссии, эта работа носит ограниченный характер.

В рамках системы здравоохранения необходимо установить отношения между национальной программой борьбы с ТБ и национальной программой борьбы с курением (еще не работает). Необходимо выработать всеобъемлющий подход к научным исследованиям и контролю над этими опасными угрозами общественному здоровью. Существуют нереализованные возможности проведения среди больных туберкулезом профилактики и контроля курения. Ситуация, сложившаяся в настоящее время, указывает на необходимость преодолеть границы между теми, кто работает с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для НПТ и НПС:

- Повысить потенциал сотрудников всех учреждений для предоставления комплексных услуг (например, для предоставления медицинской помощи в случаях с ВИЧ-ассоциированными заболеваниями в ТБ клиниках, а также для предоставления помощи в случаях ВИЧ/СПИД, включая контрольное наблюдение за больными ТБ).

7.8 Адвокация, информационное взаимодействие и социальная мобилизация

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

В стране разработан документ «Стратегия АИВСМ на период 2011–2015 гг.», который составляет единое целое со стратегией борьбы с ТБ и согласуется с ней. Документ был разработан рабочей группой при технической помощи специалистов из организации PATH, и к моменту проведения миссией оценки он был передан в МЗ на утверждение. Тем не менее реализация стратегии началась в соответствии с оперативным планом. Сложность заключается в обеспечении денежными средствами для реализации стратегии и осуществления контроля над этой деятельностью. На центральном уровне НПТ не существует официального координатора работы в сфере АИВСМ, и многие мероприятия проводятся заместителем директора НИИЛЗ в дополнение к основной рабочей нагрузке. Стратегия АИВСМ предполагает учреждение должности координатора этой деятельности, что рассматривается как значительный шаг на пути реализации мероприятий АИВСМ.

Недавние мероприятия по адвокации, проведенные при поддержке специалистов из организации Abt Associates, включали изменение различных протоколов по работе с ТБ и закон о ТБ. Реализацию проекта AZ-SHIP, финансируемого AMP, осуществляет организация Abt Associates в сотрудничестве с НПО «Помощь в развитии здравоохранения» и «Спасите детей». Проект включает проведение информационных кампаний по ТБ для широких слоев населения. Показатели успеха кампаний будут основаны на проценте запоминаемости информационных сообщений и росте показателей выявления случаев ТБ. Планируется проведение опроса для оценки знаний, отношений и практик, а также проведение мероприятий по мобилизации общественности с целью повышения выявляемости случаев. При поддержке местного бизнеса был подготовлен фильм о туберкулезе, трансляцию которого осуществлял канал АСНА. Это мероприятие сопровождалось обобщающим исследованием, которое позволило определить уровень знаний о ТБ и его симптомах среди населения и проверить процент запоминаемости информационных сообщений (40%). Во время визита члены оценочной группы отметили общий недостаток санитарно-просветительских материалов для пациентов в районных учреждениях и в Баку. Более подробная информация о мероприятиях различных НПО представлена в Приложении VIII.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для НПТ и доноров:

- Оказать поддержку реализации и оценке стратегии АИВСМ и годового плана путем обеспечения бюджета. Учредить должность координатора мероприятий АИВСМ при НПТ для контроля конкретных результатов реализации стратегии и годового плана.

Для НПТ:

- Согласно стратегии АИВСМ, продолжать использовать потенциал организаций гражданского общества, которые уже участвуют или ранее участвовали в мероприятиях по ТБ.
- НПТ и ОГО, оказывающим помощь в реализации программы борьбы с ТБ, рекомендуется провести тренинг по поиску финансирования – сбору средств на проведение мероприятий АИВСМ, например среди представителей местного бизнеса.

7.9 Операционные исследования

ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ

Научные исследования включены в государственную стратегию Азербайджанской Республики на период с 2011 по 2015 г. МЗ поддерживает проведение операционных исследований. При НПТ не существует консультативного совета или рабочей группы для определения приоритетов в научно-исследовательской работе для программы борьбы с ТБ. У Научно-исследовательского института легочных заболеваний (НИИЛЗ) есть план работы проведения научно-исследовательской работы, но он не всегда основывается на приоритетах программы борьбы с ТБ.

Исследовательскую работу проводят местные НПО (исследование ЗОП, исследования среди беженцев, но конкретные темы исследований членам оценочной группы не были доступны), однако НПТ и ВОЗ не были проинформированы о темах и результатах этих исследований. В настоящее время НПТ не располагает денежными средствами для проведения операционных исследований.

Для рассмотрения этических вопросов и выдачи разрешения на проведение исследований в Азербайджане работает институциональный наблюдательный совет (IRB), зарегистрированный в Отделе по защите человека в исследованиях: IRB00006077 Республиканская противочумная станция IRB № 1, Баку, Азербайджан (общенациональное страхование [FWA]: FWA00011718 Республиканская противочумная станция, Баку, Азербайджан; FWA00014883, Военно-медицинский отдел Министерства обороны, Баку, Азербайджан). Институциональный наблюдательный совет выполняет функцию комитета по этике для международных исследований. Получение разрешения от этого совета на проведение исследовательских проектов с участием людей, являющихся субъектами исследований, не является требованием политики страны. Наблюдательный совет давал разрешение на проведение международных исследований. В НПТ отмечается ограниченное понимание вопросов этики при проведении исследовательской работы.

Не существует четкого плана наращивания потенциала для проведения исследований у сотрудников НПТ, которые не имеют достаточного доступа к получению технической помощи и поддержке в проведении операционных исследований. В Азербайджане нет института или факультета общественного здравоохранения. Азербайджанский медицинский университет в Баку предлагает медицинским специалистам с высшим образованием, которые проявляют интерес к научным исследованиям, базовый двухмесячный курс «Анализ статистических данных в общественном здравоохранении», но у членов оценочной группы не было возможности проверить учебную программу курса. Руководитель отдела медицинской информации НПТ участвовал в обучающем курсе по операционным исследованиям,

который проходил в Молдове в 2008 г., но возможностей использовать полученные знания и навыки было немного. Тренинги по операционным исследованиям для НПТ за последние пять лет в Азербайджане не проводились. Среди сотрудников НПТ есть специалисты по управлению данными, однако нет обученных эпидемиологов, статистиков, научных ассистентов, экономистов в здравоохранении и ученых, изучающие проблемы поведения. Несмотря на пока ограниченные возможности для проведения операционных исследований в Азербайджане, в настоящее время имеются возможности обучения для развития этого потенциала. Южно-Кавказская региональная программа обучения по прикладной эпидемиологии и лабораторной работе (FELTP, базируется в Тбилиси, Грузии) – это двухгодичный курс обучения и учебная практика по прикладной эпидемиологии и лабораторной работе в общественном здравоохранении, которые предназначены для обучения врачей-ординаторов в сферах прикладной эпидемиологии и лабораторий общественного здравоохранения для последующей работы на руководящих должностях с целью совершенствования и укрепления систем здравоохранения и инфраструктуры в Грузии и Азербайджане. Министерство здравоохранения и Министерство сельского хозяйства Азербайджана согласились принять участие в программе обучения полевой эпидемиологии и лабораторной работе (FELTP). Также в Кавказском регионе работает Международная школа общественного здравоохранения при Тбилисском государственном медицинском университете, Тбилиси, Грузия.

Для проведения операционных исследований имеется хорошая лабораторная и клиническая инфраструктура. Используются традиционные и новые молекулярные технологии (например, GeneXpert, Hain test) для выявления туберкулеза и устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Средства регулярного сбора данных (индивидуальные данные пациентов и агрегированные отчеты) последовательно используются в регионах. В настоящее время данные собираются в форме отчетов на бумажных носителях. В некоторых пилотных регионах планируется внедрить программное обеспечение E-TV Manager для регулярного сбора данных. Отдел медицинской информации НПТ вводит в электронные таблицы Excel данные агрегированных отчетов, получаемых из районов, и очень ограниченные объемы индивидуальных данных о впервые выявленных случаях ТБ. Национальная референс-лаборатория (НРЛ) вводит данные лабораторных результатов в собственные электронные таблицы Excel. В отделе медицинской информации НПТ не используются никаких уникальных идентификационных номеров для пациентов/случаев заболевания. В настоящее время компьютеризированной электронной базы данных нет. Для ведения учета и отчетности НПТ планируется внедрить программу E-TV Manager. НПТ использует регулярно собираемые данные только в целях стандартной отчетности. Для регулярного эпиднадзора собираются весьма ограниченные объемы демографических и клинических данных. Оценка качества данных осуществляется при проведении эпиднадзора, мониторинга и оценки.

Для проведения операционных исследований не существует видимых нормативных барьеров, и главная проблема видится в недостатке финансирования, невыработанном определении приоритетов научных исследований на основании потребностей НПТ, пробелах в обучении сотрудников и нехватке времени.

Что касается конкретных тем научно-исследовательской работы, в НИИЛЗ основные темы научных исследований в настоящее время включают методы быстрой диагностики лекарственно-устойчивого ТБ, хирургическое лечение ТБ, заболевания печени у больных ТБ, внелегочный ТБ, разработку электронной базы данных о пациентах. Некоторые данные научных исследований были представлены при обсуждении национальных руководств, в том числе протоколов по лечению побочных эффектов (данные о показателях вирусного гепатита В, С и частоте печеночных побочных эффектов), детскому ТБ (изучение групп риска ТБ среди детей) и по хирургическому лечению (изучение показаний к лечению, хирургических процедур и результатов лечения), однако кажется, что эти результаты не оказали значительного влияния на рекомендации (уровень обоснованности: D). НИИЛЗ сотрудничает с пенитенциарной системой в исследованиях по последующему наблюдению за больными на лечении МЛУ-ТБ после освобождения из мест лишения свободы. Недавно НИИЛЗ разработал несколько методических рекомендаций (молекулярные методы диагностики ТБ, иммунологические методы диагностики ТБ), которые не были доступны членам оценочной группы для рассмотрения. Сотрудники НИИЛЗ также представляли данные своих научных исследований на нескольких международных конференциях в Турции, России, на Европейской конференции МСТБЛ в Лондоне в 2012 г. В 2012 г. НПТ и ВОЗ планирует проведение на национальном уровне изучения лекарственной устойчивости (ИЛУ).

Организация Abt Associates провела исследование соблюдения больными МЛУ-ТБ требований лечения, однако подробная информация об этом исследовании недоступна.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Учредить консультативный комитет/рабочую группу при НПТ для определения приоритетов операционных научных исследований и источников финансирования операционных исследований, разработать план развития потенциала для проведения операционных исследований при НПТ и определить партнеров в операционных исследованиях.
- Рассмотреть вопрос о включении тем операционных исследований в запросы на финансирование.
- Разработать план развития кадрового потенциала НПТ для проведения операционных исследований. Организовать в стране обучающие курсы по проведению операционных исследований. Для выполнения этой задачи рассмотреть вопрос о поиске вариантов внешней технической экспертной помощи (одним из вариантов может быть обращение к ТВТЕАМ – Механизму технической помощи в борьбе с ТБ).
- Обеспечить использование уникальных идентификаторов для личных данных пациентов во всех компонентах использованных/используемых баз данных. Рекомендуется собирать данные не только по впервые выявленным случаям ТБ, но и по всем зарегистрированным случаям.
- Рассмотреть следующие темы операционных исследований:
 - факторы риска первичной и приобретенной лекарственной устойчивости;
 - молекулярная эпидемиология ТБ, в том числе и ЛУ-ТБ;
 - определение количества времени, необходимого на постановку диагноза ТБ и выявление лекарственной устойчивости, а также времени для начала соответствующего лечения и причин для задержек;
 - разработка и оценка алгоритмов быстрой диагностики ТБ и лекарственной устойчивости;
 - факторы риска плохого соблюдения обязательных требований лечения ТБ (ЛЧ и ЛУ ТБ);
 - факторы риска неблагоприятных исходов лечения (результат лечения на момент завершения курса терапии [смерть, безуспешное лечение, отрыв] и рецидив) среди больных с лекарственно-чувствительным и лекарственно-устойчивым ТБ;
 - изучение побочных эффектов у пациентов из разных категорий лечения ТБ;
 - показатели и факторы риска ЛТБИ и активного ТБ среди медицинских работников;
 - исследования экономической эффективности различных мероприятий.

Приложение I.

Противотуберкулезный инфекционный контроль в учреждениях, оценка риска

1. Районный противотуберкулезный диспансер, г. Масаллы

Общая информация

Обслуживаемое население: 204 000.

Учреждение отремонтировано в 2008 г. при поддержке ГФ (МЗ провело ремонт, ГФ предоставил оборудование).

В учреждении имеется стационарное отделение, амбулаторное отделение и клиническая лаборатория, расположенная в двухэтажном здании. Лаборатория микроскопии, которая имеет возможность проведения культуральных исследований, расположена в отдельно стоящем здании. Рентгенологические исследования также проводятся в отдельном здании.

Стационарное отделение

Имеется 35 коек только для больных с сохраненной лекарственной чувствительностью, из них 20 коек было занято.

Все стационарные больные, находившиеся в отделении на момент его посещения, имели отрицательный мазок мокроты, хотя 4 из 12 палат (10 коек) предназначены для больных с положительным мазком на случай необходимости. На лечении находился 1 больной с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ. План отделения

Отделение занимает весь второй этаж здания и имеет две лестницы, которые ведут на первый этаж и на улицу. На северной стороне коридора расположены 10 из 12 палат. Восемь палат – двухместные, две палаты – трехместные.

На южной стороне коридора расположены 1 обычная палата, 1 палата интенсивной терапии, 2 туалета (мужской и женский), 1 процедурная / кабинет DOT, один холл и частично отделенная административная зона.

Меры ИК	Полученные данные	Рекомендации
Административные меры	<p><u>План противотуберкулезного инфекционного контроля</u></p> <p>План инфекционного контроля с учетом работы с ТБ в письменном виде отсутствует</p>	Подготовить план инфекционного контроля с учетом специфики противотуберкулезного учреждения
	<p><u>Разделение групп пациентов</u></p> <p>Несмотря на отсутствие физического разделения отделения на зоны с палатами для бациллярных и небациллярных больных, вопрос о расположении этих палат рассматривался – 2 палаты в каждом конце коридора предназначены для больных с положительным мазком мокроты (2 для мужчин, 2 для женщин). Даже при проведении реконструкции отделения было бы сложно обеспечить разделение, а в ситуации, когда стационарное отделение чаще всего заполнено</p>	Не госпитализировать ВИЧ-положительных пациентов, если они не находятся в тяжелом клиническом состоянии. Лечить таких больных амбулаторно (по возможности лечить на дому)

	<p>небациллярными больными, можно признать правомерность существующего разделения.</p> <p>В отделении находится один ВИЧ- положительный больной.</p> <p>Пациенты встречаются с членами семьи на открытом воздухе</p>	
	<p><u>Гигиена кашля</u></p> <p>В распоряжении пациентов есть маски, и во время посещения отделения группой миссии все пациенты носили эти маски. Наличие санитарно-просветительских материалов о гигиене кашля не было отмечено</p>	<p>Развесить санитарно-просветительские материалы по гигиене кашля</p>
	<p><u>Уровень знаний и обучение медработников</u></p> <p>Знания о путях распространения инфекции все еще включают убеждение в том, что ТБ может распространяться контактным путем (через общую посуду и т. д.). Медицинское учреждение не проводит регулярного обучения противотуберкулезному инфекционному контролю. Один из докторов сообщил, что проходил обучение в Риге, но это обучение не касалось вопросов противотуберкулезного инфекционного контроля. Один из фельдшеров сообщил о том, что проходил обучение по ТБ ИК, организованное в рамках НПТ в Баку, но не смог повторить то, чему его обучали</p>	<p>Проводить ежегодное обучение сотрудников противотуберкулезному инфекционному контролю</p>
	<p><u>Уровень знаний и санитарное просвещение пациентов</u></p> <p>Уровень знаний низкий. Некоторые санитарно-просветительские мероприятия проводятся, но не приведены в соответствие с формальными требованиями. Пациенты иногда получают неверную информацию. Набор санитарно-просветительских материалов для пациентов минимален</p>	
	<p><u>Сбор мокроты</u></p> <p>Проводится на открытом воздухе под наблюдением лаборанта</p>	
	<p><u>Потоки пациентов</u></p> <p>Пациенты выходят на улицу по лестнице. Проблем не обнаружено</p>	
	<p><u>Распространение инфекции среди медицинских работников</u></p> <p>Ни одного документально подтвержденного случая с 1986 г.</p>	

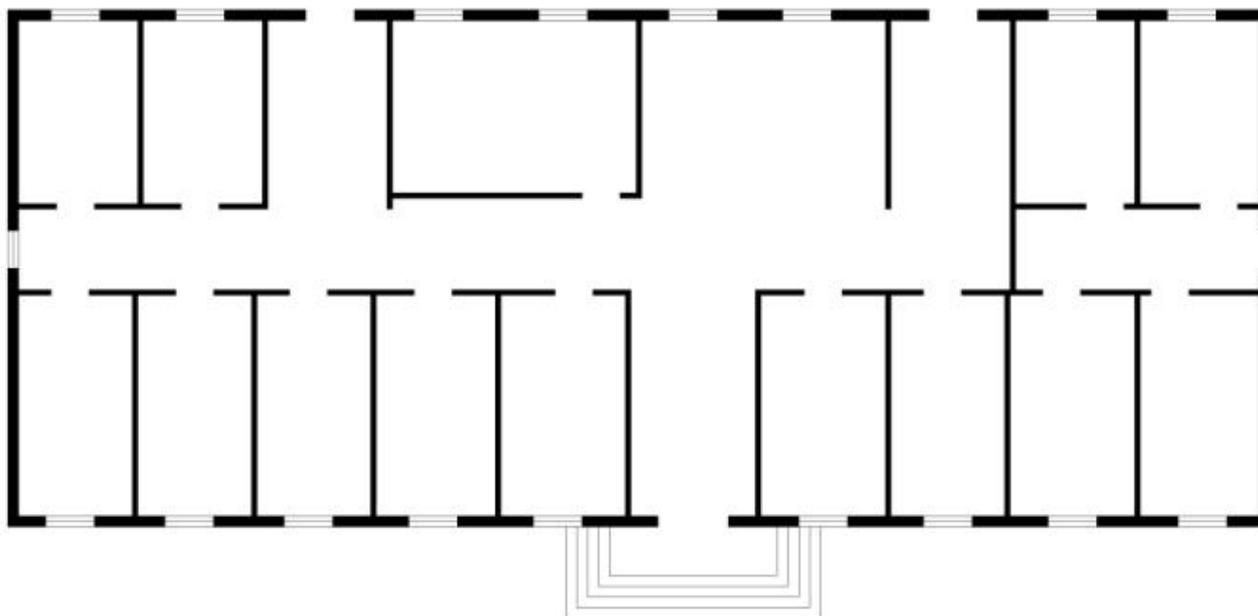
Меры инженерного контроля	<p>Все палаты оснащены комнатными воздухоочистителями закрытого типа, снабженными внутренними ультрафиолетовыми лампами (рециркуляторы). Тринадцать из шестнадцати воздухоочистителей, хотя и действующие, не были включены.</p> <p>Процедурный кабинет оснащен УФ лампой.</p>	<p>Рассмотреть вопрос о замене комнатных воздухоочистителей установками УФБИ для облучения верхних слоев помещения, поскольку воздухоочистители не рекомендованы для использования в медицинских учреждениях – их эффективность очень низкая.</p> <p>Рассмотреть вопрос об использовании установок УФБИ для облучения верхних слоев помещений в стационарном отделении 24 часа в день.</p> <p>Подготовить и использовать в работе план технического обслуживания УФ установок, который должен включать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ежемесячную очистку ламп 70%-ным спиртом; – составление заявок, направляемых на центральный уровень, для проведения замеров эффективности излучения и замены ламп в случае необходимости
	<p>Окна: открывать можно лишь одну фрамугу из трех в каждом окне. Комнатные проемы занимают менее 20% общей площади помещения</p>	<p>По мере возможности заменить все окна таким образом, чтобы все оконные фрамуги открывались для достижения максимального эффекта от естественной вентиляции. На случай будущих реконструкций разработать генеральный план в соответствии с требованиями ИК во избежание проведения неуместных изменений</p>
Респираторная защита	<p>В наличии имеются респираторы N95. Респираторы были не новые, но некоторые сотрудники оказались малознакомы с тем, как нужно эти респираторы носить. У многих респираторы были надеты неправильно</p>	<p>Респираторы N95 следует носить в отделении постоянно в случае высокого риска. Высокий риск появляется в случае нахождения в отделении больных с положительным результатом мазка мокроты или больных без лабораторных результатов (потенциально контагиозных)</p>
	<p>Программа проверки плотности прилегания респираторов отсутствует</p>	<p>Начать программу проверки плотности прилегания респираторов.</p>
<p>Амбулаторное отделение</p> <p>В его состав входит кабинет DOT для 10 больных МЛУ-ТБ, кабинет врача, откуда идет распределение препаратов первого ряда для амбулаторных больных с сохраненной чувствительностью, 1 зона приема пациентов и 2 кабинета врачей для больных с подозрением на ТБ, а также аптека, кладовая, туалет, место ожидания и кабинет заведующего отделением.</p>		
Административные меры	<p>См. предыдущий раздел для получения комментариев относительно плана противотуберкулезного инфекционного контроля, уровня знаний сотрудников и пациентов,</p>	

	сбора мокроты, гигиены кашля и показателей распространения инфекции среди медработников	
	<p><u>Потоки пациентов</u></p> <p>Здание не позволяет оптимально спланировать потоки пациентов. Административная зона не отделена от зон, в которых находятся пациенты. Больные с подозрением на ТБ ожидают приема в коридоре перед кабинетом врача. Холл (место ожидания) есть, но не используется. У кабинета для лечения под непосредственным наблюдением больных МЛУ-ТБ нет отдельного входа, поэтому он расположен как можно ближе к заднему входу. Больных МЛУ-ТБ принимают по одному, в то время как другие ожидают приема за пределами здания. У клинической лаборатории есть свой вход; двери или воздушное пространство, которые были общими для лаборатории и другой части здания отсутствуют, но неизвестно, заходят ли туда пациенты</p>	<p>Использовать место ожидания для больных с подозрением на ТБ, вместо того чтобы пациенты ждали приема врача в коридоре.</p> <p>Перевести кабинет одного из врачей в помещение кладовой таким образом, чтобы оба кабинета врачей, которые ведут прием больных с подозрением на ТБ, располагались рядом друг с другом (эти два помещения будут расположены справа от главного входа).</p> <p>Установить перегородки, как рекомендуется ниже, для того чтобы отделить зоны низкого и высокого риска</p>
Меры инженерного контроля	См. предыдущие комментарии относительно УФ установок и окон	<p>Для дальнейшего снижения риска и при наличии необходимого бюджета рассмотреть следующие рекомендации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – установить в коридоре перегородку, разделяющую место ожидания пациентов и кабинет врача; – установить в коридоре перегородку между коридором и кабинетом для больных МЛУ-ТБ; – организовать отдельный выхода на улицу в конце коридора перед кабинетом для больных МЛУ-ТБ³
Респираторная защита	Респираторы N95 не всегда используются на первом уровне здания	Поскольку административная зона физически не отделена от зоны, в которой находятся больные ТБ, респираторы необходимо использовать на протяжении всего времени нахождения в здании за исключением клинической лаборатории. Если рекомендации в отношении мер инженерного контроля будут приняты к исполнению, респираторы можно будет использовать только в зонах высокого риска

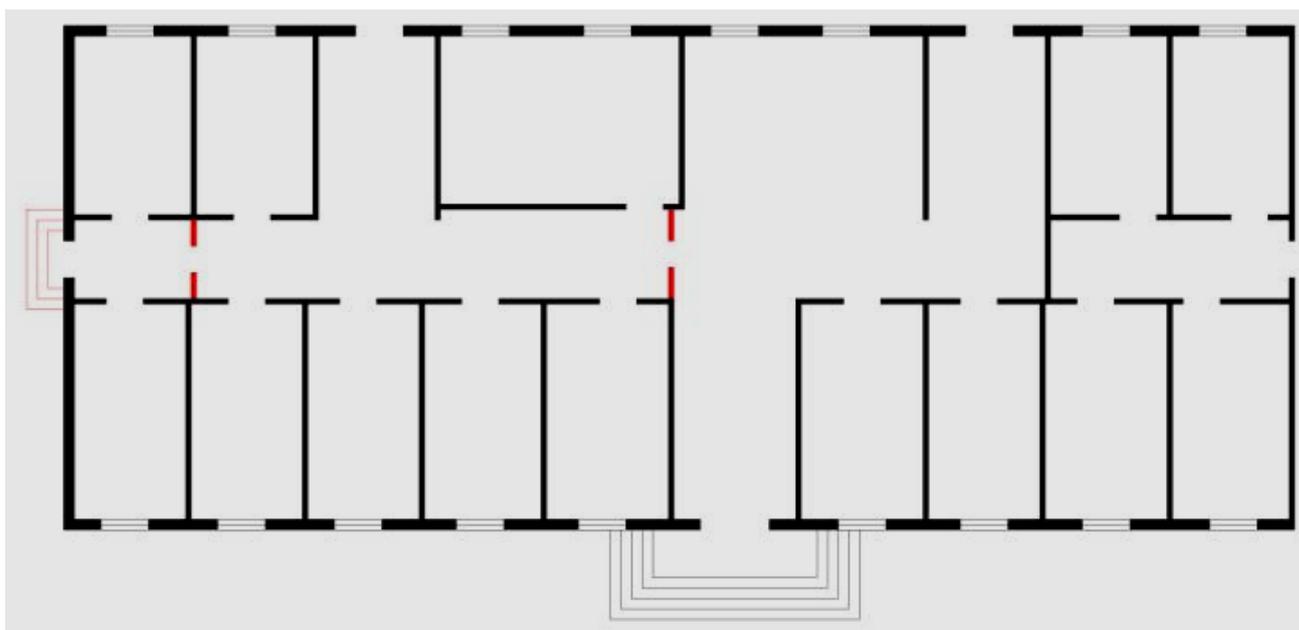
³ Решение этих трех вопросов поможет эффективно разделить административную зону, больных с подозрением на ТБ и амбулаторных больных на лечении.

Рентгенкабинет		
Меры инженерного контроля	В помещении, где расположена рентгеновская установка, отсутствует вентиляция. Есть неработающий кондиционер, но даже при условии его функционирования он не обеспечивал бы достаточного количества воздухообменов в час в этом помещении	Убрать из помещения кондиционер и установить вытяжной вентилятор для обеспечения 12 воздухообменов в час

Планировка этажа в настоящее время



Рекомендуется



2. Районный противотуберкулезный диспансер в г. Ленкорань

Общая информация

Обслуживаемое население: 210 000.

В главном двухэтажном здании на втором этаже расположены стационарное и амбулаторное отделения, разделенные запирающейся дверью. На первом этаже находятся лаборатория микроскопии и рентгенологический кабинет.

В 2011 г. среди стационарных больных было зарегистрировано 126 новых случаев ТБ с сохраненной чувствительностью и случаев повторного лечения, 3 амбулаторных больных МЛУ-ТБ, больных с сочетанной инфекций ТБ-ВИЧ зарегистрировано не было.

Меры ИК	Полученные данные	Рекомендации
Меры административного контроля	<u>Общий план противотуберкулезного инфекционного контроля</u> В наличии нет	План ИК: дать более подробную информацию о его реализации.
	<u>Комиссия по ТБ ИК или лицо, ответственное за эти мероприятия</u> Отсутствует	Назначить ответственного за ИК. Предпочтительнее, чтобы это была главная медицинская сестра учреждения
	<u>Гигиена кашля</u> Не наблюдалась. Во время посещения учреждения пациенты находились в коридоре в ожидании врача. Кашляющих больных не было замечено	В регистратуре всем больным с подозрением на ТБ выдавать хирургические маски. Развесить санитарно-просветительные материалы о гигиене кашля
	<u>Уровень знаний медработников и их обучение</u> Во время визита в учреждение некоторые медработники ответили на стандартные ответы анкеты. Им недоставало базовых знаний о путях распространения заболевания и о необходимых мерах предосторожности	В учреждении проводить ежегодное обучение сотрудников ТБ ИК, которое включало бы подробную информацию о плане ИК учреждения, об ответственности каждого сотрудника за выполнение этого плана и о функциях комиссии ИК таким образом, чтобы все работники учреждения были осведомлены об этом. Подчеркивать неспособность дезинфекции снижать распространение ТБ инфекции, а также мысль о том, что физический контакт и поверхности окружающей обстановки не играют роли в распространении заболевания
	<u>Распространение заболевания среди медицинских работников</u> За последние 5 лет документально подтвержденные случаи заболевания отсутствуют	
	<u>Разделение групп больных</u> в амбулаторном отделении нет. Кабинет DOT для больных МЛУ-ТБ расположен в конце основного амбулаторного отделения. Все больные – с подозрением на ТБ, с лекарственной чувствительностью и лекарственной устойчивостью – ожидают приема врача в одном коридоре и пользуются одной и той же	

	лестницей	
	<u>Сбор мокроты</u> Проводится на улице	
	<u>Поток пациентов</u> Смешанный на лестничном проходе	
	<u>Уровень знаний пациентов и санитарное просвещение</u> Уровень знаний крайне низок. Знания о способах передачи инфекции и защитных мерах отсутствуют (пример: один пациент сообщил о том, что ТБ у него развился после простуды). Материалы для санитарного просвещения пациентов отсутствуют	Разработать стратегию санитарного просвещения пациентов, которая включала бы вопросы распространения инфекции и меры защиты, а не обучение дезинфекции, использованию отдельной посуды, мытья и т. д.
Инженерные меры контроля	<u>Естественная вентиляция</u> Во время проведения оценки все окна в учреждении были открыты. К сожалению, в амбулаторном отделении окна есть только с одной стороны коридора. Поэтому в регистратуре окна нет. За исключением регистратуры, все остальные помещения, расположенные на этой стороне коридора, относятся к складским. УФ лампы установлены в кабинете МЛУ-ТБ и в лаборатории микроскопии. По словам сотрудников, лампы включают на один час в конце каждого дня. Для больных МЛУ-ТБ есть отдельный вход в кабинет, где они получают лечение под непосредственным наблюдением медицинского персонала. Вход для сотрудников закрывается негерметично. Сотрудники постоянно открывают и закрывают дверь.	На первом этаже выделить кабинет с изолированным входом для лечения больных МЛУ-ТБ под непосредственным наблюдением медицинского работника
	Регистратура отделена от остальных помещений, но перегородка не доходит до потолка	Предпочтительнее поместить регистратуру на первом этаже, в хорошо вентилируемой зоне
Рентгеновский кабинет		
Инженерные меры контроля	Окна в обоих рентгеновских кабинетах маленькие по сравнению с объемом помещений (не 20% общей площади помещения). В день делается 10-15 рентгеновских снимков	В рентгеновском кабинете следует установить вытяжной респирактор для обеспечения 12 воздухообменов в час
Респираторная защита	Респираторы N95 есть в наличии, и ими пользуются. В некоторых случаях респираторы были неправильно надеты. Часто для разговора люди их снимали. Программа проверки плотности прилегания респираторов не проводится	Внутри здания респираторы N95 нужно носить постоянно. Начать проведение программы по проверке плотности прилегания респираторов

Общая информация

Обслуживаемое население – по официальным данным: 500 000, в реальности: 900 000.

Отремонтирован в 2008 г. при поддержке ГФ (ремонт за счет МЗ, оборудование предоставлено ГФ).

В главном четырехэтажном здании расположены стационарное отделение, амбулаторное отделение, кабинет флюорографии и рентгенографии. Амбулаторное детское отделение расположено в другом здании.

Стационарных больных: 140 (новые случаи с сохраненной лекарственной чувствительностью и случаи повторного лечения); амбулаторных больных МЛУ-ТБ: 33; больных с сочетанной инфекцией ТБ-ВИЧ нет.

Здание будет реконструировано в 2013 г.

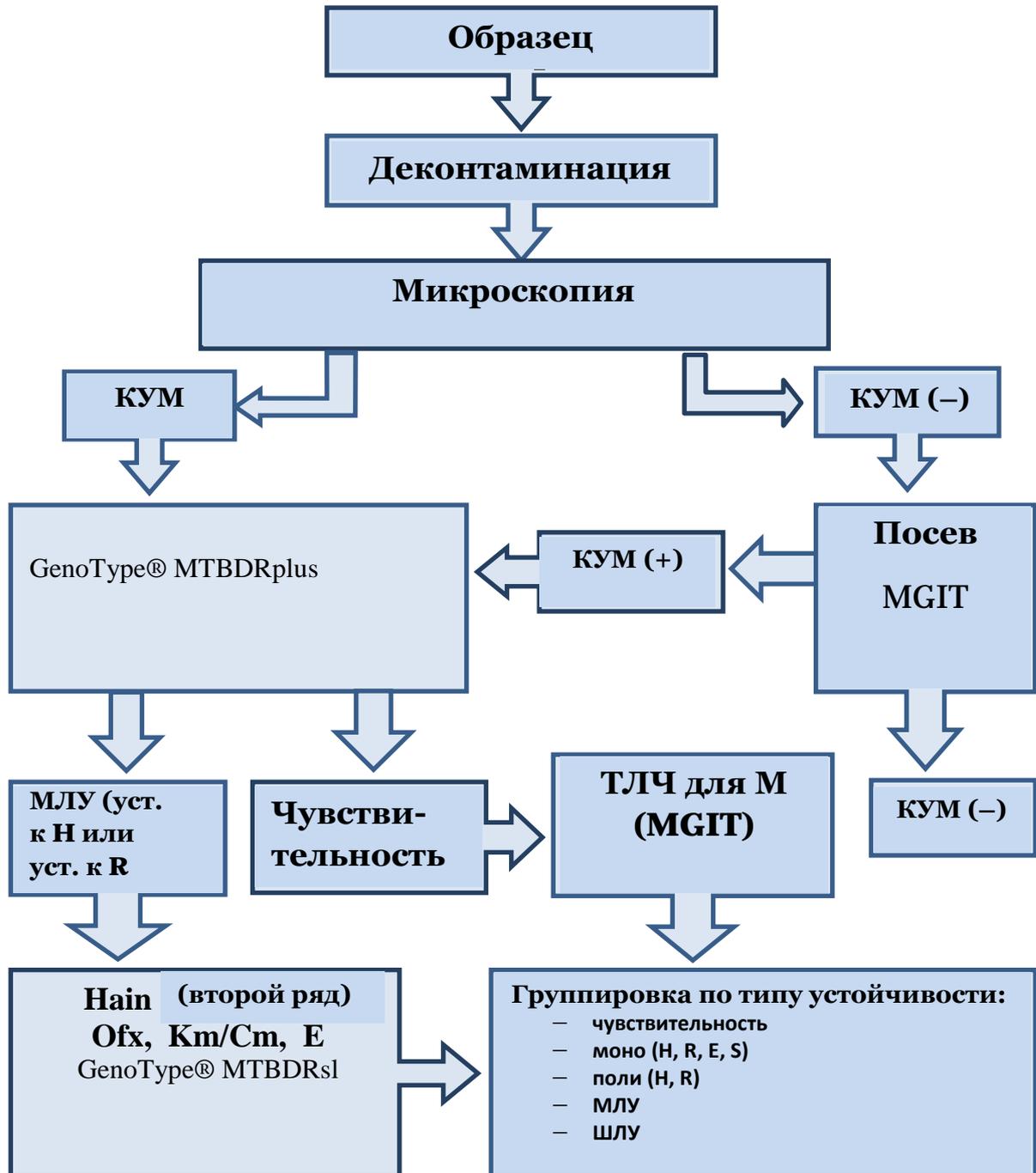
Меры ИК	Полученные данные	Рекомендации
Меры административного контроля	<p><u>План общего противотуберкулезного инфекционного контроля</u></p> <p>В учреждении имеется план противотуберкулезного инфекционного контроля, изложенный в письменном виде. Каждая СОП имеет ограничение по времени; назначено лицо, ответственное за ее выполнение. Однако план носит очень общий характер (пример: упоминалось разделение групп больных с ММ (+) и ММ (-), но не пояснялось, каким образом), и большая его часть не соблюдается (пример: мокрота до сих пор собирается в помещении, несмотря на СОП, предписывающий проведение сбора мокроты на открытом воздухе)</p>	План ИК: дать подробную информацию о реализации плана
	<p><u>Комиссия ТБ ИК</u></p> <p>Комиссия ТБ ИК существует. В ее состав входит заместитель главного врача, который возглавляет комиссию, и 5 заведующих отделениями. Члены комиссии с неуверенностью говорили о периодичности заседаний – одни утверждали, что заседания проводятся раз в квартал, другие – что два раза в месяц. Никто не мог предоставить протокол заседаний комиссии, и не было ясно, ведется ли этот протокол. Никто не мог четко определить роль комиссии.</p>	Ввести в состав комиссии ИК медсестер. Вести протоколы заседания комиссии для четкого определения проблем, связанных с ИК, планирования работы для решения выявленных проблем, определения сроков проверки проделанной работы, решенных проблем и назначения ответственных лиц.
	<p><u>Гигиена кашля</u></p> <p>Маски для пациентов были в наличии, но использовались пациентами непоследовательно и не всеми. Пациенты не могли объяснить, почему нужно носить маски, или же говорили, что маски нужны для их защиты. Группа оценки отметила скудный набор материалов санитарного просвещения, посвященных гигиене кашля.</p>	<p>Выдавать хирургические маски в регистратуре всем больным с подозрением на ТБ.</p> <p>Развесить санитарно-просветительские материалы о гигиене кашля. Разработать стратегию санитарного просвещения пациентов, которая включала бы освещение вопросов о распространении инфекции и мерах защиты, а не обучение дезинфекции, использованию отдельной посуды, мытью и т. д.</p>
	<p><u>Уровень знаний и обучение медицинских работников</u></p> <p>Знания о распространении ТБ все еще вклю-</p>	В учреждении проводить ежегодное обучение сотрудников ТБ ИК, которое включало бы подробную информацию о плане ИК учреждения, об ответствен-

	<p>чают убежденность в том, что ТБ передается контактным путем (через посуду, поверхности и т. п.). Все сотрудники говорили о том, что за последний год проходили обучение, посвященное ТБ, которое включало раздел о противотуберкулезном инфекционном контроле. Сильным остается убеждение в том, что одним из методов ограничения распространения ТБ является дезинфекция</p>	<p>ности каждого сотрудника за выполнение этого плана и о функциях комиссии ИК таким образом, чтобы все работники учреждения были осведомлены об этом. Подчеркивать неспособность дезинфекции снижать распространение ТБ инфекции, а также мысль о том, что физический контакт и поверхности окружающей обстановки не играют роли в распространении заболевания</p>
	<p><u>Распространение заболевания среди медицинских работников</u></p> <p>за последние 5 лет не было документально подтвержденных случаев ТБ среди сотрудников</p>	
	<p><u>Разделение групп пациентов</u></p> <p>Пациенты ММ (+), ММ (-), новые и повторные случаи заболевания находятся на каждом этаже (2-м, 3-м и 4-м). Эти же группы в палатах не перемешаны. Все пациенты принимают пищу в одной столовой, но по очереди – сначала больные с отрицательным мазком мокроты, потом больные с положительным мазком мокроты.</p> <p>Помещения для сотрудников не отделены от зоны пациентов.</p> <p>На четвертом этаже расположена кафедра. И хотя она отделена перегородкой, эта перегородка не герметична, а лестница, по которой поднимаются на кафедру, используется и пациентами.</p> <p>В палатах были замечены посетители.</p> <p>Пациентов госпитализируют после получения результатов мазка, за исключением тяжелых клинических случаев.</p> <p>Пациенты, ожидающие получения результатов ТЛЧ, не отделены от других больных с подтвержденными результатами теста на лекарственную чувствительность</p>	<p><u>Первоочередная рекомендация:</u></p> <p>Разместить больных с ММ (+) и ММ (-) на разных этажах. Больных с положительным мазком мокроты на верхних этажах, а больных с отрицательным мазком мокроты на нижних этажах.</p> <p>Если имеется возможность, разделить группы новых случаев и повторного лечения на разных этажах. Выделить палаты для только что госпитализированных больных, ожидающих результаты ТЛЧ, и переводить их на соответствующий этаж по результатам тестирования лекарственной чувствительности.</p> <p>Использовать холл при входе как место ожидания для больных с подозрением на ТБ.</p> <p>Сотрудникам администрации рекомендуется пользоваться отдельным входом на лестницу, ведущую к администрации.</p> <p>На дверь между амбулаторным отделением и лестницей установить автоматический доводчик.</p> <p>Перевести кафедру на третий этаж, физически отделить ее стеной от зоны пациентов, а для прохода на кафедру использовать административную лестницу.</p> <p>Организовать отдельный вход в амбулаторный кабинет DOT или найти для него место за пределами главного здания учреждения</p>
	<p><u>Сбор мокроты</u></p>	

	Сбор мокроты проходит внутри учреждения. На некоторых этажах даже есть специально предназначенные для этого комнаты	
	<u>Потоки пациентов</u> Потоки пациентов на лестнице смешанные	
	<u>Уровень знаний и санитарное просвещение пациентов</u> В стационарном отделении уровень знаний крайне низок. Знания о распространении инфекции и мерах защиты отсутствуют (пример: один пациент сообщил о том, что заболел туберкулезом после того, как простыл). Набор материалов санитарного просвещения скудный	
Амбулаторное отделение		
	<u>Разделение групп пациентов</u> Больные МЛУ-ТБ отделены от других пациентов – у них есть отдельный вход. В кабинет флюорографии есть отдельный вход. В кабинете ЛЧ не происходит разделения пациентов на группы. Детский прием проводится в другом здании. Лестничный проем между вторым и третьим этажом заблокирован таким образом, чтобы им могли пользоваться только сотрудники администрации.	
	<u>Потоки пациентов</u> Больные с подозрением на ТБ и администрация учреждения пользуются одним и тем же входом. Для того чтобы подняться на административный этаж (2-й этаж) по лестнице, нужно пройти через амбулаторное отделение (и больным с подозрением на ТБ). Для того чтобы дойти до кабинетов врачей амбулаторного отделения, больные с подозрением на ТБ проходят мимо кабинета, в котором больные с лекарственно-чувствительным ТБ получают лечение под непосредственным наблюдением медработника. Специально выделенной зоны ожидания нет, и больные с подозрением на ТБ ждут приема в коридоре	
Меры инженерного контроля	<u>Естественная вентиляция</u> Во время проведения оценки почти все окна в учреждении были закрыты. В столовой на третьем этаже окна по большей части открыть нельзя. В кабинете МЛУ-ТБ установлено 2 УФ лампы, лишь одна из них рабочая. По словам сотрудников, ее включают на один час в	В обоих рентгеновских кабинетах и в кабинете флюорографии необходимо установить вытяжные вентиляторы для обеспечения 12 воздухообменов в час. Перегородка для зоны регистратуры

	<p>конце каждого дня.</p> <p>Несмотря на то что для больных есть отдельный вход в кабинет МЛУ-ТБ, вход для сотрудников закрывается не герметично, сотрудники часто открывают и закрывают дверь.</p> <p>Окна в обоих рентгенологических кабинетах маленькие по сравнению с объемом помещений (не 20% общей площади помещений). В день делается 10-15 рентгеновских снимков.</p> <p>Кабинет флюорографии: хороший. В день делается 40-50 флюорографических снимков, в кабинете хорошие открытые окна, есть отдельный вход.</p> <p>Зона регистратуры отгорожена, но не до потолка</p>	<p>ры должна доходить до потолка.</p> <p>Опечатать дверь из кабинета МЛУ-ТБ, соединяющую его с остальным зданием, таким образом, чтобы ее нельзя было открывать с целью предотвращения движения воздуха из кабинета МЛУ-ТБ и использования этой двери сотрудниками.</p> <p>Есть много других предложений, которые могли бы значительно сократить риск распространения инфекции, но здесь перечислены только первоочередные рекомендации, принимая во внимание, что в 2012 г. будет проводиться реконструкция здания</p>
Респираторная защита	<p>Респираторы N95 есть в наличии, и ими пользуются. Но некоторые сотрудники были не вполне знакомы с ношением респираторов. В некоторых случаях респираторы были неправильно надеты. Часто для разговора люди их снимали.</p> <p>Программа проверки плотности прилегания респираторов не проводится</p>	<p>Внутри здания респираторы N95 нужно носить постоянно.</p> <p>Начать проведение программы по проверке плотности прилегания респираторов</p>

Алгоритм диагностики ТБ



Приложение II. Работа Национальной референс-лаборатории в г. Баку (2011 г.)

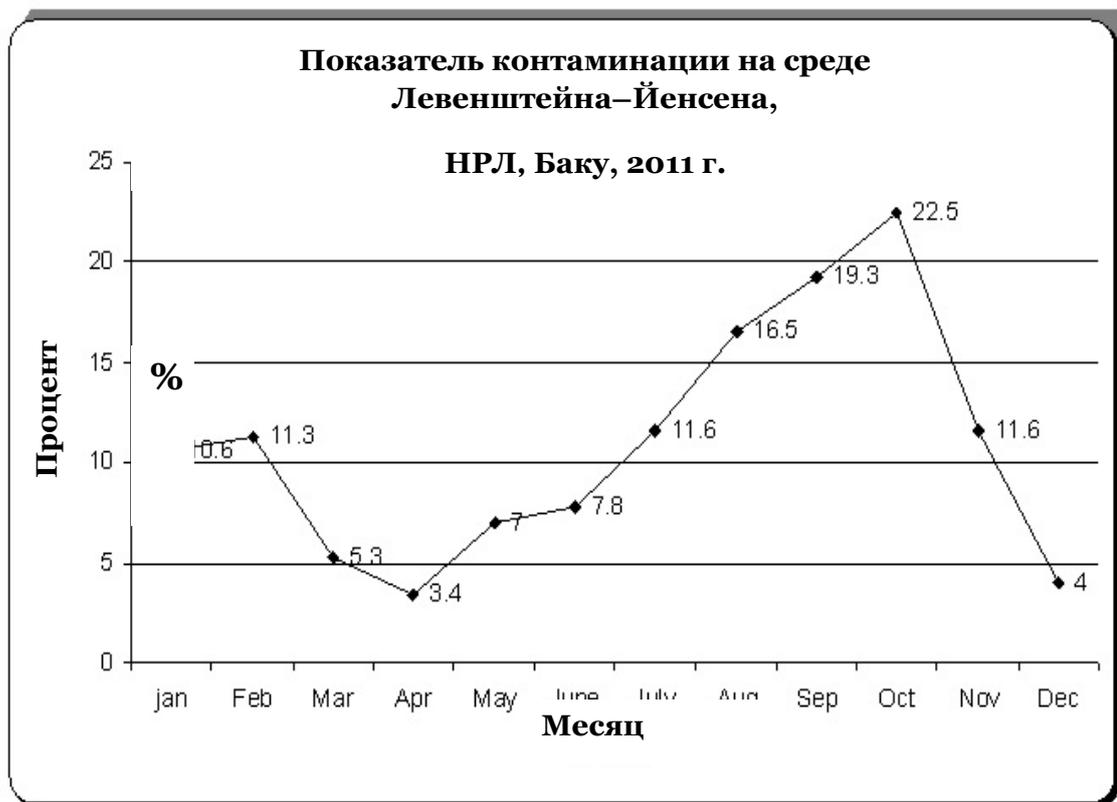
Total of all wards		January, 2011			February, 2011			March, 2011			April, 2011			May, 2011			June, 2011		
Number sputum (Slides)		1731			2148			2049			2570			2182			2058		
Number culture on MGIT		765			659			221			0			473			884		
Number Pos culture on MGIT		397			299			101			0			284			527		
Number Neg culture on MGIT		332			313			115			0			176			309		
		SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?
Nb of Positive MGIT tubes (with growth of only AFB)		260	107	2	172	95	2	48	45	0	0	0	0	174	109	1	301	197	3
Nb of Negative MGIT tubes (with no growth at all)		25	298	9	19	293	1	2	110	3	0	0	0	7	169	0	7	301	1
Nb of contaminated but Pos MGIT tubes (AFB + other m.o.)		12	16	0	13	16	1	4	4	0	0	0	0	0	0	0	22	4	0
Nb of contaminated MGIT tubes (Other m.o., no AFB)		5	26	0	1	41	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	43	0
Contamination rate on MGIT (%)		7,8%			11,3%			5,5%			-			0,0%			8,3%		
Growth rate on MGIT (%)		91,6%			90,7%			96,3%			-			96,1%			97,9%		
Number first line DST on MGIT		0			0			0			0			0			0		
Number second line DST on MGIT		0			0			0			0			0			0		
Number culture on LJ		774			874			916			997			935			895		
Number Pos culture on LJ		325			358			410			553			499			457		
Number Neg culture on LJ		382			431			495			427			402			364		
		SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?	SS+	SS-	SS?
Nb of LJ tubes with growth		405	208	4	440	242	5	501	268	2	692	331	10	651	300	6	592	274	6
Nb of LJ tubes without growth		52	691	18	55	791	4	25	424	22	70	819	4	30	743	9	43	734	2
Nb of contaminated LJ tubes		73	89	2	38	155	3	14	56	0	18	50	0	19	111	1	35	104	0
Contamination rate on LJ (%)		10,6%			11,3%			5,3%			3,4%			7,0%			7,8%		
Growth rate on LJ (%)		88,6%			88,9%			95,2%			90,8%			95,6%			93,2%		
Number first line DST on LJ		281			327			260			471			446			378		
Number second line DST on LJ		65			30			83			290			235			257		

July 2011			August 2011			September 2011			October 2011			November 2011			December 2011			Total of all wards			Totals 2011		
1602			1538			2218			2055			2143			2228			Number sputum (Slides)			24522		
775			163			18			157			677			665			Number culture on MGIT			5457		
428			85			13			130			313			325			Number Pos culture on MGIT			2902		
278			55			4			10			245			245			Number Neg culture on MGIT			2082		
SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?		SS+	SS-	SS ?		
257	151	0	57	25	1	9	4	0	84	43	3	0	0	0	217	102	1	Nb of Positive MGIT tubes (with growth of only AFB)			1579	878	13
11	265	2	1	54	0	0	4	0	2	8	0	0	1	0	16	228	1	Nb of Negative MGIT tubes (with no growth at all)			90	1731	17
17	3	0	2	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	Nb of contaminated but Pos MGIT tubes (AFB + other m.o.)			72	62	1
2	65	2	3	14	0	0	1	0	3	14	0	0	0	0	13	37	0	Nb of contaminated MGIT tubes (Other m.o., no AFB)			31	245	4
11,5%			20,2%			5,6%			10,8%			0,0%			8,9%			Contamination rate on MGIT (%)			8,8%		
96,1%			98,3%			100,0%			97,7%			-			93,2%			Growth rate on MGIT (%)			94,8%		
0			0			0			0			0			0			Number first line DST on MGIT			-		
0			0			0			0			0			0			Number second line DST on MGIT			-		
795			814			1165			1046			1203			1006			Number culture on LJ			11420		
391			425			533			452			549			463			Number Pos culture on LJ			5415		
332			249			399			325			519			524			Number Neg culture on LJ			4849		
SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?	SS+	SS-	SS ?		SS+	SS-	SS ?		
481	217	33	547	242	2	591	302	59	520	288	23	684	268	13	636	223	24	Nb of LJ tubes with growth			6740	3163	187
41	625	7	21	543	2	74	839	12	37	733	12	127	965	66	58	977	10	Nb of LJ tubes without growth			633	8884	168
54	128	2	76	191	2	129	315	5	126	335	7	82	193	3	21	60	0	Nb of contaminated LJ tubes			685	1787	25
11,6%			16,5%			19,3%			22,5%			11,6%			4,0%			Contamination rate on LJ (%)			11,2%		
92,1%			96,3%			88,9%			93,4%			84,3%			91,6%			Growth rate on LJ (%)			91,4%		
325			304			156			308			281			267			Number first line DST on LJ			3804		
170			233			146			224			261			208			Number second line DST on LJ			2202		

Приложение III.

Показатели контаминации на ВАСТЕС MGIT и среде Левенштейна–Йенсена





Приложение IV

Список противотуберкулезных препаратов первого ряда (не GDF), второго ряда, БЦЖ и туберкулина, которые в настоящее время используются в сети противотуберкулезных учреждений Азербайджанской Республики

Название препарата, содержание действующего вещества, лекарственная форма	Поставщик/производитель	Предквалификация ВОЗ	Причины покупки
Канамицин, 1 г, порошок для инъекций	ОАО «Синтез», Курган, Российская Федерация	Нет	Используется главным образом в противотуберкулезных стационарах для лечения больных ТБ с сохраненной чувствительностью
Этапиам (этамбутол хлоридрат), 500 мг/3мл, раствор для инъекций	Vecchi & C Piam S.a.p.a., Генуя, Италия	Нет	
Изониазид 10%, 5 мл, № 10	Biosintez, OJSC, Пенза, Российская Федерация	Нет	
Этамбутол, 400 мг, № 1000	Lupin Ltd., Мумбаи, Индия	Да	
Изониазид, 300 мг, № 1000	Lupin Ltd., Мумбаи, Индия	Да	
Пиразинамид, 500 мг, № 1000	Lupin Ltd., Мумбаи, Индия	Да	
Рифампицин, 150 мг, № 1000	Lupin Ltd., Мумбаи, Индия	Нет	
Стрептомицин, 1 г	ОАО «Биохимик», Российская Федерация	Да	Используется главным образом в противотуберкулезных стационарах

			для лечения больных ТБ с сохраненной чувствительностью
Протионамид, 250 мг	Fatol Arzneimittel, Шиффвайлер, Германия	Да	
Циклосерин, 250 мг	Vitas-M Laboratory, Апельдорн, Нидерланды	Нет	
ПАСЕР, 4 г	Jacobus, Нью-Джерси, США	Да	
Моксифлоксацин, 400 мг	Cipla Ltd., Паталганга, Индия	Да	
Амикацин (селемицин), 500 мг ВМ/ВВ флакон	Medochemie Ltd., Лимасол, Кипр	Да	
Амикацин (замикан), 500 мг ВМ/ВВ флакон	Asfarma, Стамбул, Турция	Нет	
TUBERVAC® Вакцина БЦЖ (лиофилизированная), 1 x 10 ⁶ и 33 x 10 ⁶ КОЕ, флакон и разбавитель (1 мл)	Serum Institute of India Ltd., Индия	Да	Используется в поликлиниках
Очищенный туберкулин (ППД) в стандартном разведении	Biolek, JSC	Нет	Используется в поликлиниках

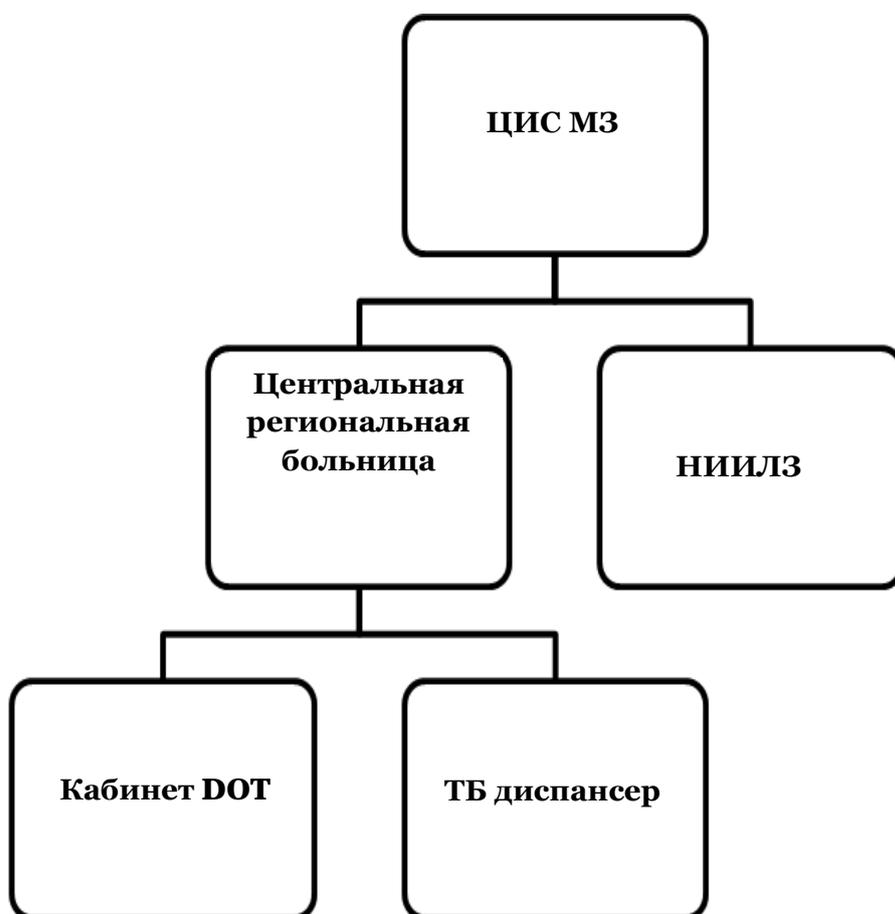
Приложение V

Таможенное оформление противотуберкулезных препаратов первого ряда, закупленных ЦИС

Пункт	Название/местоположение/описание	Потенциальные проблемы
Получающая организация	ЦИС МЗ АР	
Хранение лекарственных препаратов до таможенного оформления	Склад ЦИС МЗ АР	Консультант GDF не смог посетить склад, поскольку для этого требовалось предварительное получение разрешения
Таможенное оформление	ЦИС МЗ АР	
Хранение лекарственных препаратов после таможенного оформления	Склад ЦИС МЗ АР	Консультант GDF не смог посетить склад, поскольку для этого требовалось предварительное получение разрешения

Приложение VI.

Распределение противотуберкулезных препаратов первого ряда



Приложение VII. Организации гражданского общества, участвующие в программе борьбы с ТБ в Азербайджане

НПО / источник финансирования противотуберкулезного мероприятия / целевая группа	Мероприятия по выявлению случаев	Мероприятия по улучшению соблюдения требований лечения больными	Показатели
<p>«Поддержка здоровья» (НПО).</p> <p>Финансирование: 9 раунд гранта ГФ с марта 2011 г.</p> <p>Целевая группа: бывшие заключенные с ТБ и МЛУ-ТБ</p>	<p>Участвует в работе по санитарному просвещению заключенных</p>	<p>Работа начинается за месяц до освобождения заключенных. Им показывают фильм, раздают печатную информацию, рассказывают о том, каким образом будет продолжаться их лечение, а также о важности соблюдения требований лечения. Происходит обмен контактной информацией, выдаются адреса ТБ учреждений, где предстоит зарегистрироваться.</p> <p>В случае тяжелых состояний больные МЛУ-ТБ лечатся на дому. В остальных случаях они получают лечение в пунктах DOT и в дополнение к нему – продуктовые наборы + сок/шоколад/ йогурт/молоко ежедневно + 26 азербайджанских манатов в месяц на транспортные расходы, если пациенты сами приезжают за лекарствами (или деньги выдаются медсестре, которая привозит лекарства больным на дом).</p> <p>Больные ТБ с сохраненной чувствительностью к лекарственным препаратам получают продуктовый набор + молоко + 12 азербайджанских манатов (в пункт DOT пациенты приезжают 3 три раза в неделю, для того чтобы получить дозу лекарств</p>	<p>Показатель излечения среди больных ТБ – 87% и больных МЛУ-ТБ – 72%.</p> <p>Из 92 бывших заключенных 2 больных ТБ были потеряны для последующего врачебного наблюдения.</p> <p>МЛУ-ТБ: 55 больных без потерянных для последующего врачебного наблюдения (1 умер, 2 случая безуспешного лечения, 8 (в том числе 6 МЛУ) вернулись в места лишения свободы, из них 2 попали туда с целью получения лечения после 24 месяцев терапии, или если они были исключены из проекта).</p> <p>До начала проекта ежегодно около 120 больных ТБ оказывались потерянными для последующего врачебного наблюдения.</p> <p>В настоящее время в программу включено 25 больных МЛУ-ТБ и 20 больных ТБ</p>

НПО / источник финансирования противотуберкулезного мероприятия / целевая группа	Мероприятия по выявлению случаев	Мероприятия по улучшению соблюдения требований лечения больными	Показатели
		<p>на текущий и следующий день)</p> <p>Ежемесячно каждый пациент встречается с сотрудниками НПО в пункте DOT. Если пациент недостаточно строго соблюдает требования лечения, выясняются причины и выбираются пути решения этой проблемы. Навещаются семьи больных.</p> <p>Некоторые из бывших заключенных становятся бездомными. Им оказывают помощь, но проектных средств для этого нет. Волонтеров привлекают для того, чтобы помочь бывшим заключенным в оформлении/получении пенсии, паспорта, регистрации по месту жительства</p>	
<p><u>Азербайджанская ассоциация «Коммуникации в здравоохранении» (ААКЗ).</u></p> <p>Финансируется местным бизнесом.</p> <p>Целевая группа: население в целом, средства массовой информации (журналисты), школьники и сотрудники ТБ учреждений</p>	<p>С 2008 г. работа по информационному взаимодействию, в том числе по ТБ, обучение сотрудников противотуберкулезных учреждений навыкам межличностного взаимодействия, выполнена «разработка коммуникационных материалов, посвященных профилактике и лечению ТБ».</p> <p>Аудитория: население в целом и больные ТБ.</p> <p>Компания TOTAL финансировала проект – обучающий документальный фильм и социальная реклама (стигма и раннее выявление ТБ) были показаны на на-</p>	<p>Материалы о взаимодействии пациентов и медработников и психологической поддержке для врачей-фтизиатров / ТБ медсестер. Было проведено 10 обучающих курсов для 150 человек.</p> <p>Печатные материалы: по соблюдению требований лечения для больных и для населения в целом</p>	<p>Первоначальное многоцелевое исследование и исследование запоминаемости информационных сообщений (через 3 месяца), результатом которого стало 40%-ное запоминание информации</p>

НПО / источник финансирования противотуберкулезного мероприятия / целевая группа	Мероприятия по выявлению случаев	Мероприятия по улучшению соблюдения требований лечения больными	Показатели
	<p>циональном и региональных каналах.</p> <p>Школьники: были разработаны специальные печатные материалы (закладки)</p>		
<p><u>Общество Красного Полумесяца, член МФОКК и КП.</u></p> <p>Использует помощь волонтеров.</p> <p>Санитарное просвещение в сообществах. Имеет 83 районных комитета и 7 региональных центров</p>	<p>Медсестры проводят встречи в школах, в общежитиях для беженцев, распространяют информационные материалы, подготовленные организацией Abt Associates и Азербайджанской ассоциацией «Коммуникации в здравоохранении». В настоящее время каждая районная медсестра проводит 1-2 встречи в месяц</p>	<p>НПТ определила группу из 38 пациентов: в том числе ПИН и безработные.</p> <p>Каждая медсестра может охватить ежедневными визитами только 5 пациентов. Обычно волонтеры получают небольшие поощрения за проделанную работу.</p> <p>С 2006 по 2008 г. работал проект Красного Креста по оказанию поддержки больным с лекарственно-чувствительным ТБ для дисциплинированного соблюдения больными требований лечения (посещения на дому).</p> <p>В 2010-2011 гг. 8 районных комитетов оказывали поддержку больным МЛУ-ТБ в соблюдении требований лечения (Eli Lilly оплачивает обучение и транспортные расходы медсестер). Медсестры ежедневно посещают больных. Проект продолжит свою работу и охватит 50 больных МЛУ-ТБ. Один раз за время проекта с больными / их семьями встречался психолог. Поддержку НПТ видят в решении социальных проблем.</p> <p>Значительная социально-психологическая</p>	<p>Охвачено 38 больных МЛУ-ТБ: 4 умерло, 11 отказались от лечения из-за побочных эффектов.</p> <p>Требуются лекарства для лечения побочных эффектов</p>

НПО / источник финансирования противотуберкулезного мероприятия / целевая группа	Мероприятия по выявлению случаев	Мероприятия по улучшению соблюдения требований лечения больными	Показатели
		поддержка невозможна (не финансируется)	
<p><u>НПО НАУАТ.</u></p> <p>С 2008 по 2011 г. осуществляла ТБ проект.</p> <p>Располагает командой (как минимум 5 участников), обученной проведению мобилизации сообществ</p>	<p>Проект 1: для лиц, перемещенных внутри страны. Финансировался правительством (поддержка национальных и местных НПО).</p> <p>Профилактические мероприятия – 2 раза в 2 районах Баку: мобилизация сообществ (круглые столы, тренинги по ТБ – что это за заболевание, профилактика, выявление случаев; в каждом сообществе для отобранных лидеров этих сообществ и активистов) и информационно-разъяснительная работа – использование передвижной рентгеновской установки.</p> <p>Проект 2: 2009-2010 гг. Финансировался правительством: мигранты на границе с Ираном / потребители наркотиков, алкоголики, бывшие заключенные.</p> <p>Второй проект охватил 7 труднодоступных районов на юге. Тестирование на ТБ/ВИЧ.</p> <p>Проект 3: 2010 г. Финансировался ГФ. Исследование ЗОП. Охватил 286 рабочих-мигрантов с ТБ, которые живут в Азербайджане.</p> <p>Проведение анкетирования и подробные беседы проведены в 53</p>	<p>Недостаточное участие в оказании поддержки лечения</p>	<p>Проект 1: на скрининг пришли 92% людей (1120 человек). Мобильные рентгеновские установки были переданы НПТ. Данные о проценте выявленных случаев ТБ в НПТ не переданы.</p> <p>Проект 2: 890 человек было протестировано на ВИЧ и ТБ. О результатах не было сообщено.</p> <p>Проект 3: адвокативная работа по ТБ в целях информирования парламента о результатах исследования ЗОП. Эти результаты использовались в целях адвокации при парламентском обсуждении закона о социальных работниках</p>

НПО / источник финансирования противотуберкулезного мероприятия / целевая группа	Мероприятия по выявлению случаев	Мероприятия по улучшению соблюдения требований лечения больными	Показатели
	<p>местах.</p> <p>Всемирный день борьбы с ТБ в 2012 г. среди внутренних переселенцев в нескольких районах с участием представителей сообществ (иностранных) беженцев</p>		
<p><u>НПО «Центр равных возможностей»</u>, больные с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ. Финансирование: ГФ и институт «Открытое общество», с 2012 г.</p>		<p>Психосоциальная помощь оказана 15 клиентам / случаям сочетанной инфекции на паллиативном уходе</p>	
<p><u>НПО «Демократический институт и права человека»</u> снижение вреда / бывшие заключенные. Финансирование: ГФ, с января 2011 г.</p>		<p>Психосоциальная помощь оказана 110 госпитализированным ПИН (в Противотуберкулезном диспансере № 7)</p>	
<p><u>Abt Associates.</u> AMP</p>	<p>В лучшее эфирное время на национальном телевизионном канале был показан фильм о ТБ, который будут транслировать и местные телевизионные каналы. Также беседа с фтизиатром</p>	<p>Обучено 118 врачей первичной медико-санитарной службы по вопросам ТБ и взаимодействию с пациентами</p>	
<p>Совместный проект <u>Abt Associates, «Спасите детей (Save the Children)», «Помощь в развитии реформ здравоохранения» (Assistance to health reform development).</u> Финансирование: USAID. Проект AZ-SHIP. Представление информации о здравоохранении и санитар-</p>	<p>Население в целом – повышение уровня осведомленности и антистигмы путем демонстрации фильма о ТБ, работы с журналистами и проведения информационных кампаний в метро и автобусах (распространение брошюр, постеров, наклеек и показ фильма), во Всемирный день борьбы с ТБ был организован брифинг.</p>		<p>Запоминаемость информационных сообщений (для кампании в средствах массовой информации) и рост числа выявленных случаев. Исследование ЗОП планируется проводить в 2013 г.</p>

НПО / источник финансирования противотуберкулезного мероприятия / целевая группа	Мероприятия по выявлению случаев	Мероприятия по улучшению соблюдения требований лечения больными	Показатели
ное просвещение, в том числе и о ТБ	Для повышения уровня осведомленности о здоровье были проведены кампании: отобраны активисты для мобилизации сообществ; 200 детей приняло участие в конкурсе рисования, посвященном ТБ. По следующим критериям было отобрано 40 сообществ: большие селения для большего охвата населения, наличие медицинского учреждения, географическая доступность (для снижения транспортных расходов), желание сотрудничать с программой. Исследование было проведено в 125 селениях, и 40 было отобрано. Во время встреч в селах жителями были выбраны активисты; для решения проблем здравоохранения был разработан план		

Приложение VIII.

Список национальных участников обзора

Министерство здравоохранения		
1.	Самир Абдуллаев	Заведующий Отделом международных отношений, МЗ
2.	Виктор Гасымов	Заведующий Санитарно-эпидемиологическим сектором МЗ, руководитель НПТ
3.	Солтан Маммадов	Заместитель председателя СКМ
4.	Ельджан Мамедбеков	Директор НИИЛЗ
5.	Ирада Ахундова	Заместитель директора НИИЛЗ
6.	Явяр Шихалиев	Заведующий Противотуберкулезным диспансером № 1
7.	Натаван Алиханова	Координатор по мониторингу и оценке, НПТ
8.	Инна Маммадова	Специалист по статистике, НПТ
9.	Айнура Мансурова	Специалист по статистике, НПТ
10.	Азиз Мусаев	Координатор по лечению и предотвращению, НПТ
11.	Светлана Маммадова	Специалист по лечению, НПТ
12.	Наиля Махмудова	Куратор НПТ
13.	Аида Гулиева	Куратор НПТ
14.	Арастун Хасанов	Куратор НПТ
15.	Джейхун Алиев	Куратор НПТ
16.	Ильхама Джаббарова	Заведующий Госпиталем № 6
17.	Вафа Шахтактинская	Менеджер по лекарствам, НПТ
18.	Рафиг Абузаров	Заведующий НРЛ, НПТ
19.	Мехрибан Сейфаддинова	Заместитель заведующего НРЛ, НПТ
20.	Лейла Хасанли	Врач-лаборант НРЛ, НПТ
21.	Эсмירה Юсифова	Заведующий стационарным отделением, Диспансер № 4
22.	Хабил Исмаилов	Заведующий Противотуберкулезным диспансером № 7
23.	Джалил Назаров	Заведующий Центральным региональным госпиталем, г. Масаллы
24.	Азизулла Алиев	Заведующий Госпиталем легочных заболеваний, г. Масаллы
25.	Ильяс Самадов	Заведующий Центральным госпиталем, г. Ленкорань
26.	Нураддин Гурбанов	Заведующий Госпиталем легочных заболеваний, г. Ленкорань
27.	Зульфугар Махмудов	Заведующий Центральным госпиталем, г. Закаталы
28.	Ровшан Сулейманов	Заведующий Госпиталем легочных заболеваний, г. Закаталы
29.	Меджид Алиев	Заведующий Центральным госпиталем, г. Ленкорань

30.	Лачин Ибрахимхалилов	Заведующий Госпиталем легочных заболеваний, г. Ленкорань
31.	Мехман Рзаев	Заведующий Региональным госпиталем, г. Гянджа
32.	Али Рустамов	Заведущий Госпиталем легочных заболеваний, г. Гянджа
33.	Хагигат Гадирова	Директор Республиканского центра борьбы со СПИДом
34.	Эсмира Алмаммадова	Национальный координатор по ВИЧ/СПИД, Республиканский центр борьбы со СПИДом
35.	Тельман Маммадхасанов	Директор Республиканского наркологического центра
36.	Наиля Алиева	Координатор ТБ программы, ОРП/GF
37.	Хураман Хасанова	Специалист по мониторингу и оценке, ОРП/GF
Министерство юстиции		
38.	Рафаэль Мехдиев	Руководитель Отдела здравоохранения МЮ
39.	Физули Гусейнов	Главный инспектор по туберкулезу, Главный медицинский отдел МЮ
40.	Аскер Исмаилов	Руководитель ОРП/GF, МЮ
41.	Эльмира Гурбанова	ОРП/GF, МЮ
42.	Мехмет Рахманов	Главный врач Учреждения специализированного лечения пенитенциарной системы МЮ
43.	Расим Тахирли	Заведующий противотуберкулезной лабораторией Уч- реждения специализированного лечения пенитенциарной системы МЮ
Международные организации		
44.	Камран Гараханов	Руководитель странового офиса ВОЗ в Азербайджанской Республике
45.	Чарльз Лерман	Директор Отдела здравоохранения USAID
46.	Олга Зуес	Руководитель группы, Abt Associates Inc.
47.	Александр Пасечников	Главный советник по туберкулезу, Abt Associates Inc.

Приложение IX.

Программа визита

11 апреля 2012 г.

Отъезд от гостиницы в регионы 14:00

Время	Мероприятие	Место проведения мероприятия/ встречи	Участники
9:00–10:00	Встреча членов группы	Холл гостиницы	Все члены группы
10:00–10:30	Встреча с руководителем странового офиса ВОЗ	Гостиница	Д-р Камран Гараханов, руководитель странового офиса ВОЗ, д-р Масуд Дара и члены группы миссии внешней оценки
10:30–11:00	Встреча с членами НПТ	Гостиница	Сотрудники НПТ: Д-р Ирада Ахундова; д-р Натаван Алиханова; д-р Светлана Мамедова; д-р Азиз Мусаев; д-р Мехрибан Сейфаддинова; все члены группы миссии внешней оценки
11:30–12:15	Встреча в Министерстве здравоохранения	МЗ	Д-р Виктор Гасымов, заведующий Отделом санитарно-эпидемиологического надзора МЗ; г-н Самир Абдуллаев, руководитель Международного отдела МЗ; проф. Эльджан Маммедбеков, директор НИИЛЗ; д-р Масуд Дара, ЕРБ ВОЗ, руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, руководитель группы; Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ, старший медицинский специалист ВИЧ / СПИД, ИППП, вирусный гепатит, отдел инфекционных болезней; д-р Камран Гараханов, руководитель представительства ВОЗ в Азербайджане; д-р Джавахир Сулейманова, представительство ВОЗ в Азербайджане; Севим Ахмедов, старший технический советник по ТБ, АМР
Отъезд в регионы			
13:30	гг. Ленкорань, Массалы	Противотуберкулезные диспансеры, места лечения МЛУ-ТБ, лаборатории	Группа 1: д-р Масуд Дара, ЕРБ ВОЗ, руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, ру-

			ководитель группы; консультанты ВОЗ Нестани Туквадзе, Сьюзан Адолф, Верико Мирцхулава; Севим Ахмедов, старший технический советник по ТБ, АМР; д-р Джавахир Сулейманова, представительство ВОЗ в Азербайджане
13:30	гг. Гянджа, Шамкир, Товуз	Противотуберкулезные диспансеры, места лечения МЛУ-ТБ, лаборатории	Группа 2: консультанты ВОЗ Кай Блэндал, КЗС; Екатерина Курбатова, ЦКЗ; Бхавна Пател, АМР; Саманта Хаффман, ГФ; Мехрибан Маммадова, АМР АР
13:30	гг. Закаталы, Шеки	Противотуберкулезные диспансеры, места лечения МЛУ-ТБ, лаборатории	Группа 3: Отгай Гезалов, ЕРБ ВОЗ, медицинский специалист, Программа борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ; Алейн Дису, представительство ВОЗ, Россия; Уча Нанава, консультант ВОЗ
13:30	Работа в г. Баку (включая 12/13 апреля)	НИИЛЗ, Abt Associates	Ирада Ахундова, заместитель директора НИИЛЗ; Нонна Турусбекова, консультант ВОЗ; Ольга Зюес, глава миссии, Abt Associates
13:30	Работа в г. Баку (включая 12/13 апреля)	Центр борьбы со СПИДом, противотуберкулезные диспансеры № 4, № 7, НИИЛЗ, Республиканский центр наркологии	Ирина Ерамова, ЕРБ ВОЗ, старший медицинский специалист ВИЧ / СПИД, ИППП, вирусный гепатит, отдел инфекционных болезней; Орхан Джавадов, ВОЗ/ ТП; Агигат Кадырова, директор Азербайджанского национального центра по борьбе со СПИДом; Эсмира Алмаммадова национальный координатор по ВИЧ/СПИД; Эсмира Юсифова, заведующая стационарным отделением, Диспансер № 4; Хабил Измайлов, главный врач, Диспансер №7; Инна Мамедова, руководитель информационного отдела НИИЛЗ; Тельман Мамедгасанов, директор Республиканского центра наркологии

ГРУППА 1

Время	Мероприятие	Место проведения мероприятия/встречи	Участники
12 апреля – работа в г. Ленкорань От НПТ: Светлана Мамедова; Вафа Шахтагинская Наблюдатели: Хураман Гасанова ГРП/ГФ			
12 апреля	Работа в г. Ленкорань	Противотуберкулезные учреждения	Д-р Масуд Дара, ЕРБ ВОЗ, руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, руководитель группы; Нестани Туквадзе, консультант ВОЗ; Сьюзан Адолф, консультант ВОЗ; Верико Мирцхулава, консультант ВОЗ; Севим Ахмедов, старший технический советник по ТБ, АМР; Джавахир Сулейманов, представительство ВОЗ в Азербайджане
13 апреля	Работа в г. Массалы и отъезд в г. Баку		

ГРУППА 2

Время	Мероприятие	Место проведения мероприятия/встречи	Участники
12 апреля – работа в г. Гянджа От НПТ: Азиз Мусаев, Рафиг Абузаров			
12 апреля – 13 апреля	Работа в гг. Товуз, Шамкир, Гянджа	Противотуберкулезные учреждения	Консультанты ВОЗ Кай Блэндал, КЗС; Екатерина Курбатова, ЦКЗ; Бхавна Пател, АМР; Саманта Хаффман, ГФ
13 апреля – отъезд в г. Баку			

ГРУППА 3

Время	Мероприятие	Место проведения мероприятия/встречи	Участники
12 апреля – работа в г. Закаталы От НПТ: Натаван Алиханова; Мехрибан Сейфаддинова Наблюдатель: Александр Пасечников, Abt Associates			
12 апреля – 13 апреля	Работа в гг. Закаталы, Шенки	Противотуберкулезные учреждения	Огтай Гезалов, ЕРБ ВОЗ, медицинский специалист, Программа борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ; Алейн Дису, представительство ВОЗ, Россия; Уча Нанава, консультант ВОЗ
13 апреля – отъезд в г. Баку			

14 апреля, суббота

Отъезд от гостиницы в 9:00

Время	Мероприятие	Место проведения мероприятия/встречи	Участники
9:30–10:30	Встреча с руководителем и заместителем руководителя Отдела здравоохранения МЮ	МЮ	Г-н Рафаэль Мехтиев, руководитель Отдела здравоохранения МЮ; д-р Физули Гусейнов, старший инспектор по ТБ, МЮ; Аскер Измайлов, руководитель ГРП/ГФ МЮ; Эльмира Гурбанова, ГРП МЮ; члены группы миссии внешней оценки
11:30–13:30	Выезд на объект	Специализированное лечебное учреждение для больных ТБ лиц, содержащихся под стражей (СЛУСС ТБ)	Д-р Масуд Дара, ЕРБ ВОЗ; Верико Мирцхулава, ТП ВОЗ; Севим Ахмедов, АМР; Бхавна Пател, АМР; Огтай Гезалов ЕРБ ВОЗ; Кай Блэндал, КЗС; Саманта Хаффман, ГФ; Екатерина Курбатова, ЦКЗ; Алейн Дису, ВОЗ; Нонна Турусбекова ТП ВОЗ; Джавахир Сулейманова, представительство ВОЗ в Азербайджане
15:30	Abt Associates	Офис Abt Associates	Д-р Масуд Дара, ЕРБ ВОЗ, руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, руководитель группы; Бхавна Пател, АМР; Севим Ахмедов, старший технический советник по ТБ, АМР; Кай Блэндал, КЗС, консультант ВОЗ; Джавахир Сулейманова, представительство ВОЗ в Азербайджане

15 апреля – воскресенье, свободный день

16 апреля, понедельник

Отъезд от гостиницы в 9:00

Время	Мероприятие	Место проведения мероприятия/встречи	Участники
9:00–12:30	Посещение объектов	Диспансер № 1: пункт DOT, детское амбулаторное ТБ отделение	Д-р Масуд Дара, ЕРБ ВОЗ, руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, руководитель группы; Огтай Гезалов, медицинский специалист, Программа борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ, ЕРБ ВОЗ; Севим Ахмедов, старший технический советник по ТБ, АМР; Нестани Туквадзе, консультант ВОЗ; Сьюзан Адолф, консультант ВОЗ; Джавахир Сулейманова, представительство ВОЗ в Азербайджане

9:00 – 13:00	Посещение объектов	Диспансер № 6	Кай Блэндал, КЗС, консультант ВОЗ; Алейн Дису, СО ВОЗ, Россия; Бхавна Пател, АМР; Екатерина Курбатова, ЦКЗ; Саманта Хаффман, ГФ
9:00–13:00	Посещение объектов	Центр аналитической экспертизы лекарственных средств	Верико Мирцхулава, консультант ВОЗ; Вафа Шахтахинская, заведующая аптекой НИИЛЗ, НПТ
9:00–13:00	Посещение объектов	Отдел мониторинга и оценки	Уча Нанава, консультант ВОЗ; Натаван Алиханова, специалист по мониторингу и оценке, НПТ
13:30	НИИЛЗ, встреча с директором НИИЛЗ и членами НПТ	Аптеки, ТБ регистр, НРЛ, детское стационарное ТБ отделение	Все участники; проф. Эльджан Маммедбеков, директор НИИЛЗ, и сотрудники
16:30	Встреча с миссией АМР в Азербайджане	USAID, Баку, Landmark Plaza	Д-р Масуд Дара, ЕРБ ВОЗ, руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, руководитель группы; д-р Камран Гараханов, глава представительства ВОЗ в Азербайджане; Севим Ахмедов, старший технический советник по ТБ, АМР; Джавахир Сулейманова, представительство ВОЗ в Азербайджане

17 апреля, вторник

Отъезд от гостиницы в 12:00

Время	Мероприятие	Место проведения мероприятия/встречи	Участники
10:00	Утренняя встреча членов группы миссии внешней оценки	Гостиница	Все члены группы миссии внешней оценки
12:00	Подведение итогов работы миссии с МЗ		Д-р Масуд Дара ЕРБ ВОЗ, руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, руководитель группы; д-р Камран Гараханов, глава представительства ВОЗ в Азербайджане; д-р Джавахир Сулейманова, представительство ВОЗ в Азербайджане; Севим Ахмедов, старший технический советник по ТБ; Бхавна Пател, старший советник по вопросам политики в здравоохранении, АМР, Бюро по Европе и Евразии; Сандра Ирбе, управляющий инвестиционным портфелем ГФ; Саманта Хаффман, программный специалист, ГФ
13:00-17:00	Подведение итогов работы миссии, встреча за круглым столом	Конференц-зал Института легочных заболеваний	Все члены группы миссии внешней оценки; представители национальных органов власти; НПТ; ЦОЗИР; КП; МЮ; ГРП/ГФ; местный агент Фонда

17 или 18 апреля: отъезд

Приложение X

Члены группы миссии внешней оценки

Имя	Организация /занимаемая должность
Масуд Дара	ЕРБ ВОЗ Руководитель программы, медицинский координатор программы борьбы с туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ, Отдел инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды
Огтай Гезалов	ЕРБ ВОЗ Медицинский специалист программы борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ, Отдел инфекционных заболеваний, безопасности общественного здоровья и окружающей среды
Ирина Ерамова	ЕРБ ВОЗ Старший медицинский специалист ВИЧ/СПИД, ИППП, вирусный гепатит, Отдел инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды
Алейн Дису	Представительство ВОЗ в России
Джавахи́р Сулейманова	Представительство ВОЗ в Азербайджанской Республике Сотрудник программы по борьбе с инфекционными болезнями
Уча Нанава	Консультант ВОЗ
Нестани Туквадзе	Консультант ВОЗ
Кай Блэндал	КЗС, Консультант ВОЗ
Орхан Джавадлы	Консультант ВОЗ
Нонна Турусбекова	Консультант ВОЗ
Верико Мирцхулава	Консультант ВОЗ
Сьюзан Адолф	Консультант ВОЗ
Сандра Ирбе	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией Управляющий инвестиционным портфелем ГФ, Восточная Европа и Средняя Азия
Саманта Хаффман	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией Программный специалист, Восточная Европа и Средняя Азия
Екатерина Курбатова	Центры по контролю и профилактике заболеваний США (ЦКЗ) Старший научный сотрудник группы МЛУ, Филиал международных исследований и программ, отделение элиминации ТБ /NCHHSTP
Севим Ахмедов	АМР/Вашингтон Глобальное бюро здравоохранения, управление здравоохранения, инфекционных заболеваний и питания, Старший технический советник по ТБ
Бхавна Пател	АМР, Бюро по Европе и Евразии Старший советник по вопросам политики в здравоохранении
Мехрибан Мамедова	АМР, Азербайджан

Приложение XI

Рабочие визиты

Посещение г. Ленкорань

Даты посещения: 11-12 апреля.

Общая площадь: 70 кв. км (30 кв. миль).

Население: 210 000.

1. ТБ больница

В ТБ больнице есть стационарное отделение (35 коек) и амбулаторное отделение.

Всего сотрудников: 50.

Медсестер: 16.

Врачей: 7.

2. ТБ лаборатория

Микроскопия, сбор образцов мокроты.

Всего сотрудников:

3. Пункты DOT

4 пункта DOT.

Расположены: 1 в ТБ больнице, 3 в селениях.

4. Стационарное отделение ТБ больницы:

35 коек только для больных с лекарственной чувствительностью, 14 из которых были заняты пациентами.

12 стационарных больных, получающих лечение в отделении, имели отрицательные мазки мокроты.

МЛУ

3 в кабинетах DOT (ТБ больница, Ленкорань), 7 в пунктах DOT (селения)

Эпиднадзор:

2011, 3 квартал (октябрь, ноябрь, декабрь)

Всего: 50 пациентов

2011 г., 3-й квартал (октябрь, ноябрь, декабрь)			
ТБ	Внелегочный	Легочный	
	9	41	
		Новые	Повторное лечение

		34	7
ММ+		10	
ММ+ К+		8 (2)	
ММ-		24	7
К+			1

2011 г.			
Всего случаев ТБ	216		
ТБ	Повторное лечение	Новые	
	82	134	
		Внелегочный	Легочный
		23	102
Дети		2	6
ММ+			60
ММ+ К+			52 (8)
ММ-			42
К+			

В 2011 г.: 203 образца было отправлено в НРЛ. Из них 120 – мониторинг лечения МЛУ-ТБ.

В 2010 г.: всего зарегистрировано 170 случаев ТБ.
Отрыв от лечения – 4 амбулаторных больных.

В 2011 г.: всего зарегистрировано 216 случаев ТБ.
Отрыв от лечения – 5 амбулаторных больных.

ТБ/ВИЧ

Скрининг на ВИЧ среди больных ТБ:

Среди новых случаев: 100%.

Среди стационарных больных: 100% (2/3 времени за период лечения).

Среди случаев повторного лечения: очень низкий.

Больные с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ получают лечение ТБ в отдельной палате больницы.

Посещение г. Масаллы

Дата посещения: 13 апреля

Общая площадь: 70 кв. км (30 кв. миль).

Население: 205 800.

1. ТБ больница

В ТБ больнице есть стационарное отделение (35 коек) и амбулаторное отделение.

Всего сотрудников: 42.

Медсестер: 19.

Врачей: 7.

2. ТБ лаборатория

Микроскопия, сбор образцов мокроты.

Всего сотрудников: 1.

3. Пункты DOT

4 пункта DOT.

Расположены: 1 в ТБ больнице, 3 в селениях.

Стационарное отделение ТБ больницы

35 коек только для больных с лекарственной чувствительностью, 20 из которых были заняты пациентами.

12 стационарных больных, получающих лечение в отделении, имели отрицательные мазки мокроты.

МЛУ

11 пациентов с МЛУ-ТБ: 8 в диспансере № 6 (г. Баку); 3 в пунктах DOT (селения).

Эпиднадзор:

2011, 3 квартал (октябрь, ноябрь, декабрь)

Всего: 50

2011 г., 3-й квартал (октябрь, ноябрь, декабрь)			
ТБ	Внелегочный	Легочный	
	6	17	
		Новые	Повторное лечение
		15	2
ММ+ К+		4	
ММ-		11	2

2011 г.			
Всего ТБ	136		
ТБ	Повторное лечение	Новые	
	39	97	
		Внелегочный	Легочный
		22	75
Дети		1	8
ММ+ К+	19		47
ММ-	20	22	38

В 2011 г.: 270 образцов было отправлено в НРЛ, из них 79 – мониторинг лечения МЛУ-ТБ.

В 2010 г.: всего зарегистрировано 119 случаев ТБ.
Отрыв от лечения – 0.

В 2011 г.: всего зарегистрировано 136 случаев ТБ.
Отрыв от лечения – 3 амбулаторных больных.

ТБ/ВИЧ

Скрининг на ВИЧ среди больных ТБ:

Среди новых случаев: 100%.

Среди стационарных больных: 100% (2/3 времени за период лечения).

Среди случаев повторного лечения: очень низкий.

Больные с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ получают лечение ТБ в отдельной палате больницы.

Посещение гг. Товуз, Шамкир и Гянджа

Члены группы:

Бхавна Пател, АМР

Екатерина Курбатова, ЦКЗ

Кай Блэндал, КЗС

Мехрибан Мамедова, миссия АМР

Саманта Хаффман, ГФ

В сопровождении представителей НПТ: Азиза Мусаева (руководитель комиссии по МЛУ-ТБ), Рафига Абузарова (руководитель НРЛ), Аида Гулиева, координатор МЛУ-ТБ в 6 районах, включая Товуз и Шамкир (НПТ, Баку)

Группа посетила:

- 1) Товуз – противотуберкулезный диспансер, пункт лечения МЛУ-ТБ, лаборатория микроскопии мазка, аптека противотуберкулезного диспансера, беседа с 2 пациентами.
- 2) Пункт ПМСП– ФАП, где 1 больной МЛУ-ТБ получал лечение.
- 3) Шамкир – противотуберкулезный диспансер, пункт лечения МЛУ-ТБ, лаборатория микроскопии мазка, аптека противотуберкулезного диспансера.
- 4) Гянджа – противотуберкулезный диспансер, пункт лечения МЛУ-ТБ, лаборатория микроскопии, пустой посевной пункт, аптека противотуберкулезного диспансера.
- 5) Учреждение первичной медико-санитарной помощи г. Гянджа – поликлиника № 1, пункт DOT для больных МЛУ-ТБ.

В целом

В посещенных районах используются бумажные формы и регистрационные журналы. Все формы стандартные. Однако сотрудники часто не могли представить даже базовые показатели работы программы (сколько новых случаев и случаев повторного лечения было зарегистрировано по статусу мазка/посева, результатам лечения). Создалось впечатление, что сотрудники не анализируют и не используют собранные ими данные. Для проведения операционных исследований не хватает кадровых ресурсов, многие учреждения испытывают недостаток в кадрах, и вопрос проведения операционных исследований не рассматривается. Территория страны поделена между 10 координаторами, которые осуществляют мониторинг мероприятий, имеющих отношение к МЛУ-ТБ. Один из координаторов проводит мониторинг этой деятельности в Баку. Многие координаторы базируются в Баку и ежемесячно посещают территории, в которых есть больные, находящиеся на лечении. Группу 2 во время посещения территорий сопровождала один из координаторов. За ней закреплено 6 районов (табл. 1). Всего в ее зоне курации на лечении находится 21 больной МЛУ-ТБ. Кроме этого, 20 больных стоят в очереди на получение лечения.

Для г. Гянджа в настоящее время координатора МЛУ-ТБ нет – в очереди на получение лечения стоят 24 больных МЛУ-ТБ.

Кадровые ресурсы

В посещенных учреждениях не выявлено большого расхождения между фактическим числом сотрудников и имеющимися ставками, за исключением лабораторной службы, которая испытывает серьезный недостаток в рабочей силе. Использование времени врачей и медсестер – отдельная проблема, их работу можно было бы организовать лучше. В целом, средний возраст сотрудников гораздо ниже пенсионного возраста. Сотрудники (врачи и медсестры) прошли обучение по ТБ и МЛУ-ТБ, однако понимание некоторых вопросов, в частности лабораторных аспектов, инфекционного контроля и учета и отчетности, оказалось недостаточным.

Выявление случаев и диагностика

В 2011 г. были утверждены руководства по выявлению случаев, но не были переданы в ВОЗ для комментариев, а во время миссии для каких-либо комментариев было слишком мало времени.

Выявление случаев – пассивное (пациенты обращаются в службы первичной медико-санитарной помощи или в противотуберкулезную службу с симптомами) или активное. Активное выявление случаев проводится среди групп риска, которые перечислены в руководствах, недавно утвержденных МЗ. Рентгенологические обследования проводятся раз в год для лиц из групп риска, и при подозрении на ТБ у больных собирают мокроту для микроскопии мазка и посева.

В соответствии с установленным правилом для подтверждения диагноза собирают три образца мокроты, два из которых должны быть направлены в Национальную референс-лабораторию для проведения культурального исследования и последующего тестирования лекарственной устойчивости. Любой другой биологический материал следует направлять таким же образом для культуральных исследований и ТЛЧ. Мокрота должна собираться из районов в определенных центрах (или пациенты должны приезжать в эти центры), а из центров образцы положено забирать машиной НРЛ для отправки в Национальную референс-лабораторию.

Группа не смогла проверить количество образцов, направляемых в НРЛ для проведения культуральных исследований и последующих ТЛЧ, поскольку в территориях эта информация отсутствовала.

Группе было сообщено, что в стационарных учреждениях образцы примерно от 60% пациентов направляются для культуральных исследований. Координаторы должны доставлять результаты культуральных исследований и ТЛЧ в курируемые ими территории, где их заносят в карты пациентов. Результаты культуральных исследований в ТБ регистрационном журнале не фиксируются. Кроме того, в случае, если пациента выписывают из стационара до получения результатов посевов, то в последующем эта информация остается в больнице. В 2012 г. поле для занесения результатов посева было добавлено в ТБ регистрационные журналы, но, к сожалению, оно не заполняется.

В ходе беседы выяснено, что в амбулаторных отделениях мокроту отправляют на культуральные исследования еще реже.

Информация о числе случаев лекарственно-устойчивого ТБ, зарегистрированных в 2011 г., отсутствовала. Однако в наличии были списки больных с ЛУ-ТБ в территории, в том числе и тех, которые ожидают очереди на получение лечения.

Лабораторные вопросы

Часто лаборатории микроскопии имеют самодельные вытяжные колпаки для приготовления мазков, к сожалению, в основном не оснащенные вытяжным вентилятором для направления воздушного потока. Как было сообщено группе, обеспечение качества (ОК) проводится каждые 6 месяцев (раньше эта работа проводилась ежеквартально) на основании случайной выборки, но группа не смогла получить последние протоколы ОК в учреждениях. НРЛ обеспечивает лаборатории расходными материалами. Закупка расходных материалов основана на потребностях лабораторий, а не на спланированной системе распределений. В последнее время лаборатории не испытывали дефицита в расходных материалах.

Лечение

Руководства по лечению утверждены МЗ в 2011 г. и распространены среди противотуберкулезных учреждений. Несмотря на несколько проверок со стороны ВОЗ, эти руководства не соответствуют последним международным рекомендациям. Два основных различия отмечены в рекомендованной панели, которая должна направляться для ТЛЧ, и, что важнее, – в лечении обычного и устойчивого ТБ.

Обычный ТБ – для определения схемы лечения (включение стрептомицина в схему) используются рентгенологические данные вместо истории предшествующего лечения. Так, лечение по категории I проводится в случае, если поражена только одна доля легкого, и стрептомицин добавляется к схеме в случае поражения более одной доли. Это может привести к избыточному использованию стрептомицина среди новых случаев. Кроме того, при устойчивости к стрептомицину рекомендуется

использовать канамицин, который принадлежит к группе препаратов второго ряда и должен быть в резерве для пациентов с полирезистентностью и М/ШЛУ-ТБ. Этот вопрос гораздо более сложный, принимая во внимание, что качество рентгеновских снимков на периферии субоптимальное. Что касается реализации рекомендации в отношении устойчивости к S, по расчетным данным, приблизительно 60% больных легочным ТБ получают направления на проведение культуральных исследований и ТЛЧ, а результаты исследований получают через несколько месяцев, поэтому информация о возможной устойчивости к S приходит после завершения интенсивной фазы.

Схемы лечения новых случаев ТБ, рассмотренные в посещенных учреждениях, включали и не включали S (исходя более из субъективного мнения, чем на основании каких-либо других факторов), для случаев повторного лечения использовались схемы с S.

За время визита использование Km для лечения лекарственно-чувствительного ТБ отмечено не было.

Лекарственно-устойчивый ТБ

Для определения продолжительности лечения и выбора схемы терапии используются рентгенологические данные, а не бактериологический статус.

Рекомендованная панель ТЛЧ не та, что позволяет составить индивидуальную схему лечения на основании результатов ТЛЧ, она включает больше препаратов, чем требуется для минимальной панели (H, R, инъекционный препарат второго ряда, фторхинолон). Кроме этого, фторхинолоны рекомендуют принимать два раза в день, в то время как, по рекомендации ВОЗ, эти препараты необходимо принимать один раз в день. Таким образом, схемы лечения отличаются от тех, что рекомендованы в последних руководствах ВОЗ.

В остальном рекомендованные препараты в схеме соответствующие: Km/Cm Lfx/Mfx EtoCsPasZ/Lfx/EtoCs PasZ.

Продолжительность лечения моно- и полирезистентного ТБ составляет 12 месяцев, в то время как больные с устойчивостью к R должны лечиться 18 месяцев.

В территориях наблюдалась неупорядоченность в составлении схем лечения, Z отсутствовал в схемах 4 случаев, Lfx у одного больного не использовался по причине устойчивости к фторхинолону. Mfx использовался вместо Lfx в 10 случаях, а Am использовался вместо Cm (в связи с отсутствием Lfx в течение некоторого периода времени). В двух случаях фторхинолон не был включен в схему лечения.

По наблюдениям, продолжительность применения инъекционного препарата составляла 6 месяцев. Связь между продолжительностью применения инъекционного препарата и негативацией посева, а также между общей продолжительностью лечения и негативацией посева было невозможно определить, т. к. данные о посевах и ТЛЧ находились на центральном районном уровне, а данные о приеме лекарственных препаратов – в местах проведения лечения под непосредственным наблюдением.

Последующее врачебное наблюдение и лечение побочных эффектов

Последующее врачебное наблюдение и лечение побочных эффектов в целом соответствуют международным рекомендациям. По наблюдениям, клиницисты старательно соблюдают рекомендации и хорошо справляются с побочными эффектами.

Лекарственный менеджмент

Недавно учреждения испытывали недостаток в обеспечении пиперазидом, левофлоксацином и капреомицином. Однако невозможно было определить, когда, на каком уровне и как долго не было этих препаратов.

Противотуберкулезные препараты первого ряда в форме комбинаций с фиксированными дозами, которые были приобретены через механизм GDF, закончились, и ЦИС предоставил лекарственные препараты, закупленные через открытый тендер страны. Большинство препаратов первого ряда были производства компании Lupin. Канамицин и стрептомицин, а также инъекционный рифампицин украинского и российского производства.

Однокомпонентные препараты – рифампицин, изониазид, этамбутол, пиразинамид и стрептомицин (некоторые из них инъекционные). Врачи объяснили, что они использовали комбинированные препараты с фиксированными дозами (КПФД), на смену которым пришли однокомпонентные препараты исключительно потому, что закончились КПФД.

От всех ТБ больниц и диспансеров требуют ведения учета имеющихся запасов. Как было сообщено группе, обычно заявка в ЦИС (раньше НПТ) составляется ежеквартально. Однако также было отмечено, что заявка составляется скорее на основании спроса, а не ежеквартально. Количество резервного запаса выяснить не удалось. Отсутствовали препараты, которые были бы опасно близки к истечению срока годности.

Только в одном месте имелась информация о текущих запасах. На это может быть несколько причин. Одна из них состоит в неустановленном числе пациентов, получающих лечение ТБ, но не зарегистрированных в ТБ регистрационном журнале для DOTS.

Для получения препаратов второго ряда от НПТ используются формы ежемесячных закупок. В этом случае координатор МЛУ-ТБ из НПТ привозит лекарственные препараты и подсчитывает, сколько препаратов было использовано и сколько требуется.

В целом условия хранения удовлетворительные. Везде есть холодильники для хранения ПАСК. Температура в холодильнике не проверялась. Вторая доза ПАСК выдавалась пациентам на руки для приема дома, что могло отрицательно сказаться на качестве этого препарата.

Учет и отчетность

В наличии имеется множество форм, регистрационных журналов и отчетных форм для ТБ и МЛУ-ТБ. Однако данные получить очень сложно, особенно свежие (когортные анализы). Кроме того, на местах не была доступна важная информация о больных МЛУ-ТБ (лабораторные данные и данные о приеме лекарственных препаратов находятся в разных файлах и в разных учреждениях).

Регистрационные журналы для случаев обычного ТБ не содержат информации о посевах и ТЛЧ (она не регистрируется). Безуспешное лечение как результат терапии больных МЛУ-ТБ обычно не указывается. Показатели безуспешного лечения и смертности очень низкие. Более достоверным был показатель отрывов от лечения в г. Гянджа.

Вопросы инфекционного контроля (ИК)

Утверждены руководства, проведены обучающие курсы. Планы противотуберкулезного ИК для конкретных учреждений еще не разработаны, и не назначены ответственные за выполнение этих планов. Пациентов размещают в разных палатах на основании статуса их мазка. Однако группы пациенты все еще смешиваются в отделениях. УФ лампы были в наличии, установлены в пунктах DOT для больных МЛУ-ТБ. К сожалению, УФ лампы были неэкранированными, поэтому их можно было включать только после приема больных. Респираторы были в наличии везде, но они не были протестированы на плотность прилегания. Не ясно, насколько активно их используют в повседневной работе. Некоторые медработники носили хирургические маски.

Вопросы, имеющие отношение к пациентам

Знания больных о ТБ представляются довольно хорошими, однако времени для оценки этих знаний было немного. Больной МЛУ-ТБ признался, что на посещения пункта DOT у него уходит несколько часов в день (пешком, на автобусе, на машине). Это большое бремя для пациентов. Работники первичной медико-санитарной помощи должны быть больше вовлечены в оказание противотуберкулезной помощи.

Компенсация транспортных расходов составляет 55 азербайджанских манатов в месяц и переводится на банковские счета всех больных МЛУ-ТБ, но не больных обычным ТБ.

Руководства по предоставлению паллиативной помощи отсутствуют, так же как и предоставление самой паллиативной помощи.

АИВСМ

Времени на сбор подробной информации о мероприятиях АИВСМ не было. На столах противотуберкулезных учреждений были замечены листовки.

Товуз

Общая информация

Все население: 162 791.

Из них взрослые: 118 084.

Из них дети в возрасте 0-13 лет: 32 999.

Из них дети в возрасте 14-17 лет: 11 708.

Службы здравоохранения

Всего больниц: 9, из них ТБ больница: 1.

Общее количество учреждений общей практики: 26.

Общее количество медпунктов (учреждений без врачей): 19.

Существует региональный план развития, который включает в себя планы строительства и серьезного обновления медицинских учреждений, в том числе противотуберкулезных. Финансирование поступает главным образом от МЗ. Региональное руководство предоставляет мебель и отдельное оборудование.

Противотуберкулезные препараты

Регионы выделяют финансовые средства на препараты первого ряда, но закупка производится централизованно МЗ/ЦИС.

Препараты второго ряда поставляются НПТ.

Мотивация молодых специалистов приезжать на работу в район зависит от конкретного места, но в целом есть возможность предложить им более высокую зарплату и землю под дом.

Всего известно о 9 ВИЧ-положительных людях в районе. Информации о АРВ-терапии получено не было.

Дети

В 2011 г. не было зарегистрировано ни одного случая ТБ среди детей. Диагноз латентного ТБ был поставлен 38 детям, которые под контролем родителей начали трехмесячный курс лечения изониазидом. Охват БЦЖ, как было сообщено группе, составляет приблизительно 97%; вакцинация проводится при рождении. Массовый скрининг при помощи туберкулиновой кожной пробы проводится раз в год для всех детей в возрасте ≥ 5 лет. В случае получения реакции Манту более 5 мм начинается лечение ЛТБИ.

Среди контактов проводится только один тест реакции Манту, и никогда не делается двухэтапная кожная проба. Лечение ЛТБИ проводят всем детям в контакте с больным ТБ.

Регистрация

Данные за 2011 г. не были общедоступными. Цифры, которые удалось получить миссии, представлены ниже.

Данные сводного годового отчета врача отличались от данных, полученных миссией на месте из квартальных отчетов.

(а) Информация за 2011 г. от врача:

Новые случаи: 82.

Из них легочные случаи: 60 (ММ (+) – 37 (61,7%) и ММ (–) – 23).

Из них внелегочные случаи: 22.

Случаи повторного лечения

Было невозможно найти информацию по разным категориям. Всего случаев повторного лечения с сохраненной лекарственной чувствительностью было 21 и 2 случая МЛУ-ТБ (знаменателя нет, поэтому нет возможности сделать вывод).

Из всех 60 новых случаев легочного ТБ у 22 не было результатов ТЛЧ, и у 11 результаты ТЛЧ были в наличии, из них 1 имел МЛУ-ТБ.

Данных о количестве проведенных посевов в наличии не было.

Таблица 1. Информация квартальных отчетов за 2011 г.

	Новые случаи				Случаи повторного лечения			
	ММ+	М-	Внелегочные	ВСЕГО новых	ММ+	ММ-	Внелегочные	ВСЕГО повт. лечения
1 кв.	4	7	2	13	1	0	0	1
2 кв.	7	9	3	19	5	0	0	5
3 кв.	2	13	0	15	7	0	0	7
4 кв.	12	8	2	22	5	1	2	8
Всего	25	37	7	69	18	1	2	21
%	40,3	59,7	10,1	79,3	94,7	5,3	9,5	100,0
	Легочн.	Легочн.	новых		Легочн.	Легочн.	Повт. лечения	
МЛУ	2 МЛУ-ТБ				1 МЛУ-ТБ			

Из 60 новых случаев 59 (98%) прошли тестирование на ВИЧ – это хороший охват.

У врача не было готовой информации по результатам лечения. Результаты лечения рассчитывались для 2010 г. на основании данных квартальных отчетов на местах.

Новые случаи с положительным мазком: 18 излечено и 1 умер.

Новые случаи с отрицательным мазком: 33 пациента завершили лечение.

Новые случаи внелегочного ТБ: 12 пациентов завершили лечение, и 1 был переведен.

Случаи повторного лечения: 11 излечено, более подробная информация о результатах терапии случаев повторного лечения была в наличии.

ТБ отделение

Ветхое здание на 20 коек без пациентов. В учреждении расположен пункт DOT для больных МЛУ-ТБ. Больные с обычным ТБ приходят для получения лекарств на приеме у врача каждые 7–10 дней. В отделении есть один врач-фтизиатр, 1 заведующий отделением.

В отделении есть рентгенолог, но рентгеновское оборудование (1989 г.) не работает последние 2 месяца. Для прохождения рентгенологического обследования пациентов направляют в центральную больницу.

Пункт DOT расположен близко к входу в здание. Неэкранированная лампа установлена в пункте DOT, ее регулярно протирают спиртом. Респираторы в наличии есть.

Больных из селений или пациентов для подтверждения диагноза направляют в противотуберкулезный диспансер, их мокроту собирают и направляют в Баку. Охват неизвестен.

Более подробная информация о лаборатории микроскопии мазка и поставках лекарственных препаратов представлена в приложениях.

В лаборатории микроскопии мазка установлен самодельный вытяжной колпак без вентилятора, который направляет бы движение воздуха. Опытный и хорошо обученный врач работает на половину ставки. Как было сообщено группе, мероприятия по обеспечению качества (ОК) обычно проводятся ежеквартально, но иногда и раз в полгода. Во время визита протоколы ОК не были обнаружены.

Трое больных МЛУ-ТБ находились на лечении – приходили в учреждение 6 раз в неделю. Схемы их лечения не включали пиразинамид.

Члены группы беседовали с 2 пациентами. Один больной – новый случай заболевания, которому был поставлен диагноз ТБ, а впоследствии в Баку – диагноз МЛУ-ТБ. Теперь больной живет дома в своем районе. Для того чтобы добраться до пункта DOT на автобусе (2 азербайджанских маната), требуется 1 час. Больной хорошо переносит лечение, возможные контакты с больным ТБ неизвестны. Второй больной – случай повторного лечения, болен несколько лет (с 2003 г.). Больной несколько раз отрывался от лечения, поскольку не имеет денег, чтобы платить за лекарства. Сейчас больной является безработным, у него однокомнатная квартира, в которой он живет с тремя маленькими детьми и женой. Дети прошли скрининг и в течение определенного времени получали изониазид. Во время лечения больной перенес две операции (по поводу аппендицита и непроходимости ЖК тракта). Последние два месяца у больного отрицательные посевы, общая продолжительность лечения составляет 15 месяцев.

Здравпункт обслуживает население в 3800 человек. Медсестра проводит вакцинацию детей и выполняет другие медицинские обязанности. Когда поступают просьбы, она участвует в расследовании контактов больных ТБ, но обычно эту работу проводит СЭС. В 2012 г. был установлен контакт с 3 людьми, которых направили на скрининг. Медсестра не имеет информации о том, сколько случаев ТБ находится в селении.

Один больной получает лечение МЛУ-ТБ в селении и ежедневно приходит к медсестре, которая там работает. Для одного пациента выделена отдельная комната, лечение его еще находится в интенсивной фазе. В схему лечения включен Z. На месте лечения информация о бактериологическом статусе отсутствует. УФ лампу протирают, комната чистая, в наличии есть питьевая вода для пациентов. Никаких проблем отмечено не было.

Шемкир

Население в целом: 197 000.

Из них взрослых: 125 300.

Из них детей в возрасте 0-13 лет: 66 220.

Из них детей в возрасте 14-17 лет: 4 180.

В районе 11 больниц, из них 4 больницы расположены в городе, 3 – в селениях и 4 – в населенных пунктах меньше селений. Общее количество коечных мест: 559.

Амбулаторных учреждений: 37.

Здравпунктов (учреждение без врача): 32.

НПО в районе не работают. Районная администрация не оказывает какой-либо социальной поддержки больным. Тестирование на ВИЧ проводится в Баку (туда отправляют образец крови на исследование).

ТБ больница на 50 коек (без педиатрических коек). Ремонт запланирован на 2013 г., после чего в учреждении останется 40 коек. Больница двухэтажная. Первый этаж предназначен для амбулаторных больных и администрации, а второй этаж – для стационарных больных. На момент визита миссии в больнице находилось 7 пациентов. Все госпитализированные больные были бациллярными, размещение больных в соответствии со статусом их мазка не производилось. Естественная вентиляция осуществляется через открытые окна. Здание ветхое.

В целом сотрудники учреждения – люди молодого и среднего возраста. Все 9 врачебных ставок заняты. В учреждении 4 фтизиатра и 1 главный врач.

Общее число новых больных ТБ, зарегистрированных в 2011 г., составило 140, из них 67 имели положительный мазок мокроты.

Более подробные данные о регистрации были недоступны. Во время проведения миссии были подытожены данные о результатах лечения когорты больных, зарегистрированных в 2010 г. (табл. 2). Показатели смертности и безуспешного лечения были очень низкими как для новых случаев, так и для случаев повторного лечения. Показатель отрывов от лечения составил 18,2% среди новых случаев и

23,9% среди случаев повторного лечения. Также много переведенных случаев – 11,5% и 11,6% соответственно. Это могут быть в том числе и больные, оторвавшиеся от лечения. Интересно было отметить, что число случаев повторного лечения почти вдвое превышало число новых случаев. Могло ли это быть следствием регистрации хронических случаев и сезонного лечения? Разъяснения не были получены.

Двое больных МЛУ-ТБ находились на лечении с 2010 г. и 3 больных с 2011 г. Пункт DOT для больных МЛУ-ТБ был похож на такой же пункт в г. Товуз. Больные обычным ТБ посещают врача каждые 7–10 дней.

Таблица 2. Результаты лечения когорты больных, зарегистрированных в 2010 г.

Новые	Излечено	Леч. заверш.	Умерло	Без- усп.	Отрыв	Пере- вод	Всего	Усп. леч.	% Усп. леч.
1 кв.	5	20	0	0	5	3	33	25	75,8
2 кв.	1	18	0	1	9	5	34	19	55,9
3 кв.	4	18	0	1	6	5	34	22	64,7
4 кв.	2	32	0	2	7	4	47	34	72,3
Итого	12	88	0	4	27	17	148	100	67,6
			0%	2,7%	18,2%	11,5%			

Все	Излечено	Леч. заверш.	Умерло	Без- усп.	Отрыв	Пере- вод	Всего	Усп. леч.	% Усп. леч.
1 кв.	8	45	1	0	15	10	79	53	67,1
2 кв.	2	47	0	1	20	7	77	49	63,6
3 кв.	5	34	0	1	24	11	75	39	52,0
4 кв.	1	48	4	3	15	8	79	49	62,0
Итого	16	174	5	5	74	36	310	190	61,3
			1,6%	1,6%	23,9%	11,6%			

Гянджа

В городе есть противотуберкулезный диспансер и 3 пункта DOT.

Поликлиника 1, пункт DOT (посещен): 1 врач и 2 медсестры.

Поликлиника 2, пункт DOT: 2 врача, 3 медсестры.

Поликлиника 3, пункт DOT: 2 врача, 2 медсестры.

Кроме этого, есть 1 фтизиопедиатр, который работает в 4 детских поликлиниках.

В 2011 г. было зарегистрировано 311 пациентов: 189 новых (ММ (+) – 94, ММ (–) – 55, внелегочных- 40); 122 случая повторного лечения: 17 рецидивов, 82 – после безуспешного лечения и после отрыва, 23 – другие случаи.

В 2011 г. было 18 детей с ТБ (случаев МЛУ-ТБ не было).

Как было сообщено группе, в 2010 г. было зарегистрировано 333 случая ТБ, но результаты лечения были в наличии только по 284 случаям (табл. 3).

Как видно из полученных данных, в г. Гянджа имеются проблемы с учетом и отчетностью, что может быть связано с использованием традиционной системы учета и отчетности, которая была объединена с системой, рекомендованной на международном уровне. Регистрационные журналы 2012 г. для случаев ТБ имеют поля для учета результатов посевов и ТЛЧ, но их не заполняют.

Противотуберкулезный диспансер в г. Гянджа обслуживает территорию с населением около 800 000 человек (320 000 проживает в городе, из них 102 000 – дети в возрасте до 18 лет, и в дополнение 6 районов). Диспансер двухэтажный, всего на 70 коек.

Косметические ремонтные работы проводились на втором этаже. Во время посещения учреждения в нем находилось 90 пациентов. Административные меры инфекционного контроля – план ИК отсутствует, ответственного за его выполнение нет. В диспансере существует два отсека: для больных ММ (+) и для больных ММ (–), но дверь между этими отсеками была открыта. Проветривание происходит через открытые окна, УФ лампы есть в наличии в некоторых местах, но их недостаточно. Респираторы в наличии есть.

Первый этаж в очень плохом состоянии – сейчас он пустует. Раньше там находился пункт DOT, он также служил домом для нескольких бездомных больных ТБ, которые раньше были здесь пациентами.

В учреждении работает 8 врачей, 1 врач-лаборант, 1 главный врач и 28 медсестер. Три ставки лаборантов вакантны. Лаборатория делает мазки также и для пенитенциарной системы.

Подробная информация о лаборатории микроскопии мазка и лекарственных поставках представлена в приложении.

Посевная лаборатория была построена Министерством здравоохранения. Стандартный план посевной лаборатории был представлен МЗ лабораторным консультантом МККК. Однако несколько недель назад консультант FIND из НРЛ проводил оценку лаборатории и составил список выявленных проблем, который включал работающую ненадлежащим образом вентиляцию, отсутствие воды в большинстве помещений, щели под дверями и т. д. Эти проблемы необходимо разрешить до того, как будет установлено оборудование, приобретенное несколько лет назад Германским банком развития (KfW). Мебель будет предоставлена муниципалитетом г. Гянджа. В этой лаборатории планируют установить один аппарат GeneXpert.

Как было сообщено группе, мокрота приблизительно 60% легочных больных ТБ направляется в НРЛ для посевов и ТЛЧ, но фактические данные не были доступны.

По информации, полученной группой, все больные ТБ проходят тестирование на ВИЧ, но цифры не были доступны. Забор крови происходит в противотуберкулезном диспансере, но тесты проводят в Городском центре борьбы с ВИЧ/СПИД. Определение уровня CD4-клеток осуществляется в Баку, результаты предоставляются врачам-фтизиатрам, но лечение ВИЧ тем не менее проводит Центр борьбы с ВИЧ/СПИД. В настоящее время в г. Гянджа есть три пациента с диагнозом сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ. Все ВИЧ-положительные больные в регионе направляются в этот противотуберкулезный диспансер на скрининг ТБ. Профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) не применяется.

За время визита был подведен итог результатов лечения за 2010 г. (табл. 3). Случаев безуспешного лечения почти нет, хотя на лечении находилось 11 больных МЛУ-ТБ, один из них в Баку. Показатель отрывов от лечения относительно высок, но реалистичен, принимая во внимание обстоятельства.

С 2008 г. диагноз МЛУ-ТБ был поставлен 47 пациентам, из них 4 умерло, 3 – хронические случаи без лечения, 3 больных оторвалось от лечения и 11 – на лечении, остальные 26 стоят в очереди на получение лечения.

Социальная поддержка оказывается только больным МЛУ-ТБ (50 азербайджанских манатов в месяц на проезд в транспорте).

Таблица 3. Результаты лечения когорты больных, зарегистрированных в 2010 г.

Новые ММ+	Излечено	Леч. заверш.	Умерло	Без-усп.	Отрыв	Перевод	Всего	Усп. леч.	% Усп. леч.
1 кв.	18				2		20	18	90,0
2 кв.	6				2		8	6	75,0
3 кв.	9				2		11	9	81,8
4 кв.	7				1		8	7	87,5
Итого	40	0	0	0	7	0	47	40	85,1
					14,9%				
Новые М-									
1 кв.		30			2		32	30	93,8
2 кв.		21			4		25	21	84,0
3 кв.		16			3		19	16	84,2
4 кв.		27			13		40	27	67,5
Итого	0	94	0	0	22	0	116	94	81,0
					19,0%				
Внелегочные									
1 кв.		33			2		35	33	94,3
2 кв.		18			3		21	18	85,7
3 кв.		27			0		27	27	100,0
4 кв.		21			0		21	21	100,0
Итого	0	99	0	0	5	0	104	99	95,2
					4,8%				
Повт. лечение									
Всего	0	51	0	1	8	0	60	51	85,0
					1,7%	13,3%			

Пункты DOT в поликлинике № 1

Пунктов DOT было 2, один для больных МЛУ-ТБ (6 пациентов) и один для больных с обычным ТБ; этот пункт DOT служит также кабинетом, в котором принимает врач-фтизиатр. По словам врача, она проводит 1-3 консультации в день, и большую часть времени принимает больных с обычным ТБ, которые приходят для того, чтобы забрать следующую порцию лекарств. Ее выдают больным на руки на 10 дней. В настоящее время на лечении находится 26 больных обычным ТБ.

Больные МЛУ-ТБ приходят в пункт DOT 6 дней в неделю. Из 6 больных МЛУ-ТБ 4 не получали фторхинолон. Было сказано, что этот препарат используют, но для лечения лишь одного больного. Фторхинолон отсутствовал также и в коробке с лекарствами. В схемах происходили замены Lfx на Mfx и наоборот, а также Sm на Am и наоборот (в зависимости от наличия лекарственных препаратов). Z в схеме был. Lfx недавно был заменен на Mfx. Не имелось возможности соотнести продолжительность использования инъекционных препаратов с результатами посевов, поскольку документы с этой информацией в пункте DOT отсутствовали.

ПАСК находился в комнате при комнатной температуре, но группе было сообщено, что препараты перенесли туда только перед визитом миссии.

**Таблица 4. Районы обслуживания координатора МЛУ-ТБ,
сопровождающего группу 2 (источник: местные муниципалитеты)**

Район	Население	Количество
Актафа	Все население	82 167
	Из них взрослых	62 607
	Из них детей в возрасте 0–13 лет	14 541
	Из них детей в возрасте 14–17 лет	5 019
Дашкесан	Все население	33 184
	Из них взрослых	25 131
	Из них детей в возрасте 0–13 лет	6 636
	Из них детей в возрасте 14–17 лет	1 417
Шамкир	Все население	197 000
	Из них взрослых	125 300
	Из них детей в возрасте 0–13 лет	66 220
	Из них детей в возрасте 14–17 лет	4 180
Товуз	Все население	162 791
	Из них взрослых	118 084
	Из них детей в возрасте 0–13 лет	32 999
	Из них детей в возрасте 14–17 лет	11 708
Казах	Все население	91 491
	Из них взрослых	64 693
	Из них детей в возрасте 0–13 лет	21 130
	Из них детей в возрасте 14-17 лет	5 668
Кедабек	Все население	94 500
	Из них взрослых	67 211
	Из них детей в возрасте 0–13 лет	18 400
	Из них детей в возрасте 14–17 лет	8 889

Посещение г. Закаталы, Шеки

Всем пациентам в больницах предоставляют полноценные услуги диагностики и лечения. Охват детей вакцинацией БЦЖ составляет 95–98%. Обеспечение детей лекарствами регулярное. Некоторые дозировки назначенных лекарственных препаратов (в г. Закаталы) не полностью соответствует последним рекомендациям ВОЗ. Профилактическое лечение изониазидом проводится в течение 3 месяцев в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Реакция Манту (тест ППД с 2 ТЕ) регулярно проводится всем детям школьного возраста. Скрининг контактов среди членов семей (что касается детей) больных ТБ проводится должным образом с использованием наблюдений и активного скрининга (реакция Манту, массовая мини-радиография, лабораторные исследования мокроты).

Все больные с лекарственно-чувствительным ТБ в первой фазе получают лечение в стационаре вне зависимости от клинических/социальных или других показаний.

Пациенты получают препараты первого ряда независимо от результатов ТЛЧ, а на получение препаратов второго ряда зарегистрированы в списке ожидания.

ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ РЕГИСТРАЦИОННЫХ ЖУРНАЛОВ ТБ-4 ЗА 1 КВАРТАЛ 2012 г.

Закаталы	Цель исследований			
	Всего	Диагностические	Контроль химиотерапии	Статус неизвестен
Число обследованных пациентов	110	22	88	–
Количество сделанных мазков	212	41	171	–
Число больных КУМ (+)	9	0	9	–
Количество мазков КУМ (+)	19	0	19	–

Рабочая нагрузка лабораторий: $212/1 \text{ лаборант} * 66 = 3$ (ориентир 2–22).

Показатель диагностических исследований с положительным результатом: $0/22 = 0$.

Контрольный показатель положительных результатов: $9/88 = 11\%$.

Мазки из расчета на диагностического пациента: $41/22 = 1,9$ (ориентир 2,5–3).

Мазки из расчета на контрольного пациенты: $171/88 = 1,9$ (ориентир 1,5–2).

Шеки	Цель исследований			
	Всего	Диагностические	Контроль химиотерапии	Статус неизвестен
Число обследованных пациентов	120	67	53	–
Количество сделанных мазков	305	199	106	–
Число больных КУМ (+)	4	2	2	–
Количество мазков КУМ (+)	8	4	4	–

Рабочая нагрузка лабораторий: $305/2 \text{ лаборанта} * 66 = 2$ (ориентир 2–22).

Показатель диагностических исследований с положительным результатом: $2/67 = 3\%$.

Контрольный показатель положительных результатов: $2/53 = 4\%$.

Мазки из расчета на диагностического пациента: $199/67 = 3$ (ориентир 2,5–3).

Мазки из расчета на контрольного пациента: $106/53 = 2$ (ориентир 1,5–2).

Показатель регистрации случаев: 1 квартал 2012 г.

Закаталы, КУМ (+) больные легочным ТБ составляют 27% от всех легочных (ориентир >65%). Новые КУМ (+) легочные больные ТБ составляют 0,25 (ориентир 1) всех других новых случаев ТБ.

Шеки, те же показатели: 13,5% и 0,2.

Шамкир, те же показатели: 19% и 0,26.

Мониторинг результатов лечения для новых больных КУМ (+), 1 кв. 2011 г.

Закаталы: 100% излечено (2 случая).

Шеки: 86% излечено (6 случаев), 14% умерло (1 случай).

Шамкир: 50% излечено (4 случая), 50% переведено (4 случая).

Товуз: 100% излечено (4 случая).

Мониторинг результатов лечения для случаев повторного лечения КУМ (+), 1 кв. 2011 г.

Закаталы: 50% умерло (1 случай), 50% безуспешное лечение (1 случай).

Шамкир: 50% излечено (2 случая), 25% умерло (1 случай), 25% отрывов от лечения (1 случай).

Отчет о посещении специального лечебного учреждения для лиц с ТБ, содержащихся под стражей, Министерство юстиции

Специальное лечебное учреждение для лиц с ТБ, содержащихся под стражей, было основано в 1995 г., когда МККК начал проект по ТБ в тюрьмах Азербайджана. За период с 1995 по 1998 г. МККК занимался практической реализацией проекта DOTS в центральной пенитенциарной больнице (ЦПБ). С 1999 г. и далее МККК постепенно сокращал объемы выполняемой им замещающей работы, при этом сосредотачивая все больше внимания на развитии кадрового потенциала и оказании технической помощи. С 2011 г. МККК вышел из проекта по ТБ. В 2009 г. Министерство юстиции успешно подало заявку в Глобальный фонд, и с 2010 г. началась реализация гранта. Главным реципиентом является Министерство юстиции. В настоящее время специальное лечебное учреждение пенитенциарной службы собирает для лечения всех заключенных со всеми формами ТБ.

Данное лечебное учреждение включает:

- 1) диагностическое отделение (с двумя отсеками для больных с чувствительным ТБ и М/ШЛУ-ТБ);
- 2) отделение для больных с лекарственно-чувствительным ТБ (с отдельным содержанием больных КУМ (+) и КУМ (-) и больных в фазе 1 и 2);
- 3) отделение М/ШЛУ-ТБ (с отдельным крылом для ШЛУ-ТБ);
- 4) лабораторное отделение (в том числе бактериологическая лаборатория и биохимическая лаборатория);
- 5) рентгенологическое отделение (с цифровым рентгеновским аппаратом);
- 6) отделение для женщин (с разделением на группы больных в фазе 1 и фазе 2 и больных с М/ШЛУ-ТБ);
- 7) отделение СИЗО (с подразделениями для групп больных КУМ (+) и КУМ (-) и больных на фазе 1 и фазе 2 и камерами для больных с М/ШЛУ-ТБ);
- 8) отделение строгого режима содержания (с подразделениями для групп больных КУМ (+) и КУМ (-) и больных в фазе 1 и фазе 2, а также с камерами для больных с М/ШЛУ-ТБ);
- 9) фармацевтический отдел (аптека и аптечный склад).

При каждом отделении есть внутренний дворик, отделенный от других таким образом, что группы заключенных с разным ТБ статусом не перемешиваются.

Лаборатория учреждения расположена на 3 этаже. Здесь проводятся все манипуляции для посевов и ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда для всех заключенных с ТБ и лиц с подозрением на ТБ из учреждений пенитенциарной системы. В лаборатории используют самые современные методы, рекомендованные ВОЗ и полностью соответствующие стандартам ВОЗ.

При специальном лечебном учреждении для лиц с ТБ, содержащихся под стражей, есть учебный центр, в котором проходят различные тренинги по ТБ, М/ШЛУ-ТБ, инфекционному контролю и ведению случаев ТБ в пенитенциарных учреждениях для сотрудников МЮ и участников из других стран. Учебные программы и содержание обучающих курсов полностью соответствуют модулям и рекомендациям ВОЗ.

Диагностика ТБ (и ТБ/ВИЧ), проведение лечения и оказание ухода полностью соответствуют рекомендациям ВОЗ. Ни один из опрошенных пациентов не сообщил о неэтичном поведении или дискриминации со стороны сотрудников. Усилия МЮ привели к снижению показателей смертности (в 26 раз ниже по сравнению с 1995 г.), заболеваемости и распространенности ТБ.

В настоящее время это специальное учреждение МЮ является уникальным центром передового опыта борьбы с ТБ в пенитенциарной системе. МЮ Азербайджанской Республики выражает желание поднять статус учебного центра до уровня сотрудничающего центра ВОЗ.

Основные рекомендации

К концу 2013 г. привести в соответствие работу учебного центра МЮ и поднять его до уровня сотрудничающего центра ВОЗ.

К концу 2013 г. построить отдельное стоящее здание новой современной лаборатории.

Другие рекомендации

Шире делиться опытом борьбы с ТБ в пенитенциарной системе.

Посещение Противотуберкулезного диспансера № 6 для больных МЛУ-ТБ

Члены группы:

Бхавна Пател, АМР

Екатерина Курбатова, ЦКЗ

Кай Блэндал, КЗС

Саманта Хаффман, ГФ

В сопровождении представителя НПТ Азиза Мусаева (руководитель комиссии по МЛУ-ТБ)

Диспансер работает на всю страну и является единственным стационарным учреждением для лечения больных МЛУ-ТБ.

Стационар рассчитан на 90 коек, но фактическое число коек составляло 78. В стационаре находилось 69 больных.

В диспансере три этажа. 1 этаж – администрация, рентгенологический кабинет (цифровой рентген), объединенная лаборатория микроскопии и биохимическая лаборатория, аптека, столовая для больных с отрицательным мазком мокроты. 2 этаж – отделение для больных с отрицательным мазком мокроты. Кабинеты сотрудников находятся за пределами отделения. 3 этаж – отделение для больных с положительным мазком мокроты, кабинеты сотрудников находятся за пределами отделения.

Здание оснащено механической вентиляцией, но количество воздухообменов сотрудникам было неизвестно, и работа вентиляции не проверяется. Сотрудники носят респираторы; тест на плотность прилегания респираторов не проводился. Респираторы, выданные группе, не очень хорошо подходили ее участникам. Двери в отделении для больных с положительным мазком мокроты были открыты, и больные проводили время в коридоре. УФ лампы были в наличии в лаборатории и в процедурной.

Всего в диспансере работает 12 врачей (в том числе 6 фтизиатров) на 19 ставках и 24 медсестры на 48 ставках.

Среди врачей – один врач-лаборант (3 ставки) и среди медсестер – 7 лаборантов (10 ставок).

Аптека была в порядке. Препараты второго ряда распределяются ежемесячно на основании ежемесячных заявок, а количество препаратов определяется из расчета на пациента на два месяца лечения. Учет запасов компьютеризирован.

Препараты первого ряда получают от ЦИС. Заявку размещают раз в год, а препараты распределяют ежеквартально приблизительно с 30%-ным резервным запасом. В наличии были следующие препараты от ЦИС: Н, Е, Z. Учетные записи о запасах и т. п. ведутся на бумажном носителе. Все показанные группе лекарственные препараты имели нормальный срок годности.

Госпитализация больных в стационар производится на основании решения комиссии по МЛУ-ТБ. Используются следующие критерии для госпитализации (установка, не изложенная в письменной форме): сочетанные заболевания, отсутствие возможности находиться дома вследствие контагиозности (наличие дома маленьких детей, отсутствие отдельной спальни), экстренные ситуации.

Критерии для выписки: негативация мокроты, стабильное состояние. Однако, по наблюдениям, больные в отделении для случаев с отрицательным мазком мокроты находились на лечении более 6 месяцев. Средняя продолжительность госпитализации составила 6 месяцев.

Всего госпитализируется примерно 25% больных МЛУ-ТБ. Оборот пациентов в стационаре составил приблизительно 150 больных в год.

Комиссия по МЛУ-ТБ рекомендует схемы лечения. Всего группа оценки рассмотрела 42 из 69 случаев. Стандартная схема лечения (Km/Cm, Lfx/Mfx, Pto, Cs, PAS, Z) применялась у всех больных. Как было сказано, применение инъекционного препарата продолжалось как минимум до получения 4 отрицательных посевов, но не менее 8 месяцев – в соответствии с рекомендациями ВОЗ от 2011 г. На самом деле инъекционный препарат иногда оставался в схеме дольше, чем требуется, – в 3 случаях из 42

инъекционный препарат оставался в схеме почти год, даже при сохраненной чувствительности к фторхинолону и инъекционным препаратам и при посевах, которые имели отрицательные результаты более 4 раз. Среди рассмотренных случаев было 10 больных ШЛУ-ТБ (23,8%), все они получали Mfx и Ст. Использование инъекционного препарата у этих больных было уместным, т. к. ни у кого из них еще не произошла негативация. Из них 3 находились на лечении приблизительно год. Дозировка препаратов была скорректирована соответственно массе тела.

По наблюдениям, НРЛ сообщает пограничные результаты ТЛЧ. Этот вопрос нужно обсудить с НРЛ, поскольку это сбивает с толку клиницистов.

В случае возникновения каких-либо проблем врачи могут изменить схему лечения и представить случай на рассмотрение комиссии по МЛУ-ТБ. В случае возникновения побочных эффектов они также могут отменить прием препаратов больным / прервать лечение на короткое время. Лечение побочных эффектов было правильным, побочные эффекты регистрируются.

Главный врач прошел обучение в Эстонии, которое было посвящено ведению случаев МЛУ-ТБ. Он также входит в состав комиссии по МЛУ-ТБ.

Посещение ТБ отделения в Научно-исследовательском институте легочных заболеваний (НИИЛЗ)

Члены группы:

Кай Блэндал, КЗС

В сопровождении представителя НПТ Азиза Мусаева (руководитель комиссии по МЛУ-ТБ)

В отделении 50 коек, фактическое количество пациентов в отделении – 48. Отделению требуется ремонт. Больные с положительным и отрицательным результатом мазка мокроты не разделены по разным палатам. На момент визита не было возможности получить данные о доле больных с положительным мазком мокроты.

Вентиляция осуществляется через открытые окна; УФ лампы есть только в процедурной; сотрудники обеспечены противоаэрозольными респираторами.

В отделении работают 3 врача и 1 заведующий.

Пациентов направляют в это отделение с амбулаторного приема в НИИЛЗ.

Быстрые ТЛЧ для разделения случаев по результатам чувствительности не проводятся. Обычно мокроту собирают для традиционных исследований мазка и посева.

Новым и повторным случаям лечения назначают HREZ + инъекционный препарат. Из 36 рассмотренных случаев 8 (22,2%) получали Km вместо S. Модель лекарственной устойчивости была неизвестна, и Km добавляли к схеме на основании данных о предшествующем использовании этого препарата.

Рассмотреть вопрос о проведении быстрых тестов на устойчивость к R для диагностики лекарственно-устойчивого ТБ, по крайней мере, среди больных с положительным результатом мазка мокроты на момент госпитализации. Это особенно важно для быстрой изоляции больных ЛУ-ТБ, поскольку меры инфекционного контроля, включающие отделение группы больных ЛУ-ТБ от остальных пациентов, не осуществлялись. Кроме того, чем раньше будет поставлен диагноз, тем раньше будет начато лечение.

Приложение XII

Библиография

1. Агаев, Ф.Ф. Молекулярно-генетические и бактериологические методы диагностики *m. Tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью [Текст] / Ф.Ф. Агаев, К.А. Алиев, Н.А. Салимова, Р.М. Абузаров, И.А. Газымов, Д.А. Грядунов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 9. – С.32-35. – PMID: 19886013.
2. Агаев, Ф.Ф. Актуальность персональных компьютеризированных баз данных для анализа эпидемиологических показателей в Азербайджане [Текст] / Ф.Ф. Агаев, И.М. Ахундова, И.А. Газумов, Р.М. Абузаров, Н.Ф. Алиханова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 7. – С. 24-28. – PMID: 19697852.
3. Ахундова, И.М. Больные с сочетанной инфекцией туберкулеза и гепатита В и С как особый клинический контингент больных [Текст] / И.М. Ахундова, М.К. Мамедов, А.Е. Дадашева, Н.Р. Рзаева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2011. – № 8.
4. Саттарова, Н.Н. Клинические и морфологические признаки туберкулеза периферических лимфатических узлов [Текст на русск. яз.] / Н.Н. Саттарова, Ф.Ф. Агаев // Georgian Med News. – 2009. – Sep. – № 174. – P. 36-39. – PMID: 19801728.
5. A multisite assessment of the quantitative capabilities of the Xpert MTB/RIF assay [Text] / R. Blakemore, P. Nabeta, A.L. Davidow et al. // Am J Respir Crit Care Med. – 2011. – Nov. – № 184 (9). – P.1076-1084. – PMID: 21836139.
6. Azerbaijan National Tuberculosis Strategy 2011-2015.
7. Blondal, K. Green Light Committee. Monitoring and Evaluation Visit Report [Text]. – 2010.
8. Feasibility, diagnostic accuracy, and effectiveness of decentralised use of the Xpert MTB/RIF test for diagnosis of tuberculosis and multidrug resistance: a multicentre implementation study [Text] / C.C. Boehme, M.P. Nicol, P. Nabeta et al. // Lancet. – 2011. – Apr 30. – № 377 (9776). – P. 1495-1505. – PMID: 21507477.
9. Global Tuberculosis Report 2011. [Text] / M. Raviglione, K. Floyd, A. Baddeley et al. – World Health Organization, Geneva. – 2011 (WHO/HTM/TB/2011.16).
10. Ibrahimov, F. Azerbaijan: Health system review [Text] / F. Ibrahimov, A. Ibrahimova, J. Kehler, E. Richardson // Health Systems in Transition. – 2010. – № 12 (3). – P. 1–117.
11. Mamedov, M.K. Epidemiologic peculiarities of infections caused by the hepatitis B and C viruses among lung tuberculosis patients [Text Russian] / M.K. Mamedov, N.R. Rzaeva, A.E. Dadasheva // Georgian Med News. – 2010. – Sep. – № 186. – P. 42-46. – PMID: 20972275.
12. Clinical protocol on identification of TB / Ministry of Health of Azerbaijan Republic, The Public Health and Reform Center. – Baku. – 2010. – 55.4. – V. 59.
13. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance [Text] / C.C. Boehme, P. Nabeta, D. Hillemann et al. // N Engl J Med. – 2010. – Sep. 9. – № 363 (11). – P. 1005-1015. – PMID: 20825313.
14. Ridderhof, J. External Quality Assessment for AFB smear microscopy [Text] / J. Ridderhof, R. Humes, F. Boulahbal. – APHL, CDC, IUATLD, RIT, WHO. – 2002.
15. State Statistical Committee of AR. Azerbaijani Health Sector. Statistical Yearbook. – Baku : State Statistical Committee of Azerbaijani Republic, 2011.
16. World Bank. Azerbaijan: Living Conditions Assessment Report. Human Development Sector Unit / Europe and Central Asia Region. – 2010. – March 1. – Report No. 52801-AZ.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и 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
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int