



ТУБЕРКУЛЕЗ

Информационный бюллетень

15 декабря 2016 г.
Женева, Швейцария

Содержание

I.	Введение	3
	01 Цель документа.....	3
	02 Основные положения	3
	03 Составление объединенных программ и интеграция программ	5
II.	Глобальный обзор: прогресс и проблемы в области борьбы против туберкулеза	8
	04 Текущая ситуация с глобальной эпидемией туберкулеза.....	8
	05 Глобальные проблемы.....	10
	06 Ситуация с финансированием.....	12
	07 Стратегия «Положить конец эпидемии туберкулеза» и глобальный план прекращения эпидемии туберкулеза	12
III.	Новая стратегия Глобального фонда	14
	08 Опыт, накопленный в ходе первого цикла финансирования на основе выделенных ресурсов.....	14
	09 Стратегические задачи Глобального фонда.....	14
IV.	Реализация нормативного руководства в запросе на предоставление финансирования	16
	10 Приоритизация.....	16
	11 Эффективность использования выделенных ресурсов	16
	12 Качество программ и данных	18
	13 Важнейшие области в запросах на финансирование со стороны Глобального фонда	18
	14 Техническая поддержка и укрепление потенциала.....	22
	15 Национальные стратегические планы.....	23
V.	Основные справочные материалы	25
VI.	Список сокращений	27
	Приложение 1. Первые 10 приоритетных (не ранжированных) показателей для мониторинга реализации стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза» на глобальном и национальных уровнях с целевыми уровнями, рекомендованными для применения всеми странами.....	28

I. Введение

01 Цель документа

Цель настоящего Информационного бюллетеня заключается в предоставлении кандидатам рекомендаций в отношении выбора приоритетных направлений инвестирования средств в целях прекращения эпидемии туберкулеза (ТБ). Его следует использовать при составлении представляемого в Глобальный фонд запроса на финансирование. Он направлен на поощрение стратегических инвестиций, а именно инвестирования средств в основные виды деятельности, которые смогут оказать наибольшее воздействие, в том числе на основные затронутые группы населения. Поэтому Информационный бюллетень содержит рекомендации по установлению приоритетов целевых показателей для мероприятий по борьбе против туберкулеза, способствующих достижению наибольшего воздействия, с учетом особенностей эпидемии туберкулеза в стране (лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого), существующих препятствий в доступе к услугам в связи с ТБ и ситуации с национальной системой здравоохранения. Информационный бюллетень может оказаться эффективным инструментом для стран, составляющим или пересматривающим национальные стратегические планы (НСП) по борьбе против туберкулеза, и будет в особенности полезен при проведении странового диалога и составлении запросов на финансирование со стороны Глобального фонда.

Информационный бюллетень содержит краткое изложение новой стратегии Глобального фонда, опыта, накопленного в ходе первого цикла финансирования на основе выделения ресурсов, приоритетных направлений профилактики ТБ, реализации программ по уходу и лечению и включает рекомендации по определению или выявлению основных затронутых или уязвимых к туберкулезу групп населения и выбору приоритетных с точки зрения достижения наибольшего воздействия мероприятий по ТБ. Он составлен в дополнение к другим руководствам и инструментам стратегического планирования и подготовки мероприятий по борьбе с ТБ, в том числе стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза» ([End TB Strategy](#)), руководству по существенным условиям реализации стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза» ([Implementing the End TB Strategy: the essentials](#)) и Глобальному плану «Остановить туберкулез: сдвиг парадигмы в 2016-2020 годах» ([Global Plan to End TB: The Paradigm Shift 2016-2020](#)).

02 Основные положения

1. Поиск «неучтенных» миллионов

Из более чем 10,4 миллиона человек, ежегодно болеющих туберкулезом, у более чем 4,3 миллиона он не диагностируется, не лечится и официально не учитывается в национальных программах борьбы с туберкулезом (НПБТ). Вызывают беспокойство цифры, касающиеся заболеваемости лекарственно-устойчивой формой туберкулеза (ЛУ-ТБ), согласно которым ежегодно 80% случаев заболевания ЛУ-ТБ не учитываются. В совокупности эти «неучтенные» миллионы свидетельствуют о неуспехе глобальной системы здравоохранения и указывают на приоритетное направление глобальных мер по борьбе с туберкулезом. Эпидемия туберкулеза не может быть прекращена, если эти неучтенные люди с ТБ не будут охвачены и проинформированы, а их заболевание – диагностировано и пролечено. Для достижения этой цели следует устранить препятствия доступу к услугам по лечению ТБ и обеспечить предоставление и доступность качественных услуг при ТБ для всех, в частности для общин и групп населения, наиболее затронутых туберкулезом. Для охвата неучтенных пациентов и прекращения эпидемии ТБ необходимо, параллельно с активизацией использования существующих инструментов и услуг, заниматься разработкой новых, инновационных подходов и инструментов, в том числе инновационных способов взаимодействия со всеми поставщиками медицинских услуг.

2. Достижение максимального воздействия в борьбе с туберкулезом

Глобальный фонд будет финансировать и поощрять безотлагательное расширение масштабов усилий по проведению диагностики, профилактики и лечения, а также выполнение программ, направленных на устранение препятствий доступу, уделяя наибольшее внимание инвестированию в районы и группы населения, несущие наиболее тяжелое бремя болезни, одновременно активизируя усилия в районах, в которых отмечается нарастание эпидемии. Инвестиции будут осуществляться в научно-обоснованные мероприятия, разработанные с учетом эпидемиологических данных и проводимые с

безусловной приверженностью защите и поощрению прав человека с акцентом на охват неучтенных пациентов. Кроме того, внимание будет уделяться достижению четких и измеримых результатов и осуществлению мероприятий, направленных на достижение максимально возможного воздействия и способных его обеспечить.

3. Создание жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья людей

Повышение внимания к жизнеспособным и устойчивым системам для сохранения здоровья людей позволит добиться лучших результатов в борьбе против трех заболеваний и за укрепление здоровья людей в целом, а также повысит уровень финансовой независимости и справедливости, способствуя достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Сюда же относятся содействие реализации и укрепление ответных мер на уровне общин и сообществ с обеспечением участия затронутых общин в процессах принятия решений.

4. Необходимость поощрения и защиты прав человека и гендерного равенства для ускорения прекращения трех эпидемий

Поощрение и защита прав человека и гендерного равенства в контексте борьбы с тремя заболеваниями являются одним из основных принципов стратегии Глобального фонда на 2017-2022 годы, озаглавленной «Инвестировать в целях прекращения эпидемий». Кроме того, политика Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования предполагает, что запросы на финансирование должны включать, в зависимости от обстоятельств, мероприятия, отвечающие потребностям основных затронутых и уязвимых групп населения, направленные на устранение препятствий и преодоление уязвимости доступу к услугам, обусловленных нарушением прав человека и гендерным неравенством.

Эффективные меры по борьбе с заболеванием ослабляются обусловленными нарушением прав человека препятствиями доступу к услугам в связи с ТБ, в том числе стигмой и дискриминацией. Таким образом важное значение для обеспечения наличия и доступности качественных услуг при ТБ для всех, в частности основных затронутых и уязвимых групп населения, имеет устранение препятствий, обусловленных нарушением прав человека и гендерным неравенством, с помощью конкретных программ и путем их составления с учетом гендерных факторов и прав человека.

5. Повышение качества программ

Основным компонентом стратегии Глобального фонда на 2017-2022 годы является повышение качества программ. Для максимального повышения и поддержания воздействия важно сосредоточивать внимание на качестве путем расширения охвата услугами. Страны могут добиться повышения воздействия в борьбе с туберкулезом, расширяя масштабы апробированных мероприятий и продвигая инновационные, ориентированные на человека методы повышения качества. Для достижения желаемых результатов в здравоохранении медицинские услуги должны быть безопасными, действенными, своевременными, эффективными, беспристрастными и ориентированными на человека (шесть компонентов качества оказания помощи). Персонал, занимающийся предоставлением услуг в связи с ТБ, должен иметь возможность доступа к особым подверженным повышенному риску группам населения, таким, например, как люди, живущие с ВИЧ, заключенные и лица, живущие в условиях перенаселенности и крайней нищеты.

6. Использование данных для осуществления действий

Для накопления и повышения качества данных, их анализа и использования в процессе принятия стратегических решений, обеспечения потенциала для более четкой целевой ориентации программ, повышения качества и эффективности инвестиций необходимы постоянные систематические усилия и долгосрочные инвестиции в системы регулярного сбора данных.

7. Поддержка мер по увеличению объема программных и финансовых ресурсов из различных источников для ускорения прекращения эпидемии

Для успешного расширения охвата мерами борьбы с тремя заболеваниями необходима мобилизация дополнительных ресурсов. Наиболее важным фактором является увеличение внутренних инвестиций в сохранение здоровья населения, в чем для большинства стран заключается устойчивое будущее функционирования систем финансирования здравоохранения.

8. Сложные оперативные условия

Сложные оперативные условия (СОУ) являются одной из основных областей, которой уделяется особое внимание Глобальным фондом и стратегией Глобального фонда на 2017-2022 годы, ориентированной на повышение эффективности инвестиций Глобального фонда на основе увеличения гибкости, поддержки инноваций и укрепления партнерств в целях повышения эффективности инвестиций в здравоохранение и расширения охвата основных затронутых групп населения. Кандидатам, находящимся в сложных оперативных условиях, следует ознакомиться с документом «Примечания к оперативной политике в отношении сложных оперативных условий» ([Operational Policy Note on Challenging Operating Environments](#); готовится к публикации), содержащему руководящие указания по доступу к финансированию и управлению грантами.

9. Дифференциация подходов/ ответных мер

Важное значение для ускорения прекращения эпидемий имеют инновационные подходы к учету различных эпидемиологических условий. Успешное привлечение основных партнеров во все более различающихся условиях влечет необходимость уделять больше внимания созданию более гибкого и предсказуемого механизма распределения ресурсов, а также дифференцировать подходы, учитывающие эпидемиологическую ситуацию, что позволит проводить целенаправленные мероприятия, ориентированные на конкретные группы населения, в целях обеспечения максимального воздействия.

03 Составление объединенных программ и интеграция программ

Составление объединенных программ позволит добиваться более целенаправленного использования ресурсов, расширения охвата услугами и повышения их эффективности и действенности, качества и устойчивости.

Составление объединенных программ борьбы против туберкулеза и ВИЧ

Для оптимизации инвестирования в программы борьбы с ТБ и ВИЧ и обеспечения максимального взаимодействия между этими программами в целях улучшения состояния здоровья населения **страны с высоким уровнем коинфекции ТБ и ВИЧ¹ должны представлять единый запрос** на финансирование, содержащий комплексные согласованные программы по этим двум заболеваниям. Соответствующие запросы на финансирование должны содержать перечень включаемых в приоритетном порядке в программы борьбы с ТБ и ВИЧ высокоэффективных мероприятий и видов деятельности (в том числе комплексных мер борьбы с ТБ/ВИЧ), а также подробное описание порядка совместной реализации этих программ для снижения бремени коинфекции ТБ/ВИЧ. Странам, составляющим единые запросы на финансирование программ по ТБ/ВИЧ, следует также учитывать основные ограничения, существующие в системе здравоохранения и препятствующие успешной реализации программ борьбы с ТБ и ВИЧ, а также другие межсекторальные аспекты комплексных программ борьбы с коинфекцией ТБ/ВИЧ.

Целью объединенной программы борьбы с коинфекцией ТБ/ВИЧ является обеспечение максимальной эффективности инвестиций Глобального фонда и других инвестиций для достижения лучших результатов борьбы с заболеваниями. Эти программы потребуют финансирования комплексных мер, таких как создание жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья, устранение

¹ В число 28 стран с высоким бременем ТБ/ВИЧ, имеющих право на получение финансовой поддержки со стороны Глобального фонда, входят: Ангола, Ботсвана, Гана, Гвинея-Биссау, Демократическая Республика Конго, Замбия, Зимбабве, Индия, Индонезия, Камерун, Кения, Конго, Лесото, Либерия, Малави, Мозамбик, Мьянма, Намибия, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Папуа-Новая Гвинея, Свазиленд, Таиланд, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Эфиопия и Южно-Африканская Республика.

обусловленных несоблюдением прав человека и гендерным неравенством препятствий предоставлению услуг при ТБ и ВИЧ, эффективное использование информационных систем здравоохранения, медицинского персонала и медицинских изделий в ходе целенаправленного расширения охвата комплексными услугами при ТБ и ВИЧ. Составление объединенных программ способствует более целенаправленному использованию ресурсов и гармонизации усилий, направленных на повышение эффективности и действенности, качества и устойчивости программ. Особое внимание следует уделять повышению эффективности посредством совместного управления программой и обеспечения последовательного взаимодействия внутри стран в рамках программ по заболеваниям на этапах составления запросов на финансирование, реализации и мониторинга грантов и инвестирования в качественные системы данных. Кроме того, настоятельно рекомендуется поощрять комплексное планирование и составление бюджетов программ, разработку объединенных видов деятельности и распределение ресурсов между программами по заболеваниям.

Составление объединенных программ дает возможность расширять предоставление основных услуг лицам, инфицированным ТБ, ВИЧ и ТБ/ВИЧ, в том числе осуществлять регулярный скрининг людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), на наличие у них ТБ, тестирование на ВИЧ пациентов и лиц, у которых отмечается симптоматика ТБ, предоставлять антиретровирусные (АРВ) и противотуберкулезные препараты пациентам с сочетанной инфекцией и предоставлять профилактическую противотуберкулезную терапию людям, живущим с ВИЧ, у которых отсутствует активная форма туберкулеза. Существует несколько моделей предоставления комплексных услуг пациентам с ТБ и ВИЧ, в том числе на основе принципа «одного окна», хотя универсального подхода здесь не существует.

Опыт, накопленный при составлении объединенных концептуальных записок и составлении объединенных программ по ТБ/ВИЧ в ходе первого цикла финансирования на основе выделенных ресурсов, свидетельствует о том, что процессы составления объединенных концептуальных записок способствуют повышению степени согласованности в таких межсекторальных областях, как управление системой закупок и снабжения, осуществление надзора, мониторинга и оценки, предоставление комплексных услуг при ТБ и ВИЧ. Выяснилось также, что объединенная концептуальная записка может способствовать снижению бремени административной нагрузки, связанной с подготовкой запросов, и упрощению управления грантовыми средствами. Объединенная концептуальная записка может, таким образом, являться подходящим прикладным инструментом для стран, стремящихся к повышению эффективности использования грантовых средств и управления ими. Тем не менее были выявлены определенные недостатки, в числе которых тот факт, что усилия по борьбе с отдельными болезнями оказались объединенными только на этапе представления концептуальной записки, при этом в ходе реализации программ по заболеваниям взаимодействие на страновом уровне носило ограниченный характер. Кроме того, мероприятия по борьбе с ТБ/ВИЧ лишь изредка классифицировались сообразно целевым группам населения, несмотря на то обстоятельство, что группы, в наибольшей мере затронутые ТБ и ВИЧ, зачастую совпадают. Отдельные наилучшие практические результаты были продемонстрированы при реализации программ, явным образом направленных на основные затронутые группы населения (например, мигрантов, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, или заключенных) или включающих объединенные мероприятия на уровне сообществ.

Большое значение для объединенной программы борьбы с ТБ и ВИЧ имеют страновой диалог и принятие заинтересованными сторонами программ по ТБ и ВИЧ, в том числе организациями гражданского общества и сообществами, затронутыми заболеваниями, соответствующих решений, прочно опирающихся на права человека и гендерное равенство. Страновой контекст определяет сферу охвата объединенной программой. Сфера охвата и основные направления составления объединенных программ на основе гибкого подхода должны определяться исходя из локальной эпидемиологии ТБ и ВИЧ, степени зрелости и потенциала программ, различий в инфраструктуре и управлении системами здравоохранения, а также в потребностях клиентов. Эффективность может быть обеспечена на нескольких уровнях программы – от планирования и координации до оказания услуг и сбора данных. Это уменьшает вероятность дублирования, укрепляет синергетический эффект и позволяет рационально использовать ресурсы для достижения максимального воздействия. Это также способствует принятию более устойчивых ответных мер в рамках программы.

Дополнительную информацию можно найти в Информационном бюллетене Глобального фонда по ВИЧ ([Global Fund Information Note on HIV](#)), Методических рекомендациях ЮНЭЙДС и ВОЗ по составлению программ борьбы с коинфекцией ТБ/ВИЧ ([UNAIDS/WHO Technical Guidance Note on HIV/TB](#)), Стратегии ВОЗ «Положить конец эпидемии туберкулеза», информационных материалах

Партнерства «Остановить туберкулез» для основных затронутых групп населения ([Stop TB Key Population Briefs](#)), [Руководстве ВОЗ «Интеграция совместного оказания услуг в связи с ТБ и ВИЧ во всеобъемлющий пакет помощи для потребителей инъекционных наркотиков](#) и Отчете о консультационном совещании по изучению опыта составления объединенных концептуальных записок по ТБ и ВИЧ и определению путей совершенствования составления объединенных программ по ТБ и ВИЧ ([Report of the consultation meeting to draw lessons from development of Single TB and HIV Concept Notes and defining the way forward for joint TB and HIV programming](#)) (Аддис-Абеба, 2015 г.).

Туберкулез и неинфекционные заболевания²

Ежегодно в мире от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирают 38 миллионов человек, главным образом от диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, рака и хронических респираторных заболеваний. Свыше 75% этих смертей приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, при этом с расширяющимися эпидемиями НИЗ сталкиваются также многие страны с наиболее тяжелым бременем ТБ (ВОЗ, 2015 г.). Двойное бремя проявляется в восприимчивости людей, страдающих от неинфекционных заболеваний, к туберкулезу и в неблагоприятном влиянии НИЗ на результаты лечения туберкулеза. Более того, в наибольшей мере туберкулезом затрагиваются малоимущие и уязвимые группы населения. Существует устойчивая взаимосвязь между нищетой и основными неинфекционными заболеваниями и факторами риска развития туберкулеза, такими как неполноценное питание, курение и злоупотребление алкоголем, ведущими к неравномерному распределению воздействия и двойному бремени болезней. Решение этих проблем требует комплексного и скоординированного предоставления медицинских услуг, планирования и использования систем профилактики, а также соответствующего финансирования.

Диабет утраивает риск развития туберкулеза. Поэтому уровни заболеваемости ТБ у больных диабетом выше, чем у населения в целом. Диабет может усугублять клиническое течение туберкулеза, при этом туберкулез может неблагоприятно влиять на контроль уровня глюкозы в крови больных диабетом. Лицам, у которых проявляются оба заболевания, требуется внимательное оказание клинической помощи. Стратегии должны осуществляться таким образом, чтобы пациентам с обоими заболеваниями обеспечивалось предоставление оптимального ухода. Сюда относятся заблаговременный скрининг на наличие туберкулеза и его лечение у лиц, болеющих диабетом, а также заблаговременный скрининг на наличие диабета и его лечение у больных туберкулезом с учетом эпидемиологии заболевания и факторов риска.

Репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей

В странах с высокой распространенностью туберкулеза тяжелое бремя болезни несут также женщины детородного возраста. Туберкулез является одной из основных причин смертности женщин репродуктивного возраста. Материнский ТБ, связанный с ВИЧ, является фактором риска передачи ТБ детям младшего возраста и причиной преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела и повышенного уровня материнской и младенческой смертности.

Наиболее очевидная отправная точка для охвата многих детей с ТБ (или детей, контактирующих с больными туберкулезом) системой здравоохранения находится на уровне сообщества, в котором у кого-либо из родителей ребенка, его опекуна или другого контактирующего с ним члена домохозяйства диагностирован туберкулез или где осуществляется уход за ним. Надежную основу для предоставления женщинам и детям ухода при ТБ и ВИЧ, а также других услуг составляют услуги, предоставляемые в области охраны здоровья матери и ребенка, репродуктивного здоровья и планирования семьи. Устранению препятствий к доступу, сокращению продолжительности задержек с диагностикой и улучшению ведения ТБ среди женщин и детей будет способствовать комплексный подход к предоставлению ухода при ТБ, основанный на участии сообществ и семьи. Более подробную информацию см. в Технической записке Глобального фонда по вопросам репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков ([The Global Fund Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Technical Brief](#)).

² Дополнительную информацию см. по ссылке <http://www.who.int/nmh/events/ncd-coordination-mechanism/en/>.

II. Глобальный обзор: прогресс и проблемы в области борьбы против туберкулеза

04 Текущая ситуация с глобальной эпидемией туберкулеза

Общая ситуация

Туберкулез является одной из основных причин смертности от инфекционных заболеваний; в 2015 году туберкулез унес, по оценкам, 1,8 миллиона жизней; зарегистрировано 1,4 миллиона случаев смерти ВИЧ-отрицательных лиц и 0,4 миллиона случаев смерти лиц, живущих с ВИЧ³. Всего в 2015 году в мире произошло, согласно оценкам, 10,4 миллиона новых случаев (эпизодов) заражения туберкулезом, из них 5,9 миллиона (56%) – среди мужчин, 3,5 миллиона (34%) – среди женщин и 1,0 миллион (10%) – среди детей. В течение этого же года в национальные органы здравоохранения были переданы данные лишь о 6,1 миллиона новых пациентов с ТБ (59% от приблизительно 10,4 миллиона заболевших). Это означает, что во всем мире неучтенными оказались 4,3 миллиона человек, заболевших ТБ. Согласно последним данным по долгосрочным результатам лечения, средний глобальный показатель успешности лечения ТБ составляет 83% (в когорте 2014 года). По сравнению с когортой за 2013 год, в который показатель успешности лечения составил 86%, отмечено его снижение. Результаты лечения ТБ варьируются в зависимости от региона и страны⁴.

Лекарственно-устойчивый туберкулез

В 2015 году из приблизительно 580 000 человек с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза (туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью [МЛУ] и устойчивого к рифампицину [УР] туберкулеза) в программы лечения были включены только 125 000 человек (20%). В 2015 году только у 30% пациентов (24% из новых и 53% из ранее проходивших лечение пациентов с ТБ) было проведено тестирование лекарственной чувствительности (ТЛЧ) к рифампицину. Наиболее высокие показатели заболеваемости МЛУ-ТБ отмечаются в восточноевропейских и центральноазиатских странах.

В 2015 году от туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и устойчивого к рифампицину туберкулеза скончались 250 000 человек. В целом доля пациентов с МЛУ-ТБ и УР-ТБ из когорты 2013 года, успешно завершивших лечение, составила лишь 52% при высоком уровне смертности (17%) и значительной доли пациентов, выбывших из системы врачебного наблюдения (15%).

По состоянию на конец 2015 года, о случаях заболевания туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) сообщили 117 стран – членов ВОЗ. Согласно оценкам, 9,5% лиц с МЛУ-ТБ имеют ШЛУ-ТБ. Начиная с 2010 года, когда ВОЗ впервые рекомендовала применение технологии проведения быстрых диагностических тестов *Xpert MTB/RIF*®, масштабы ее использования значительно расширились. Эта технология тестирования существенно улучшила выявление случаев заболевания УР-ТБ/МЛУ-ТБ.

³ В случае смерти ВИЧ-положительного лица от туберкулеза в качестве причины смерти указывается ВИЧ согласно системе Международной классификации болезней (*ICD-10*).

⁴ [Global tuberculosis report 2016](#).

Эпидемии туберкулеза и ВИЧ

Из общего числа лиц, заболевших туберкулезом в 2015 году, ВИЧ-положительными оказались, по оценкам, 11%. Их доля была наиболее высокой в странах, входящих в Африканский регион ВОЗ, и она превысила 50% в отдельных частях южной Африки. В 2015 году в рамках национальных программ борьбы с туберкулезом были зарегистрированы 500 564 ВИЧ-положительных пациента с ТБ. Доля пациентов с туберкулезом, зарегистрированных в течение 2015 года, результат тестирования которых на ВИЧ зафиксирован в реестре больных ТБ, составила 55%. Доля ВИЧ-положительных пациентов с туберкулезом, получающих антиретровирусную терапию (АРТ), составила 78%. Систематический скрининг на наличие туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, рекомендуется ВОЗ в качестве важного компонента пакета мер в рамках помощи при ВИЧ. Однако из практически 2,3 миллиона человек, впервые зарегистрированных в 2015 году в целях получения ухода при ВИЧ, лишь у 231 637 (10%) человек был в течение того же 2015 года выявлен ТБ. Профилактическую терапию с помощью изониазида (ПТИ) начали в 2015 году получать в общей сложности 910 000 человек, живущих с ВИЧ, а также 87 000 детей в возрасте до пяти лет, контактирующих с пациентами с ТБ (7% лиц, отвечающих критериям для получения этого вида лечения).

Научные исследования и разработки: новые диагностические средства, новые лекарственные средства и менее продолжительные схемы лечения

Диагностические средства

В последние годы ВОЗ рекомендовала к применению новые методы диагностики, в том числе с использованием светодиодной флуоресцентной микроскопии, методы линейных зонд-анализов, включая методы, позволяющие получать результаты тестирования лекарственной чувствительности к лекарственным препаратам второго ряда, технологию диагностического тестирования *Xpert MTB/RIF* и тестирование на туберкулез методом петлевой изотермической амплификации (*TB-LAMP*). Некоторые из них, такие как технология *Xpert MTB/RIF* и методы линейных зонд-анализов, могут использоваться для ускоренного скрининга и проведения более чувствительных диагностических тестов на ТБ, в том числе лекарственно-устойчивого ТБ. Указания по их использованию доступны на веб-сайте ВОЗ. Необходимо быстро расширять масштабы использования указанных новых методов диагностики, обеспечивая их оптимальное применение. Более подробную информацию можно получить по следующим ссылкам: Программные принципы ([Policy Guidance](#)) и Система показателей и целей укрепления лабораторий в рамках стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза» ([Framework of indicators and targets for laboratory strengthening under the End TB Strategy](#)).

Например, методы линейных зонд-анализов и возможность количественной оценки действующих ингредиентов лекарственных препаратов второго ряда (*SL-LPA*) позволяют определять резистентность к противотуберкулезным препаратам второго ряда. ВОЗ рекомендует использовать *SL-LPA* для пациентов с ТБ с подтвержденной резистентностью к рифампицину или пациентов с МЛУ-ТБ в качестве средства первичного тестирования, позволяющего выявлять резистентность к фторхинолонам и инъекционным препаратам второго ряда, взамен фенотипического тестирования лекарственной чувствительности (ТЛЧ) по культуральному методу. ВОЗ также рекомендует использование быстрых диагностических тестов для выявления лиц с МЛУ-ТБ или устойчивым к рифампицину туберкулезом, которые могут быть пролечены по сокращенной по продолжительности схеме лечения МЛУ-ТБ.

Разрабатывается ряд новых методов тестирования для диагностики ТБ, предназначенных для использования в лабораториях периферийного и промежуточного уровня, а также в контрольных лабораториях. К ним относятся, в частности, *GeneXpert Omni*, тест *GenePOC* и *Xpert Ultra* (новый картридж повышенной чувствительности). Полный обзор прогресса в разработке молекулярных методов диагностики ТБ можно найти в Приложении 2. Всеобъемлющий перечень действующих документов о политике ВОЗ в области диагностики ТБ доступен по ссылке [TB diagnostics and Laboratories](#).

Новые лекарственные средства, менее продолжительные схемы лечения и детские дозировки

В течение нескольких последних лет, в дополнение к появлению двух новых лекарственных препаратов для лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью бедаквилина и деламаида, отмечается

благоприятная тенденция к успешному излечиванию в случаях, в которых показатели успешности лечения оставались стабильно низкими. Всемирная организация здравоохранения выпустила условные рекомендации по применению новых лекарственных препаратов, включив их в документы с изложением временных руководств по ведению, опубликованные соответственно в 2013 и 2014 годах.

Сокращенный режим был рекомендован ВОЗ в мае 2016 года для лечения МЛУ-ТБ или УР-ТБ независимо от возраста и ВИЧ-статуса пациентов. В число пациентов, лечение УР-ТБ или МЛУ-ТБ которых может проводиться по сокращенной схеме, входят те, которые ранее не проходили курса лечения препаратами второго ряда и резистентность которых к фторхинолонам и инъекционным препаратам второго ряда исключена или полагается крайне маловероятной ([The Shorter MDR-TB Regimen](#)).

Стандартизированная сокращенная схема лечения МЛУ-ТБ включает применение семи лекарственных препаратов, которые пациент принимает в течение 4-месячной интенсивной фазы лечения, и четырех лекарственных препаратов в течение последующей фазы с общей продолжительностью курса лечения от 9 до 12 месяцев. Важно проводить мониторинг эффективности, побочных эффектов и рецидивов с обеспечением индивидуального ухода за пациентами и оказанием социальной поддержки в целях сохранения приверженности лечению. Реализация программы может осуществляться в большинстве мест по всему миру. Из наблюдательных исследований, в том числе проведенных во франкоязычных странах Африки и в других местах, следует, что стоимость используемых лекарственных препаратов оказывается при этом значительно ниже и не превышает 1000 долл. США в расчете на одного пациента, показатели успешности лечения выше (уровень излечиваемости превышает 83%). Глобальный фонд оказывает поддержку реализации ряда проектов по проведению оперативных исследований, о которых было сообщено в рекомендации ВОЗ в мае 2016 года, посвященных использованию сокращенной схемы лечения МЛУ-ТБ в качестве первого выбора при лечении пациентов с МЛУ-ТБ/УР-ТБ. Важно отметить, что в настоящее время проводится ряд выборочных клинических исследований, в том числе, помимо прочего, в рамках испытания *STREAM*, направленных на получение дополнительных данных в подкрепление рекомендации об использовании сокращенных схем лечения МЛУ-ТБ/УР-ТБ.

За последнее время партнерами, возглавляемыми Альянсом по ТБ, разработаны положительно воспринимаемые детьми противотуберкулезные препараты и детские дозировки. Это является значительным шагом вперед и способствует предоставлению надлежащего лечения детям с ТБ, повышению их приверженности лечению и улучшению результатов лечения. Более подробную информацию можно получить на сайте [Child-friendly medicines](#) Альянса по ТБ.

05 Глобальные проблемы⁵

1. Медленное снижение бремени заболеваемости туберкулезом

Начиная с 2000 года уровень заболеваемости туберкулезом снижался с темпом менее 2% в год, при этом в период с 2000 по 2015 год смертность от туберкулеза сократилась на 34%. При сохранении текущих темпов снижения заболеваемости ТБ выход на целевые показатели, предполагающие сокращение числа случаев заболевания ТБ на 80% к 2030 году и 95% к 2035 году соответственно, представляется недостижимым. Глобальный уровень смертности в результате болезни составляет в настоящее время, по оценкам, 17%, и для достижения целей, предусмотренных стратегией «Положить конец эпидемии туберкулеза», должен снизиться соответственно до 10% к 2020 году и 6% к 2025 году. При остающемся практически неизменным числе зарегистрированных пациентов с ТБ достигнутого за последнее десятилетие далеко недостаточно для обеспечения прогресса в деле ликвидации ТБ. В одном лишь 2015 году 4,3 миллиона человек с ТБ остались неучтенными по причине непредоставления информации о выявленных и леченых случаях и/или отсутствия доступа к медицинской помощи, способствующего устойчивости уровня передачи заболевания. Отсутствие взаимодействия или недостаточное взаимодействие с поставщиками медицинских услуг из частного сектора также вызывает увеличение числа неучтенных случаев. Опыт таких стран, как Индия, свидетельствует, что инновационные способы привлечения частных поставщиков медицинских услуг, в том числе с

⁵ Изложенные сведения из документа: *Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015*, World Health Organization, Geneva, 2014, EB134/12.

использованием электронных платформ, позволяющих упростить информирование частными поставщиками о случаях заболевания ТБ, могут заметно улучшить ситуацию с регистрацией случаев заболевания. Согласно недавним исследованиям распространенности заболевания у многих пациентов с ТБ его симптомы могут не наблюдаться, в связи с чем они не обращаются в учреждения здравоохранения и такие случаи не учитываются системами здравоохранения. Используемые в настоящее время инструменты и подходы к скринингу оказываются неадекватными при диагностике ТБ у лиц, у которых отсутствуют его симптомы, поэтому для охвата неучтенных пациентов требуются инновационные подходы и более совершенные инструменты.

2. Лекарственно-устойчивый туберкулез

Серьезную угрозу для борьбы с инфекционными заболеваниями, в том числе с туберкулезом, представляет резистентность к антимикробным препаратам (РАП), остающаяся, с позиции глобального здравоохранения, важной проблемой для безопасности. На лекарственно-устойчивый туберкулез приходится практически треть глобального бремени РАП. В 2015 году число новых пациентов с ЛУ-ТБ (МЛУ-ТБ и УР-ТБ) составило, по оценкам, 580 000 человек, из них лечение получали лишь 20%. Результаты лечения ЛУ-ТБ остаются низкими, успешно пролечивается лишь 52% пациентов с МЛУ-ТБ. В системах здравоохранения продолжают существовать барьеры, препятствующие быстрому расширению масштабов программного ведения лекарственно-устойчивого туберкулеза, в том числе применению новых инструментов диагностики, новых лекарственных препаратов и систем активного мониторинга и управления безопасностью применения противотуберкулезных препаратов.

3. ВИЧ-ассоциированный туберкулез

Эпидемию туберкулеза продолжает подпитывать эпидемия ВИЧ. В целом в мире 45% всех пациентов с ТБ не знают своего ВИЧ-статуса. Значительная доля людей, живущих с ВИЧ, не проходит регулярный скрининг на ТБ. По-прежнему химиопрофилактику ТБ получают отнюдь не все из тех, кому она может принести пользу, и сохраняется значительный разрыв между числом ВИЧ-положительных пациентов с ТБ, которые начали получать антиретровирусную терапию, и расчетным общим числом ВИЧ-положительных лиц с ТБ, нуждающихся как в лечении туберкулеза, так и в АРТ. Важно, что при отсутствии надлежащего ухода и профилактики значительная доля людей, живущих с ВИЧ, скончается от недиагностированного ТБ.

4. Неинфекционные заболевания и заболевания, сопутствующие туберкулезу

К числу факторов риска развития туберкулеза, затрудняющих борьбу с ним, в особенности в странах с низким и средним уровнем дохода, относятся диабет, табакокурение, силикоз, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами, а также неполноценное питание. Увеличению доли будущих случаев заболевания ТБ способствует значительное число латентно инфицированных лиц.

5. Слабые системы здравоохранения

Доступ к качественной медико-санитарной помощи при туберкулезе ограничивается отсутствием надлежащего охвата и неэффективностью оказания медицинских услуг. Многие государственные и частные поставщики медицинских услуг остаются в стороне от национальных усилий по борьбе с ТБ. Отсутствие всеобщего охвата медико-санитарными услугами отягощает экономическое бремя, которое несут малоимущие слои населения. Эти трудности усугубляются отсутствием механизмов социальной защиты, позволяющих компенсировать сопутствующую потерю доходов и немедицинские затраты. Остаются малоэффективными регуляторные механизмы, имеющие важное значение для обеспечения действенного инфекционного контроля, не обеспечивается рациональное использование средств диагностики ТБ и противотуберкулезных препаратов, не обеспечивается обязательное уведомление о случаях заболевания, особенно частными поставщиками медицинских услуг, ненадлежащим образом функционируют системы регистрации естественного движения населения, отсутствует должная защита юридических прав лиц с ТБ. Кроме того, остаются ограниченными возможности для сбора данных, обеспечения их качества и использования на всех уровнях.

6. Нехватка финансовых средств

Несмотря на значительное увеличение объемов финансирования борьбы с ТБ в эндемичных по данному заболеванию странах, глобальные усилия по борьбе с ТБ остаются

недофинансированными. Потребности в финансировании возрастают, по-видимому, в связи с ускорением прогресса в достижении цели – всеобщего охвата медико-санитарными услугами, – который необходим для обеспечения всем лицам с ТБ, в том числе с его лекарственно-устойчивой формой, доступа к диагностике и лечению без сопутствующих катастрофических расходов.

7. Важные основополагающие факторы и препятствия доступу к услугам в связи с ТБ

Важными определяющими факторами эпидемии туберкулеза, которые необходимо преодолеть, являются нищета и неравенство, нехватка продовольствия, неблагоприятные последствия перемещений населения и сложных чрезвычайных ситуаций, а также другие препятствия, обусловленные несоблюдением прав человека и гендерным неравенством, такие как стигма и дискриминация, сопровождающие ТБ. Эффективная профилактика и лечение ТБ потребуют осуществления мероприятий, направленных на сокращение масштабов нищеты, улучшение питания, улучшение условий жизни и труда, а также реализацию стратегий преодоления препятствий и смягчения последствий факторов миграции, старения населения и наличия хронических заболеваний, таких как диабет, влекущих риск возникновения ТБ.

06 Ситуация с финансированием

Стоимость лечения одного пациента с лекарственно-чувствительным туберкулезом варьировалась в 2015 году в большинстве стран с тяжелым бременем ТБ в диапазоне от 100 до 1000 долл. США. Стоимость лечения одного пациента с МЛУ-ТБ обычно составляла от 2000 до 20 000 долл. США. В связи с этим для достижения контрольных ориентиров стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза» и целей Глобального плана «Остановить туберкулез» необходимо безотлагательно значительно увеличить начальные инвестиции. В течение следующих пяти лет для реализации программ борьбы с туберкулезом потребуется в общей сложности 58 млрд. долл. США, из которых для стран с низким и средним уровнем дохода будут, по расчетам, необходимы 52 млрд. долл. США (увеличение с 8,3 млрд. долл. США в 2016 году до 12,3 млрд. долл. США в 2020 году). Еще 9 млрд. долл. США потребуется на финансирование научных исследований и разработок (НИР) новых инструментов ([Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2016 год](#)).

Странам, имеющим право на получение поддержки со стороны Глобального фонда, даже в случае самых оптимистичных прогнозов по внешнему финансированию и сохранению внутреннего финансирования на текущих уровнях для достижения контрольных ориентиров, намеченных на 2020 год, потребуется привлечение дополнительных 7,4 млрд. долл. США. Несмотря на то что основной объем этих инвестиций должен поступить из внутренних источников и от международных доноров, резко ускорить темпы расширения масштабов сможет мобилизация альтернативных источников финансирования, например облигации социального воздействия, микросборы или налоги, а также пулы донорских целевых фондов. Объем ресурсов, требующихся на период с 2016 по 2020 год странам, не являющимся членами Организации экономического сотрудничества и развития, оценивается в 51,9 млрд. долл. США, при этом объем ресурсов, требующихся странам, имеющим право на получение поддержки со стороны Глобального фонда, оценивается в 29,4 млрд. долл. США ([Global Plan to End TB: The Paradigm Shift 2016-2020](#)).

07 Стратегия «Положить конец эпидемии туберкулеза» и глобальный план прекращения эпидемии туберкулеза

Стратегия «Положить конец эпидемии туберкулеза»

Глобальная эпидемия туберкулеза является серьезной проблемой в сфере развития, отличающейся важными биомедицинскими и социально-экономическими аспектами, а также аспектами, определяемыми системой общественного здравоохранения. В связи с этим глобальные ответные меры должны составлять часть общих усилий по достижению целей в области устойчивого развития. Три основополагающих принципа стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза»⁶,

⁶ «Прекращение эпидемии туберкулеза» определяется как достижение среднего глобального уровня заболеваемости туберкулезом, составляющего 10/100 000. Фраза «положить конец эпидемии туберкулеза» повсеместно используется в настоящем документе со ссылкой на указанное действующее определение.

определяющих характер глобальных ответных мер по борьбе с туберкулезом, подчеркивают необходимость следования национальным подходам к обеспечению всеобщего доступа к высококачественному уходу и поддержке для раннего и быстрого диагностирования и лечения всех форм туберкулеза, в том числе его лекарственно-устойчивой формы ТБ/ВИЧ, ведению больных с сопутствующими заболеваниями и профилактическому лечению лиц из группы повышенного риска. Для этого потребуются внесение стратегических изменений в методы борьбы с эпидемией туберкулеза посредством: резкого увеличения масштабов проведения тестов; диагностирования и лечения на основе расширения объемов применения новых инструментов и инноваций; решения проблем, связанных с профилактикой туберкулеза и распространением инфекции; укрепления систем сообществ для оказания поддержки расширению доступа к услугам здравоохранения, в особенности уязвимых групп населения; сосредоточения усилий на работе с частным сектором и основными затронутыми группами населения, защите прав человека и проведении политики с учетом гендерных факторов⁷.

Потребуется активизация действий на различных уровнях управления и на уровне предоставления услуг. Эти уровни включают национальные программы борьбы с туберкулезом или равнозначные им организации, министерства здравоохранения, осуществляющие надзор за этими организациями, и другие структуры в правительстве, отвечающие за определение повестки дня в области социального развития, распределение ресурсов и обеспечение межведомственной координации. Государственным руководителям необходимо обеспечивать общее руководство и сохранять высокий приоритет цели прекращения эпидемии в повестке дня в области развития.

Глобальный план прекращения эпидемии туберкулеза – сдвиг парадигмы и изменение представлений

Глобальный план на 2016-2020 годы представляет собой рассчитанный на пять лет инвестиционный план, формирующий дорожную карту достижения ускоренного воздействия на эпидемию туберкулеза и достижение целей стратегии ВОЗ «Положить конец эпидемии туберкулеза» ([Global Plan to End TB: The Paradigm Shift 2016-2020](#)).

Глобальный план устанавливает амбициозные целевые показатели «90-(90)-90» и определяет меры и ресурсы, необходимые в течение следующих пяти лет для реализации в мире курса, направленного на прекращение глобальной эпидемии туберкулеза к 2030 году, что было одобрено мировыми лидерами в недавно принятых целях в области устойчивого развития. Пакеты инвестиций в рамках Глобального плана предполагают осуществление мероприятий, направленных на достижение наибольшего воздействия и обеспечение максимальной отдачи от инвестиций в конкретных условиях.

В Плане четко указывается, что для достижения цели покончить с туберкулезом необходимо изменить парадигму и методы борьбы с туберкулезом на всех уровнях в каждом населенном пункте, в каждом медицинском учреждении и в каждой стране. Правительствам стран с тяжелым бременем болезни необходимо проявить перспективное мышление и объявить, что туберкулезу нет места в будущем их стран и что на смену нынешней парадигме, заключающейся в победе над болезнью за счет незначительных постепенно нарастающих подвижек, придут энергичные и последовательные усилия, направленные на прекращение эпидемии туберкулеза. Столь значительный прогресс, предусмотренный в стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза», может быть достигнут только после того, как руководство страны доведет до сведения населения и служб здравоохранения намерение проводить борьбу с туберкулезом в рамках долгосрочной кампании, подобно борьбе с ВИЧ или даже полиомиелитом, и огласит свое намерение выделять ресурсы, необходимые для того, чтобы покончить с туберкулезом в стране. Всем заинтересованным сторонам необходимо перенять для себя такой образ мышления в борьбе с туберкулезом, который обеспечит победу над болезнью.

⁷ [End TB Strategy](#).

III. Новая стратегия Глобального фонда

08 Опыт, накопленный в ходе первого цикла финансирования на основе выделенных ресурсов

В целом модель финансирования на основе выделенных ресурсов знаменует успешное изменение модели функционирования Глобального фонда. Она позволяет добиться большего воздействия, перейти к более предсказуемому финансированию, обеспечить перспективное видение и более гибкие сроки. Между тем сохраняются направления, где требуется дальнейшее совершенствование, в том числе: методика расчета выделяемых ресурсов; невыполнимые запросы на финансирование; стимулирующее финансирование, не обеспечивающее достижение цели; недифференцированные процедуры рассмотрения запросов; отсутствие ясности в вопросах обеспечения устойчивости и перехода; ограниченная интеграция программ и услуг; медленные темпы реализации.

Эти вопросы в настоящее время рассматриваются в новом цикле финансирования. В цикле финансирования на период 2017-2019 годов сохранится финансирование на основе выделенных ресурсов, в рамках которого каждой стране, имеющей право на получение финансирования, будет выделена определенная сумма финансирования на этот период.

Наблюдения Группы технической оценки (ГТО) и обзор опыта, накопленного при рассмотрении концептуальных записок, представленных в рамках запросов на финансирование в период 2014-2016 годов, включены в ее доклад, доступный по ссылке [Technical Review Panel's Consolidated Observations on the 2014-2016 Allocation Based Funding Model](#).

Опыт, полученный в ходе первого цикла финансирования на основе выделенных ресурсов, и сопутствующие ограничения будут рассмотрены в новом цикле финансирования. Финансирование на основе выделенных ресурсов, в рамках которого каждой стране, имеющей право на получение финансирования, будет выделена сумма финансирования на период, будет сохранено на 2017-2019 годы. Подробную информацию о процедуре запроса финансирования в новом цикле, в том числе о дифференцированных подходах к представлению запросов, можно найти на [веб-сайте Глобального фонда](#).

09 Стратегические задачи Глобального фонда

[Стратегия Глобального фонда](#) охватывает период с 2017 по 2022 год и содержит изложение масштабной программы действий на шестилетний период. Она основана на перспективном видении, миссии Глобального фонда и четырех стратегических задачах, каждая из которых подразделяется на ряд подзадач и поддерживается двумя стратегическими инструментами. Основными задачами в рамках стратегии Глобального фонда на 2017-2022 годы являются: достижение максимального воздействия в борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией; создание жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья людей; поощрение и защита прав человека и гендерного равенства; мобилизация большего объема ресурсов. Цель предоставления услуг на период действия стратегии по борьбе с туберкулезом заключается в том, чтобы *«быстро снизить уровень заболеваемости ТБ, коинфекцией ТБ/ВИЧ и МЛУ-ТБ и сопутствующую смертность на основе обеспечения всеобщего доступа к высококачественной медицинской помощи и профилактике в соответствии со стратегией "Положить конец эпидемии туберкулеза" и глобальным планом "Остановить туберкулез"»*.

Максимальное повышение воздействия инвестиций в борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией требует применения дифференцированных подходов к разнообразным ситуациям в странах, более полного соответствия требованиям и планирования в целях обеспечения жизнеспособности программ. Странам необходимо оказывать поддержку в целях реализации и поддержания действенных программ, направленных на борьбу с тремя заболеваниями, как с программной, так и с финансовой точек зрения в течение долгосрочного периода. Успешная реализация этой стратегии будет способствовать достижению прогресса в борьбе с тремя заболеваниями в соответствии со стратегией ЮНЭЙДС по ускорению мер, стратегией «Положить конец эпидемии туберкулеза» и глобальной технической стратегией в отношении малярии, а также достижению целей в области устойчивого развития.

Создание жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья имеет исключительно важное значение для обеспечения доступа к эффективным, действенным и доступным услугам посредством четко функционирующих и гибких систем здравоохранения и систем сообществ. Существование эффективных систем для сохранения здоровья играет важную роль в достижении прогресса в борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией и обеспечении странам возможности решения множества проблем в сфере здравоохранения, с которыми сталкиваются различные группы населения, – от глобальных угроз в области здравоохранения до неинфекционных заболеваний.

Эффективность мер борьбы с тремя заболеваниями снижают препятствия, обусловленные нарушением прав человека, в том числе стигма и дискриминация. Важное значение для обеспечения максимального воздействия ответных мер при ТБ имеют учет необходимости устранения этих препятствий в конкретных программах и составление основывающихся на соблюдении прав человека, учете гендерных факторов и реализуемых сообществами программ. Важным фактором является устранение препятствий, обусловленных гендерным фактором, в том числе гендерного неравенства, а также пагубных гендерных норм и стереотипов, поскольку они способствуют распространению инфекций и дифференцирует доступ к услугам здравоохранения для мужчин, женщин и трансгендерных лиц.

Для успешного расширения масштабов борьбы с тремя заболеваниями необходима мобилизация дополнительных ресурсов. В соответствии с глобальными техническими стратегиями борьбы с ВИЧ, туберкулезом и малярией мировое медицинское сообщество должно увеличить инвестиции вначале в целях сохранения уже достигнутых успехов и ускорения прогресса следующего периода реализации стратегии.

Успешное осуществление стратегии Глобального фонда зависит от двух основных элементов, именуемых стратегическими инструментами поддержки. Они включают необходимость инноваций и дифференциацию в процессе развития и поддержку взаимно подотчетных партнерств.

IV. Реализация нормативного руководства в запросе на предоставление финансирования

10 Приоритизация

Запросы на предоставление поддержки со стороны Глобального фонда должны основываться на национальном стратегическом плане (НСП) борьбы с туберкулезом и тщательно разработанных национальных стратегиях в области здравоохранения.

При подготовке запроса поддержки важное значение имеют:

1. план обеспечения устойчивости и непрерывности основных мероприятий, которые были оценены в рамках предыдущих грантов в качестве успешных оказавших воздействие, с одновременным совершенствованием критериев определения приоритетности мероприятий и стратегической направленности инвестиций Глобального фонда в программы борьбы с туберкулезом;
2. приоритизация мероприятий, которые будут охватывать приоритетные направления и позволят добиться максимального воздействия инвестиций Глобального фонда; и
3. расширение масштабов, повышение эффективности и действенности использования новых методов диагностики, новых лекарственных препаратов, сокращенных схем лечения, детских дозировок и инновационных подходов, позволяющих максимизировать воздействие.

Кандидатам настоятельно рекомендуется ознакомиться с последними версиями технических и нормативных руководств для определения мероприятий с высоким уровнем воздействия и рассмотреть возможность расширения масштабов применения научно обоснованной, местной и региональной передовой практики, инноваций и успешно реализованных пилотных проектов, в том числе поддерживаемых в рамках инициативы «*TB REACH*» и другими партнерами. Основные руководящие документы перечислены в конце настоящего Информационного бюллетеня. Мероприятия, перечисленные во вставке ниже, носят иллюстративный характер и охватывают основные функции служб здравоохранения, которые имеют важное значение для профилактики и осуществления ухода при ТБ и могут быть адаптированы к конкретным условиям, эпидемиологическому контексту и опыту стран. Их реализация потребует тесного взаимодействия со всеми заинтересованными сторонами, в том числе с социальным сектором, гражданским обществом и сообществами.

Стратегия Глобального фонда на 2017-2022 годы содержит четкое указание в отношении путей дифференциации подходов к осуществлению инвестиций, повышения эффективности в сложных для работы условиях, повышения эффективности учета гендерных аспектов в инвестициях, сосредоточения усилий на устранении препятствий в области соблюдения прав человека, а также поддержки устойчивости эти достижений. Стратегия «Положить конец эпидемии туберкулеза» и Глобальный план «Остановить туберкулез» содержат полезные рекомендации в отношении определения приоритетов по мероприятиям и группам населения на основе учета эпидемиологического контекста по ТБ и условий в странах.

11 Эффективность использования выделенных ресурсов

Объем ресурсов, необходимых для прекращения эпидемии туберкулеза, превышает объем доступных в настоящее время средств. В связи с этим для усиления воздействия необходим подход, основанный на использовании данных и ориентирующий программы на наиболее затронутые заболеваниями группы населения. Эта процедура, именуемая также «эффективность распределения ресурсов», интегрирована в процесс выделения грантов. Странам рекомендуется проводить эпидемиологический анализ для выявления тенденций развития заболеваний и пробелов в данных до представления своих запросов на финансирование. Это делается с целью направлять инвестиции надлежащим группам населения и в надлежащие районы, а также создавать более эффективные системы поддержки. Для содействия этим усилиям Глобальный фонд поддерживает страны в более четкой локализации и оценке численности основных затронутых групп населения.

Национальные стратегические планы должны отражать общие принципы определения эффективности использования инвестиций в рамках программ, а именно: выбор (из различных

вариантов) научно обоснованных и экономически эффективных мероприятий в качестве наиболее подходящих с учетом условий в стране; порядок приоритетности мероприятий определяется с учетом фактора ограниченности ресурсов; оптимальное распределение инвестиций по различным мероприятиям в целях достижения максимального воздействия на здоровье населения. В странах, в которых это представляется целесообразным, обсуждение эффективного использования выделенных ресурсов по-прежнему может быть напрямую связано с процедурой выбора и определения приоритетности среди многочисленных основных мероприятий.

Вставка 1. Высокоэффективные мероприятия по борьбе с туберкулезом

- **Ранняя диагностика и незамедлительное начало лечения всех лиц независимо от возраста, заболевших той или иной формой туберкулеза (лекарственно-чувствительным или лекарственно-устойчивым ТБ).** Предоставление всеобщего доступа к профилактике и медицинской помощи при ТБ с повышением внимания уязвимым и труднодоступным группам населения требует доступности быстрых диагностических тестов на ТБ и тестирования лекарственной чувствительности для всех нуждающихся в этом с приоритетным обслуживанием лиц, подверженных наибольшему риску МЛУ-ТБ и ВИЧ-ассоциированному ТБ. Оно включает оптимальное использование технологии проведения быстрых диагностических тестов *Xpert MTB/RIF* и других новых инструментов, рентгенографии (в том числе цифровой рентгенографии) для обеспечения доступа к ним всем нуждающимся; активное и интенсивное выявление случаев заболевания среди приоритетных групп населения.
- **Систематический скрининг групп населения, подверженных наибольшему риску, в том числе с использованием цифровой рентгенографии и новых диагностических средств,** например контактов лиц с ТБ, в том числе детей и людей пожилого возраста, ЛЖВ, работников, подверженных воздействию пыли кремнезема, заключенных, мигрантов и людей, живущих в городских трущобах. Он также включает проведение профилактической химиотерапии среди групп населения, подверженных высокому риску, в том числе ЛЖВ и детей, контактирующих с пациентами с туберкулезом.
- **Лечение всех лиц, заболевших туберкулезом, в том числе лекарственно-устойчивой формой, с оказанием поддержки пациентам.** Лечение должно предоставляться всем, кто в нем нуждается, независимо от возраста, сексуальной ориентации, гендерной принадлежности или формы туберкулеза, бактериологического статуса, сопутствующих заболеваний или правового статуса пациента. Основопологающим условием минимизации заболеваемости и смертности от туберкулеза является обеспечение всех пациентов с ТБ доступом к бесплатному лечению, необходимому для спасения жизни. Сюда относится внедрение и расширение масштабов применения новых лекарственных препаратов и сокращенных схем лечения МЛУ-ТБ, а также использование лекарственных препаратов, положительно воспринимаемых детьми, и дозировок для лечения детей с ТБ. Резистентность к противотуберкулезным медицинским препаратам представляет собой серьезную угрозу для достижения прогресса в мировом масштабе и требует безотлагательного принятия адекватных мер, включающих профилактику передачи (инфекционный контроль).
- **Программы и подходы, направленные на устранение препятствий доступу к лечению, в том числе услугам на уровне сообществ и комплексным услугам.** Расширение масштабов программ поддержки интегрированных подходов на основе сообществ и семьи к предоставлению ухода при туберкулезе и МЛУ-ТБ, устранению препятствий к доступу, сокращению задержек в постановке диагноза, совершенствованию ведения ТБ у мужчин, женщин, детей, подростков и людей пожилого возраста. Сюда относится расширение масштабов инновационных подходов к предоставлению услуг с обращением особого внимания на положительно зарекомендовавший себя в стране опыт (продемонстрированный, например, при реализации проектов, поддерживаемых в рамках инициативы «*TB REACH*»), и подхода «*ENGAGE-TB*»).
- **Комплексные меры борьбы с коинфекцией ТБ/ВИЧ.** Значительное сокращение заболеваемости туберкулезом и ликвидация смертности, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, могут быть достигнуты на основе принятия и расширения масштабов применения политики, обеспечивающей проведение ориентированной на пациента эффективной профилактики, раннее выявление и безотлагательное лечение в соответствии с изложенными в 12 пунктах комплексными мерами борьбы с коинфекцией ТБ/ВИЧ.
- **Оказание помощи при туберкулезе в рамках частного сектора.** Крайне важное значение имеет участие поставщиков услуг из частного сектора в постановке диагноза, лечении и профилактике туберкулеза, выполнении мониторинга и оценки. В ряде стран большинство пациентов с ТБ/ЛУ-ТБ по различным причинам обращаются за консультированием или доступом к медицинской помощи к частным поставщикам услуг при наличии у них связанных с ТБ симптомов. Следует изучить и интегрировать в систему усилий по борьбе с туберкулезом инновационные подходы к взаимодействию и сотрудничеству с частными поставщиками медицинской помощи при туберкулезе, например такими, которые поддерживаются в рамках инициативы «*TB REACH*» и другими партнерами.
- **Ведение больных с сопутствующими заболеваниями.** Важное значение имеет наличие сопутствующих заболеваний и связанных с туберкулезом рисков для здоровья, требующих комплексного ведения пациентов. К их числу относятся неполноценное питание, диабет, злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами, курение, силикоз, хроническая обструктивная болезнь легких и другие неинфекционные заболевания, в том числе проблемы с психическим здоровьем. Указанные состояния являются факторами риска при туберкулезе и могут усложнять его клиническое лечение.

- **Осуществление надзора и сбор данных.** Для планирования порядка приоритетности, мониторинга и принятия решений требуются качественные данные. Важное значение имеет укрепление систем эпидемиологического надзора за туберкулезом, в том числе на основе комплексных электронных систем ведения учета и составления отчетности, диагностики состояния здоровья с использованием цифровой техники и решений, направленных на интенсификацию диагностики.

12 Качество программ и данных

Качественные данные имеют исключительно важное значение для эффективного принятия решений. Необходимы систематические усилия и долгосрочные инвестиции в системы регулярного сбора данных для накопления и повышения качества данных, их анализа и использования в процессе принятия стратегических решений, более четкой целевой ориентации программ, повышения качества и более эффективного предоставления услуг.

Примечания к оперативной политике в отношении качества программ и данных, содержащиеся в пособии по оперативной политике Глобального фонда ([Global Fund Operational Policy Manual](#)), выпущенном в июле 2016 года, содержат указания по выполнению требований к процессам мониторинга и оценки (МиО) с учетом обеспечения качества программ и данных в поддерживаемых Глобальным фондом программах. В нем в общих чертах описаны различные варианты и инструменты выполнения оценок, которые могут быть использованы для совершенствования идентификации и управления рисками в рамках грантов, способными воспрепятствовать достижению целей грантов.

13 Важнейшие области в запросах на финансирование со стороны Глобального фонда

Основные затронутые группы населения

К основным затронутым туберкулезом группам населения относятся люди, которые являются уязвимыми, не получают необходимых услуг в полном объеме или подвержены наибольшему риску инфицирования или заболевания туберкулезом. Основные затронутые группы населения варьируются от страны к стране и включают лиц с повышенной предрасположенностью к ТБ, вызываемой условиями их жизни или работы, лиц, доступ которых к качественным услугам при ТБ ограничен, и лиц, подверженных большему риску заболевания вследствие действия биологических или поведенческих факторов (см. Таблицу 1).

Эти группы населения в непропорциональной степени затрагиваются заболеванием, стигмой и дискриминацией и сталкиваются с препятствиями, обусловленными нарушением прав человека и гендерным неравенством. Их следует целенаправленно привлекать к предоставлению ценной информации, рекомендаций и контрольных данных организациям-исполнителям.

Глобальный фонд придает в своей деятельности приоритетное значение основным затронутым группам населения и поэтому разработал пакет взаимодополняющих стратегий, мер политики и процедур. Глобальный фонд постоянно стремится расширять участие основных затронутых групп населения в процессах принятия важнейших решений. Представители основных затронутых групп населения должны быть включены в состав страновых координационных комитетов – органов, состоящих из представителей местных правительств, экспертов по вопросам здравоохранения и представителей гражданского общества, которые разрабатывают поддерживаемые Глобальным фондом программы и осуществляют управление реализацией этих программ в странах. Когда сообщества располагают необходимыми для этого ресурсами и оснащением, они играют все более важную роль в мониторинге эффективности поддерживаемых Глобальным фондом программ, обеспечивают целевое использование существующих инвестиций и способствуют достижению максимального воздействия инвестиций Глобального фонда.

Таблица 1. Основные группы населения, затронутые туберкулезом⁸

<p>Лица с ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ заболевания туберкулезом вследствие условий их жизни или работы.</p>	<p>Заклученные, шахтеры, посетители больниц, медицинский персонал, общинные медработники.</p> <p>ЛИЦА, КОТОРЫЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • живут в городских трущобах; • живут в плохо проветриваемых помещениях или в условиях повышенной запыленности; • находятся в контакте с лицами, в том числе детьми, с ТБ; • работают в переполненных людьми помещениях; • работают в больницах или являются профессиональными работниками здравоохранения.
<p>Лица с ОГРАНИЧЕННЫМ ДОСТУПОМ К КАЧЕСТВЕННЫМ УСЛУГАМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ.</p>	<p>Работники-мигранты, женщины, живущие в условиях гендерного неравенства, дети, беженцы или внутренне перемещенные лица, нелегальные рудокопы и мигранты.</p> <p>ЛИЦА, КОТОРЫЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • происходят из групп населения, ведущего племенной образ жизни, или групп коренного населения; • не имеют определенного места жительства; • проживают в труднодоступной местности; • живут в домах для престарелых • имеют умственные или физические недостатки • сталкиваются с юридическими препятствиями в доступе к услугам по уходу.
<p>Лица с ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ заболевания туберкулезом, вызываемым биологическими или поведенческими факторами, подрывающими иммунную функцию.</p>	<p>ЛИЦА, КОТОРЫЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • живут с ВИЧ; • болеют диабетом или силикозом; • проходят терапию, снижающую иммунитет; • не получают достаточного питания; • употребляют табак; • страдают от расстройств, вызванных употреблением алкоголя; • употребляют инъекционные наркотики.

Устранение барьеров, обусловленных нарушением прав человека и гендерным неравенством

Многие факторы, повышающие уязвимость к заражению туберкулезом или ограничивающие доступ к услугам при туберкулезе, связаны с гендерным неравенством и другими нарушениями прав человека. Глобальный план «Остановить туберкулез: сдвиг парадигмы в 2016-2020 годах» ([Global Plan to End TB: The Paradigm Shift 2016-2020](#)), которому привержены многие страны, включает в качестве одного из основных элементов «защиту и поощрение прав человека, этических принципов и принципа справедливости». К числу некоторых должным образом документированных, обусловленных нарушением прав человека препятствий для реализации программ борьбы с туберкулезом, относятся следующие.

⁸ The Paradigm Shift 2016-2020; The Global Plan to End TB; Stop TB Partnership, UNOPS, 2015.

- **Стигматизация.** Скуденность, плохие санитарные условия, недостаточная вентиляция и неполноценное питание повышают уязвимость людей к туберкулезу, к тому же для них велика вероятность отсутствия должного доступа к услугам при ТБ. Стигма, вызываемая туберкулезом, зачастую оказывается связана со стигмой, вызываемой нищетой и связанной с ней маргинализацией, а также недостоверной информацией о болезни и сопутствующими ей необоснованными страхами. Пример для сообществ в оказании ухода при ТБ, лишенного предрассудков стигматизации, должны являть собой медицинские работники, однако они порой оказываются неправильно информированы, субъективны или напуганы в вопросах, касающихся ТБ. С высоким риском заражения туберкулезом сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, при этом туберкулез оказывается основной причиной смертности среди них. Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ, могут усиливать стигму, вызываемую туберкулезом.
- **Тюремное заключение и другие формы задержания.** Лица, отбывающие тюремное заключение, подвергаются высокой степени риска заражения туберкулезом, вызванного условиями их существования, при этом они зачастую оказываются лишены возможности получения услуг при ТБ. Лица, употребляющие наркотики, во многих случаях сталкиваются с высоким риском заражения ТБ не только по причине совместного использования средств для введения наркотиков, например трубок для их вдыхания, но также и вследствие того, что они могут жить в условиях нищеты, иметь большую вероятность инфицирования ВИЧ и высокую вероятность провести часть жизни в заключении, особенно если законы о борьбе с наркоманией предусматривают тюремное заключение за мелкие правонарушения.
- **Принудительная изоляция.** Распространение туберкулеза вызывает обеспокоенность, однако, как отмечает ВОЗ, подавляющее большинство пациентов, получающих лечение в условиях уважения к ним и с их осознанного согласия, не потребуются принуждать или задерживать для проведения лечения. ВОЗ определяет, что задержание «никогда не должно являться обычным компонентом» противотуберкулезных программ, но скорее представлять собой крайнюю меру в ситуациях, в которых все остальные меры оказываются исчерпанными⁹. Однако такие задержание происходят, и это напрямую подрывает права человека.
- **Гендерные барьеры.** Женщины могут не иметь возможности самостоятельно действовать в экономическом плане и принимать решения об обращении за помощью и получении услуг при ТБ. Во многих местах мужчины с большей вероятностью заняты в горнодобывающей промышленности или на взрывных работах, подвергаясь риску заражения туберкулезом, или выполнять работы, обычно поручаемые мигрантам, что может затруднять прохождение лечения. Мужчины также чаще курят и являются потребителями наркотиков; и то и другое являются факторами риска заражения туберкулезом.

Во многих странах направленные на устранение подобных препятствий программы с некоторой долей успеха реализуются (подробнее см. Техническую записку Глобального фонда ([TB, Human Rights and Gender Technical Brief](#))). Отдельные примеры освещены ниже.

- Разработаны инструменты измерения масштабов **уменьшения стигмы**, программы подготовки и развернуты другие ресурсы для медицинских работников, сообществ, работодателей, общественных и религиозных лидеров, продемонстрировавшие свою эффективность, особенно когда пациенты содержательно привлекаются к разработке программ.
- Полезными для пациентов, членов их семей и сообществ, и даже медицинских работников, но в особенности для маргинализированных лиц, уже лишившихся возможности доступа к услугам, или лиц, которые могут быть подвергнуты принудительной изоляции, могут оказаться **программа «Знай свои права»** или программы ознакомления с правами.

⁹ Руководство по этическим принципам профилактики, лечения и контроля за распространением туберкулеза. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2010 г.

Подобные программы зачастую оказываются полезными в сочетании с доступом к юридическим услугам.

- **Реформирование политики и законов**, поддерживающих сохранение барьеров, обусловленных нарушением прав человека, таких как медико-санитарные правила, не ограничивающие принудительную изоляцию; законов или политических мер, ограничивающих доступ к доступным медицинским препаратам – генерикам; практики или правил оказания медицинской помощи, затрудняющих ее получение женщинами и молодежью; правил, ограничивающих доступ к услугам работникам-мигрантам или лицам, затронутым насильственным перемещением; законов в отношении наркотиков, предусматривающих тюремное заключение за незначительные, ненасильственные проступки; правил, препятствующих заключенным в доступе к медицинским услугам, равноценным тем, что предоставляются в сообществах. Законы и правила могут быть опротестованы многими способами, например посредством проведения информационно-разъяснительной работы в интересах законодательства, мобилизации сообществ, повышения осведомленности и в судебном порядке.
- Полезной может оказаться **подготовка сотрудников полиции, исправительных учреждений, судебных органов**, в особенности для улучшения функционирования тюремных служб и ввиду того, что полиции и судам часто приходится контактировать с основными затронутыми группами населения, в том числе лицами, употребляющими наркотики. Сотрудники полиции могут быть восприимчивы к инструктажу, включающему информацию о мерах защиты от туберкулеза во время несения службы.
- **Подготовка медицинских работников** может быть сконцентрирована не только на борьбе со стигматизацией, но и на важности информированного согласия, конфиденциальности и сохранения тайны частной жизни, а также содержательного участия пациентов в принятии решений, касающихся ухода за ними, и обеспечении понимания ими принудительной изоляции как крайней меры.

Все программы, в соответствии с принципами в области прав человека, следует составлять, осуществлять и оценивать при активном участии затронутых сообществ и на уважительной, ответственной, учитывающей гендерную проблематику и недискриминационной основе.

Укрепление ответных мер на уровне сообществ

Сдвиг парадигмы, направленный на прекращение эпидемии туберкулеза, по необходимости должен включать принятие ответных мер на уровне сообществ и с учетом потребностей пациентов. Он должен выходить за рамки одного лишь предоставления услуг и включать: 1) выполняемые на уровне сообществ мониторинг и оценку программ борьбы с туберкулезом и предоставления услуг в связи с ним; 2) информационно-разъяснительную деятельность; 3) техническое содействие; 4) укрепление связей и партнерских отношений с основными заинтересованными в решении проблемы туберкулеза сторонами; 5) участие сообществ в оценках правовой и политической среды и учета гендерной проблематики в ходе принятия ответных мер. Ответные меры на уровне сообществ должны носить всеобъемлющий характер не только в целях содействия достижению более высоких результатов в области борьбы с заболеванием, но и для усиления активности реагирования сообществ. Для участия в принятии ответных мер в качестве равных партнеров общинам необходимы ресурсы, техническое содействие, инструменты и укрепление потенциала. Участие общин в борьбе с туберкулезом включает осуществление широкого спектра мероприятий, направленных на содействие выявлению, обследованию и лечению лиц с лекарственно-чувствительной и лекарственно-устойчивой формами туберкулеза, а также с ассоциированным с ВИЧ-инфекцией туберкулезом. Решающее значение для расширения охвата и поддержки устойчивости мероприятий по борьбе с туберкулезом имеет участие сообществ, в связи с чем для прекращения эпидемии туберкулеза следует содействовать его расширению. Инновационные и успешные подходы (например, проекты, финансируемые в рамках инициативы «*TB REACH*» ([TB REACH funded projects](#)) или подхода «*ENGAGE TB*» ([ENGAGE-TB Approach](#))), направленные на взаимодействие с сообществами и организациями гражданского общества, могут быть адаптированы к конкретным условиям стран и использованы для укрепления ответных мер на уровне сообществ.

Соображения в отношении устойчивости и перехода

Глобальный фонд призывает все страны интегрировать в проекты своих программ соображения, касающиеся обеспечения устойчивости. В своем новом руководстве в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования Глобальный фонд излагает принципы повышения устойчивости и определяет основу для оказания странам поддержки в успешном переходе на финансирование без участия Глобального фонда, осуществляемое на дифференцированной основе в процессе развития. Дополнительную информацию для кандидатов по вопросам составления запросов на финансирование в соответствии с политикой в данной области можно найти в методических рекомендациях по вопросам устойчивости, перехода и совместного финансирования (Sustainability, Transition and Co-financing Guidance Note; готовится к публикации).

14 Техническая поддержка и укрепление потенциала

Техническая поддержка

Техническая поддержка служит для устранения пробелов в знаниях, данных или компетенции на страновом уровне. Страны могут запрашивать техническое содействие на различных этапах процесса финансирования, в том числе при разработке/ обновлении национального стратегического плана, разработке запроса на финансирование и его реализации. Техническая поддержка может предоставляться страновым координационным комитетам (СКК), исполнителям и организациям гражданского общества через партнеров и Глобальный фонд.

В число партнеров, предоставляющих странам техническую поддержку в укреплении их программ борьбы с туберкулезом, входят Агентство США по международному развитию (АМР США), Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (*UNION*), ВОЗ, партнерство «Остановить туберкулез»/ Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами, Нидерландская королевская ассоциация по борьбе с туберкулезом и др. При планировании и координации технической поддержки и для исключения дублирования усилий АМР США работает в тесном взаимодействии с другими департаментами и агентствами правительства США, партнерами по осуществлению, Партнерством «Остановить туберкулез», ВОЗ и другими двусторонними донорами. АМР США оказывает поддержку различным видам деятельности в рамках осуществляемых в ряде стран программ борьбы с ТБ и ЛУ-ТБ, в том числе связанным с реализацией грантов Глобального фонда. Более подробную информацию можно получить по ссылке [USAID](#). Техническую поддержку странам оказывает также Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями, дополнительная информация доступна по ссылке [UNION](#).

Техническая поддержка и укрепление потенциала для осуществления мер в ответ на ТБ и ЛУ-ТБ

В дополнение к технической поддержке в рамках реализации грантов, Глобальный фонд заключил специальное соглашение с ВОЗ о предоставлении странам технической поддержки и рекомендаций по расширению масштабов и реализации их мер в ответ на ЛУ-ТБ. Действующий меморандум о взаимопонимании (MoU) между Глобальным фондом и ВОЗ¹⁰, касающийся предоставления технической и консультационной поддержки мероприятий, осуществляемых региональными комитетами «Зеленого света» (РКЗС) и их соответствующими секретариатами, был заключен 1 апреля 2015 года. Секретариаты РКЗС видят свою задачу в обеспечении качества деятельности по борьбе с МЛУ-ТБ и расширении ее масштабов в странах на основе координации предоставления технической и консультационной поддержки в составлении, пересмотре и реализации национальных планов программного ведения лекарственно-устойчивого туберкулеза (ПВЛУТ) в качестве части общих национальных стратегических планов.

Страны, в которых основной реципиент получает от Глобального фонда грантовые средства на основании действующего соглашения о финансировании деятельности в рамках ПВЛУТ, получают один из следующих двух пакетов технической и консультационной поддержки, скоординированных секретариатами РКЗС:

¹⁰ Дополненный и подтвержденный меморандум о взаимопонимании между Глобальным фондом и региональными комитетами и секретариатами комитетов "Зеленого света" ВОЗ, апрель 2016 г.

- a. базовый пакет услуг (для всех стран, за исключением упомянутых ниже, в пункте b); или
- b. расширенный пакет услуг (для стран с тяжелым бременем МЛУ-ТБ по определению Глобальной программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в ее последнем актуальном отчете).

Базовый пакет услуг включает:

- содействие в разработке, обновлении и, при необходимости, пересмотре национального плана расширения ПВЛУТ в соответствии с национальным стратегическим планом;
- содействие в составлении обновления национального плана расширения ПВЛУТ в качестве части национального стратегического плана, подробного плана работы, бюджета, плана мониторинга и оценки, плана управления закупками и снабжением;
- определение потребностей в области потенциала страны и содействие в укреплении потенциала;
- мониторинг странового прогресса с одной как минимум поездкой в страну в течение календарного года;
- осуществление деятельности по подготовке поездок в страну; и
- содействие в планировании внедрения научно обоснованных инновационных подходов, новых средств диагностики, новых лекарственных препаратов и/или пересмотренных схем лечения лекарственно-устойчивого ТБ в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Расширенный пакет услуг включает услуги, перечисленные в составе базового пакета услуг, в который дополнительно включается:

- как минимум, одна дополнительная поездка в страну в течение календарного года для оценки эффективности действий и прогресса страны для оказания технической поддержки в конкретных областях, определенных на основании докладов РКЗС и страновых миссий или указанных в запросах стран; и
- постоянное оказание поддержки и координация действий партнеров в целях устранения узких мест, определенных при осуществлении общего программного ведения лекарственно-устойчивого туберкулеза и проведении поддерживаемых Глобальным фондом видов деятельности по борьбе с МЛУ-ТБ.

В соответствии с меморандумом о взаимопонимании сумма годового платежа за каждый пакет услуг составляет:

- за базовый пакет услуг – 25 000 долл. США по одному гранту, в год;
- за расширенный пакет услуг – 50 000 долл. США по одному гранту, в год.

Глобальный фонд и ВОЗ обсуждают совместно с другими партнерами будущий механизм в рамках расширенных консультаций в отношении методов оптимизации технического содействия странам в осуществлении ими ответных мер в связи с лекарственно-устойчивым туберкулезом. Ожидается, что действие специального соглашения и предоставление технической поддержки странам будет продолжено. О любом изменении положения меморандума о взаимопонимании будут проинформированы все заинтересованные стороны и страны.

15 Национальные стратегические планы

Национальный стратегический план (НСП) представляет собой основу, на страновом уровне регламентирующую выполнение национальными руководящими органами здравоохранения функций управления и осуществление надлежащей деятельности по лечению и профилактике туберкулеза, а также установление эффективных связей с другими партнерами и программами в рамках и вне сектора здравоохранения. НСП должен быть согласован с национальным планом в области здравоохранения и связан с планами других секторов. Обоснованный НСП должен составлять четкую основу, определяющую необходимые стратегические мероприятия, направленные на выполнение целей и задач и достижение показателей, установленных страной в области профилактики, лечения и борьбы с ТБ. Мероприятия и цели должны быть адекватно и последовательно взаимосвязаны. Кроме того, должны быть четко определены виды и подвиды деятельности, свойственные каждому мероприятию,

выделены четкие цели каждого мероприятия и установлено, где и когда должен быть осуществлен каждый вид или подвид деятельности, а также кто будет осуществлять его.

НСП должен включать параметры технической поддержки, требующейся для осуществления конкретных мероприятий и/или определенных видов деятельности, четкое описание порядка проведения мониторинга осуществления мероприятий и видов деятельности, а также измерения и оценки их прямых результатов, долгосрочных результатов и воздействия; и подробный бюджет мероприятий и видов деятельности.

Национальные стратегические планы должны включать расширенную совокупность базовых оценок национальной и субнациональной эпидемиологии ТБ, в том числе идентификацию основных затронутых групп населения/ сообществ, структуру и функции системы здравоохранения. НСП должны включать конкретный анализ систем закупок и снабжения, доступных ресурсов, в том числе людских, препятствий доступу и стимулирующих факторов, в том числе регулирующих правил, имеющихся связей с социальными услугами, роли сообществ, организаций гражданского общества и частного сектора. Соответствующие оценки могут быть связаны, по крайней мере отчасти, с обзорами национальных программ или результатами объединенной мониторинговой миссией, осуществляемой с участием партнеров в соответствии с руководящими указаниями ВОЗ. Подробное руководство содержится в документе ВОЗ «Инструментарий для разработки национального стратегического плана профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом» ([Toolkit to develop a national strategic Plan for TB prevention, care and control](#)).

Национальные стратегические планы и стратегии должны соответствовать следующим критериям:

- содержать актуальные данные – основываться на последней эпидемиологической информации и понимании адекватности текущих ответных мер;
- основываться на инклюзивном процессе с участием многих заинтересованных сторон;
- содержать эффективно определенный порядок приоритетов и составленный бюджет;
- базироваться на научно обоснованных подходах и соответствовать международным нормам;
- решать задачи устранения препятствий, обусловленных нарушением прав человека и гендерным неравенством, а также основных социальных факторов воздействия на здоровье, определяющих особую уязвимость отдельных групп населения и ограничивающих для них доступ к услугам при ТБ.

Глобальный план «Остановить туберкулез: сдвиг парадигмы в 2016-2020 годах» ([Global Plan to End TB: The Paradigm Shift 2016-2020](#)) предусматривает совокупность рекомендованных видов деятельности – «инвестируемых пакетов», – направленных на достижение целевых показателей 90-(90)-90, изложенных в плане. Эти инвестиционные пакеты разработаны с учетом местных особенностей эпидемии туберкулеза, а также ограничений, присущих системе здравоохранения, и социально-экономической ситуации в различных страновых условиях. Для стран, входящих в состав одного региона, или стран, история которых имеет общие черты, характерна схожесть социально-экономических условий или ограничений в системах здравоохранения. Вследствие этого страны могут быть сгруппированы по разным группам. Для стран могут быть характерны особенности, свойственные нескольким группам, так же, как и различные районы отдельно взятой страны могут быть отнесены к разным группам. Подробное описание соответствующих основных мероприятий в зависимости от конкретных страновых сценариев представлено в приложениях ([Annexes](#)) к Глобальному плану. Оно может оказаться полезным при определении приоритетов и первоочередных мероприятий.

V. Основные справочные материалы

Информационные бюллетени и технические записки Глобального фонда

- Информационный бюллетень Глобального фонда [Building resilient and sustainable systems for health through Global Fund investments \(2016\)](#)
- Информационный бюллетень Глобального фонда [HIV Information Note](#)
- Информационный бюллетень Глобального фонда [Global Fund Technical Brief: Human rights and gender for TB \(2016\)](#)
- Техническая записка Глобального фонда [Addressing Sex Work, MSM and Transgender People in the Context of the HIV Epidemic \(2016\)](#)
- [The Global Fund Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Technical Brief](#)
- Техническая записка Глобального фонда [Strengthening sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health \(SRMNCAH\) interventions in funding requests to the Global Fund \(2016\)](#)
- Техническая записка Глобального фонда [HIV, Human Rights and Gender Equality \(2016\)](#)
- Техническая записка Глобального фонда [Strengthening Community Systems and Responses \(2016\)](#)

Дополнительные избранные документы Глобального фонда

- [Стратегия Глобального фонда на 2017-2022 годы. «Инвестировать в целях полного устранения эпидемий» \(2016 год\)](#)
- [Applying for funding](#)
- [The Applicant's Handbook. A practical guide to preparing a funding request \(2016\)](#)
- [Funding Request Instructions \(2016\)](#)
- [Global Fund Modular Framework Handbook](#)
- [Frequently Asked Questions. The 2017-2019 Funding Cycle \(2016\)](#)
- [The Role of the Global Fund in Supporting Countries to Build Resilient and Sustainable Systems for Health \(2016\)](#)
- [Framework for Financing Co-infections and Co-Morbidities of HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria \(COIM\) \(2015\)](#)
- [Global Fund Operational Policy Manual](#)
- [Scaling up programs to remove human rights barriers to health services \(2016\)](#)
- [The Global Fund Sustainability, Transition and Co-Financing Policy \(2016\)](#)
- [The Challenging Operating Environments Policy \(2016\)](#)
- [Technical Review Panel's Consolidated Observations on the 2014-2016 Allocation Based Funding Model](#)

Руководства и основные документы ВОЗ

- [Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis \(2014\)](#)
- [WHO: End TB Strategy](#)
- [Digital health for the End TB Strategy: an agenda for action \(2015\)](#)
- [Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control \(2012\)](#)
- [Framework for the engagement of all health care providers in the management of drug resistant tuberculosis \(2015\)](#)
- [Framework of indicators and targets for laboratory strengthening under the End TB Strategy](#)
- [Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2016 год](#)
- [Implementing tuberculosis diagnostics. Policy framework \(2015\)](#)
- [Implementing the End TB strategy: The Essentials \(2015\)](#)
- [Интеграция совместного оказания услуг в связи с ТБ и ВИЧ во всеобъемлющий пакет помощи для потребителей инъекционных наркотиков](#)
- [Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets \(2014\)](#)
- [Policy Guidance](#)
- [WHO: Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle-income countries \(2014\)](#)
- [Report of the consultation meeting to draw lessons from development of Single TB and HIV Concept Notes and defining the way forward for joint TB and HIV programming](#)

- [The Shorter MDR-TB Regimen](#)
- [Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide \(2015\)](#)
- [TB diagnostics and Laboratories](#)
- [Toolkit to develop a National Strategic Plan for TB prevention, care and control \(2015\)](#)
- [Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries \(2014\)](#)
- [Xpert MTB/RIF Implementation Manual \(2014\)](#)
- [ENGAGE-TB Approach: Operational guidance \(2012\)](#)

Партнерство «Остановить туберкулез»

- Глобальная лабораторная инициатива [GLI quick guide to TB connectivity solutions](#)
- Партнерство «Остановить туберкулез» [The Paradigm Shift 2016-2020 \(2015\)](#)
- Партнерство «Остановить туберкулез» [Improving TB Case Detection: A compendium of TB REACH Case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework](#)
- Партнерство «Остановить туберкулез» [Key Population Briefs](#)
- Партнерство «Остановить туберкулез» [GLI Quick guide to TB diagnostics connectivity solutions](#)
- Партнерство «Остановить туберкулез» [Global Drug Facility](#)

Другие основные документы

- Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными болезнями: [The Unions desk guide for diagnosis and management of tuberculosis in children \(2016\)](#)
- ЮНИТЭЙД: [Tuberculosis diagnostics technology and market landscape - 4th edition \(2015\)](#)
- ЮНЭЙДС: [UNAIDS/WHO Technical Guidance Note on HIV/TB](#)
- Глобальный альянс по ТБ: [Child-friendly medicines](#)
- АМР США: [USAID Tuberculosis](#)

VI. Список сокращений

AMR	Antimicrobial Resistance	РАП	Резистентность к антимикробным препаратам
ARV	Antiretroviral	АРВ	Антиретровирусный
ART	Antiretroviral Therapy	АРТ	Антиретровирусная терапия
DR	Drug-resistant	ЛУ	Лекарственно-устойчивый
DST	Drug-susceptibility Testing	ТЛЧ	Тестирование лекарственной чувствительности
IPT	Isoniazid Preventive Therapy	ПТИ	Профилактическая терапия с помощью изониазида
LTBI	Latent Tuberculosis Infection	ЛФТИ	Латентная форма туберкулезной инфекции
M&E	Monitoring & Evaluation	МиО	Мониторинг и оценка
MDR-TB	Multi-drug resistant Tuberculosis	МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
MOU	Memorandum of Understanding	МоВ	Меморандум о взаимопонимании
NCD	Non-Communicable Disease	НИЗ	Неинфекционное заболевание
NSP	National Strategic Plan	НСП	Национальный стратегический план
NTP	National Tuberculosis Programs	НПБ	Национальные программы борьбы с туберкулезом
PLHIV	People Living with HIV	ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
PMDT	Programmatic Management of Drug-resistant Tuberculosis	ПВЛУТ	Программное ведение лекарственно-устойчивого туберкулеза
rGLC	regional Green Light Committees	РКЗС	Региональные комитеты «Зеленого света»
RR-TB	Rifampicin-resistant Tuberculosis	УР-ТБ	Устойчивый к рифампицину туберкулез
SL-LPA	Second Line-Line Probe Assay	МГ-ЛПВР	Линейный зондовый анализ для количественной оценки действующих ингредиентов лекарственных препаратов второго ряда
TA	Technical Assistance	ТП	Техническая поддержка
TB	Tuberculosis	ТБ	Туберкулез
TB-LAMP	Tuberculosis Loop Mediated Isothermal Amplification	ТБ-МПИА	Тестирование на наличие туберкулеза методом петлевой изотермической амплификации
UHC	Universal Health Coverage	ВОМСУ	Всеобщий охват медико-санитарными услугами
WHO	World Health Organization	ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
XDR-TB	Extensively Drug-resistant Tuberculosis	ШЛУ-ТБ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

Приложение 1. Первые 10 приоритетных (не ранжированных) показателей для мониторинга реализации стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза» на глобальном и национальных уровнях с целевыми уровнями, рекомендованными для применения всеми странами

	Показатель	Рекомендуемый целевой уровень*	Основная причина для включения в первую десятку показателей
1	Охват лечением туберкулеза – <i>отношение числа новых случаев и рецидивов заболевания, которые зарегистрированы и по которым проводится лечение, к расчетной численности пациентов с ТБ в том же году, выраженное в процентах.</i>	≥90%	Важным условием предотвращения заболеваемости ТБ и смертности от него, а также сокращения его распространения является высококачественная медицинская помощь при ТБ. основополагающим требованием для достижения контрольных показателей и целей стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза» является высокий уровень охвата надлежащим лечением. Совместно указанные два показателя будут, вероятно, использоваться в качестве индикативных для отслеживания прогресса в достижении всеобщего охвата медико-санитарными услугами (ВОМСУ) в рамках целей в области устойчивого развития на период после 2015 года.
2	Показатель успешности лечения туберкулеза – <i>выраженная в процентах доля пациентов с ТБ, успешно прошедших курс лечения. Целевой показатель установлен совместно для лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого ТБ, хотя результаты должны указываться отдельно.</i>	≥90%	
3	Процентная доля затронутых туберкулезом домашних хозяйств, несущих катастрофические расходы в связи с туберкулезом** – <i>число людей, проходивших лечение от ТБ (и их домохозяйств), понесших катастрофические расходы (как прямые, так и косвенные), деленное на общее число людей, проходивших лечение от ТБ.</i>	0%	Один из трех показателей высокого уровня в стратегии «Положить конец эпидемии туберкулеза»; основной маркер защиты от финансовых рисков (один из двух основных элементов ВОМСУ) и социальной защиты домохозяйств, затронутых ТБ.
4	Процентная доля впервые зарегистрированных пациентов с ТБ, прошедших тестирование с использованием новых рекомендованных ВОЗ тестов – <i>число новых зарегистрированных пациентов с ТБ, наличие заболевания у которых установлено по результатам проведения быстрых тестов, рекомендованных ВОЗ, деленное на общее число новых зарегистрированных пациентов с ТБ.</i>	≥90%	Основным компонентом оказания помощи при ТБ является установление точного диагноза. Обеспечение своевременного выявления и безотлагательного лечения способствует использованию быстрых молекулярных диагностических тестов.

	Показатель	Рекомендуемый целевой уровень*	Основная причина для включения в первую десятку показателей
5	Охват лечением латентной формы туберкулезной инфекции – <i>число людей, живущих с ВИЧ, впервые зарегистрированных для получения лечения при ВИЧ, и число детей, контактирующих с инфицированными, начавшими получать лечение при ЛФТИ, деленное на число людей, нуждающихся, в лечении, в процентах (отдельно по каждой из двух групп).</i>	≥90%	ЛФТИ является основным лечебным мероприятием, доступным для предотвращения развития заболевания активной формой ТБ у лиц, уже инфицированных микобактериями туберкулеза.
6	Доля контактировавших лиц, прошедших обследование – <i>отношение числа контактировавших с лицами с бактериологически подтвержденным ТБ, проходивших диагностику на наличие ТБ, к числу нуждающихся в лечении, выраженное в процентах.</i>	≥90%	Отслеживание контактировавших является основным компонентом профилактики ТБ, особенно у детей.
7	Уровень охвата пациентов с ТБ тестированием лекарственной чувствительности – <i>отношение число пациентов с ТБ, у которых имеются результаты тестирования лекарственной чувствительности, к числу зарегистрированных бактериологически подтвержденных случаев заболевания в том же году, выраженное в процентах. Уровень охвата ТЛЧ учитывает результаты, полученные при молекулярном (например, по методике Xpert MTB/RIF), а также обычном фенотипическом ТЛЧ.</i>	100%	Тестирование лекарственной чувствительности к рекомендованным ВОЗ лекарственным препаратам имеет важное значение для обеспечения правильного лечения каждого лица, у которого диагностирован ТБ.
8	Охват лечением с использованием новых противотуберкулезных препаратов – <i>отношение числа пациентов с ТБ, получающих лечение по схемам, включающим использование новых (одобрены после 2010 года) противотуберкулезных препаратов, к числу зарегистрированных пациентов, нуждающихся в лечении новыми противотуберкулезными препаратами, выраженное в процентах.</i>	≥90%	Показатель, подходящий для мониторинга внедрения инноваций во всех странах. Показатели, относящиеся к разработке новых инструментов, необходимы на глобальном уровне, но не подходят для мониторинга прогресса во всех странах. Определение пациентов, нуждающихся в лечении с использованием новых лекарственных препаратов, может различаться в разных странах.

	Показатель	Рекомендуемый целевой уровень*	Основная причина для включения в первую десятку показателей
9	Документирование наличия ВИЧ-статуса у пациентов с ТБ – <i>отношение числа новых пациентов с ТБ и с рецидивом, имеющих подтвержденный ВИЧ-статус, к числу зарегистрированных в том же году новых пациентов с ТБ и с рецидивом, выраженное в процентах.</i>	100%	Один из основных показателей, используемых в мире для мониторинга объединенных видов деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ. Документирование наличия ВИЧ-статуса имеет важное значение для обеспечения ВИЧ-положительных пациентов с ТБ наилучшим уходом, в том числе антиретровирусной терапией.
10	Уровень смертности вследствие болезни (CFR) – <i>отношение числа смертей от ТБ (из национальной системы регистрации естественного движения населения) к расчетному числу случаев заболевания за те же годы, выраженное в процентах.</i>	≤5%	Основной показатель для отслеживания прогресса в достижении целей 2020 и 2025 годов. Глобальной вехой борьбы за сокращение случаев и смертей от ТБ является достижение уровня смертности вследствие болезни 6% к 2025 году.
<p>* Целевой уровень, который должен быть достигнут не позднее 2025 года.</p> <p>** Расходы, понесенные домохозяйствами пациентов с ТБ более чем на 20% превышают годовой доход домохозяйства.</p> <p>ТЛЧ – тестирование лекарственной чувствительности; ЛФТИ – латентная форма туберкулезной инфекции.</p>			