



## Всесторонняя помощь от туберкулеза для всех – опыт Каракалпакстана

Программа «Всесторонняя помощь от туберкулеза для всех» - это совместная работа Министерства здравоохранения автономной республики Каракалпакстан и международной гуманитарной и медицинской организации «Врачи без границ»/ Médecins Sans Frontières.





## Резюме

Начиная с 1998 года организация «Врачи без границ» (MSF)<sup>1</sup> совместно с Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан (Минздрав) борется против возрастающей угрозы туберкулеза (ТБ) в стране, включая лекарственно устойчивые формы туберкулеза (ЛУ ТБ).

Статистические эпидемиологические данные по стране указывают на то, что туберкулез в Узбекистане - это проблема, вызывающая большую тревогу. Данная статистика дает все основания для того, чтобы усилиям по контролю над заболеванием внутри страны был придан статус наиболее приоритетной задачи. По оценкам заболеваемости этой болезнью в стране, общее количество больных туберкулезом составляет 63 000 человек, что эквивалентно уровню распространения 227 человек на 100 000 населения. В рамках Европейской программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) только три другие страны (Таджикистан, Кыргызстан и Молдова) имеют более высокий уровень заболеваемости.

Особую тревогу вызывает уровень распространения множественной лекарственно устойчивой инфекции (МЛУ ТБ). Согласно данным ВОЗ, 14% всех новых случаев заболевания туберкулезом оказываются множественной лекарственно устойчивой формой. По распространенности инфекции среди новых случаев заболевания Узбекистан занимает седьмое место в мире. Однако по наблюдениям нашей программы, доля новых случаев заболевания, давших положительный результат в тесте микроскопии мазка мокроты, которые оказываются МЛУ ТБ, как кажется, возрастает.

Правительство Узбекистана признает наличие проблемы туберкулеза в стране и является подписантом Берлинской (2007) и Пекинской (2009) Деклараций по туберкулезу, взявшим на себя обязательства принимать серьезные меры против «тревожной угрозы», которую представляет это заболевание.

Изначально MSF была вовлечена в три проекта, осуществляющих стратегию DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse – Краткий курс лечения под непосредственным наблюдением) в сотрудничестве с Минздравом. Вследствие высоких показателей неудачных исходов лечения медикаментами первого ряда в местах проектов DOTS, в 2003 году в городе Нукусе и в Чимбайском районе автономной республики Каракалпакстан MSF совместно с Минздравом начали пилотный проект DOTS-плюс. Минздрав взял на себя текущее ежедневное управление проектом в конце 2010 года. С начала лечения в 2003 г. вплоть до 2010 г. в проект поступили 1495 пациентов. Из них к концу 2010 года завершили курс лечения 1017 пациентов. Процент успешности лечения был достаточно устойчив – приблизительно 60% ежегодно. Процент неуспешного лечения снизился с 19% в 2005 году до 5% в 2008 году. Уровень смертности оставался стабильно ниже 8%. Процент отказов от продолжения лечения составлял 12% в 2005 году и 16% в 2006 году, однако значительно

увеличился в 2007 году - до 25%, и затем, в 2008 году, оставался на том же уровне 25%. Совершенно очевидно, что проблема приверженности начатому лечению – это основной вопрос, который требует решения.

MSF и Минздрав сейчас начали новый проект в Караузьяке и Тахтакупыре (Каракалпакстан). Цель проекта – обеспечить всестороннюю помощь при туберкулезе, включая быструю диагностику и интегрированную терапию DOTS и DOTS-плюс, для всех пациентов во всех районах Каракалпакстана.

Действующая программа включает в себя клинические методы ведения больных, в том числе амбулаторное лечение, услуги современных ТБ и МЛУ ТБ лабораторий, позволяющих провести быструю диагностику и тесты на чувствительность, строгие методы инфекционного контроля, психологическое консультирование и поддержку пациентов в соблюдении режима лечения, санпросвет работу и мероприятия по усилению системы здравоохранения.

На основании своего опыта по диагностике и лечению туберкулеза в Республике Узбекистан MSF может представить следующие три рекомендации.

- Туберкулез является угрозой здравоохранению в Узбекистане, которая вызывает большую тревогу. Существующий охват, выявление случаев заболевания и процент излечения недостаточно высоки, чтобы продемонстрировать способность сдерживать заболевание в среднесрочной перспективе. Поэтому необходимы срочные меры, под руководством правительства Узбекистана и при помощи международных участников, в том числе MSF, для того, чтобы противостоять этой серьезной угрозе общественному здоровью.
- Необходимо повышать уровень диагностирования и лечения туберкулеза. В настоящий момент менее 10% населения имеет доступ к адекватной диагностике и лечению лекарственной устойчивости. В течение работы проекта в Каракалпакстане MSF в сотрудничестве с Минздравом установили различные компоненты диагностики и лечения туберкулеза. Теперь срочно необходим план внедрения и увеличения доступности лечения и диагностики туберкулеза, чтобы каждый человек, независимо от его места жительства, мог иметь прямой доступ к тестированию на лекарственную устойчивость (ЛУ) во время диагностики туберкулеза и мог начать немедленно принимать правильные медикаменты.
- Амбулаторное лечение, проводимое с самого первого дня терапии, в состоянии увеличить количество охваченных пациентов и улучшить результаты лечения. Амбулаторная форма лечения в целом должна быть предпочтительнее стационарного лечения в больнице, поскольку она снижает шанс перекрестной инфекции госпитализированных пациентов с различными штаммами лекарственной устойчивости. Также, она в принципе могла бы снизить проблемы с приверженностью к лечению, когда пациенты отказываются от продолжения курса терапии из-за слишком

<sup>1</sup> Список принятых в документе сокращений см. на стр.19

длительного срока госпитализации, поскольку чувствуют себя изолированными от своего окружения. Амбулаторное лечение также имеет то преимущество, что снижает нагрузку на больницы и позволяет проводить лечение большего количества пациентов.

Правительство Узбекистана осознает угрозу, которую представляет собой туберкулез, и все более усиливает свою приверженность борьбе с этим заболеванием, используя широкий спектр мер и ресурсов. Организация «Врачи без границ» также ставит своей приоритетной задачей помогать Правительству и населению Узбекистана противостоять этой угрозе, и мы готовы предоставить любую помощь, совет и экспертный анализ, которые только можем.

Также MSF хотела бы выразить свою благодарность Правительству Узбекистана, в особенности руководству национальной системы здравоохранения и руководителям в Каракалпакстане, за активное сотрудничество и хорошие взаимоотношения на протяжении всех тех четырнадцати лет, что MSF работает в регионе.

### **Туберкулез угрожает всему Центральноазиатскому региону**

Туберкулез представляет серьезную угрозу общественному здоровью не только в Узбекистане.

Во всех пяти странах Центральноазиатского региона распространение туберкулеза очень высоко: Казахстан (198 человек на 100 000 населения), Кыргызстан (236 человек), Таджикистан (374 человека) и Туркменистан (82 человека, хотя эти данные, скорее всего, значительно занижены) – все это сравнимо с Узбекистаном (227 человек).

Уровень смертности также повышается по всему региону: Казахстан (20 человек на 100 000 населения), Кыргызстан (22 человека), Таджикистан (48 человек), Туркменистан (20 человек) и Узбекистан (19 человек).

Количество больных, получающих лечение, и уровень излечения несколько разнятся: Казахстан (6167 пациентов в когорте, 64% излечившихся), Кыргызстан (1640, 80%), Таджикистан (2057, 76%), Туркменистан (1331, 83%) и Узбекистан (5117, 75%).

Очевидно, что сильное лидерство, взятое на себя правительствами в регионе, не только поможет их собственному населению, но и в целом даст мощный толчок региональным усилиям по контролю над заболеванием. Более того, это показывает, что обмен и взаимное обучение между государствами окажет исключительно благоприятное воздействие на улучшение качества лечения пациентов, на количество охваченных лечением пациентов и на результаты лечения.

Источник: Всемирная Организация Здравоохранения (2009), Всемирный Отчет по Туберкулезу. ВОЗ: Женева. [см. онлайн [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2010/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html).]

## Введены



Организация «Врачи без границ» / Médecins Sans Frontières (MSF) работает вместе с Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан с 1998 года с тем, чтобы противостоять все возрастающей угрозе туберкулеза в стране, включая лекарственно устойчивый туберкулез (ЛУ ТБ).

Задача MSF состоит в том, чтобы воздействовать на эпидемиологическую ситуацию с туберкулезом в Узбекистане - снизить заболеваемость и смертность от этой болезни и ограничить ее распространение. Мы пытаемся это сделать двумя способами: прежде всего, помогаем Минздраву построить высококачественную программу лечения в Каракалпакстане, в которой проводилось бы эффективное диагностирование и лечение пациентов из данного региона. Во-вторых, используя эту программу как модель, пропагандируем ее распространение на другие регионы Узбекистана и других стран Средней Азии, которые сталкиваются с подобными проблемами.

Данный отчет кратко описывает, что было сделано до настоящего момента в Каракалпакстане, включая разработку проекта и медицинские результаты. На основании этого опыта, в отчете делаются определенные выводы на будущее. В частности, рекомендуется подход к лечению туберкулезных больных, который был бы более сконцентрирован на пациенте.

Также данный отчет – это попытка внести свой вклад в развивающуюся дискуссию в регионе Центральной Азии, поскольку различные страны мобилизуют усилия в борьбе против заболевания.

## Справка

Страна с населением 26 млн. 400 тыс. человек, расположенная в Центральной Азии, Республика Узбекистан приобрела государственность 31 августа 1991 года, когда провозгласила свою независимость от бывшего Советского Союза<sup>2</sup>.

Сохраняя стабильность с момента объявления независимости, страна делает подвижки в сторону достижения своих целей развития: страна считается на правильном пути в достижении Целей Развития Тысячелетия по начальному образованию и по предоставлению равных возможностей женщинам. Страна делает определенный прогресс на пути искоренения крайней бедности, снижении детской смертности и улучшений в области материнского здоровья.<sup>3</sup> Узбекистан занимает 102 место из 169 стран в Индексе Развития Человеческого Потенциала, и также считается страной со средним уровнем дохода в пересчете валового внутреннего продукта на душу населения. Ожидаемая продолжительность жизни здесь составляет 68,2 года, смертность детей в возрасте до пяти лет – 38 человек на 100 родившихся живых детей, на здравоохранение в стране тратится 2,3% ВВП.<sup>4</sup>

Тем не менее страна сталкивается с серьезными угрозами здоровью населения, включая возрастающее число инфицирования туберкулезом. Система здравоохранения страны несет в себе наследие бывшего Советского Союза. Ведение случаев туберкулеза централизовано в специализированных туберкулезных больницах, и больным требуется пройти требуемую по закону длительную госпитализацию. Есть необходимость усиления контроля над инфекцией как в стационарных противотуберкулезных учреждениях, так и в местах амбулаторного лечения, а лаборатории недостаточно оснащены.

Правительство Узбекистана признает наличие проблемы туберкулеза в стране, им были подписаны Берлинская (2007) и Пекинская (2009) Декларации по туберкулезу, и оно взяло на себя обязательства принимать действенные меры против «вызывающей тревогу угрозы», которую представляет собой это заболевание.

По сути, действуют две параллельные системы для лечения туберкулеза. Повсюду в Узбекистане доступен краткий курс лечения под непосредственным наблюдением (DOTS). Тем не менее также встречаются другие способы лечения, такие как самолечение, сезонная терапия, а также «анти-рецидивная» терапия.

Противотуберкулезные препараты первого и второго ряда можно приобрести в местных аптеках из-под прилавка.

Начинает вводиться стратегия «Остановить туберкулез», состоящая из шести пунктов.<sup>5</sup> Однако на данном этапе лечение DOTS-плюс для пациентов с ЛУ ТБ может быть доступно только населению, проживающему в Ташкенте и в некоторых частях Каракалпакстана (Нукус, Чимбайский, Караюзьякский и Тахтакупырский районы), на которые Минздрав и MSF распространили программу лечения ЛУ ТБ.

## Эпидемиология

Эпидемиологическая статистика по Узбекистану указывает на то, что туберкулез в стране – это одна из наиболее тревожащих проблем, и полностью оправдан тот высокий приоритет, который правительство придает усилиям по контролю над заболеванием в рамках страны.

По оценкам ВОЗ, касающимся уровня распространения заболевания в стране, общее количество страдающих туберкулезом – 63 000 человек, что означает 227 больных на 100 000 населения<sup>6</sup>. В рамках Европейской региональной программы ООН, лишь в трех странах (Таджикистан, Кыргызстан и Молдова) уровень заболеваемости выше, чем здесь, хотя следует отметить, что для региона характерно непредоставление данных по туберкулезу<sup>7</sup>. Зафиксированный уровень заболеваемости – 35 000 человек в год, или 128 человек на 100 000 населения. Смертность от туберкулеза (исключая случаи смертности, связанные с заражением ВИЧ) также увеличилась. По оценкам, около 5 100 человек умерли от этого заболевания в 2009 году, что в долевым выражении означает 19 человек на 100 000 населения. Процентные соотношения уровня распространения заболевания, уровня заболеваемости и смертности остаются более или менее стабильными в течение последних 20 лет.<sup>8</sup>

В 2009 году в стране было зафиксировано общее количество 21 453 случая туберкулеза, при этом из них 16 569 – это новые случаи заболевания и 2 451 – это случаи повторного лечения. Если сравнивать эти показатели с уровнем заболеваемости, все

<sup>5</sup> «Стратегия «Остановить туберкулез» – это рекомендованный ВОЗ подход для снижения бремени туберкулеза, в соответствии с глобальными целями. Шесть основных компонентов стратегии таковы: следовать путем расширения и улучшения предоставления высококачественного лечения DOTS; решать проблемы сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБЛУ ТБ, а также потребности бедного и уязвимого населения; содействовать укреплению системы здравоохранения, основанной на первичной медицинской помощи; задействовать все уровни предоставления медицинской помощи; повышать возможности пациентов с туберкулезом и местные сообщества через партнерства; а также предоставлять возможность и содействовать проведению исследования». Всемирная Организация Здравоохранения (2009), Всемирный Отчет по Туберкулезу. ВОЗ: Женева. [см. онлайн [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2009/key\\_points/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/en/index.html).]

<sup>6</sup> Всемирная Организация Здравоохранения (2010), Всемирный Отчет по Туберкулезу. ВОЗ: Женева. [см. онлайн [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2010/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html).]

<sup>7</sup> Например, см. Врачи без границ (2010), Непрозрачная система здравоохранения Туркменистана. MSF: Берлин. [см онлайн [http://www.msf.org/msf/fms/article-images/2010-00/turkmenistan\\_health\\_system.pdf](http://www.msf.org/msf/fms/article-images/2010-00/turkmenistan_health_system.pdf)]

<sup>8</sup> Всемирная Организация Здравоохранения (2010), Всемирный Отчет по Туберкулезу. ВОЗ: Женева. [см. онлайн [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2010/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html).]

<sup>2</sup> Правительство Узбекистана (2011), правительственный портал Республики Узбекистан. [Онлайн]. [см. <http://www.gov.uz/ru/>]

<sup>3</sup> MDG Monitor (2011), Отслеживая Цели Развития Тысячелетия: прогресс Узбекистана по каждой Цели [Онлайн]. [см. [http://www.mdgmonitor.org/country\\_progress.cfm?c=UZB&cd=860](http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=UZB&cd=860)]

<sup>4</sup> Программа Развития ООН (2010), Отчет о Развитии Человеческого Потенциала. ПРООН: Нью-Йорк. [см. онлайн <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/>]



© Миша Фридман/MSF



© Миша Фридман/MSF

это указывает на то, что уровень выявления случаев заболевания составляет 50%, при этом 35 000 больных ежегодно остаются недиагностированными и не получают лечения.<sup>9</sup>

Большую тревогу вызывает уровень множественной лекарственно устойчивой инфекции: согласно данным ВОЗ, 14% новых случаев заболевания туберкулезом являются случаями с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). По этому показателю – уровень инфекции среди новых случаев – Узбекистан стоит седьмым в списке стран мира. Количество МЛУ случаев среди общего количества случаев заболевания туберкулезом в стране оценивается в 4 700 в год.<sup>10</sup> Подавляющее большинство таких пациентов (90%) остаются недиагностированными и не получают лечения.

<sup>9</sup> Там же.

<sup>10</sup> Всемирная Организация Здравоохранения (2010), Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и с широкой лекарственной устойчивостью (М-ШЛУ -ТБ): глобальный отчет по наблюдению и реагированию 2010. ВОЗ: Женева.

В Автономной Республике Каракалпакстан уровень заболеваемости и распространения заболевания – одни из самых высоких в регионе. 136 и 454 человек на 100 000 населения в год<sup>11</sup>, соответственно.

Исследование по лекарственной устойчивости, проведенное MSF в 2001 году, выявило, что инфицирование МЛУ ТБ составляет 13% всех новых случаев заболевания туберкулезом и 40% всех пациентов с туберкулезом, уже находящихся на лечении<sup>12</sup>. Исследование было повторено, чтобы иметь возможность проанализировать тенденцию с течением времени. В нашей программе мы наблюдаем, что пропорция случаев ЛУ ТБ среди тех новых случаев, которые были классифицированы как давшие положительный результат в тесте микроскопии мазка мокроты, превышает 40%. Это сигнальные данные из лаборатории и, как таковые, они могут быть подвержены погрешности. Тем не менее, это дает представление о росте лекарственной устойчивости, с которым мы сталкиваемся, и подчеркивает исключительную важность проведения скрининга всех пациентов с туберкулезом на лекарственную устойчивость.

Появление широко лекарственно устойчивых форм (ШЛУ ТБ), вызванных бактериями, устойчивыми к наиболее эффективным лекарствам второй группы, еще более осложняет ситуацию. ШЛУ ТБ спровоцирован развитием устойчивости к противотуберкулезным препаратам второго ряда, обычно из-за неправильно проведенного лечения МЛУ ТБ. Развитие штаммов с широкой лекарственной устойчивостью вызывает большую тревогу относительно будущих эпидемий туберкулеза в условиях ограниченных средств лечения. Растущее распространение ВИЧ, особенно среди потребителей внутривенных наркотических средств, также вызывает тревогу, хотя влияние этого вируса еще не столь выражено среди категории туберкулезных больных в Каракалпакстане.

## Эволюция проекта

### От внедрения стратегии DOTS...

Организация «Врачи без границ» занимается лечением туберкулеза в Узбекистане начиная с 1998 года, работая бок о бок и в партнерстве с Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Изначально MSF была вовлечена в три проекта, осуществляющих лечение по стратегии DOTS, в сотрудничестве с Минздравом в Автономной Республике Каракалпакстан, в Хорезмском районе Узбекистана и в Дашогузском районе соседнего Туркменистана. По окончании этих проектов в июле 2004 года Минздрав принял на себя текущее управление осуществлением DOTS в этих районах.

<sup>11</sup> Хамраев А.К. (2008), Контроль над лекарственно устойчивым туберкулезом в Каракалпакстане [презентация.]

<sup>12</sup> Кокс Х., Кебеде Й., Алламурадова С., Исмаилов Г., Давлетмуратова З. и др. (2006) «Рецидив туберкулеза и смертность после успешно проведенного лечения: влияние лекарственной устойчивости». Журнал PLoS Medicine. 3(10): e384. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030384

### ... к лечению лекарственно устойчивого туберкулеза...

Вследствие того, что в районах проведения DOTS был отмечен высокий уровень неблагоприятных исходов лечения, Минздрав одобрил запрос MSF на проведение исследования по лекарственной устойчивости. Его результаты выявили очень высокий уровень ЛУ ТБ, в том числе среди новых больных. Таким образом, в 2003 году для лечения таких пациентов совместными усилиями MSF и Минздрава в городе Нукусе и в Чимбайском районе Каракалпакстана был открыт пилотный проект DOTS-плюс. Данный проект получил одобрение от Комитета Зеленого Света (КЗС) - экспертной наблюдательной и консультативной комиссии - которое подтверждало качество и способность данного проекта проводить лечение должным образом.

Основным местом проведения проекта стала противотуберкулезная больница №2 – медицинское учреждение на 75 коек, отремонтированное MSF специально для приема пациентов с МЛУ ТБ. Она расположена в получасе езды от центра Нукуса и функционирует как часть системы стационарных учреждений Минздрава, куда входит главный районный противотуберкулезный диспансер и более широкая система проведения DOTS. В Нукусе также была оборудована высококачественная микобактериологическая лаборатория (в противотуберкулезной больнице №1), позволяющая своевременно диагностировать ЛУ ТБ.

Вначале по закону требуется пройти фазу лечения в стационаре. После госпитальной стадии, в рамках подхода, который осуществляется в данной пилотной программе, пациенты получают лечение амбулаторно - в амбулаторных отделениях при больницах и на медицинских постах DOTS-плюс, расположенных в поликлиниках Минздрава в г.Нукусе, а также на медицинских постах DOTS-плюс и в сельских здравпунктах в Чимбае.

Проект начался как пилотный с лечения 100 пациентов из Нукуса и Чимбайского района, а затем, в 2005 году, он был расширен и в нем проходили лечение уже 750-800 пациентов. На момент передачи проекта 31 декабря 2010 года, в проект было включено 1495 пациентов, начиная с 2003 года. По состоянию на окончание 2010 года, было зафиксировано 1017 результатов лечения (результаты включают такие исходы как излечение пациента, завершение курса лечения, неудачный исход лечения, смерть пациента, отказ пациента от продолжения лечения или перевод в другое медицинское учреждение). Уровень успешности лечения был относительно стабилен и составлял приблизительно 60% каждый год, что является удовлетворительным результатом. В 2009 году амбулаторное лечение было интегрировано в существующую сеть медицинских постов DOTS в поликлиниках города Нукуса. Клиническое госпитальное и амбулаторное управление проектом в Нукусе и Чимбае было целиком и полностью передано от MSF Минздраву в декабре 2010 года.

### ...и вплоть до оказания всесторонней помощи при туберкулезе.

В январе 2010 года Минздрав и MSF начали новый проект в Караузьяке и Тахтакупыре, расположенных к северу от Нукуского и Чимбайского районов Каракалпакстана. Целью этого проекта является предоставление всесторонней помощи при туберкулезе, включая быструю диагностику и интегрированную терапию DOTS и DOTS-плюс, для всех пациентов во всех районах Каракалпакстана, для того, чтобы оказать значительное воздействие на контролирование эпидемии туберкулеза на местах. Стратегия данного проекта основывается на внедрении методов быстрой диагностики лекарственной устойчивости и на расширении амбулаторного лечения.



## Деятельность проекта

### Клиническое управление

Проект создал высококачественную медицинскую службу для лечения туберкулеза в соответствии с рекомендациями ВОЗ:

- Лечение проводится в стационарных медицинских учреждениях (противотуберкулезная больница №2, сейчас передана в ведение Минздрава) и через амбулаторные отделения (прежде всего, медицинские посты DOTS и DOTS-плюс в центрах первичного здравоохранения – в поликлиниках).
- Разработана система амбулаторного лечения и лечения на дому, что сократило продолжительность госпитализации. Эта система в настоящий момент распространяется из Нукусского и Чимбайского районов в Караузьякский и Тахтакупырский районы.
- Местные туберкулезные врачи и медсестры, работающие в медпунктах DOTS в поликлиниках, теперь полноценно включены в оказание помощи, они ответственны за ежедневную выдачу таблеток, оценку протекания лечения и помогают больным справиться с побочными эффектами.
- Подходы к лечению были стандартизованы и упрощены. Внедрение новых лекарств и подходов к лечению особенно улучшило способность справляться с частыми изнурительными побочными эффектами терапии МЛУ ТБ.
- На начальной стадии MSF предоставляла все лекарства и большую часть медицинских материалов. Теперь все это предоставляется через Глобальный Фонд по Борьбе со СПИДом, Туберкулезом и Малярией (Глобальный Фонд) и через ЮНИТЭЙД, хотя MSF продолжает предоставлять препараты третьего ряда и время от времени закрывает недостающие позиции. Было получено одобрение КЗС на препараты второго ряда по сниженным ценам.

### Диагностическая служба

Проект основывался на усовершенствованных новых технологиях, которые позволяют быстрее проводить диагностику и приступать к лечению:



© Штефан Эйде/MSF



© Миша Фридман/MSF

- В микобактериологической лаборатории, расположенной в Нукусе, были организованы ультрасовременные лабораторные службы по диагностике обычного и множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза, а также высококачественные клинические лабораторные службы.
- Использование технологии MGIT (аппарат был предоставлен ФИНД), наряду с традиционным выращиванием культур и диагностическими техниками на лекарственную чувствительность, серьезным образом сказалось на снижении временного периода, необходимого для выявления МЛУ ТБ, а также на обработке большего количества проб материала.
- Был внедрен новый быстрый молекулярно-генетический тест (тест GenoType MTBDR-plus производства компании Hain Lifesciences, предоставлено ФИНД), что позволяет диагностировать МЛУ ТБ после однодневной лабораторной процедуры, в отличие от традиционных методов выращивания культур, при которых результат известен спустя шесть-восемь недель, и техники жидких сред, дающей результат спустя две-четыре недели. Данная новая технология была одобрена Минздравом к использованию в Каракалпакстане и была внедрена в октябре 2010 года.
- Контроль качества лаборатории осуществляется при поддержке надгосударственной референтной лаборатории в Борстеле (Германия).

### Инфекционный контроль

Практика строгого инфекционного контроля была ключевым компонентом проекта; целью такого контроля было ограничить возможные контакты между пациентами с туберкулезом и нетуберкулезными больными, а также между пациентами с положительной и отрицательной реакцией теста микроскопии мазка:

- MSF содействует Минздраву в осуществлении всех аспектов инфекционного контроля (административная защита, защита окружающей среды и личная защита) в учреждениях здравоохранения, а также помогает пристально наблюдать за соблюдением рекомендаций. Были составлены

- новые рекомендации, которые в настоящий момент находятся на рассмотрении Минздрава.
- Было введено физическое разделение больных, такое как отдельные комнаты или перегородки: были отремонтированы 10 поликлиник в Нукусе, а также две клиники первичного звена, и еще одна находится на ремонте.
  - Другие методы защиты включают внедрение ультрафиолетовых (УФ) ламп и респираторов для медицинского персонала.
  - Значительные усилия были направлены на обеспечение хорошего стандарта системы уничтожения отходов, в частности, безопасное уничтожение образцов мокроты.
  - Большой проблемой является осуществление инфекционного контроля для амбулаторных пациентов на дому, такие меры как правильная вентиляция и отдельная комната для пациентов – все это нужно организовывать в каждом индивидуальном случае. Всех пациентов необходимо инструктировать относительно инфекционного контроля дома, у них должны быть в наличии индивидуальные маски и контейнеры для мокроты.
  - Необходимы новые рекомендации, которые детализировали бы меры, которые необходимо принимать на каждом уровне. Необходимы более строгие меры в вопросе правильных протоколов использования масок, УФ ламп, вентиляции, а также санитарно-просветительская работа для всех медицинских сотрудников, пациентов, лиц, ухаживающих за больными, и их семей. Это относится к поликлиникам и клиникам первичного звена, равно как и к больницам.

#### **Психосоциальная, психологическая помощь и поддержка приверженности к лечению**

Предоставление поддержки пациенту, а также семье, затронутой его болезнью, до и в течение всего периода лечения было центральной частью проекта и ключевым моментом в повышении приверженности пациента к лечению:

- Большинство пациентов с (ЛУ)ТБ страдают от побочных эффектов своих медикаментов. Некоторые из этих эффектов весьма сильные и длятся подолгу, такие как головокружение, головные боли и расстройства сна. В целом, побочные эффекты можно считать одним из основных препятствий к четкому соблюдению курса лечения.
- Специализированные сотрудники MSF проводят индивидуальные, групповые и семейные консультирования, чтобы помочь справиться с этими побочными эффектами, а также с социальными последствиями этого заболевания.
- Также лечащие врачи совместно со специалистами-психиатрами и командой психологических консультантов под руководством специалиста-психолога регулярно проводят диагностику и лечение у пациентов психиатрических проблем, либо существовавших ранее, латентных или относящихся к сильным побочным эффектам лекарств.
- На постоянной основе оказывается психологическая поддержка в паллиативном лечении пациентам, потерпевшим неудачу с терапией и находящимся на терминальной стадии заболевания.
- Социальная помощь в форме финансовой поддержки также оказывается пациентам, не получающим иных средств к существованию, или очень бедным пациентам.

- Существует две различных формы поддержки. «Помощь» - это форма поддержки, которая необходима для того, чтобы пациент продолжал лечение. Это обязательная часть любого проекта высококачественной противотуберкулезной терапии. Важной помощью является покрытие транспортных расходов пациентов, а также обеспечение пациентов необходимым питанием. «Поощрения» вводятся из осознания того, что лечение тяжелое, и что некоторая дополнительная поддержка может помочь улучшить приверженность (примером являются продуктовые наборы, выдаваемые всем пациентам).
- Децентрализация лечения в районы делает приверженность и психологическую помощь более затруднительными. Для решения этой проблемы в проекте вводится психосоциальный консультант для каждого района, который будет консультировать пациентов и курировать сеть «сотрудников по поддержке пациентов».
- В каждом районе необходимо ввести компоненты активного выявления случаев заболевания, консультирования по поводу приверженности к лечению и программу отслеживания отказников от лечения, по типу системы отслеживания пациентов, которые не пришли за лекарствами, пропустив хотя бы один день. Также необходимо провести обучение пациентов, находящихся на лечении, а также обычных членов местного сообщества, как правильно оказывать взаимопомощь на уровне сообщества.

#### **Санпросвет работа и мероприятия по охране общественного здоровья**

Санпросвет работа и мероприятия по информированию населения по вопросам туберкулеза являются важным компонентом проекта, целью этих мероприятий является снижение той значительной стигмы – общественного порицания, отторжения - в отношении туберкулезных пациентов среди широкой общественности, восстановление достоинства пациентов, а также снижение барьеров на пути доступа к адекватному лечению туберкулеза:

- Среди мероприятий проекта можно назвать благотворительные концерты, кукольные спектакли в школах, мобильные выставки, презентации в школах и колледжах и общественные мероприятия на Всемирный день борьбы с туберкулезом.
- Существует необходимость законодательных и нормативно-правовых шагов для ограничения распространения ЛУ ТБ путем контролирования доступа к противотуберкулезным лекарствам. Продажа и распространение противотуберкулезных препаратов вне рамок национальной программы лечения, а также рекламирование противотуберкулезных препаратов должно быть запрещено. Назначение противотуберкулезных лекарств должно быть ограничено и должно позволяться только тем практикующим врачам, которые зарегистрированы в национальной программе и только после правильной регистрации и формальной постановки диагноза.

#### **Помощь в построении сильной системы**

MSF старается поддержать работу Министерства Здравоохранения в наращивании потенциала и компетенции в оказании качественной помощи пациентам с туберкулезом:



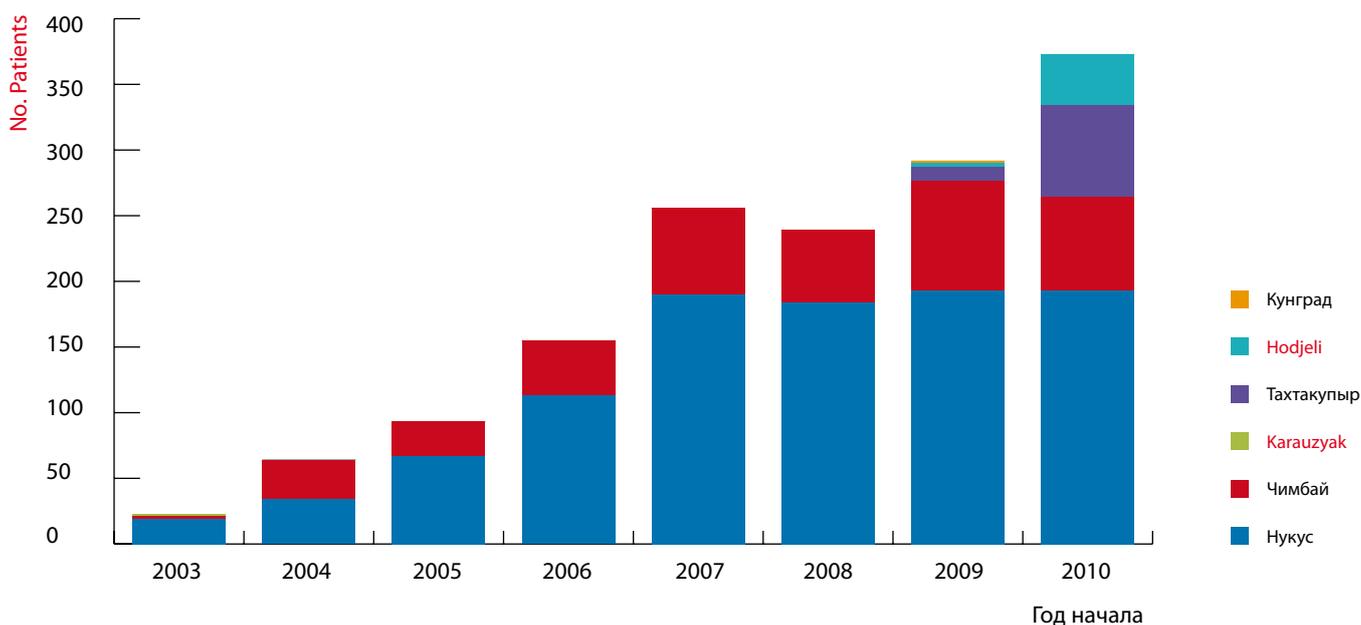
- Правительство Узбекистана обратилось и получило поддержку от Глобального Фонда для своей противотуберкулезной программы. MSF целиком и полностью поддержала эти попытки, помогая советом, где требовалось, и служила суб-получателем от Глобального Фонда. Поддержка Глобального Фонда означает основание для долгосрочного финансирования помощи по борьбе с туберкулезом в стране. В настоящее время в Узбекистане большинство противотуберкулезных препаратов поставляются благодаря финансированию Глобального Фонда по Борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.
- Обширный спектр проведенных тренингов для медицинского персонала позволил значительно улучшить компетенцию и устойчивость проекта. Было проведено несколько тренингов под руководством иностранных специалистов, и сотрудники проекта получали поддержку для обучения за рубежом. Также очень часто проводились местные тренинги, наряду с обучением на рабочем месте, которое получали менее опытные сотрудники.
- Все необходимые данные, такие как статистика по лечению, побочным эффектам и результатам лечения, регистрировались в компьютеризированной базе данных, основанной на эпидемиологической информации, которая контролируется и управляется командой менеджеров базы данных и эпидемиологом. База данных создана таким образом, что она позволяет проводить различные исследования. Минздрав и MSF совместно обладают правом на данные и публикации на основе этих исследований. Все исследования проходят этическую оценку со стороны MSF и утверждаются к публикации Минздравом.
- В течение 2011 года для того, чтобы соответствовать требованиям расширенного проекта, должна быть установлена новая и более усовершенствованная эпидемиологическая база данных.
- Основным приоритетом оставалось развитие качественной организации поставок, с тем чтобы избежать опасности перебоев с лекарствами. Особенно важно наличие адекватных резервных запасов. В прошлом случались перебои с поставками противотуберкулезных препаратов. В некоторых случаях MSF удавалось восполнить пробелы, но порой это приводило к тому, что пациенты частично оставались без лечения. Так, в декабре 2010 года 116 пациентов не получали препарат пиразинамид в среднем по 2,3 суток. В некоторых местах Минздрав и MSF были вынуждены приостановить или ограничить прием в программу новых пациентов по причине нехватки лекарств.

# Медицинские результаты

## Описание когорты

По состоянию на конец 2010 года в проект было принято 1495 пациентов, начиная с 2003 года. Количество пациентов, записанных в программу в течение одного года, с каждым разом возрастало – с 23 пациентов в 2003 году до 373 пациентов, принятых в программу в 2010 году (Диаграмма 1).

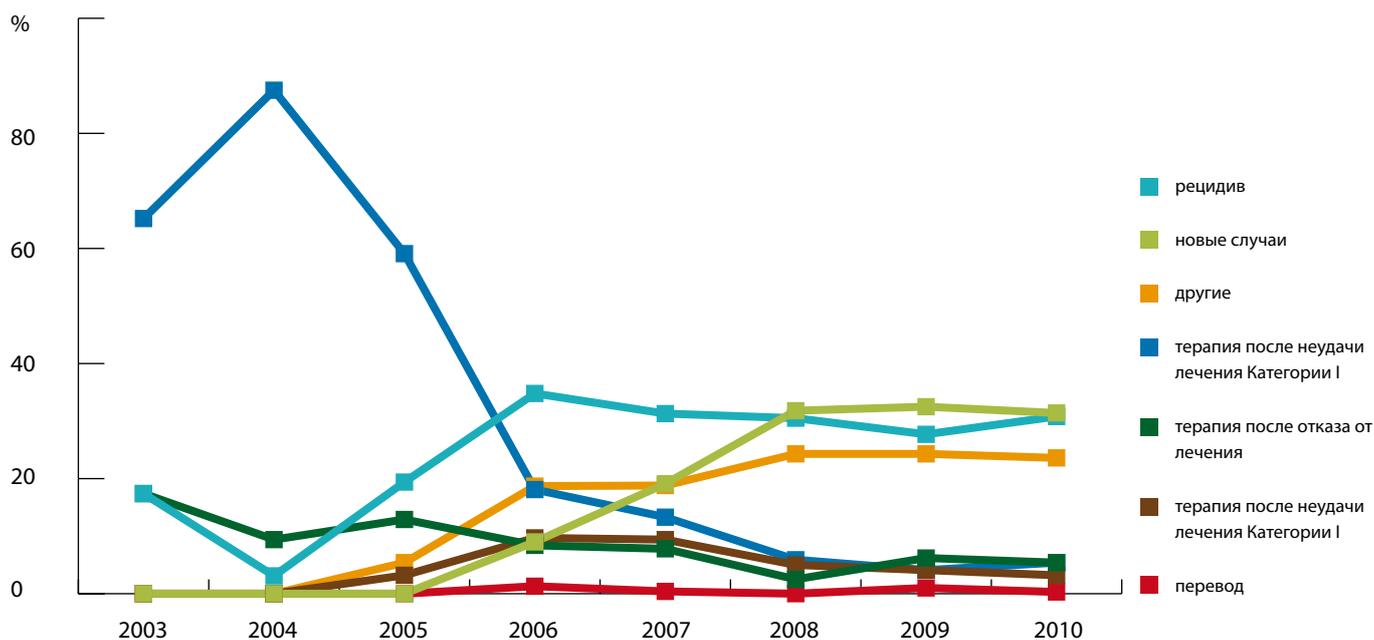
**Диаграмма 1: Количество пациентов, начавших лечение, по году и району**



Регистрационная группа пациентов, поступающих на лечение, менялась с течением времени. В 2003-2005 г.г. большинство поступивших на лечение пациентов были из числа тех, кто потерпел неудачу с лечением категории II. Начиная с 2006 года новые пациенты, пациенты с рецидивом и больные из категории «другие пациенты» преобладают в списке поступивших пациентов с ЛУ ТБ. Количество пациентов в категории «новые пациенты» растет, и, начиная с 2008 года, составляет около 30% всех поступивших на лечение (Диаграмма 2).

*У меня было много страхов. Я так боялась этой болезни. Да, меня хорошо лечили, но что если это снова случится? Что скажут люди, когда узнают, что я больна? Примет ли меня мое окружение? Смогу ли я иметь семью? Стану ли я матерью? Я боялась, что все это может никогда не случиться. бывший пациент, г.Нукус*

**Диаграмма 2: Поступившие пациенты, начавшие лечение, по группе регистрации и году**



В течение 2010 года в программу был записан 261 пациент из Нукуса и Чимбая и 264 пациента начали лечение<sup>13</sup>. Для сравнения, во вновь включенных в программу поддержки Караузьякском и Тахтакупырском районах были приняты на лечение и начали терапию 109 пациентов. Наши планы для новых районов также включают в себя прием пациентов с туберкулезом, чувствительных к лекарствам.

**Таблица 1: Регистрация пациентов в программу в течение 2010 года**

	январь-10	февраль-10	март-10	апрель-10	май-10	июнь-10	июль-10	август-10	сентябрь-10	октябрь-10	ноябрь-10	декабрь-10
<b>Новые</b>	15	16	15	10	15	20	3	5	16	17	11	6
<b>Рецидив</b>	10	13	6	11	8	10	4	9	8	12	7	17
<b>Тх после отказа</b>	5	1	0	4	1	1	2	2	0	0	3	1
<b>Тх после неудачи Кат I</b>	2	1	0	0	0	3	0	1	1	1	0	3
<b>Тх после неудачи Кат II</b>	3	3	0	1	1	2	0	6	1	1	2	0
<b>Другие</b>	4	5	2	4	3	6	3	5	6	5	7	6
<b>Перевод</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>Общее</b>	39	39	23	30	28	43	12	28	32	36	30	33

<sup>13</sup> В некоторых случаях возможен небольшой промежуток времени между тем, как пациент был записан в программу и начал лечение, отсюда расходящиеся цифры.

### Лечение когорты

В настоящее время все пациенты, диагностированные с ЛУ ТБ, получают стационарное лечение в одном из двух главных центров лечения туберкулеза в Нукусе – в ТБ больницах №1 и №2. Там пациенты проводят от одного до десяти месяцев, до тех пор, пока результат мазка мокроты не становится негативным (и когда они считаются не заразными для окружающих). После этого они продолжают лечение в амбулаторных условиях – это может быть поликлиника в Нукусе или клиники первичного звена здравоохранения в районах. Также в противотуберкулезной больнице №1 и в Чимбайской противотуберкулезной больнице существуют палаты для пациентов с негативным результатом мазка мокроты, где по различным причинам проходят госпитальное лечение некоторые пациенты.

В проекте прошли лечение в общей сложности семь пациентов, которые были диагностированы на момент поступления с ШЛУ ТБ, двое из них успешно завершили курс лечения. (В программе также были другие пациенты, которые поступили с диагнозом МЛУ ТБ, а позднее у них развился ШЛУ ТБ). Также в проекте было три пациента, у которых подтвердился диагноз ВИЧ – к сожалению, двое из них умерли.

*Слава Богу, я теперь могу получать лекарства амбулаторно, близко от дома. По сравнению со временем, проведенным в больнице, я сейчас в гораздо лучших условиях. В больнице все время видишь одних и тех же людей. То место, в которое ты должен приходить, всегда одно и то же. На амбулаторном лечении, когда ты принимаешь лекарства, ты смотришь на парней, на машины, на девушек, и после этого тяжесть от этих лекарств исчезает.*  
пациент, амбулаторная стадия лечения

Таблица 2: Пациенты, в настоящее время находящиеся на лечении, по районам

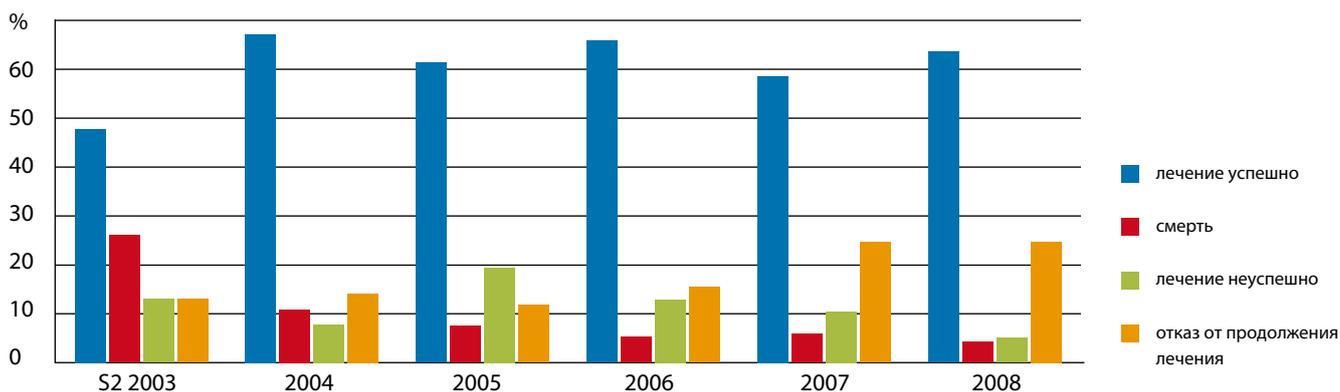
	Нукус	Чимбай	Тахтакупыр	Караузьяк	Общее
Стационар ТБ№2	24	12	5	6	47
Амбулаторно	214	95	31	63	403
Стационар ТБ№1	17	5	0	5	27
Другие	1	0	0	0	1
Общее	256	112	36	74	478

### Результаты когорты

По состоянию на конец 2007 года было объявлено 1017 результатов лечения. Уровень успешности лечения относительно устойчив и составляет около 60% каждый год. Уровень неудачного лечения снизился с 19% в 2005 году до 5% в 2008 году. Уровень смертей оставался стабильно ниже 8%. Уровень отказов от продолжения лечения составлял 12% в 2005 году и 16% в 2006 году, однако значительно повысился в 2007 году – до 25%. В 2008 году количество отказов сохранилось на уровне 25%.

*Я хочу здоровья для себя и не пропускать приема лекарств. Это немало, правда? Я представляю себе, как я вылечусь, выйду из больницы, наберу вес. Если нет здоровья, все бесполезно. Мои дети остались бы одни. Кто о них позаботится? Вот почему я пью эти лекарства.*  
пациент, амбулаторная стадия лечения

**Диаграмма 3: Общие индикаторы результатов лечения**



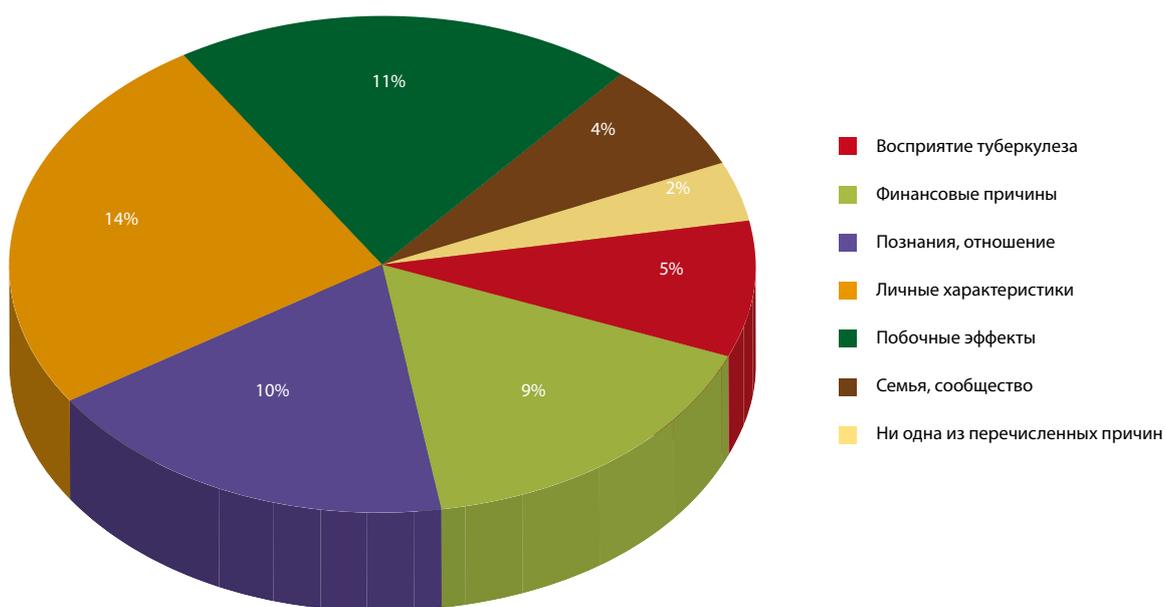
**Причины отказа от лечения**

Одна из основных сложностей, с которой сталкивается проект, - высокая доля пациентов, отказывающихся от продолжения лечения. Анализ причин, которые представляют пациенты-отказники (см. Диаграмму 5, кол-во=55), показывает, что наиболее серьезные причины – это: побочные эффекты (11 случаев), личные характеристики (такие как алкоголизм) (14 случаев), финансовые трудности (9 случаев), а также познания, отношение и мнения относительно лечения (10 случаев).

Существует также феномен «скрытых отказников», т.е. пациенты, которые формально не отказывались от про-

должения лечения, но которые не демонстрируют приверженности к лечению (например, пропускают прием лекарств или отказываются принимать определенное лекарство). Из 109 пациентов в Караузяке и Тахтакупыре, о которых у нас есть данные, 31 пациент (или 28,4%) принимают менее чем 80% от предписанной дозы лекарства на протяжении двух и более месяцев продолжения терапии. Причины для такого поведения приводятся разные: например, в некоторых случаях, пациенты предпочитают не принимать определенное лекарство, которое у них ассоциируется с сильными побочными эффектами.

**Диаграмма 4: Причины отказа от продолжения лечения, приведенные пациентами, дек.2009-ноя.2010**



## Рекомендации



На основании своего опыта диагностирования и лечения туберкулеза в Республике Узбекистан, MSF может идентифицировать следующие три основных вывода.

### **Туберкулез – серьезная и вызывающая тревогу угроза для здравоохранения Узбекистана**

Распространение туберкулезной инфекции вызывает тревогу и представляет серьезную опасность общественному здоровью в стране. Существующие на сегодняшний день охват медицинской помощью, выявление случаев и уровень излечения от заболевания недостаточно высоки, чтобы продемонстрировать надежду на сдерживание заболевания в среднесрочной перспективе. Учитывая распространение форм с лекарственной устойчивостью, уровень смертности от заболевания в обозримом будущем будет недопустимо высок.

Необходимы срочные меры, под руководством правительства Узбекистана и при помощи международных организаций, в том числе MSF, для того, чтобы противостоять этой серьезной угрозе общественному здоровью.

Очевидно, что решающим фактором здесь будет политическая воля центрального руководства, так же как и управление проектом, осуществляемое на всех уровнях Минздравом.

Внутри страны наблюдается сильное стремление к внедрению наилучшей международной практики туберкулезного контроля, и оно продолжает расти. В настоящее время Правительство Узбекистана твердо демонстрирует признание проблемы ту-

беркулезной инфекции и находится в активном поиске способов усиления контроля над ней. В 2010 году премьер-министр страны запросил от Минздрава и ВОЗ провести оценку и идентифицировать пути оптимизации и рационализации ресурсов. В то время как программа Минздрава по лечению туберкулеза для выполнения шести основных компонентов Стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез» требует улучшения на всех уровнях<sup>14</sup>, за последние несколько лет были достигнуты большие успехи. В планах на 2011 год стоит и в данный момент разрабатывается новый национальный план по лечению туберкулеза и объединение всех приказов по этому вопросу.

### **Необходимо увеличивать охват доступа к всестороннему диагностированию и лечению туберкулеза**

Самое большое затруднение, которое испытывает Узбекистан, – это недостаточный доступ к лечению лекарственно устойчивого туберкулеза и к его диагностике. Только в четырех районах Каракалпакстана, где действует противотуберкулезный проект MSF, и в Ташкенте люди имеют доступ к терапии лекарственно устойчивого туберкулеза. Менее 10% населения страны имеет доступ к адекватному лечению лекарственной устойчивости и к ее диагностике.

MSF в сотрудничестве с Минздравом в течение работы проекта в Каракалпакстане установили различные необходимые компоненты диагностики и лечения ТБ. Теперь срочно необходим

<sup>14</sup> См. выше ссылку 4.



план внедрения и увеличения доступности лечения и диагностики туберкулеза, чтобы была возможность правильно поставить диагноз и провести адекватное лечение каждого.

Во время диагностирования, тестирование на чувствительность и диагностика ЛУ ТБ должна проходить на самой ранней возможной стадии. При помощи новых молекулярных биологических тестов, которые были успешно внедрены в Нукусе в 2010 году, результаты можно получить быстро.

Доступность новейшего поколения тестов быстрой диагностики, таких как GeneXpert, на территории всей страны будет иметь несколько преимуществ: это ускорит процесс диагностики, а таким образом – позволит избежать задержек с началом терапии. Также это позволит избежать того, что в начале лечения все пациенты получают лекарства первого ряда, которые не подходят больным с ЛУ ТБ, что само по себе несет риск усиления лекарственной устойчивости. Далее, это позволит провести разделение пациентов в соответствии с типом устойчивости и таким образом, снизит уровень перекрестного инфицирования в медицинских заведениях.

В процессе проведения терапии важно насколько это возможно упрощать протокол лечения в большинстве случаев. Это уже было проделано со схемами приема лекарств и теперь должно быть сделано с протоколами лечения побочных эффектов, чтобы, с одной стороны, эффективно воздействовать на побочные эффекты и в то же время децентрализовать лечение побочных эффектов таким образом, чтобы оно могло вестись на более низких уровнях системы здравоохранения.

Уровень выявления случаев заболевания среди детей чрезвычайно низок, принимая в расчет распространение туберкулеза и ЛУ ТБ в обоих районах и в профильных стационарных медицинских учреждениях. Есть несколько факторов, которые влияют на это. К примеру, диагностика детского туберкулеза в целом сложнее, потому что у детей гораздо реже получается изолировать бактерии, а потому зачастую детей невозможно тестировать на любой тип устойчивости. Для улучшения ре-

зультатов лечения туберкулеза у детей необходимо предпринять несколько шагов: все дети с подозрением на туберкулез должны пройти тест на туберкулезную культуру, а также тест на чувствительность к лекарствам (ТЧЛ), если реакция на первый тест положительная. Также должен быть снижен порог для назначения ЛУ ТБ терапии детям, находящимся в тесном контакте с подтвержденными больными с ЛУ ТБ.

В отношении построения программы все программы лечения туберкулеза в будущем должны интегрировать лечение всех типов туберкулеза, вместо того чтобы разделять или фокусироваться только на МЛУ ТБ. Далее, все пациенты должны пройти тест на чувствительность к лекарствам (ТЧЛ). Этим обеспечивается то, что эффективное, высококачественное лечение станет доступным для всех, кто в этом нуждается - как пациентам, чувствительным к лекарствам (ЧЛ), так и пациентам с ЛУ.

### Расширение доступа к новым технологиям

В рамках своих проектов в Узбекистане Минздрав и MSF старались использовать инновационные и пионерские новые технологии и новые решения проблем лечения туберкулеза:

- В 2006 году Минздрав, MSF и Фонд для инновационных и новых диагностических средств (ФИНД) внедрили в Узбекистане метод индикаторной трубки роста микобактерий - Mycobacteria Growth Indicator Tube (MGIT) – при помощи демонстрационного проекта, предоставленного по сниженным ценам компанией-производителем. Эта технология позволяет быстрее и с большей чувствительностью выявлять профиль восприимчивости к лекарствам.
- В 2008 году MSF лоббировала компанию Bayer, производящую инновационные средства, чтобы та, в поддержку запроса со стороны Комитета Зеленого Света, произвела поставки лекарства моксифлоксацин на льготных условиях, что она в результате и сделала. Моксифлоксацин сравнительно недавно используется для лечения туберкулеза, он считается одним из наиболее действенных и эффективных препаратов.
- В 2010 году Минздрав вновь работал в сотрудничестве с MSF и ФИНД над внедрением в стране теста GenoType MTBDR-plus. Эти тесты были получены от компании Hain Lifesciences по сниженной цене. Данный тест позволяет провести диагностирование лекарственной чувствительности значительно быстрее.
- В настоящее время MSF стремится продвинуть концепцию «благотворительно-испытательного использования» препаратов, которая, если она будет содержаться в национальном законодательстве и в инструкциях, позволит использование в Узбекистане лекарства TMC 207 - нового противотуберкулезного препарата, который до сих пор находится на стадии разработки.



Проект MSF в Каракалпакстане вначале был сфокусирован на осуществлении стратегии DOTS, затем на лечении МЛУ ТБ. Новый подход, начатый в 2010 году, более всеобъемлющий, чем оба предыдущие. Изоляция проекта по лечению ЛУ ТБ, который поддерживала MSF, от широкой программы Минздрава по осуществлению DOTS создала целый ряд проблем. Медицинские учреждения Минздрава оказались переполнены пациентами, начинающими лечение DOTS. Диагноз порой ставился некачественно, и многие из этих пациентов с большой долей вероятности должны были быть записаны в программу ЛУ ТБ, но они туда не попали. Оказание внутри одного проекта всесторонней помощи всем пациентам с туберкулезом, какова бы ни была его/ее чувствительность к лекарствам, должна снять эти проблемы.

#### **Амбулаторное лечение с первого дня назначения терапии способно увеличить количество и улучшить результаты**

Амбулаторное лечение необходимо предлагать всем пациентам с самого начала лечения, если нет никаких специфических медицинских показаний, требующих госпитализации пациента. В целом, амбулаторное лечение должно быть предпочтительнее, чем лечение в стационаре, потому что это снижает шанс перекрестного инфицирования госпитализированных пациентов с различными лекарственно устойчивыми штаммами, а также потому, что это весьма вероятно уменьшит проблемы низкой приверженности, связанные с длительным нахождением в больнице, такими как изоляция пациентов от их социальной среды. Амбулаторное лечение также должно сократить время ожидания перед началом терапии.

Находится все больше подтверждений тому, что амбулаторное лечение туберкулеза приводит к хорошим результатам. Для случаев туберкулеза, чувствительного к лекарствам, было

продемонстрировано<sup>15</sup>, что после начала противотуберкулезного лечения больше не происходит трансформирования домашних контактов - таким образом, нет риска дальнейшего инфицирования во время амбулаторного лечения. Для лекарственно устойчивого туберкулеза опыт локальных социальных моделей из Перу<sup>16</sup> и ЮАР<sup>17</sup> показывают, что в 90% случаев МЛУ ТБ пациентов возможно безопасно лечить амбулаторно с самого начала терапии. С точки зрения инфекционного контроля, риски для местного сообщества по госпитализации пациентов чаще бывают выше, чем, если оставить пациентов там, где они находились, - где контактирующие с ними люди уже подверглись действию их вида туберкулеза, и где они теперь будут проходить эффективное лечение.

Амбулаторное лечение также имеет то преимущество, что оно уменьшает проблему занятости больничных коек в системе здравоохранения и позволяет гораздо большему количеству пациентов получить лечение.

<sup>15</sup> Камат С.Р., Доусон Дж.Дж., Девадатта С., Фокс У., Джанарданам Б., Радхакришна С., и др. (1966г.) «Контролируемое исследование влияния сегрегации туберкулезных больных на протяжении одного года при скорости распространения туберкулеза на протяжении 5-летнего периода в условиях тесных семейных контактов в Южной Индии» Бюллетень Всемирной Организации Здравоохранения. 34:517-32.

<sup>16</sup> Шин С., Дж. Фурин, Дж. Байона, К. Мэйт, Дж.К. Ким и П. Фармер (2004 г.) «Лечение множественного лекарственно устойчивого туберкулеза по месту жительства, Лима (Перу): 7 лет опыта». Общественные науки и медицина. Окт; 59(7):1529-39.

<sup>17</sup> Хеллер Т., Р. Дж. Лесселс, К.Г. Валлраух, Т.Бернигхаузен, Г.С. Кук, Л. Мхлонго, И. Мастер, М.Л. Невелл (2010 г.) «Лечение множественного лекарственно устойчивого туберкулеза по месту жительства в сельской местности в КваЗулу-Натале, ЮАР». Международный журнал туберкулеза и легочных заболеваний. Апр; 14(4):420-6.

Министерство Здравоохранения уже продвинулось вперед в работе по обеспечению надежного юридического и административного основания для амбулаторного лечения с первого дня терапии, в том числе путем издания новых приказов. В феврале 2011 года Министерство Здравоохранения Каракалпакстана издало приказ, формально позволяющий лечение пациентов с положительным результатом мазка мокроты в амбулаторных условиях. Надеемся, что это может послужить в качестве модели для подобного приказа на национальном уровне.

Уровень госпитализации может и должен быть снижен. В принципе пациенты на терапии DOTS и пациенты с негативным результатом мазка мокроты не должны госпитализироваться. Недавний обзор национальной программы лечения, проведенный ВОЗ, вынес рекомендацию прекратить практику чрезмерной и слишком длительной госпитализации некоторых категорий пациентов («хронические», «недееспособные», «противорецидивные»). Это значительно снизит риск для пациентов быть инфицированными лекарственно-устойчивой формой во время нахождения в больнице. Госпитализация должна оставаться доступной возможностью для пациентов с тяжелыми побочными эффектами и для пациентов, тяжелобольных на момент начала лечения.

В настоящее время финансирование системы здравоохранения Узбекистана основано на занятости больничных коек, на принципе «по количеству койко-мест». Это стимулирует сотрудников оставлять пациентов в больнице на более длительный период, чем необходимо, что является ситуацией, прямо обратной желаемой. Вместо этого необходимо, посоветовавшись с хорошими экспертами в области финансирования систем здравоохранения, ввести такую систему, которая предоставляла бы адекватную комбинацию поощрений за качественное лечение.

## Заключение

Узбекистан сталкивается с множеством сложностей на пути контролирования угрозы туберкулеза. Усилия по предотвращению и контролю туберкулеза в будущем будут требовать широких обязательств и инвестирования со стороны всех участников, включая Правительство Узбекистана и всех значительных международных участников, в том числе и MSF.

Усиление лечения лекарственно устойчивого туберкулеза и диагностических служб – одна из наиболее срочных задач, требующих разрешения. Однако DOTS и DOTS-плюс – это тоже не единственный ответ. Диагностика и лечение должны осуществляться как часть более широкого пакета услуг, включающего инфекционный контроль, психосоциальную помощь и меры по защите общественного здоровья. Снижение уровня госпитализации и повышение количества пациентов, получающих лечение амбулаторно, также должно помочь не только улучшению приверженности и результатов лечения, но и увеличению количества пациентов, получивших лечение.

Результаты сотрудничества в Каракалпакстане между Минздравом и MSF показывают, что вполне возможно достичь хороших результатов лечения. Это также показывает, что новые технологии, новые идеи и новые системы могут вводиться и хорошо работать в Узбекистане. Новая модель лечения, сконцентрированного на пациенте, децентрализованного и упрощенного, распространенного на районы, уже демонстрирует свой потенциал.

Организация «Врачи без границ» ставит своей приоритетной задачей помогать Правительству и населению Узбекистана противостоять угрозе туберкулеза, и мы готовы предоставить любую помощь, советы и экспертный анализ, которые только можем.



© Миша Фридман/MSF

«Врачи без границ» - международная медицинская гуманитарная организация. Мы оказываем медицинскую помощь населению, оказавшемуся в бедственном положении, жертвам эпидемий, природных бедствий или катастроф, возникших в результате человеческой деятельности, а также жертвам вооруженных конфликтов, в равной мере, независимо от расы, религиозных убеждений или политической принадлежности.

#### Принятые сокращения

ЛУ: лекарственная устойчивость

ЧЛ: чувствительность к лекарствам

ТЧЛ: тест на чувствительность к лекарствам

MSF: Médecins Sans Frontières/Врачи без границ

Минздрав – Министерство здравоохранения

DOTS: краткий курс лечения под непосредственным наблюдением (directly observed treatment, short course)

ЛУ ТБ: лекарственно устойчивый туберкулез

ФИНД: Фонд для инновационных и новых диагностических средств

КЗС: Комитет Зеленого Света, международная экспертная наблюдательная и консультативная комиссия

МЛУ: множественная лекарственная устойчивость

НПТ: Национальная программа по лечению туберкулеза

ТБ: туберкулез

Тх: терапия

ВОЗ: Всемирная Организация Здравоохранения

ШЛУ ТБ: туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

## IMPRESSUM

Published by:  
Médecins Sans Frontières  
Operational Centre Amsterdam  
Plantage Middenlaan 14  
1018 DD Amsterdam

Contact for information:  
E-Mail: [office@berlin.msf.org](mailto:office@berlin.msf.org)  
Tel.: +49 (0) 30 - 700 130 0  
Fax: +49 (0) 30 - 700 130 340  
Internet: [www.msf.org](http://www.msf.org)

