



ЕВРОПА

План “Остановить ТБ”
для 18 наиболее
приоритетных стран
Европейского региона ВОЗ,
2007–2015 гг.



ЕВРОПА

**План «Остановить ТБ»
для 18 наиболее приоритетных стран
Европейского региона ВОЗ,
2007–2015 гг.**

РЕЗЮМЕ

Туберкулез (ТБ) продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире, в том числе и в Европейском регионе ВОЗ. Такие факторы, как высокая заболеваемость ТБ во многих странах Региона, высокая распространенность ТБ с множественной лекарственной устойчивостью, появление ТБ с широкой лекарственной устойчивостью, вспышки ТБ среди растущего числа ВИЧ-инфицированных людей, и среди значительного по численности контингента в местах лишения свободы, а также повышение мобильности населения, свидетельствуют о том, что проблема ТБ приобрела масштабы чрезвычайной ситуации, что требует эффективных мер борьбы во всем Регионе. В Плане «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ на 2007–2015 гг. изложены важнейшие проблемы, реальные возможности, стратегии и меры вмешательства по борьбе с ТБ в следующих 18 приоритетных странах Региона: Азербайджане, Армении, Беларусь, Болгарии, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Латвии, Литве, Республике Молдова, Российской Федерации, Румынии, Таджикистане, Туркменистане, Турции, Узбекистане, Украине и Эстонии. План направлен на снижение заболеваемости и смертности, обусловленных ТБ, что также вносит вклад в сокращение масштабов бедности и предусматривает следующее:

1. достижение, сохранение и превышение целевых показателей по выявлению заразных случаев туберкулеза и успешному их излечению по программе ДОТС в пределах 70% и 85%, соответственно; а так же
2. обеспечение универсального доступа к высококачественной медицинской помощи всем людям с диагнозом ТБ, особенно из малообеспеченных и социально дезадаптированных групп населения.

План предназначен как методическое руководство для наиболее приоритетных стран Региона при разработке собственных долго- и краткосрочных национальных планов в отношении ТБ, а также послужит руководством к действию для Европейского регионального бюро ВОЗ и всех других партнеров по борьбе с ТБ.

Ключевые слова

TUBERCULOSIS, PULMONARY – prevention and control – drug therapy – economics
TUBERCULOSIS, MULTIDRUG-RESISTANT – prevention and control – drug therapy – economics
DIRECTLY OBSERVED THERAPY
EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
STRATEGIC PLANNING
EUROPE, EASTERN
EUROPE

ISBN 978 92 890 7190 1

Запрос на получение публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, форму запроса на получение документации, информации по вопросам здравоохранения или разрешения на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

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

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, явно выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование данного материала несет сам читатель. Ни при каких обстоятельствах Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования. Мнения, выраженные авторами, редакторами данной публикации или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Сокращения	iv
<i>Вступительное слово</i>	v
<i>Предисловие</i>	vi
<i>Краткий обзор</i>	vii
<i>Введение</i>	1
Эпидемиология ТБ в Европейском регионе	2
Прогресс в борьбе с ТБ в Европейском регионе	4
Трудности борьбы с ТБ в Европейском регионе	8
Реальные возможности для противодействия ТБ в Европейском регионе	15
<i>1. Видение ситуации</i>	17
Цель.....	17
Задачи.....	17
Целевые показатели.....	17
Основные этапы	18
<i>2. Стратегия</i>	19
<i>3. Меры вмешательства</i>	20
Страны Восточной Европы, входящие в состав ЕС или являющиеся кандидатами для присоединения к ЕС.....	20
Беларусь, Республика Молдова, Украина.....	25
Страны Южного Кавказа	29
Страны Центральной Азии.....	34
Российская Федерация	39
Европейский регион ВОЗ	44
<i>4. Расчетные затраты, имеющиеся средства и дефицит финансирования</i>	50
<i>Список литературы</i>	54
<i>Дополнение. Страны, являющиеся менее приоритетными применительно к инициативе «Остановить ТБ» и не входящие в состав ЕС</i>	57
<i>Приложение 1. Показатели, приведенные в таблицах Главы 3</i>	64

Сокращения

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
Восточная Европа	18 приоритетных стран в отношении борьбы с ТБ в Европейском регионе ВОЗ: Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Эстония
ГСОП	Глобальная система обеспечения противотуберкулезными препаратами
ЕАСТ	Европейская ассоциация свободной торговли
ЕПД	Европейская политика добрососедства
ЕС	Европейский союз
ЕЭП	Европейское экономическое пространство
КЗС	Комитет зеленого света
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (устойчивость как минимум к изониазиду и рифампицину)
МСПТ	Международные стандарты помощи при туберкулезе
НПО	Неправительственная организация
НПТ	Национальная программа по борьбе с туберкулезом или эквивалентная структура
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПКСМ	Пропаганда и содействие, коммуникация и социальная мобилизация
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОЗЛ	Практический подход к охране здоровья легких
ПТП	Противотуберкулезные препараты
ТБ	Туберкулез
ТБ/ВИЧ	Коинфекция ТБ и ВИЧ или ТБ, ассоциированный с ВИЧ
ШЛУ-ТБ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (устойчивость к изониазиду и рифампицину и любому из препаратов фторхинолонового ряда, а также как минимум к одному из инъецируемых препаратов второго ряда – амикацину, капреомицину и/или канамицину)
ЭЛУ-ТБ	Туберкулез с экстремальной лекарственной устойчивостью (устойчивость ко всем существующим противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда)
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЛНН	Лечение под непосредственным наблюдением
ДОТС	Важнейший стержневой элемент стратегии «Остановить ТБ», рекомендуемый для борьбы с туберкулезом
ЕЦПКЗ	Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний

Вступительное слово

Двадцать лет назад казалось, что туберкулез (ТБ) в скором времени исчезнет. Однако, сегодня в Европейском регионе ВОЗ регистрируются самые высокие в мире показатели лекарственно-устойчивого ТБ и существует угроза, что эпидемия ВИЧ-инфекции может обусловить рост числа новых случаев ТБ. Особенно страдают от этого бедные страны, хотя частота передачи ТБ также высока и среди менее обеспеченных слоев населения в богатых странах. Решение порожденных ТБ проблем представляется вполне реальным и одновременно непростым делом, поскольку требует от систем и специалистов здравоохранения применения соответствующих схем лечения и повсеместного соблюдения методических рекомендаций по профилактике развития устойчивости к лекарственным препаратам. Это предполагает взятие долгосрочных обязательств, основанных на истинной ценности принципов солидарности между странами и народами. Поставленная задача была выполнена с принятием 22 октября 2007 г. Берлинской декларации по туберкулезу.

План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ на период 2007–2015 гг. отражает стремление реализовать вышеупомянутые обязательства в форме консенсуса и будущей координации конкретных действий. Этот документ служит продолжением Плана расширения программы ДOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 2002–2006 гг., и ответом на Глобальный план «Остановить ТБ», 2006–2015 гг., в котором выражается обеспокоенность тем, что для стран Восточной Европы выполнение к 2015 г. задачи в отношении ТБ в рамках Целей тысячелетия в области развития может оказаться нереальным. Это результат совместных усилий государств-членов и основных международных партнеров по коллективному противодействию ТБ в тех частях Региона, где эта болезнь причиняет наибольший ущерб. Следовательно, этот план не является достоянием только Европейского регионального бюро ВОЗ, а служит руководством к действию для всех.

Mark Danzon,
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Предисловие

Зачастую такие слова, как «кризис», «чрезвычайная ситуация», «катастрофа», используются не по назначению и преувеличивают значимость конкретной проблемы, создавая при этом ложное впечатление. Однако План «Остановить ТБ», разработанный для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ на 2007–2015 гг., прямо указывает на то, что в отношении туберкулеза (и ВИЧ-инфекции) Европа находится в состоянии кризиса. Европа сталкивается с реальной чрезвычайной ситуацией. Неспособность эффективно противостоять проблеме туберкулеза (ТБ) обернется катастрофой для людей и стран, в полной мере ощущающих на себе бремя этой болезни.

Ежечасно в Европейском регионе ВОЗ в среднем появляется 50 новых случаев заболевания ТБ и происходит 8 связанных с ним смертей несмотря на то, что накануне 1990-х гг. во многих странах число таких случаев значительно сократилось. Возникшие в странах Восточной Европы и Центральной Азии в 1990-е гг. социально-экономические трудности и последовавшее за этим ухудшение инфраструктуры общественного здравоохранения обусловили ситуацию, при которой ТБ вновь заявил о себе как о серьезной угрозе общественному здоровью. Если же учитывать лекарственно-устойчивые формы болезни и случаи ТБ, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией, то необходимость составления такого плана не особо нуждается в обосновании.

Это издание представляет собой нечто большее, чем просто план «Остановить ТБ». В документе дается обстоятельный анализ нынешней ситуации и тенденций, в частности с упором на тесную связь между ТБ и ВИЧ-инфекцией, потреблением инъекционных наркотиков, миграцией населения, положением переселенцев и уязвимых, социально дезадаптированных контингентов, в том числе заключенных. Кроме того, План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг., отдает должное ключевой роли пострадавших сообществ и Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ, то есть такому подходу, которой нередко игнорировался в рамках противодействия ТБ. И наконец, в Плане предлагаются конкретные меры, благодаря которым (при условии их проведения в жизнь) удастся значительно уменьшить бремя болезни.

Стратегически подразделяя 18 приоритетных стран на пять подгрупп для конкретных действий, разрабатывая набор качественных индикаторов и рекомендуя будущие целенаправленные вмешательства, настоящий План предлагает действительно всеобъемлющую «дорожную карту» по снижению вдвое к 2015 г. показателей распространенности и смертности от ТБ (по сравнению с 1990 г.) в Восточной Европе.

Поздравляю Европейское региональное бюро ВОЗ с выходом этого Плана в свет и обращаюсь с призывом ко всем заинтересованным сторонам одобрить и осуществить на практике предложенные рекомендации и конкретные меры. План составлен. Теперь дело за политической приверженностью, финансовыми вложениями и участием населения в работе по его выполнению и созданию очередной преграды на пути распространения ТБ. Сейчас самое время взяться за дело.

Mick Matthews
Председатель Европейского партнерства
“Остановить ТБ”

Краткий обзор

Туберкулез (ТБ) по-прежнему остается серьезной проблемой общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Ежечасно в Регионе в среднем появляется 50 новых случаев заболевания ТБ и происходит 8 связанных с ним смертей; при этом показатели заболеваемости ТБ колеблются в диапазоне от всего лишь 5 новых случаев на 100 тыс. населения в год в Норвегии до 198 случаев в Таджикистане. Разразившийся в 1990-е гг. в странах Центральной и Восточной Европы социально-экономический кризис и ухудшение инфраструктуры медицинских учреждений привели к возрождению ТБ, появлению лекарственно-устойчивых форм этой болезни и росту численности групп высокого риска, в частности людей, живущих с ВИЧ, заключенных и обитателей экономически неблагополучных районов во многих крупных городах. Переезды людей из стран с высоким уровнем распространенности в страны с низкой распространенностью нередко ослабляют усилия по противодействию и ликвидации ТБ в западноевропейских странах.

План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг., отражает наиболее актуальные проблемы, реальные возможности, стратегии и вмешательства по борьбе с ТБ в Регионе с особым акцентом на 18 стран, входящих в эпидемиологический субрегион Восточной Европы, включая Азербайджан, Армению, Беларусь, Болгарию, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, Латвию, Литву, Республику Молдова, Российскую Федерацию, Румынию, Таджикистан, Туркменистан, Турцию, Узбекистан, Украину и Эстонию. Эти страны считаются приоритетными с точки зрения осуществления пересмотренной стратегии «Остановить ТБ» и выполнения обязательств, вытекающих из Глобального плана по борьбе с ТБ, 2006–2015 гг. (The Global Plan to Stop TB, 2006–2015) и Глобального плана противодействия МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, 2007–2008 гг. (The Global MDR-TB and XDR-TB Response Plan, 2007–2008).

В Плане «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг., дается анализ проделанной за последнее время работы по борьбе с ТБ в Европейском регионе ВОЗ в целом и в странах Восточной Европы:

- показатели выявления и успешного лечения новых случаев ТБ легких с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты соответственно составляют 48% и 74% (всего лишь 38% и 72% в Восточной Европе);
- на уровне Региона созданы механизмы для профессиональной подготовки кадров и координации;
- улучшена доступность международной поддержки, например по линии Глобального фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Глобальной системы обеспечения противотуберкулезными препаратами (ПТП) и Комитета зеленого света (КЗС);
- предприняты инициативы, в частности касающиеся проблемы ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, и лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы.

В Плане изложены главные актуальные проблемы, связанные с противотуберкулезной работой в Регионе, а именно: ограниченный охват и отсутствие равного доступа к службам, использующим стратегию ДOTS (важнейший стержневой элемент стратегии «Остановить ТБ», рекомендованный для борьбы с ТБ), высокие уровни лекарственной устойчивости, рост эпидемии ВИЧ-инфекции, слабая инфраструктура общественного здравоохранения, неудовлетворительная борьба с ТБ в тюрьмах и недостаточная осведомленность о ТБ. В этом документе также отражены основные перспективы, в том числе приверженность Европейского регионального комитета ВОЗ идее борьбы с ТБ, рекомендуемые на международном уровне стратегии и положения Глобального плана «Остановить ТБ», проведенные многими странами реформы систем здравоохранения и реальные возможности повышения эффективности и придания устойчивости усилиям по борьбе с ТБ, созданные в мире и Европейском регионе партнерства «Остановить ТБ» в

целях содействия работе в рамках международной сети, а также растущий объем финансирования на глобальном уровне.

План нацелен на снижение заболеваемости и смертности от ТБ в 18 приоритетных странах Восточной Европы и на содействие выполнению Задачи 8 Цели 6, входящей в перечень Целей тысячелетия в области развития (ЦТР) и состоящей в том, чтобы «остановить к 2015 г. распространение болезни и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости». Конкретные задачи Плана включают:

- расширение доступности высококачественной диагностики и лечения для всех людей с любыми формами ТБ, независимо от их возраста, пола и социально-экономического статуса;
- уменьшение страданий и социально-экономического бремени, связанных с ТБ;
- защиту бедных и уязвимых групп населения от ТБ, включая лекарственно-устойчивую форму и ТБ, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ);
- поддержку своевременного и эффективного внедрения новых методов диагностики, лечения и профилактики.

В Планах намечено выполнение к 2010 г. шести задач:

1. обеспечить 100%-ный охват населения стратегией ДOTS во всех странах Восточной Европы;
2. повысить показатель выявления новых инфекционных (положительных по мазку мокроты) случаев ТБ как минимум до 73%;
3. добиться успешного лечения как минимум 85% впервые выявленных инфекционных больных ТБ;
4. обеспечить лечение в соответствии с международными методическими рекомендациями 100% больных ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (впервые выявленных и ранее леченных);
5. снизить распространенность ТБ (все формы) до 188 случаев на 100 тыс. населения;
6. сократить смертность от ТБ (все формы) до 16 смертей на 100 тыс. населения.

Помимо этого, для мониторинга хода работы вплоть до 2010 г. предложены ежегодные основные этапы. План, в основу которого положен оптимистический, но вполне реальный сценарий, также рассчитан на появление к 2008 г. новых методов диагностики ТБ в специализированных лабораториях и на доступность этих методов на периферии к 2010 г. По аналогии с этим, к 2010 г. в Регионе могут появиться новые ПТП. Следовательно, задача снижения вдвое показателей распространенности и смертности от ТБ (по сравнению с уровнями 1990 г.) в Восточной Европе может быть выполнена к 2015 г.

Далее в Планах дается анализ хода работы по реализации стратегии «Остановить ТБ» в странах с использованием набора качественных индикаторов и со ссылкой на важнейшие меры вмешательства в будущем. Восемнадцать вышеперечисленных стран стратегически отнесены к пяти подгруппам для практических действий:

1. восточноевропейские страны, входящие в состав Европейского союза (ЕС) или являющиеся кандидатами для присоединения к ЕС (Болгария, Латвия, Литва, Румыния, Турция и Эстония);
2. Беларусь, Республика Молдова и Украина;
3. страны Южного Кавказа (Азербайджан, Армения и Грузия);
4. страны Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан);
5. Российская Федерация.

Применительно к Европейскому региону в целом План рассматривает ЕС с точки зрения противотуберкулезных мероприятий и ликвидации ТБ в его государствах-членах и в

отдельном дополнении приводит краткий анализ ситуации в других европейских странах, не входящих в ЕС.

Общая сумма затрат на осуществление Плана «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг., оценивается в 14,8 млрд. долл. США, из которых 61% средств предназначен для борьбы с лекарственно-устойчивым ТБ, 31% – для расширения услуг в рамках стратегии ДОТС, 1% – для пропаганды и содействия, коммуникации и социальной мобилизации (ПКСМ) и 2% – для ТБ/ВИЧ. Расходы на техническое сотрудничество ориентировочно составляют 5% от общей суммы. Согласно оценке, общий объем имеющихся финансовых средств составляет менее половины от этой суммы (6,7 млрд. долл. США), из которой 91% средств формируется за счет внутренних резервов, 3% – по линии Глобального фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и 6% поступает от других доноров. Предполагаемый дефицит финансирования за девятилетний период соответствует 8 млрд. долл. США или 55% от суммарных затрат. Относительно небольшое увеличение размера финансирования за счет внутренних резервов стран (от 0,1% до 0,3% от общей суммы ежегодных государственных затрат на здравоохранение на душу населения) позволит в основном ликвидировать этот разрыв при условии принятия странами необходимых политических обязательств. Вместе с тем, увеличение размера финансирования из госбюджета, скорее всего, не сможет полностью компенсировать расходы на необходимое техническое сотрудничество; для выполнения этой задачи потребуются средства из других источников.

Введение

Туберкулез (ТБ) нередко считается болезнью, ушедшей в прошлое; однако, несмотря на значительное улучшение уровня жизни и стремительное социально-экономическое развитие, ТБ по-прежнему является важной проблемой здравоохранения во всем мире, в том числе в странах Европейского региона ВОЗ. Во многих европейских странах за последние 50 лет на фоне улучшения социальных условий и совершенствования работы по выявлению случаев и лечению больных наблюдалось снижение частоты заболеваемости ТБ в диапазоне от 10 до 100 раз. Однако социально-экономический кризис и ухудшение состояния инфраструктуры медицинских учреждений в странах Восточной и Центральной Европы в 1990-е гг. привели к возрождению ТБ, что подтверждается регистрацией в 1999 г. дополнительных, по сравнению с 1990 г., 130 тыс. новых случаев, которые вошли в отчетные данные стран Региона для ВОЗ.

По расчетным данным, каждый час в Регионе в среднем появляется 50 новых случаев ТБ и происходит 8 смертей, связанных с ТБ. Ситуация во многих странах бывшего Советского Союза¹ вызывает особую тревогу из-за высоких уровней развития устойчивости к ПТП и нарастающей частоты ВИЧ-инфицирования. Целый ряд таких факторов, как высокая заболеваемость ТБ во многих странах Европейского региона, высокий уровень ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), появление случаев ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ), вероятность возникновения вспышек ТБ среди постоянно растущего числа людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), многочисленные группы лиц в местах лишения свободы и повышение интенсивности миграции населения, служат причинами возникновения чрезвычайной ситуации с ТБ в Регионе и требуют принятия эффективных мер борьбы с ТБ на уровне всего Региона.

В Плане «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг., дается описание основных актуальных проблем, реальных возможностей, стратегий и мероприятий по борьбе с ТБ в Европейском регионе с упором на 18 приоритетных стран. Эта группа стран относится к эпидемиологическому субрегиону Восточной Европы, куда входят:² Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Эстония. Этот план является логическим продолжением Плана расширения программы ДОТС для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 2002-2006 гг. (1), и Глобального плана по борьбе с туберкулезом, 2006-2015 гг. (2), в глобальном сценарии которых особое внимание уделяется Восточной Европе. Документ включает последние данные, представленные в Глобальном плане противодействия МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, 2007–2008 гг. (3).

Этот план включает в себя подробное описание мероприятий на период с 2007 по 2015 г. с использованием современных методов борьбы с ТБ. Благодаря предпринимаемым на глобальном уровне усилиям до 2015 г. могут появиться новые вакцины, диагностические методы и подходы к лечению, что позволит ускорить ход работы в странах по

¹ Это такие страны, как Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина и Эстония.

² Для более четкого разграничения тенденций в шести регионах ВОЗ (Африканском, Американском, Восточного Средиземноморья, Европейском, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана) ВОЗ подразделяет страны на восемь эпидемиологических субрегионов в отношении ТБ: Африка: высокая распространенность ВИЧ; Африка: низкая распространенность ВИЧ; Северная и Южная Америка: страны Латинской Америки; Восточная Европа; Восточное Средиземноморье; сформировавшаяся рыночная экономика и Центральная Европа; Юго-Восточная Азия; и Западная часть Тихого океана.

выполнению задач борьбы с ТБ, поставленных Всемирной ассамблеей здравоохранения (4) и Партнерством «Остановить ТБ» (5) в соответствии с Задачей 8 Цели 6, которая входит в перечень ЦТР и состоит в том, чтобы «остановить к 2015 г. распространение болезни и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости» ТБ (6).

В настоящее время в состав Европейского региона ВОЗ входит 53 государства-члена, 27 из которых также являются странами-участницами Европейского союза (ЕС).³ Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ЕЦПКЗ) занимается подготовкой дополнительного плана мероприятий по проблемам ТБ в порядке оказания методической помощи государствам-членам ЕС и странам, входящим в Европейское экономическое пространство (ЕЭП) и Европейскую ассоциацию свободной торговли (ЕАСТ).⁴ Восемь стран Европейского региона имеют общие границы с ЕС, и на них распространяется действие Европейской политики добрососедства (ЕПГ) (7), которая предлагает более тесные политические контакты и определенную степень экономической интеграции в рамках ЕС без права членства.

Одиннадцать государств-членов Европейского региона не входят в состав ЕС и относятся к менее приоритетным странам в отношении инициативы «Остановить ТБ», а именно: Албания, Андорра, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Монако, Сан-Марино, Сербия, Хорватия, Черногория и Швейцария. Некоторые из этих стран могут взять курс на ликвидацию ТБ, тогда как другим все еще предстоит активизировать свои усилия по борьбе с ТБ, используя стратегию «Остановить ТБ». Дополнение к данному плану составлено с учетом интересов именно этой группы стран.

Настоящий План является итогом совместных усилий всех заинтересованных стран и основных международных партнеров, предпринимаемых с целью проанализировать ход работы, актуальные проблемы и практические действия, необходимые для решения проблемы ТБ в Восточной Европе. Приведенные данные заимствованы из источников, опубликованных за последнее время; результаты качественного анализа по каждой стране обсуждались и согласовывались с официальными органами и учреждениями в странах, а также с партнерами. Всем сторонам было предложено представить свои замечания по предварительным вариантам Плана, преодолеть на основе консенсуса связанные с анализом данных ограничения и отразить общий вклад участников в процесс разработки Плана.

Предполагается, что План станет методическим руководством для стран Восточной Европы при разработке собственных долго- и краткосрочных национальных планов в отношении ТБ, а также послужит инструментом сравнения и оценки для Европейского регионального бюро ВОЗ и всех других партнеров по борьбе с ТБ в Регионе.

Эпидемиология ТБ в Европейском регионе

Согласно последним расчетным данным ВОЗ, по состоянию на 2005 г. только в Европейском регионе было зарегистрировано 445 тыс. новых случаев и почти 66 тыс. смертей, связанных с ТБ (8), причем 75% этих случаев приходится на Восточную Европу. Расчетный ежегодный уровень заболеваемости ТБ в Европейском регионе составляет 50 новых случаев на 100 тыс. населения при показателе смертности 7 на 100 тыс. населения.

Эпидемиология ТБ в разных странах Европейского региона отличается весьма значительно. Показатели заболеваемости ТБ варьируются в диапазоне от 5 новых случаев ТБ на 100 тыс. населения в год в Норвегии до 198 случаев в Таджикистане. В

³ Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швеция и Эстония.

⁴ Исландия, Лихтенштейн и Норвегия.

целом, по мере движения на восток показатели заболеваемости ТБ растут. Социально-экономический кризис и ухудшение инфраструктуры медицинских учреждений в странах бывшего Советского Союза в 1990-е гг. способствовали резкому росту регистрации случаев ТБ и неизменно низким показателям успешного лечения на фоне повышающихся уровней развития МЛУ-ТБ и распространенности коинфекции ТБ/ВИЧ.

В 2005 г. средний показатель регистрации⁵ ТБ для всего Европейского региона составлял 41 случай на 100 тыс. населения, в основном отражая тенденцию, характерную для эпидемиологической ситуации в странах Восточной Европы и Российской Федерации. Российская Федерация занимает двенадцатое место среди 22 стран с наиболее ощутимым бременем ТБ, на которые приходится примерно 80% всех новых случаев этого заболевания в мире.

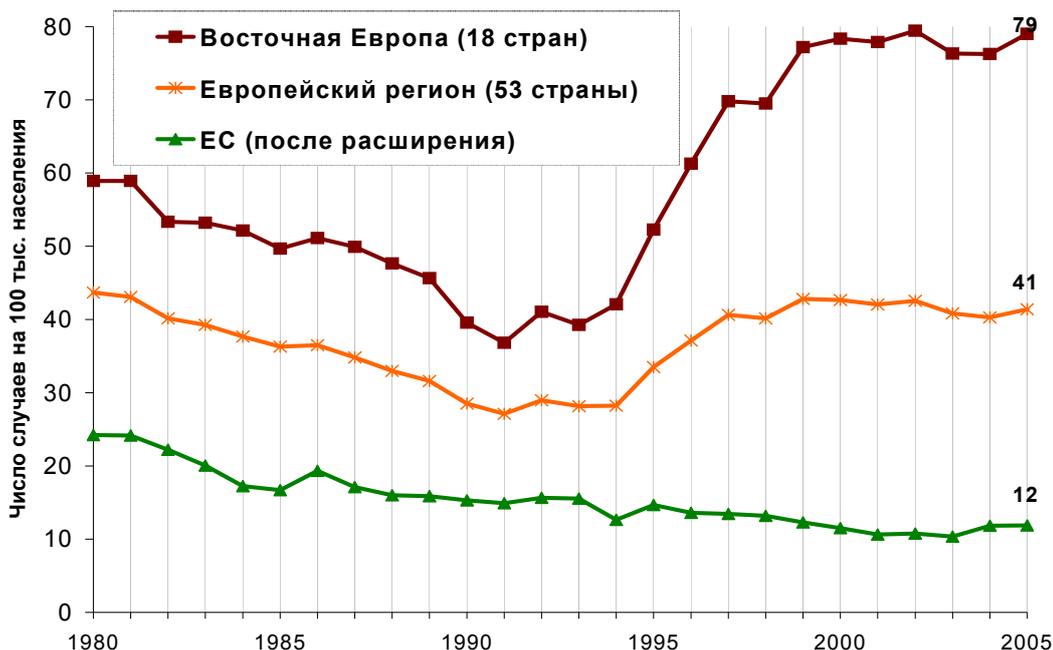
Несмотря на то, что за последнее время в связи с расширением охвата стратегией ДОТС (стержневой элемент стратегии «Остановить ТБ», рекомендуемый для борьбы с ТБ во всем мире),⁶ были созданы условия для оказания высококачественных диагностических и терапевтических услуг, национальные программы по борьбе с ТБ (НПТ) в странах Восточной Европы продолжают функционировать неудовлетворительно по причине следующих факторов: отсутствие политической воли, ухудшение социально-экономического положения, недостаточно развитые системы здравоохранения с плохо подготовленным и слабо мотивированным персоналом, недостаточная интеграция фтизиатрических служб, появление лекарственно-устойчивого ТБ, повышение уровней распространенности ВИЧ-инфекции, разветвленные системы пенитенциарных учреждений с неудовлетворительно работающими службами противотуберкулезной и другой помощи, недостаточно активное вовлечение в эту работу всех категорий медработников и низкая активность гражданского общества. В 2005 г. средний показатель регистрации случаев ТБ в 18 приоритетных странах Восточной Европы составлял 79 на 100 тыс. населения при стабилизирующих тенденциях в последующие годы (рис. 1).

Положительные изменения в уровне жизни, социально-экономическом развитии и в практике осуществления высококачественных программ противотуберкулезной работы наряду с повышением охвата населения услугами систем здравоохранения способствовали развитию тенденции к снижению частоты регистрации случаев ТБ во многих странах Западной и Центральной Европы. В государствах ЕС заболеваемость ТБ характеризовалась постоянным снижением с начала 1980-х гг. при некоторых колебаниях, наблюдаемых после присоединения новых стран-членов. Незначительный рост числа зарегистрированных случаев был зафиксирован в 1986 г. после вступления в ЕС Испании и Португалии, а также в 2004 г. в результате присоединения десяти новых стран Центральной и Восточной Европы. По состоянию на 2005 г. расчетная заболеваемость ТБ в среднем составляла 13 случаев на 100 тыс. населения в 15 странах-членах ЕС в период до мая 2004 г., 25 на 100 тыс. населения в 10 странах, присоединившихся в 2004 г., 51 на 100 тыс. в Болгарии, бывшей югославской Республике Македонии, Румынии, Турции и Хорватии и доходила до 103 на 100 тыс. населения в странах, граничащих с ЕС.

⁵ Показатель регистрации туберкулеза включает число впервые выявленных случаев ТБ и рецидивов на 100 тыс. населения.

⁶ Стратегия ДОТС стала проводиться в жизнь с 1994 г. как рекомендуемая на международном уровне стратегия борьбы с ТБ. Ее ключевыми компонентами являются: долгосрочные обязательства на уровне правительств; выявление случаев заболевания в основном по обращаемости; стандартный короткий курс химиотерапии, предусматривающий лечение как минимум всех подтвержденных положительными результатами бактериоскопии мазка мокроты случаев при условии надлежащего ведения больных; система регулярного обеспечения лекарственными препаратами; и система мониторинга для курирования и оценки работы программы. Начиная с 2006 г., стратегия ДОТС стала неотъемлемой частью Стратегии «Остановить ТБ».

Рис. 1. Частота регистрации случаев ТБ в Европейском регионе, 1980–2005 гг.



Источник: по материалам Доклада ВОЗ «Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование, финансирование», 2007 (8).

Рост экономического потенциала и расширение географических границ ЕС послужили толчком для дополнительного притока рабочих-мигрантов из стран с высокой распространенностью ТБ, что привело к прекращению наметившейся тенденции к снижению заболеваемости ТБ, а в некоторых случаях эта тенденция пошла вверх. ТБ не признает государственных границ, и решением данной проблемы должны совместно заниматься все страны. Более того, в Западной Европе ТБ по-прежнему является ведущей причиной смерти от инфекционных болезней среди молодых взрослых трудоспособного возраста, особенно среди таких контингентов высокого риска, как социально дезадаптированные и уязвимые группы, проживающие в беднейших кварталах многих крупных городов, нелегальные иммигранты, цыгане и другие группы мигрирующего населения.

Прогресс в борьбе с ТБ в Европейском регионе

За последнее время в плане борьбы с ТБ в Европейском регионе наметились изменения к лучшему. Уровни охвата населения услугами в соответствии со стратегией ДОТС⁷ повысились с 17% в 2000 г. до 60% в 2005 г., и теперь эту стратегию внедрили 43 из 53 государств-членов Европейского региона (табл. 1). Стратегия ДОТС используется во всех странах Восточной Европы начиная с 2003 г., хотя по охвату населения соответствующими услугами в 2005 г. удалось выйти лишь на 46%-ный уровень, который является одним из самых низких в мире.

⁷ Доля населения страны, проживающего на территориях, где службы здравоохранения внедрили в практику стратегию ДОТС.

Таблица 1. Охват населения стратегией ДOTS в Европейском регионе ВОЗ, 2005 г.

Уровень охвата (%)	Страны
0	Греция, Ирландия, Испания, Монако, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Черногория, Швейцария
≤ 50	Албания, Туркменистан, Турция, Украина , Хорватия
51–90	Италия, Российская Федерация, Таджикистан
91–100	Австрия, Азербайджан , Андорра, Армения, Беларусь , Бельгия, Болгария , Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Грузия , Дания, Израиль, Исландия, Кипр, Чешская Республика, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва , Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Румыния , Сербия, Словакия, Словения, Узбекистан, Швеция, Эстония

Примечание. Страны Восточной Европы выделены **жирным шрифтом**.

Источник: по материалам Доклада ВОЗ «Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование, финансирование», 2007 (8).

Несмотря на то, что частота выявления случаев⁸ при использовании стратегии ДOTS повысилась до 35% в 2005 г., а частота успешного лечения до 74% (по результатам когортного анализа за 2004 г.), Европейский регион по-прежнему не сумел выполнить глобальные задачи по борьбе с ТБ, поставленные Всемирной ассамблеей здравоохранения на 2005 г. (9): выход на уровень 70% по выявлению случаев и на уровень 85% по успешному лечению (табл. 2). В странах Восточной Европы резкий рост показателей регистрации случаев ТБ после распада Советского Союза прекратился. Уровень выявления новых случаев ТБ легких с положительным результатом исследования мазка мокроты при использовании стратегии ДOTS повысился до 38% в 2005 г. наряду с ростом показателя успешного лечения до 72% (в когорте больных за 2004 г.).

Низкие уровни выявления случаев ТБ в Европейском регионе являются следствием низкого охвата населения стратегией ДOTS и недостаточным использованием микроскопии мазка мокроты для постановки диагноза, о чем со всей очевидностью говорит рост выявляемости случаев с 35% до 48% при анализе данных заболеваемости на территориях, как охваченных, так и не охваченных стратегией ДOTS; если же учитывать все случаи ТБ (в любой форме), регистрируемые на всех территориях, то уровень выявления повысился до 88%. Низкие показатели успешного лечения, зарегистрированные во многих странах Региона, объясняются высокой частотой прерывания лечения среди социально уязвимых контингентов больных, высокими показателями неэффективного лечения по причине МЛУ-ТБ и большой смертностью среди престарелых больных с тяжелой сопутствующей патологией (особенно в западных странах) (табл. 3). В Восточной Европе наблюдается самая высокая частота лекарственной устойчивости и самый низкий показатель успешного лечения в мире.

⁸ Уровень выявления новых инфекционных случаев (ТБ легких с положительным результатом анализа мазка мокроты) при исследовании путем прямой микроскопии. По сравнению с выявлением случаев ТБ путем бактериологического исследования (посев мокроты для получения культуры) данный подход все еще является предпочтительным, так как его описание приводится в глобальных задачах по борьбе с ТБ, поставленных Всемирной ассамблеей здравоохранения (9).

План "Остановить ТБ" для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007-2015 гг.

Таблица 2. Показатели успешного лечения и выявления случаев ТБ при использовании стратегии ДОТС в Европейском регионе ВОЗ, 2004–2005 гг.

Успешное лечение (%)	Выявление случаев (%)			
	< 30	30–59	60–69	≥ 70
≥ 85	Турция	Мальта, Норвегия, Словакия, Туркменистан	Кыргызстан	Андорра, Босния и Герцеговина, Дания, Португалия, Сербия, Словения
75–84	Албания, Таджикистан	Израиль, Нидерланды, Узбекистан	Бывшая югославская Республика Македония, Польша	Болгария, Румыния
< 75	Украина	Австрия, Азербайджан, Беларусь , Кипр, Германия, Венгрия, Исландия, Российская Федерация , Швеция	Армения , Бельгия, Республика Молдова , Чешская Республика, Эстония ,	Грузия, Казахстан, Латвия, Литва

Примечание. Показатели выявления случаев, равно как и показатели успешного лечения, относятся к новым случаям ТБ легких с положительным результатом исследования мазка мокроты. Некоторые из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ не указаны, поскольку не направили в ВОЗ отчетные данные о числе выявленных или успешно пролеченных случаев. Страны Восточной Европы выделены **жирным шрифтом**.

Источник: по материалам Доклада ВОЗ «Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование, финансирование», 2007 (8).

Таблица 3. Показатели прерывания лечения и неэффективного лечения при использовании стратегии ДОТС в Европейском регионе ВОЗ, 2004 г.

Неэффективное лечение (%)	Прерывание лечения (%)			
	< 1	1–4	5–9	≥ 10
≥ 10			Венгрия, Казахстан	Республика Молдова, Российская Федерация, Украина
5–9		Беларусь , Бельгия, Кыргызстан	Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан	Армения, Грузия
1–4	Венгрия, Исландия, Швеция	Дания	Болгария, Литва, Румыния, Туркменистан	Бывшая югославская Республика Македония
< 1	Босния и Герцеговина, Мальта	Албания, Германия, Израиль, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сербия, Словакия, Словения, Турция	Австрия, Латвия , Польша, Эстония	Кипр, Чешская Республика

Примечание. Показатели неэффективного лечения, равно как и показатели прерывания лечения, относятся к новым случаям ТБ легких с положительным результатом исследования мазка мокроты; и те, и другие данные следует интерпретировать с осторожностью с учетом доли случаев, переведенных в другое учреждение или не прошедших оценку, и по отчетам некоторых стран таких случаев насчитывается немало. Некоторые из 53 государств-членов Региона не указаны, поскольку не направили в ВОЗ отчетные данные о числе выявленных или успешно пролеченных случаев. В Эстонии и Латвии больных ТБ с неэффективным лечением, как правило, регистрируют как случаи лечения МЛУ-ТБ, и вместо категории «неэффективное лечение» их относят к группе «проходящие лечение». Страны Восточной Европы выделены **жирным шрифтом**.

Источник: по материалам Доклада ВОЗ «Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование, финансирование», 2007 (8).

Активизировалось сотрудничество между международными партнерами, что обусловило усиление потенциала по оказанию технической и финансовой поддержки странам Региона. Если руководители НПТ в странах Европейского региона собираются вместе для решения вопросов координации раз в два года, то совещания Группы технических советников по ТБ при Европейском региональном бюро ВОЗ с 2004 г. проходят ежегодно. Партнерство «Остановить ТБ» было создано в 2000 г., а в октябре 2006 г. был дан старт Европейскому партнерству «Остановить ТБ» (см. с.16). Сотрудничающие центры ВОЗ в Риге (Латвия), Сондало (Италия), Тарту (Эстония) и Варшаве (Польша) проводят ежегодные курсы подготовки специалистов в целях повышения уровня их осведомленности по вопросам ДОТС и стратегии «Остановить ТБ» и навыков по управлению программами. Периодичность проведения региональных курсов для совместной подготовки кадров и обучения составляет шесть месяцев. С 2004 г. силами Регионального бюро и партнеров проводятся важнейшие внешние обзоры работы НПТ в Армении, Боснии и Герцеговине, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации, Румынии, Турции и Украине.

Увеличились объемы финансирования по линии доноров для оказания поддержки в борьбе с ТБ в странах с низким и средним уровнем доходов. За счет Глобальной системы обеспечения противотуберкулезными препаратами (ГСОП) решаются вопросы снабжения высококачественными ПТП первого ряда в форме грантов или прямых закупок по сниженным ценам для следующих 13 стран: Азербайджан, Албания, Армения, Босния и Герцеговина, Грузия, Кыргызстан, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова, Сербия (включая провинцию Косово, находящуюся под управлением Организации Объединенных Наций), Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина. Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией оказывает поддержку 18 странам в Европейском регионе. В табл. 4 представлена ситуация, сложившаяся после 7-го раунда финансирования по гранту Глобального фонда.

Таблица 4. Страны, получающие и осваивающие средства по грантам Глобального фонда на борьбу с ТБ, Европейский регион, 2007 г.

Раунд финансирования по гранту	Освоение средств или переговоры по гранту в Фазе I	Освоение средств по гранту в Фазе II
1		Республика Молдова
2		Кыргызстан, Румыния
3		Российская Федерация, Сербия, Таджикистан
4	Российская Федерация, Сербия (провинция Косово, находящаяся под управлением Организации Объединенных Наций)	Грузия, Узбекистан
5	Албания, Армения, Азербайджан, бывшая югославская Республика Македония	
6	Беларусь, Босния и Герцеговина, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Черногория, Республика Молдова, Румыния, Таджикистан	
7	Азербайджан	

Примечание. Страны Восточной Европы выделены жирным шрифтом.

Источник: Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией [вебсайт]. Женева, Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, 2007 г. (<http://www.theglobalfund.org/en>, доступен с 27 ноября 2007 года).

В ответ на эпидемию МЛУ-ТБ в Европе Сотрудничающий центр ВОЗ в Риге (Латвия) взял на себя роль регионального и глобального учебного центра по различным аспектам организации и проведения проектов в области МЛУ-ТБ (10). В январе 2005 г. была создана Целевая группа экспертов по лабораторным службам в Европе, задача которой заключается в усилении лабораторных служб, крайне необходимых для повышения уровней выявления случаев и активизации мер противодействия МЛУ-ТБ. Под руководством названной Целевой группы для нужд Региона были разработаны такие важные методические рекомендации, как руководство по профилактике ТБ в лечебных учреждениях стран Европы с высоким уровнем распространения МЛУ-ТБ (11) и рекомендуемые стандарты по организации современных лабораторных служб по диагностике ТБ в Европе (12). Все страны Восточной Европы, за исключением Туркменистана, замкнуты на одну из девяти наднациональных референс-лабораторий по исследованиям на ТБ, обслуживающих Европейский регион.

Надежная система борьбы с МЛУ-ТБ, основанная на рекомендациях ВОЗ, была повсеместно реализована в Латвии и Эстонии. В настоящее время в сотрудничестве с КЗС⁹ за счет госбюджетных ассигнований и средств Глобального фонда борьба с МЛУ-ТБ поддерживается в таких странах, как Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация (13 регионов), Румыния, Узбекистан и Украина. К сожалению, все еще предстоит решить ряд проблем с препаратами второго ряда, поставка которых обеспечивается с помощью этого механизма.

В ответ на стремительное распространение эпидемии ВИЧ-инфекции и резкое повышение распространения ТБ/ВИЧ силами ВОЗ были выпущены такие документы, как «Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ» (13), «Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ» (14) и клинический протокол по ведению больных с коинфекцией ТБ и ВИЧ (15). Европейское региональное бюро ВОЗ обеспечило проведение региональных курсов на базе Сотрудничающих центров ВОЗ по управлению программами борьбы с ТБ/ВИЧ (Сондало, Италия) и по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией среди больных ТБ (Загреб, Хорватия); в 2007 г. впервые организовало специальный учебный курс (Киев, Украина) для оказания методической помощи специалистам в странах Восточной Европы в проведении операционных исследований по проблеме ТБ/ВИЧ; и неизменно содействовало рекомендуемым на международном уровне совместным мероприятиям по ТБ/ВИЧ в большинстве стран Европейского региона, а также предоставляло необходимую для этого поддержку странам Восточной Европы путем проведения субрегиональных семинаров и пилотных проектов.

Во многих странах Восточной Европы улучшились бытовые условия в тюрьмах, чему способствовали преобразования в пенитенциарных системах (включая уменьшение скученности заключенных за счет сокращения сроков содержания в камерах предварительного заключения). Совершенствуется работа физиатрических служб в тюрьмах многих стран благодаря притоку дополнительных средств из внутренних и внешних источников финансирования и проведению в жизнь более удачной политики. В рамках сети проектов Европейского регионального бюро ВОЗ по охране здоровья заключенных был разработан документ «Доклад о положении в тюрьмах и проблеме туберкулеза» (16) в целях оказания методической помощи лицам, определяющим политику.

Трудности борьбы с ТБ в Европейском регионе

Обращение вспять эпидемии ТБ в Регионе требует повышенных долгосрочных политических и финансовых обязательств на уровне правительств. Странам с тяжелым бременем ТБ необходимо увеличить объемы ассигнований на реализацию стратегий

⁹ Комитет зеленого света (КЗС) был учрежден в 2000 г. как один из органов Рабочей группы по МЛУ-ТБ в рамках Партнерства «Остановить ТБ» с тем, чтобы способствовать доступности и рациональному использованию ПТП второго ряда, закупаемых по сниженным ценам.

борьбы с ТБ, а также на улучшение социальных условий. И даже тем странам, где заболеваемость ТБ сохраняется на низком уровне, следует повысить уровень осознания чрезвычайной ситуации в Регионе и увеличить размер финансовой помощи на борьбу с ТБ.

Ограниченный охват и недостаточная доступность услуг по ДOTS

Несмотря на внедрение большинством стран Европейского региона стратегии ДOTS, на пути охвата всего населения услугами, предоставляемыми в рамках этой стратегии, по-прежнему стоит несколько барьеров, тем более, что достигнутый уровень охвата является самым низким в сравнении со всеми остальными регионами ВОЗ. По-видимому, наиболее ощутимым препятствием в плане расширения ДOTS представляется дефицит политической воли и финансовых средств.

В Восточной Европе международная поддержка предоставляется в широком масштабе, однако устойчивые связи с национальными долгосрочными стратегическими планами прослеживаются не всегда. Национальное законодательство нередко оказывается устаревшим или недостаточно проработанным для осуществления принципов ДOTS на практике. Зачастую численность медработников, их распределение и уровень компетентности оказываются неадекватными, а их мотивация – неудовлетворительной.

В 1990-е гг. социально-экономические проблемы не только привели к ухудшению состояния дел в инфраструктурах сектора здравоохранения, включая те, которые обеспечивают работу лабораторий, занимающихся прямой микроскопией мазков мокроты, создавая таким образом основу для международного сравнительного анализа частоты выявления случаев ТБ, а также лабораторий, осуществляющих бактериологические (культуральные) исследования и определение лекарственной чувствительности, что играет жизненно важную роль в диагностике и лечении лекарственно-устойчивых форм ТБ, но и оказались основным препятствием на пути наращивания усилий по борьбе с МЛУ-ТБ.

Чрезмерная централизация построенных по вертикали программ противотуберкулезной помощи, доставшихся в наследство странам Восточной Европы, затрудняет их интеграцию в общую лечебную сеть из-за действующих механизмов финансирования, в основе которых лежат показатели занятости больничной койки, слабо развитые службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), а порой и несогласие фтизиатров. Больные ТБ часто остаются в стационаре в течение всего периода интенсивной фазы лечения и даже дольше, тогда как вопросы организации лечения под непосредственным наблюдением (ЛНН) на амбулаторном этапе в фазе продолжения терапии решаются с трудом. Многие больные ТБ принадлежат к таким социально уязвимым группам, как бездомные, алкоголики и потребители наркотиков, бывшие заключенные и мигранты, у которых приверженность лечению, как правило, бывает неудовлетворительной. Практика оказания социальной поддержки и выплаты поощрительного вознаграждения таким пациентам по-прежнему ограничивается лишь пилотными территориями.

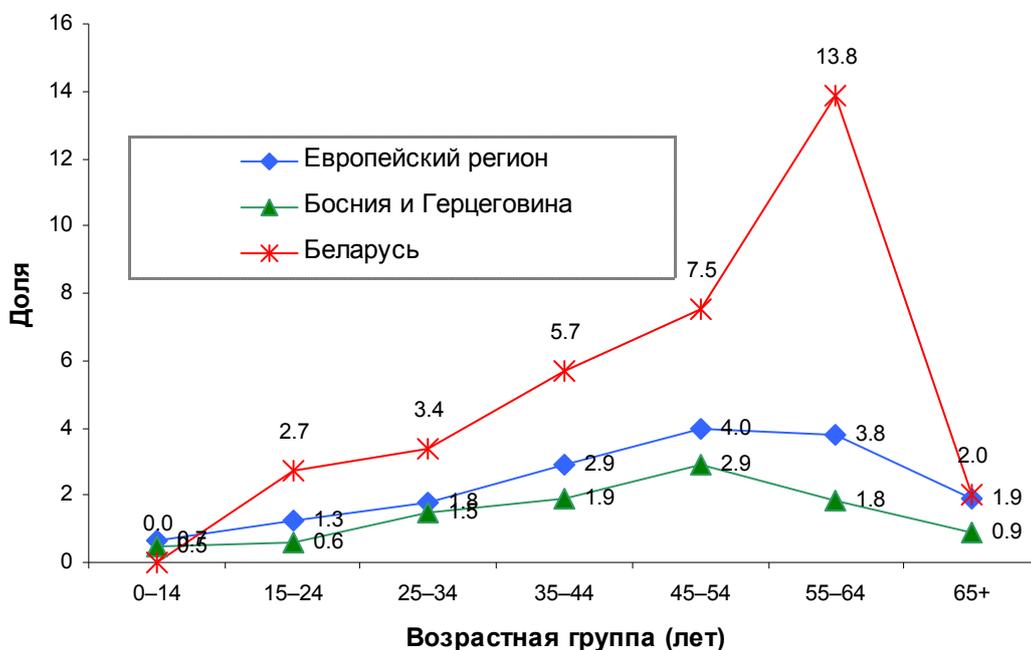
Соотношение числа мужчин и женщин среди новых случаев заболевания ТБ легких с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты, зарегистрированных для прохождения лечения и включенных в отчетную статистику ВОЗ, соответствует 2,1:1 или 2,1 мужчин на одну женщину. Такое соотношение повышается в возрастных группах 45-54 и 55-64 года и может колебаться в широких пределах в зависимости от страны (рис. 2). Необходимы дополнительные исследования как для уточнения различий, связанных с гендером, при регистрации больных ТБ, так и для выяснения, происходит ли это вследствие преобладания мужчин в группах риска по ТБ (например, заключенные или потребители инъекционных наркотиков - ПИН) или же из-за существующих различий в доступности служб противотуберкулезной помощи и в системах отчетности.

В 2005 г. от НПТ 53 стран в Европейское региональное бюро ВОЗ поступили сведения о регистрации свыше 400 тыс. новых случаев ТБ, из которых только 15 тыс. (4%) приходилось на детей моложе 15 лет. Вместе с тем, данные по ТБ у детей считаются неполными. В соответствии со стратегией «Остановить ТБ» и недавно опубликованными

ВОЗ более конкретными методическими рекомендациями (17) всем НПТ предписано заниматься вопросами профилактики и лечения ТБ у детей в своей повседневной работе, включая такие аспекты, как скрининг и ведение лиц, контактирующих с больным ТБ в семье, эффективная диагностика и лечение больных согласно рекомендованным на международном уровне руководствам и обеспечение регистрации всех случаев. Специалистам НПТ следует также обеспечить охват детей с коинфекцией ТБ/ВИЧ и лекарственно-устойчивым ТБ.

Многие страны выпускают ПТП без соблюдения правил надлежащей производственной практики, и перед ними стоит задача укрепления отечественных систем лекарственного менеджмента. Отдельные страны, отвечающие установленным критериям для получения грантовой помощи по линии ГСОП, воздерживаются от подачи соответствующих заявок. Многим странам необходимо усилить механизмы мониторинга и оценки НПТ. Большинство стран Западной Европы уже реализовали у себя основную часть слагаемых стратегии ДОТС, однако их системы отчетности неспособны отслеживать исходы лечения больных ТБ на центральном уровне, и поэтому они не относятся к категории стран, внедривших принципы ДОТС в полном объеме. Во многих восточноевропейских странах учетные и отчетные данные по ТБ используются лишь от случая к случаю для мониторинга результативности программной деятельности на региональном уровне, а анализ на центральном уровне агрегированных данных по стране проводится только раз в год и с большими задержками. Следует доработать надлежащие нормативы для создания и поддержания общенациональной электронной базы данных о больных ТБ, а также обновить данные эпиднадзора, включив туда сведения о ВИЧ-инфекции и устойчивости к ПТП.

Рис. 2. Соотношение мужчин и женщин применительно к регистрации случаев ТБ с распределением по возрастным группам; Европейский регион и две страны (Босния и Герцеговина, Беларусь), 2005 г.



Примечание. Соотношение получено путем сопоставления показателей регистрации случаев ТБ среди мужчин и женщин на 100 тыс. населения.

Источник: по материалам Доклада ВОЗ «Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование, финансирование», 2007 (8).

Высокие уровни лекарственно-устойчивого ТБ

В Европейском регионе отмечается самый низкий после Африканского региона ВОЗ показатель успешного лечения среди впервые выявленных больных ТБ. Сложившееся положение главным образом объясняется очень высокими уровнями МЛУ-ТБ. При относительно низком уровне заболеваемости в Западной и Центральной Европе расчетные показатели МЛУ-ТБ в 18 странах Восточной Европы самые высокие в мире (18) и в среднем составляют 15,8%. Ежегодно в Европейском регионе регистрируется примерно 70 тыс. случаев заболевания МЛУ-ТБ, из которых более 55 тыс. приходится на Восточную Европу (табл. 5).

Тенденции в Западной Европе во многом формируются под влиянием миграционных процессов, но в целом остаются стабильными и невысокими. Это в значительной степени относится и к странам Центральной Европы. Наблюдаемые в Восточной Европе тенденции говорят о постепенном снижении МЛУ-ТБ в тех случаях, когда борьба с ТБ ведется на должном уровне, как например в странах Балтии. Если противотуберкулезная работа проводится плохо, то такие тенденции нарастают. Более того, ШЛУ-ТБ (резистентность к изониазиду и рифампицину и любому из препаратов фторхинолонового ряда, а также как минимум к одному из инъецируемых препаратов второго ряда – амикацину, канамицину и/или капреомицину) наблюдается во многих странах Региона, но служит причиной особого беспокойства в Восточной Европе, особенно если учитывать уровни заболеваемости МЛУ-ТБ и широкое использование ПТП второго ряда этой группой стран. Предполагается, что значительная доля случаев ТБ с МЛУ относится к ШЛУ-ТБ. Отдельные наблюдения также указывают на то, что некоторые штаммы, вызывающие ШЛУ-ТБ в Регионе, фактически могут обладать экстремальной лекарственной устойчивостью (ЭЛУ-ТБ), будучи устойчивыми ко всем существующим ПТП первого и второго ряда (19). К сожалению, истинный масштаб проблемы и тенденции развития МЛУ-ТБ, ШЛУ-ТБ и коинфекции ТБ/ВИЧ в Восточной Европе остаются до конца неясными, а такая информация необходима для организации репрезентативного эпиднадзора за развитием устойчивости к ПТП и для сопоставления полученных результатов с данными эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди больных ТБ.

МЛУ-ТБ требует значительно большего объема финансовых средств и более длительного лечения и наблюдения за больными, включая их поддержку, а также отличается повышенной летальностью. Больных МЛУ-ТБ нередко лечат на индивидуальной основе в зависимости от наличия на местах необходимого запаса препаратов и их доступности по цене (зачастую с учетом платежеспособности самого пациента) в условиях высокого риска назначения неадекватных схем лечения, которые в конечном итоге приводят к резкому нарастанию лекарственной устойчивости. Часто эти препараты не проходят сертификацию качества.

Больные МЛУ-ТБ в Европейском регионе часто относятся к социально уязвимым группам населения. МЛУ-ТБ среди заключенных, особенно в странах бывшего Советского Союза, также представляют собой ощутимую проблему. Помимо этого, определенные подгруппы населения подвергаются одинаковой степени риска по МЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекции, в частности заключенные и потребители инъекционных наркотиков (ПИН), которые составляют самый большой процент ЛЖВ. Темпы роста эпидемии ВИЧ в Восточной Европе оказываются самыми высокими в мире.

Таблица 5. Расчетная заболеваемость и число случаев МЛУ-ТБ в Европейском регионе, 2004 г.

Заболеваемость (%)	Число случаев				
	< 99	100–499	500–999	1000–9999	≥ 10 000
≥15		Латвия, Литва, Эстония	Грузия, Кыргызстан	Азербайджан, Казахстан, Республика Молдова, Узбекистан	Российская Федерация
10–14			Беларусь	Таджикистан, Украина	
1–9	Австрия, Албания, Бельгия, бывшая югославская Республика Македония, Германия, Греция, Венгрия, Израиль, Ирландия, Кипр, Норвегия, Словакия, Соединенное Королевство, Чешская Республика, Швеция	Армения, Болгария, Испания, Италия, Польша, Португалия, Туркменистан, Франция		Румыния, Турция	
< 1	Андорра, Босния и Герцеговина, Дания, Исландия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Сан-Марино, Сербия, Словения, Финляндия, Хорватия, Черногория, Швейцария				

Примечание. При расчете заболеваемости и числа случаев МЛУ-ТБ (в виде средних величин при 95% доверительном интервале) учитывались как свежие, так и ранее леченные больные ТБ. Страны Восточной Европы выделены **жирным шрифтом**.

Источник: по данным Zignol et al. (18).

Разрастание эпидемии ВИЧ-инфекции

ТБ является ведущей причиной смертности среди ЛЖВ, и в последнее время в Европейском регионе, особенно в Восточной Европе, отмечается резкий подъем распространенности ВИЧ-инфекции. Согласно расчетным данным, в 2005 г. из всех зарегистрированных новых случаев ТБ 4,6% заболеваний ассоциировались с коинфекцией ВИЧ (8). В будущем ожидается значительное повышение заболеваемости и смертности от ТБ, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией.

Согласно оценкам, 50-90% недавно диагностированных случаев заражения ВИЧ в Восточной Европе связано с ПИН. Число ПИН во многих из этих стран является высоким и продолжает расти, особенно среди лиц моложе 25 лет, что происходит под влиянием все ухудшающихся социально-экономических условий, безработицы, нищеты и глобализации незаконного оборота наркотиков. Пользование общими иглами и занятие секс-работой для получения средств на приобретение наркотиков означают, что ПИН относятся к группе повышенного риска заражения ВИЧ. Ввиду того, что задача лечения лекарственно-чувствительного ТБ у этой части населения связана с особыми

трудностями, не стоит недооценивать последствия сочетанного влияния МЛУ-ТБ и ВИЧ, которые характеризуются высокой смертностью, с трудом поддаются контролю и требуют к себе повышенного внимания.

Отсутствие должной координации между программой противотуберкулезной помощи и программой борьбы с ВИЧ/СПИДом, равно как и недостаточно активное проведение совместных профилактических мероприятий, по-видимому, приведет к развитию масштабной эпидемии ТБ/ВИЧ в странах Восточной Европы. Помимо этого, неудовлетворительная работа по инфекционному контролю в тюрьмах и высокие уровни заболеваемости ТБ и МЛУ-ТБ в сочетании со стремительно распространяющейся эпидемией ВИЧ-инфекции могут оказать значительное влияние на уже сложившуюся тяжелую ситуацию с МЛУ-ТБ. К приоритетным странам в плане проведения совместных мероприятий по профилактике ТБ/ВИЧ следует отнести такие, в которых особенно ощущается взаимное наложение двух эпидемий – ВИЧ-инфекции (20) и ТБ (табл. 6).

Таблица 6. Расчетные данные по распространенности ТБ и ВИЧ-инфекции в Европейском регионе, 2005 г.

Распространенность ВИЧ-инфекции (%)	Распространенность ТБ (на 100 тыс. населения)				
	< 10	10–34	35–84	85–135	≥ 135
≥ 1,0			Эстония	Украина	Республика Молдова, Российская Федерация
0,5–0,9	Италия	Испания	Латвия		
0,1–0,4	Австрия, Германия, Дания, Исландия, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Финляндия, Швейцария, Швеция	Бельгия, Венгрия, Греция, Ирландия, Польша, Португалия, Соединенное Королевство, Франция, Чешская Республика	Армения, Беларусь, Литва	Азербайджан, Грузия, Кыргызстан	Казахстан, Таджикистан, Узбекистан
< 0,1		Бывшая югославская Республика Македония, Словакия, Словения	Болгария, Босния и Герцеговина, Сербия, Хорватия	Туркменистан	Румыния
Отсутствие расчетных данных	Израиль, Кипр, Монако, Сан-Марино	Албания, Андорра	Турция, Черногория		

Примечание. Расчет распространенности ВИЧ-инфекции проводился среди населения в возрасте 15–49 лет на основании средних уровней в "пределах вероятности", представленных Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС). Страны Восточной Европы выделены **жирным шрифтом**.
 Источник: по материалам Доклада ВОЗ «Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование, финансирование», 2007 (8) и Доклада о глобальной эпидемии СПИДа (20).

Слаборазвитая инфраструктура систем здравоохранения

Укрепление систем здравоохранения для эффективной борьбы с ТБ представляется одной из важнейших задач, стоящих перед Восточной Европой. Распад Советского Союза обусловил нестабильность экономики и оказал разрушающее воздействие на и без того недостаточно финансируемые и морально устаревшие системы здравоохранения. Слаженно функционирующие системы здравоохранения являются непреложным

условием для проведения противотуберкулезной работы (21). Надлежащая политика в области здравоохранения необходима для обеспечения финансирования, решения кадровых вопросов и адекватной организации медобслуживания. Информационные системы в области здравоохранения нужны для своевременного учета, отчетности и мониторинга эффективности работы программ. Сеть лабораторий жизненно необходима для обеспечения диагностики ТБ. Общенациональная сеть учреждений ПМСП важна для расширения доступа населения к службам ранней диагностики и последующего наблюдения за процессом лечения.

Кроме того, многие поставщики медицинских услуг в государственном и развивающемся частном секторе не взаимодействуют с программами противотуберкулезной помощи или не используют в своей работе Международные стандарты помощи при ТБ (МСПТ). Это приводит к гипердиагностике, ошибочному или запоздалому диагнозу, неудовлетворительным результатам лечения, развитию лекарственной устойчивости и нерациональному использованию ресурсов, включая собственные средства пациентов, когда они вынуждены платить наличными. Лишь в редких случаях система преддипломного и последипломного обучения связана с государственной политикой здравоохранения в области борьбы с ТБ.

ТБ в тюрьмах

В странах Восточной Европы регистрируются самые высокие в мире показатели численности тюремного населения, а противотуберкулезные службы пенитенциарных учреждений слабо интегрированы или совсем не интегрированы в соответствующие службы гражданского сектора. Риск заболевания и смерти от ТБ неизменно выше среди заключенных, чем среди населения в целом, что объясняется такими неудовлетворительными условиями содержания заключенных, как скученность, неадекватная вентиляция, недостаточное питание, неудовлетворительная гигиена и плохое медобслуживание. Более того, заключенные нередко являются представителями сообществ, подверженных повышенному риску инфицирования ТБ или ВИЧ, например ПИН.

Контингенты заключенных представляют собой серьезный очаг распространения ТБ, особенно МЛУ-ТБ; необходимо учитывать вероятность передачи туберкулезной инфекции другим заключенным, персоналу тюрем или населению в целом. Судя по отчетам, поступившим от стран в Региональное бюро в 2004 г., численность болеющих ТБ в тюрьмах составляет 10% от суммарного числа случаев заболевания ТБ в Восточной Европе, тогда как в остальной части Региона таковых насчитывается всего 2%.

Недостаточный уровень осознания проблемы ТБ

Отсутствие стратегий пропаганды и содействия, коммуникации и социальной мобилизации (ПКСМ) является причиной недооценки актуальности проблемы ТБ на уровне правительств, специалистов здравоохранения и гражданского общества. ТБ часто считают болезнью, оставшейся в прошлом, что приводит к задержке не только обращения за медицинской помощью, но и к задержке постановки диагноза. ТБ в Восточной Европе в основном распространен среди таких социально незащищенных контингентов, как бездомные, безработные, мигранты и странствующие группы населения, лица, страдающие алкогольной или наркотической зависимостью, а также нынешние и бывшие заключенные. Проблема стигматизации по-прежнему довлеет над обществом и медработниками и мешает ранней диагностике и доведению курса лечения до конца.

Низкий уровень информированности населения о действующих и предусмотренных в обязательном порядке службах фтизиатрической помощи разного профиля подчас вносит свой вклад в существование недостаточно эффективных и отзывчивых служб и обуславливает повышение социальных издержек в отношении ТБ как собственно болезни, так и его экономического бремени. Усилия сектора здравоохранения в борьбе с ТБ будут ощущаться лишь в ограниченной мере без вовлечения сообществ и декларирования их прав на получение полноценной помощи. Ограниченная

осведомленность по данной проблеме в благополучных странах с низким уровнем заболеваемости ТБ мешает процессу сбора донорских средств на проведение противотуберкулезных мероприятий в странах с высокой или промежуточной заболеваемостью.

Реальные возможности для противодействия ТБ в Европейском регионе

В ЦТР предлагается схема конкретных действий и открываются перспективы для пропаганды и международного сотрудничества в решении проблем неравенства, преодоления социально-экономических различий, включая улучшение здоровья бедных. Намеченная ЦТР 6 Задача 8 заключается в следующем: «остановить к 2015 г. распространение ТБ и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости» (6).

В докладе Комиссии по макроэкономике и здоровью, опубликованном в 2001 г. (22), приводится обоснование для стран в целях увеличения объемов финансирования здравоохранения, в том числе противотуберкулезной помощи, для борьбы с бедностью.

В ответ на вызывающую беспокойство эпидемиологическую ситуацию с ТБ в Европейском регионе Региональное бюро объявило в 2002 г. о начале реализации Плана расширения программы ДОТС для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 2002-2006 гг. (1). В Плане изложены методические рекомендации по мобилизации кадровых и финансовых ресурсов для обеспечения адекватной противотуберкулезной помощи через внедрение стратегии ДОТС во всех странах Региона. Наряду с этим в 2002 г. Европейский региональный комитет ВОЗ объявил о сложившейся общерегиональной чрезвычайной ситуации в связи с ТБ и выступил с призывом к наращиванию ответных мер (23).

В феврале 2005 г. Региональный директор Европейского бюро ВОЗ обратился с письмом ко всем государствам-членам с призывом считать ТБ наиболее приоритетной проблемой в рамках повестки дня по вопросам здоровья и развития и предложил увеличить объемы ресурсов, выделяемых на борьбу с этим заболеванием. Страны Западной и Восточной Европы обязаны осознать свою роль в этой борьбе. Проблема ТБ может быть успешно решена только тогда, когда все страны внесут свой вклад в превращение борьбы с ТБ в приоритетную проблему в сфере политики и обеспечат оказание адекватной технической и финансовой помощи.

Стратегия «Остановить ТБ» (24), опубликованная в 2006 г., строится на достижениях стратегии ДОТС и излагает суть технических подходов к организации НПТ таким образом, чтобы добиваться и сохранять достигнутые уровни выявления и излечения больных ТБ (70% и 85%, соответственно), что необходимо для снижения заболеваемости ТБ и уменьшения вдвое распространенности и смертности от ТБ к 2015 г.

Глобальный план «Остановить ТБ» на 2006-2015 гг. (2), о котором было впервые объявлено в 2006 г., следует важнейшим направлениям, предусмотренным стратегией «Остановить ТБ», и намечает ключевые мероприятия по снижению глобального бремени ТБ. Тем не менее задачи, поставленные на 2015 г., будут выполнены в Восточной Европе и Африканском регионе позднее ввиду трудностей, связанных соответственно с проблемами МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ.

Модернизация систем здравоохранения, предпринятая в недавнем прошлом многими странами Восточной Европы, нацелена на укрепление систем здравоохранения и создает дополнительные возможности для повышения эффективности борьбы с ТБ. Помимо этого, оказание помощи в укреплении систем здравоохранения является неотъемлемой частью стратегии «Остановить ТБ» (24). В рамках укрепления систем здравоохранения для нужд программ противотуберкулезной работы разрабатывается целый набор функций «что можно и что нельзя» и «что не обсуждается» (25).

Учрежденное в 2000 г. Партнерство «Остановить ТБ» включает сеть международных организаций, стран, учреждений-доноров государственного и частного секторов,

государственных учреждений и неправительственных организаций (НПО) и частных лиц с целью ликвидации ТБ как проблемы общественного здравоохранения. Партнерство «Остановить ТБ» объединяет в своих рядах более 600 партнеров, многие из которых оказывают финансовую и/или техническую поддержку в целях проведения в жизнь стратегии «Остановить ТБ» в европейских странах. Основная доля противотуберкулезных мероприятий в Восточной Европе как на региональном, так и на национальном уровне, проводится при их значительной помощи.

Европейское партнерство «Остановить ТБ» (26) функционирует с октября 2006 г. Являясь отдельным филиалом глобального альянса, эта организация представляет собой Европейское объединение, в состав которого входят многочисленные организации, в том числе страны, учреждения-доноры государственного и частного секторов, государственные учреждения и НПО. Эти партнеры работают совместно в целях проведения и активизации социальных и политических акций по уменьшению бремени ТБ и в конечном итоге по его ликвидации как проблемы общественного здравоохранения в Регионе.

Объемы ресурсов в глобальном масштабе в поддержку борьбы с ТБ в Европе увеличились. К усилиям, предпринимаемым ГСОП, Глобальным фондом и Всемирным банком, присоединился UNITAID (27) – международный механизм закупки лекарств, учрежденный в сентябре 2006 г. и финансируемый за счет добровольных сборов с авиабилетов на международные рейсы, которые реализуются постоянно растущим числом авиакомпаний.

1. Видение ситуации

Цель

План «Остановить ТБ», разработанный для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ на период 2007-2015 гг., имеет целью снизить заболеваемость и смертность от ТБ, а также содействовать решению проблемы сокращения масштабов нищеты путем:

- достижения, сохранения достигнутого уровня и превышения целевых показателей по выявлению заразных случаев и успешному их лечению по программе ДОТС в пределах 70% и 85%, соответственно;
- обеспечения универсального доступа к высококачественной медицинской помощи для всех больных ТБ, особенно для бедных и социально дезадаптированных.

Поставленная цель вытекает из содержания Глобального плана «Остановить ТБ» на 2006-2015 гг. (2) и предусматривает выполнение к 2015 г. задач Партнерства «Остановить ТБ» и ЦТР: снизить вдвое заболеваемость ТБ и положить начало тенденции к ее сокращению, а также уменьшить наполовину распространенность ТБ и смертность от этого заболевания по сравнению с уровнями 1990-х гг.¹⁰ за счет обеспечения доступности высококачественных методов диагностики и лечения для всех.

Задачи

Предусмотренные Планом задачи включают в себя:

- расширение доступности служб высококачественной диагностики и лечения в равной степени лиц с любой формой ТБ, всех возрастных групп независимо от гендерной принадлежности и социально-экономического статуса;
- уменьшение страданий и социально-экономического бремени, связанного с ТБ;
- защиту бедных и уязвимых групп населения от ТБ, в том числе от лекарственно-устойчивого ТБ и ТБ, ассоциированного с ВИЧ;
- поддержку своевременного и эффективного внедрения новых методов диагностики, лечения и профилактики ТБ.

Целевые показатели

К целевым показателям, осуществимым по оптимистическому, но вполне реальному сценарию к 2010 г. за счет внедрения стратегии «Остановить ТБ» в Восточной Европе, можно отнести следующее:

- достижение 100%-ного охвата населения стратегией ДОТС во всех странах Восточной Европы;
- повышение частоты выявления новых заразных случаев ТБ (с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты) как минимум до 73%;
- достижение показателя успешного лечения в отношении не менее 85% выявленных новых инфекционных случаев ТБ;

¹⁰ Согласно расчетным данным, сложившиеся в 1990-е гг. уровни распространенности ТБ и смертности от него в Европейском регионе ВОЗ составляли 55 случаев заболевания и 6 случаев смерти на 100 тыс. населения (84 случая заболевания и 8 случаев смерти на 100 тыс. в Восточной Европе). Поскольку распространенность и смертность от ТБ в Восточной Европе резко увеличилась в середине 1990-х гг., то уменьшение этих показателей вдвое к 2015 г. представляет собой действительно серьезную проблему.

План "Остановить ТБ" для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007-2015 гг.

- обеспечение лечения в соответствии с рекомендованными на международном уровне методиками в 100% случаев МЛУ-ТБ (новые и леченные ранее случаи);
- снижение распространенности ТБ (все формы) до 188 случаев на 100 тыс. населения;
- сокращение показателя смертности от ТБ (все формы) до 16 случаев на 100 тыс. населения.

Ожидается, что к 2008 г. новые методы диагностики ТБ будут использоваться в референс-лабораториях, а к 2010 г. эти методы станут доступными на уровне периферийных учреждений. Также предполагается, что к 2010 г. в Регионе будет обеспечено внедрение новых ПТП. Следовательно, задача двукратного снижения распространенности и смертности от ТБ в Восточной Европе (в сравнении с уровнями 1990-х гг.) реально выполнима к 2015 г.

Основные этапы

В табл. 7 представлены основные этапы настоящего Плана.

Таблица 7. Основные этапы выполнения Плана «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг.

Основные этапы (%)	Год					
	2005/ Исходный уровень ^a	2007	2008	2009	2010	2015
Охват населения услугами по ДOTS	46	63	73	91	100	100
Выявление по ДOTS новых случаев ТБ с положительными результатами бактериоскопии мазка мокроты	38	53	59	66	73	98
Успешное лечение по ДOTS новых случаев ТБ с положительными результатами бактериоскопии мазка мокроты	72 ^b	79	81	83	85	85
Доля новых культурально-положительных случаев ТБ с результатами определения лекарственной чувствительности	НД ^c	87	89	90	92	100
Доля случаев МЛУ-ТБ, пролеченных в соответствии с Руководством ВОЗ	НД	50	65	80	100	100
Процент больных ТБ, охваченных программами лечения по ДOTS и прошедших тестирование и консультирование по поводу ВИЧ	НД	43	51	68	85	85
Доля больных ТБ, ведением которых занимались учреждения первичного звена	НД	20	40	55	70	95

^a 2005 г. служит отправным годом в отношении наиболее свежих данных.

^b Отправным годом является 2004 г.

^c НД = нет данных.

2. Стратегия

Социально-экономические условия и эпидемиологическая обстановка в 18 странах Восточной Европы отличаются большим разнообразием, а их потребности носят комплексный характер. Более чем десятилетний опыт осуществления стратегии ДОТС по борьбе с ТБ в этих странах показал, что пять ее слагаемых действительно важны, но недостаточны для удержания ситуации с ТБ под контролем.

Стратегия «Остановить ТБ» (24) является результатом непрерывной эволюции и адаптации стратегии ДОТС в процессе преодоления непростых препятствий на поприще борьбы с ТБ в разных ситуациях на местах. Важнейшие стратегические направления противотуберкулезной работы в странах Восточной Европы, соответствующие шести компонентам данной стратегии, а именно:

1. проводить курс на расширение и улучшение предоставления высококачественных услуг по ДОТС: обеспечение полного охвата основными формами медобслуживания по ДОТС таким образом, чтобы к 2015 г. все структуры сектора здравоохранения в странах Восточной Европы оказывали фтизиатрическую помощь в соответствии с Международными стандартами помощи при туберкулезе (МСПТ) (28) и стратегией «Остановить ТБ»;
2. заниматься решением проблем ТБ/ВИЧ, МЛУ-ТБ и других актуальных проблем: наращивание усилий по проведению совместной работы в отношении ТБ/ВИЧ, мероприятий по борьбе с МЛУ-ТБ, успешных пилотных проектов с использованием механизмов социальной поддержки и поощрительного вознаграждения и других подходящих подходов с особым упором на защиту интересов бедных слоев населения и соблюдение принципов социальной справедливости в деятельности всех фтизиатрических служб;
3. вносить вклад в укрепление систем здравоохранения: усиление руководящих функций НПТ (включая вопросы регулирования, финансирования, мониторинга, оценки и эпиднадзора) и развитие взаимодействия с другими программами в области здравоохранения и общей лечебной сетью в целях укрепления систем здравоохранения и инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);
4. вовлекать в работу всех поставщиков медицинских услуг: работа НПТ по вовлечению всех соответствующих поставщиков услуг, включая государственный и частный сектора, научные круги и НПО, при оказании эффективной фтизиатрической помощи и выполнении требований МСПТ на практике;
5. расширять потенциальные возможности больных ТБ и местного населения: развитие или расширение масштабов общественных инициатив, формирование спроса посредством контекстуально ориентированных мероприятий в области ПКСМ, в том числе поощрение права на получение надлежащей помощи (29), и создание механизмов для конструктивного участия пациентов и сообществ в решении соответствующих вопросов борьбы с ТБ;
6. создавать условия для научных исследований и содействовать их проведению: совместная работа с научными коллективами, академическими институтами, государственными структурами и промышленностью в целях развития и стимулирования научных исследований для достижения максимального эффекта от использования существующих методов, а также для разработки новых лекарственных и диагностических средств и вакцин.

3. Меры вмешательства

Вышеупомянутая стратегия подробно изложена ниже наряду с описанием основных мер вмешательства для 18 стран Восточной Европы, распределенных на пять подгрупп для проведения практической работы, а также для Региона в целом:

- страны Восточной Европы, входящие в состав ЕС или являющиеся кандидатами для присоединения к ЕС: Болгария, Латвия, Литва, Румыния, Турция и Эстония;
- Беларусь, Республика Молдова и Украина;
- страны Южного Кавказа: Азербайджан, Армения и Грузия;
- страны Центральной Азии: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан;
- Российская Федерация;
- Европейский регион.

Мероприятия, указанные в отдельных подпунктах, подлежат осуществлению главным образом странами, но при содействии партнеров, включая ВОЗ. В имеющемся Дополнении речь идет об 11 других странах Региона, не являющихся государствами-членами ЕС или ЕЭП/ЕАСТ. В Приложении 1 дано описание показателей, используемых в таблицах по тексту данной главы.

Страны Восточной Европы, входящие в состав ЕС или являющиеся кандидатами для присоединения к ЕС

Следующие пять стран Восточной Европы присоединились к ЕС: Латвия, Литва и Эстония – в мае 2004 г., а Болгария и Румыния – в январе 2007 г. В октябре 2005 г. Турция приступила к переговорному процессу с ЕС о своем вступлении. Как следствие вступления в ЕС эти страны либо уже ощутили большие изменения в их социально-экономической структуре, в том числе в отечественных системах здравоохранения, либо смогут это почувствовать в ближайшем будущем. Предполагается, что названные страны смогут уменьшить свое тяжелое бремя ТБ в более сжатые сроки, чем остальные восточноевропейские страны, хотя всем им предстоит эффективно работать над проведением в жизнь стратегии «Остановить ТБ».

Мероприятия в области расширения и улучшения предоставления высококачественных услуг по ДOTS

Болгария, Латвия, Литва, Румыния и Эстония уже добились общенационального охвата населения стратегией ДOTS. В Турции этот уровень составлял всего 3% в 2006 г., но уже в 2007 г. стратегия ДOTS была внедрена в стране повсеместно. После такого стремительного расширения стратегии первоочередной задачей является обеспечение качества ее проведения в жизнь, особенно если учитывать, что эта страна занимает 5-е место в Регионе по абсолютному числу новых случаев заболевания ТБ в год.

Качество внедрения ДOTS варьируется от страны к стране. И оно нуждается в дальнейшем улучшении с учетом характеристик национальных систем здравоохранения, тем более что все они проходят этап реформирования, и их развитие ориентировано на организацию медобслуживания с использованием программ медицинского страхования и семейной медицины. В табл. 8 представлен обзор политики стран по борьбе с ТБ.

Таблица 8. Обзор политики по борьбе с ТБ в странах Восточной Европы, входящих в состав ЕС или являющихся кандидатами для присоединения к ЕС, 2006 г.

Страна	Охват населения стратегией ДOTS (%)	Национальное руководство по ТБ	Внешний контроль качества микроскопии мазка мокроты	Стандартные схемы лечения	ЛНН	Регулярное обеспечение лекарственными препаратами	Мониторинг исходов лечения
Болгария	100	–	–	++	++	++	++
Латвия	100	++	++	++	++	++	++
Литва	100	++	++	++	++	++	++
Румыния	100	++	++	++	++	++	++
Турция	3	++	–	++	++	++	++
Эстония	100	++	++	++	++	++	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Разработка всеми странами среднесрочных национальных планов мероприятий по борьбе с ТБ, включая бюджет.
- Использование выделенных по гранту Глобального фонда средств в Болгарии и Румынии для укрепления организации фтизиатрических служб и достижения устойчивости их функционирования в рамках национальных систем здравоохранения.
- Создание и дальнейшее укрепление в Болгарии и Турции национальной сети лабораторий, занимающихся прямой микроскопией, бактериологическими исследованиями (использование культуральных методов диагностики ТБ) и определением лекарственной чувствительности. Обеспечение внешнего контроля качества через сотрудничество с одной из наднациональных референс-лабораторий по диагностике ТБ.
- Обеспечение наблюдения за процессом лечения ТБ и оказание поддержки пациентам посредством должного взаимодействия между учреждениями первичного звена и другими уровнями медико-санитарной помощи.
- Решение вопросов качества с участием отечественных производителей ПТП первого и второго ряда путем внедрения рекомендуемых ВОЗ правил надлежащей производственной практики.
- Укрепление систем учета и отчетности по ТБ в рамках национальной системы эпиднадзора и использование данных по ТБ на национальном и субнациональном уровнях для ежеквартального мониторинга работы служб НПТ.
- Проверка качества работы национальной системы эпиднадзора за ТБ и пересмотр на этой основе ориентировочных данных ВОЗ по ТБ (заболеваемость, распространенность и смертность).
- Постановка во главу угла вопросов профилактики и ведения ТБ у детей в рамках повседневной деятельности НПТ во всех странах.

Мероприятия, связанные с решением проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

Регистрируемый в Восточной Европе низкий показатель успешного лечения главным образом связан с неэффективностью лечения МЛУ-ТБ. Меры по профилактике МЛУ-ТБ должны быть интегрированы в повседневную политику и практику работы НПТ. Важнейшими предпосылками для этого являются: хорошо оснащенная лаборатория, способная обеспечить проведение высококачественных бактериологических (культуральных) исследований и определение лекарственной чувствительности, равно

как и бесперебойное снабжение ПТП второго ряда. Неудовлетворительно пролеченный МЛУ-ТБ ведет к развитию таких лекарственно-устойчивых форм, как ШЛУ-ТБ и ЭЛУ-ТБ, о которых уже поступали сообщения из стран Балтии.

Начиная с конца 1990-х гг., в Восточной Европе наблюдалось стремительное распространение ВИЧ-инфекции, особенно среди ПИН, представляющих основную долю ЛЖВ. В странах Балтии случаи ШЛУ-ТБ особенно часто отмечаются у ВИЧ-инфицированных лиц.

Значительная доля больных ТБ приходится на уязвимые и социально дезадаптированные группы, куда входит тюремное население и бывшие заключенные, а также цыгане, в частности в Болгарии и Румынии. В табл. 9 дается обзор связанных с ТБ актуальных проблем, стоящих перед этими странами.

Таблица 9. Обзор ситуации с МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и другими актуальными проблемами в странах Восточной Европы, входящих в состав ЕС или являющихся кандидатами для присоединения к ЕС, 2006 г.

Страна	МЛУ-ТБ		ТБ/ВИЧ		Другие актуальные проблемы	
	Политика соответствует позиции ВОЗ	Мероприятия НПТ	Политика консультирования и тестирования на ВИЧ	Охват ВААРТ ^a	Тюрьмы	Другие основные группы риска по ТБ
Болгария	+	-	-	++	+	Цыгане
Латвия	++	++	++	++	++	ПИН
Литва	++	+	+	++	++	
Румыния	++	++	++	++	++	Цыгане
Турция	-	+	+	+	+	
Эстония	++	++	++	+	++	ПИН

^a ВААРТ = высокоактивная антиретровирусная терапия.

Примечание: ++ = да/все/> 75% охвата ВААРТ; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Укрепление потенциала для проведения бактериологической (культуральной) диагностики ТБ и определения лекарственной чувствительности, особенно в Болгарии и Турции.
- Внедрение в Болгарии и Турции методических рекомендаций ВОЗ по ведению больных ТБ с лекарственной устойчивостью (10).
- Активизация мероприятий по борьбе с МЛУ-ТБ в Болгарии, Литве, Румынии и Турции.
- Обеспечение адекватного снабжения и использования высококачественных препаратов второго ряда с учетом рекомендаций КЗС.
- Укрепление сотрудничества между программой противотуберкулезной помощи и программой борьбы с ВИЧ/СПИДом во всех странах.
- Стимулирование эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди больных ТБ в Болгарии.
- Содействие проведению адресных мероприятий среди групп высокого риска, включая заключенных и ПИН во всех странах. Решение вопросов борьбы с ТБ среди цыганского населения Болгарии и Румынии.
- Установление контактов между медицинскими службами тюрем (и другими соответствующими службами, которые не входят в систему министерства здравоохранения) и НПТ.
- Стимулирование социальной поддержки больных ТБ.

Мероприятия, способствующие укреплению систем здравоохранения

Стоящая перед всеми названными странами задача заключается в активном участии в работе по совершенствованию общесистемной политики, кадровых ресурсов систем здравоохранения, финансирования, менеджмента, организации медобслуживания и информационных систем. В связи с расширением ЕС перед НПТ открываются дополнительные возможности и одновременно ставится непростая задача сотрудничества в плане усиления систем здравоохранения, а также апробации и документирования новаторских подходов и передового опыта в целях совершенствования противотуберкулезной работы в рамках общей лечебной сети. Страны, тем не менее, находятся на разных этапах сотрудничества и интеграции применительно к выполнению задач не только повышения качества фтизиатрической помощи, но и укрепления систем здравоохранения (табл. 10).

Таблица 10. Обзор ситуации с укреплением систем здравоохранения в странах Восточной Европы, входящих в состав ЕС или являющихся кандидатами для присоединения к ЕС, 2006 г.

Страна	НПТ и план развития кадровых ресурсов	Врачи и медсестры с базовым уровнем подготовки по фтизиатрии	Персонал фтизиатрических служб с пересмотренными должностными обязанностями	План действий НПТ и меры по укреплению систем здравоохранения	Реализация ПОЗЛ ^а
Болгария	+	+	++	++	+
Латвия	++	++	++	++	++
Литва	++	++	++	++	++
Румыния	++	++	++	+	++
Турция	+	++	+	-	-
Эстония	+	++	++	+	++

^а ПОЗЛ = Практический подход к охране здоровья легких.

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Обеспечение разработки надлежащего плана развития кадровых ресурсов в поддержку оказания эффективной и результативной фтизиатрической помощи высокого качества, в частности в Болгарии и Эстонии.
- Стимулирование и поддержка процессов интеграции фтизиатрических служб на уровне ПМСП через формирование соответствующих учебных планов базовой подготовки врачей и медсестер, пересмотр функциональных обязанностей с учетом современных требований и осуществление практического подхода к охране здоровья легких (ПОЗЛ), в особенности в Болгарии и Турции.
- Сотрудничество в укреплении системы здравоохранения с использованием средств, выделенных для Болгарии и Румынии по грантам Глобального фонда.
- Создание гарантий того, что при реорганизации служб в условиях реформы сектора здравоохранения удастся сохранить и укрепить важнейшие службы борьбы с ТБ.

Мероприятия по вовлечению в работу всех поставщиков медицинских услуг

В табл. 11 представлен обзор мероприятий по вовлечению поставщиков медицинских услуг всех категорий. Речь идет о поставщиках услуг как в государственном (государственные больницы, учреждения медицинского страхования, военные госпитали, больницы при медицинских вузах, тюрьмы), так и в частном (частнопрактикующие врачи, НПО, частные клиники, корпоративные службы) секторе.

Таблица 11. Обзор мероприятий по вовлечению поставщиков медицинских услуг всех категорий в странах Восточной Европы, входящих в состав ЕС или являющихся кандидатами для присоединения к ЕС, 2006 г.

Страна	Руководство для частнопрактикующих врачей	Сотрудничество со всеми ЛПУ государственного сектора	Сотрудничество со всеми поставщиками услуг частного сектора	Содействие внедрению МСПТ
Болгария	–	+	–	++
Латвия	++	++	+	++
Литва	++	+	+	++
Румыния	–	+	++	++
Турция	–	++	++	++
Эстония	++	++	++	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Активизация текущего сотрудничества между НПТ и всеми поставщиками медицинских услуг государственного и частного секторов во всех странах.
- Анализ потенциальных возможностей для вовлечения дополнительных структур государственного/частного секторов.
- Создание условий для соблюдения МСПТ всеми поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторе страны (28).

Мероприятия по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

Люди с диагнозом ТБ и местное население, гражданское общество в целом являются ключевыми партнерами в создании условий для соблюдения предписанного режима лечения и своевременного выявления случаев. Мероприятия в области ПКСМ могут способствовать оказанию устойчивой политической, социальной и поведенческой поддержки в борьбе с ТБ и прогрессу в достижении ЦТР. Содействие проведению в жизнь Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ (29) имеет важнейшее значение. Методы и средства ПКСМ зависят от специфики условий на местах, в том числе от конкретных потребностей, финансовых и технических возможностей и культурно-социальной среды. В табл. 12 дается обзор проводимых странами мероприятий по расширению потенциальных возможностей людей.

Таблица 12. Обзор мероприятий по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения в странах Восточной Европы, входящих в состав ЕС или являющихся кандидатами для присоединения к ЕС, 2006 г.

Страна	НПТ и формализованный план мероприятий в области ПКСМ	НПТ отслеживает воздействие ПКСМ через опросы населения	Фтизиатрическая помощь по месту жительства/на уровне общины	Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ
Болгария	–	–	–	–
Латвия	–	–	–	++
Литва	–	–	–	–
Румыния	–	–	+	++
Турция	–	–	++	–
Эстония	–	–	–	–

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Составление в письменном виде национальных планов, выделение адекватных финансовых и кадровых ресурсов и осуществление доказательных, ориентированных на нужды страны мероприятий в области ПКСМ.
- Оценка влияния мероприятий в области ПКСМ путем проведения демографических обследований.
- Изучение и использование потенциальных возможностей для оказания фтизиатрической помощи по месту жительства/на уровне общины.
- Распространение и популяризация в масштабе страны Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ и поддержка групп и организаций пациентов в проведении мониторинга выполнения медработниками установленных требований.

Мероприятия по содействию проведению и стимулированию научных исследований

Латвия, Румыния и Эстония проводят операционные исследования в порядке методического обеспечения НПТ; Болгария, Литва и Турция этого не делают.

- Разработка и реализация плана проведения операционных исследований наряду с документированием профилактических мероприятий и выработкой предложений по планированию дальнейшей работы.

Беларусь, Республика Молдова, Украина

Беларусь, Республика Молдова и Украина являются соседними странами на восточной границе ЕС. У них схожая ситуация с эпидемиологией ТБ, но разные достижения в борьбе с ТБ.

Мероприятия в области расширения и улучшения предоставления высококачественных услуг по ДОТС

Если Беларусь и Республика Молдова уже добились общенационального охвата стратегией ДОТС, то в Украине по состоянию на 2006 г. этот уровень составляет только 40% (табл. 13), но, согласно приказу Министерства, в 2007 г. планируется его повышение до 100%. Республика Молдова обеспечила внедрение стратегии ДОТС в полном объеме. Перед Беларусью, равно как и перед Украиной, стоит задача улучшения качества проведения в жизнь названной стратегии, особенно в отношении микроскопии мазка мокроты. Осуществление высококачественных услуг в рамках стратегии ДОТС в Украине является региональным приоритетом с учетом угроз, связанных с проблемой МЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекции в этой стране. В дальнейшем и Беларусь, и Украина должны взять на себя четкие и последовательные долгосрочные обязательства на политическом уровне.

Таблица 13. Обзор политики по борьбе с ТБ в Беларуси, Республике Молдова и Украине, 2006 г.

Страна	Охват населения стратегией ДОТС (%)	Национальное руководство по ТБ	Внешний контроль качества микроскопии мазка мокроты	Стандартные схемы лечения	ЛНН	Регулярное обеспечение лекарственными препаратами	Мониторинг исходов лечения
Беларусь	100	+	–	++	+	++	+
Республика Молдова	100	++	++	++	++	++	++
Украина	40	++	+	+	+	+	+

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Взятие четких и конкретных долгосрочных обязательств по борьбе с ТБ в Беларуси и Украине через реализацию стратегии «Остановить ТБ» в полном объеме.

- Создание НПТ в Украине, в том числе головного подразделения по управлению этой работой в структуре Минздрава с четко прописанным мандатом и сферой ответственности.
- Разработка/реализация в каждой стране национального плана мероприятий, в основе которого лежит стратегия «Остановить ТБ», для более активного повсеместного внедрения стратегии ДОТС к 2010 г. Разработка среднесрочных национальных планов мероприятий по борьбе с ТБ, включая бюджет.
- Рассмотрение Украиной вопроса об изыскании дополнительных финансовых средств по линии Глобального фонда.
- Использование выделяемых по грантам Глобального фонда средств в Беларуси и Республике Молдова для укрепления организации противотуберкулезной помощи и достижения устойчивости функционирования фтизиатрических служб в рамках национальной системы здравоохранения.
- Подготовка на основании международных стандартов пересмотренного варианта национальных методических рекомендаций и руководств по борьбе с ТБ.
- Создание в Беларуси и Украине национальной сети лабораторий, занимающихся прямой микроскопией, и организация в Украине национальной референс-лаборатории по диагностике ТБ для нужд НПТ.
- Обеспечение наблюдения за процессом лечения ТБ и оказание поддержки пациентам посредством должного взаимодействия между учреждениями первичного звена и другими уровнями медико-санитарной помощи. Выполнение задачи соблюдения больными ТБ предписанного режима лечения наряду с использованием механизмов социальной поддержки и поощрительного вознаграждения пациентов из уязвимых групп населения.
- Решение вопросов качества с участием отечественных производителей ПТП первого и второго ряда путем внедрения рекомендуемых ВОЗ правил надлежащей производственной практики.
- Укрепление систем учета и отчетности по ТБ в рамках национальной системы эпиднадзора с обязательным охватом всех больных ТБ. Использование данных по ТБ на национальном и субнациональном уровнях для ежеквартального мониторинга работы служб НПТ.
- Проверка качества работы национальной системы эпиднадзора за ТБ и пересмотр на этой основе расчетных данных ВОЗ по ТБ (заболеваемость, распространенность и смертность).
- Постановка во главу угла вопросов профилактики и ведения ТБ у детей в рамках повседневной деятельности НПТ.

Мероприятия, связанные с решением проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

Низкий показатель успешного лечения, регистрируемый во всех трех странах, имеет прямое отношение к высоким показателям прерывания лечения и неэффективного лечения вследствие очень высокого уровня распространения МЛУ-ТБ. Меры по профилактике МЛУ-ТБ, включая использование бактериологических (культуральных) методов диагностики и определение лекарственной чувствительности, а также лечение ПТП второго ряда, стали обычным явлением в повседневной клинической практике. Однако рекомендуемые на международном уровне стандарты в Беларуси и Украине соблюдаются неудовлетворительно, что сопряжено с высоким риском распространения устойчивости к лекарственным препаратам (табл. 14). Республика Молдова и Украина находятся на генерализованной стадии развития эпидемии ВИЧ-инфекции в условиях осложняющейся эпидемиологической ситуации по ТБ/ВИЧ и МЛУ-ТБ. Более того, эти три страны имеют один из самых высоких показателей по количеству заключенных, чем объясняется большая

численность нынешних или бывших заключенных, "подпитывающих" эпидемии ТБ и ВИЧ-инфекции.

Таблица 14. Обзор ситуации с МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и другими актуальными проблемами в Беларуси, Республике Молдова и Украине, 2006 г.

Страна	МЛУ-ТБ		ТБ/ВИЧ		Другие актуальные проблемы	
	Политика соответствует позиции ВОЗ	Мероприятия НПТ	Политика консультирования и тестирования на ВИЧ	Охват ВААРТ	Тюрьмы	Другие основные группы риска по ТБ
Беларусь	-	-	++	++	+	ПИН
Республика Молдова	++	++	++	++	++	ПИН
Украина	+	+	+	+	+	ПИН

Примечание: ++ = да/все/> 75% охвата ВААРТ; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Обеспечение качества бактериологических (культуральных) методов диагностики ТБ и определения лекарственной чувствительности в Беларуси и Украине через сотрудничество с одной из наднациональных референс-лабораторий по диагностике ТБ.
- Внедрение в Беларуси и Украине методических рекомендаций ВОЗ по ведению больных ТБ с лекарственной устойчивостью (10).
- Обеспечение адекватного снабжения и использования высококачественных препаратов второго ряда с учетом рекомендаций КЗС.
- Введение и ужесточение запрета на реализацию ПТП через аптечную сеть.
- Укрепление сотрудничества между программой противотуберкулезной помощи и программой борьбы с ВИЧ/СПИДом, особенно в Украине.
- Поощрение адресных мероприятий среди групп высокого риска, включая заключенных и ПИН.
- Установление контактов между медицинскими службами тюрем (и другими соответствующими службами, которые не входят в систему министерства здравоохранения) и НПТ.
- Стимулирование социальной поддержки больных ТБ.

Мероприятия, способствующие укреплению систем здравоохранения

Из рассматриваемых трех стран Республика Молдова добилась наибольших успехов в области сотрудничества и интеграции фтизиатрических служб в общую лечебную сеть (табл. 15). В Беларуси и Украине обеспечивается реализация специализированных программ с использованием преданных своему делу фтизиатрических кадров и соответствующих инфраструктур; ожидается преобразование последних по мере модернизации систем здравоохранения, которая, видимо, будет проведена.

- Обеспечение разработки надлежащего плана развития кадровых ресурсов в поддержку оказания эффективной и результативной фтизиатрической помощи высокого качества, в частности в Беларуси и Украине.
- Стимулирование и поддержка процессов интеграции фтизиатрических и других служб на уровне ПМСП через формирование соответствующих учебных планов базовой подготовки врачей и медсестер, пересмотр функциональных обязанностей с учетом современных требований и осуществление ПОЗЛ.
- Сотрудничество в укреплении системы здравоохранения с использованием средств по грантам Глобального фонда.

Таблица 15. Обзор ситуации с укреплением систем здравоохранения в Беларуси, Республике Молдова и Украине, 2006 г.

Страна	НПТ и план развития кадровых ресурсов	Врачи и медсестры с базовым уровнем подготовки по фтизиатрии	Персонал фтизиатрических служб с пересмотренными должностными обязанностями	План действий НПТ и меры по укреплению систем здравоохранения	Реализация ПОЗЛ
Беларусь	+	+	+	+	+
Республика Молдова	++	++	++	++	+
Украина	-	++	+	+	-

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

Мероприятия по вовлечению в работу всех поставщиков медицинских услуг

В Беларуси, Республике Молдова и Украине национальные институты ТБ являются важными государственными учреждениями и обладают определенной независимостью от министерств здравоохранения. Вплоть до настоящего времени национальные стандарты не полностью приравнены к МСПТ (28), а осуществляемые с позиции общественного здоровья подходы к противотуберкулезной работе зачастую не всегда соблюдаются.

Объем медицинских услуг, оказываемых частным сектором, растет; такие услуги подлежат тщательному мониторингу, и на них можно рассчитывать в рамках потенциального партнерства. В табл. 16 речь идет о поставщиках медицинских услуг как в государственном (государственные больницы, учреждения медицинского страхования, военные госпитали, больницы при медицинских вузах, тюрьмы), так и в частном (частнопрактикующие врачи, НПО, частные клиники, корпоративные службы) секторе.

Таблица 16. Обзор мероприятий по вовлечению поставщиков медицинских услуг всех категорий в Беларуси, Республике Молдова и Украине, 2006 г.

Страна	Руководство для частнопрактикующих врачей	Сотрудничество со всеми ЛПУ государственного сектора	Сотрудничество со всеми поставщиками услуг частного сектора	Содействие внедрению МСПТ
Беларусь	-	++	-	+
Республика Молдова	++	++	++	++
Украина	-	++	-	+

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Активизация текущего сотрудничества между НПТ и всеми поставщиками медицинских услуг государственного и частного секторов.
- Анализ потенциальных возможностей для вовлечения дополнительных структур государственного/частного секторов.
- Создание условий для соблюдения требований МСПТ всеми поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторе страны.

Мероприятия по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

Мероприятия в области ПКСМ, оказание противотуберкулезной помощи по месту проживания / на уровне общины и расширение потенциальных возможностей людей с

диагнозом ТБ и местного населения являются очень важными компонентами стратегии «Остановить ТБ». В качестве недавно разработанных важнейших направлений профилактической работы они находятся лишь на начальном этапе своей реализации в Беларуси, Республике Молдова и Украине (табл. 17). В Республике Молдова и в одной из областей Украины ранее проводились кампании по социальной мобилизации, при планировании которых учитывались результаты обследования знаний, психологических установок и навыков, и влияние которых анализировалось с учетом итогов второго обследования. Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ (29) является совершенно новым документом для всех трех стран и переносит акцент с уровня «служба-поставщик услуг» на уровень «служба-пользователь услуг».

Таблица 17. Обзор мероприятий по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения в Беларуси, Республике Молдова и Украине, 2006 г.

Страна	НПТ и формализованный план мероприятий в области ПКСМ	НПТ отслеживает воздействие ПКСМ через опросы населения	Фтизиатрическая помощь по месту жительства / на уровне общины	Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ
Беларусь	–	–	+	–
Республика Молдова	–	++	+	–
Украина	–	+	–	–

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Составление в письменном виде национальных планов, выделение адекватных финансовых и кадровых ресурсов и осуществление доказательных, ориентированных на нужды страны мероприятий в области ПКСМ.
- Оценка влияния мероприятий в области ПКСМ путем проведения демографических обследований, в частности в Беларуси и Украине.
- Изучение и использование потенциальных возможностей для оказания фтизиатрической помощи по месту жительства.
- Распространение и популяризация в масштабе страны Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ и поддержка групп и организаций пациентов в проведении мониторинга выполнения медработниками установленных требований.

Мероприятия по содействию проведению и стимулированию научных исследований

Учитывая уровни МЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекции, задача борьбы с ТБ представляется весьма непростой во всех трех странах. В Восточной Европе в целом и в рассматриваемых в данном случае странах к конкретным актуальным операционным исследованиям можно, к примеру, отнести такие, как реализация экономически эффективных мер в повседневной работе по противодействию МЛУ-ТБ, профилактическое лечение ТБ у ЛЖВ в странах с высокой устойчивостью возбудителя к изониазиду, выявление случаев ТБ и их лечение наряду с вмешательствами по снижению вреда в отношении ВИЧ-инфекции. Республика Молдова и Украина проводят отдельные операционные исследования в порядке методического обеспечения НПТ, однако Беларусь этого не делает.

- Разработка и реализация плана проведения операционных исследований наряду с документированием профилактических мероприятий и выработкой предложений по планированию дальнейшей работы.

Страны Южного Кавказа

Территориально Азербайджан, Армения и Грузия занимают угловое положение между ЕС, Российской Федерацией и Центральной Азией. Различия между этими странами прослеживаются в социально-экономических структурах и системах здравоохранения.

Остается неясным, когда и каким образом нынешняя политическая напряженность может разрешиться.

Мероприятия в области расширения и улучшения предоставления высококачественных услуг по ДOTS

Несмотря на то, что во всех трех странах обеспечен 100%-ный охват стратегией ДOTS, качество внедрения принципов ДOTS требует улучшения, особенно в отношении доступности высококачественных услуг по микроскопии мазка мокроты и ЛНН (табл. 18). Фтизиатрические службы все еще предстоит интегрировать на уровне ПМСП в общегосударственном масштабе. В действующем законодательстве должны быть предусмотрены механизмы социальной поддержки и поощрительного вознаграждения в целях улучшения последующего наблюдения за ходом лечением. Ключевым фактором во всех трех странах является наличие в структуре министерства здравоохранения головного подразделения по ТБ, работа которого характеризуется должной координацией, высокой эффективностью и внимательным отношением к делу.

Таблица 18. Обзор политики по борьбе с ТБ в странах Южного Кавказа, 2006 г.

Страна	Охват населения стратегией ДOTS (%)	Национальное руководство по ТБ	Внешний контроль качества микроскопии мазка мокроты	Стандартные схемы лечения	ЛНН	Регулярное обеспечение лекарственными препаратами	Мониторинг исходов лечения
Азербайджан	100	++	+	++	+	++	++
Армения	100	-	+	++	+	++	++
Грузия	100	++	++	++	+	++	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Одобрение среднесрочных национальных планов мероприятий по борьбе с ТБ, включая бюджет, в поддержку эффективной реализации стратегии «Остановить ТБ».
- Обеспечение эффективной координации, внутри- и межсекторального сотрудничества силами головного подразделения по ТБ.
- Использование выделенных по гранту Глобального фонда средств для укрепления организации противотуберкулезной помощи и достижения устойчивости функционирования усовершенствованных фтизиатрических служб в рамках национальных систем здравоохранения.
- Подготовка на основании международных стандартов пересмотренного варианта национальных методических рекомендаций и руководства по борьбе с ТБ, в частности в Армении.
- Создание национальной сети лабораторий, обеспечивающих высокое качество прямой микроскопии, бактериологических (культуральных) методов диагностики ТБ и определения лекарственной чувствительности, особенно в Азербайджане и Армении.
- Претворение в жизнь идеи внешнего контроля качества посредством взаимодействия с одной из наднациональных референс-лабораторий по диагностике ТБ, а также в рамках сотрудничества со странами субрегиона.
- Обеспечение наблюдения за процессом лечения ТБ и оказание поддержки пациентам посредством должного взаимодействия между учреждениями первичного звена и другими уровнями медико-санитарной помощи. Выполнение задачи соблюдения больными ТБ предписанного режима лечения наряду с использованием механизмов социальной поддержки и поощрительного вознаграждения пациентов из уязвимых групп населения.

- Укрепление систем учета и отчетности по ТБ в рамках национальной системы эпиднадзора и использование данных по ТБ на национальном и субнациональном уровнях для ежеквартального мониторинга работы служб НПТ.
- Проверка качества работы национальной системы эпиднадзора за ТБ и пересмотр на этой основе расчетных данных ВОЗ по ТБ (заболеваемость, распространенность и смертность).
- Постановка во главу угла вопросов профилактики и ведения ТБ у детей в рамках повседневной деятельности НПТ во всех странах.

Мероприятия, связанные с решением проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

Низкие показатели успешного лечения, регистрируемые в Азербайджане, Армении и Грузии, имеют прямое отношение к чрезвычайно высокому показателю прерывания лечения и очень высокому уровню неэффективного лечения МЛУ-ТБ. Предпринимаемые в настоящее время меры по борьбе с МЛУ-ТБ не выходят за рамки пенитенциарной системы и небольших пилотных проектов в гражданском секторе, однако уже планируется активизация таких мер за счет использования средств по гранту Глобального фонда. Информация о случаях ШЛУ-ТБ уже поступала от всех трех стран.

ВИЧ-инфекция распространялась высокими темпами на территории Южного Кавказа, особенно среди ПИН. Профилактические мероприятия по снижению вреда, связанного с ВИЧ-инфекцией, могут найти эффективное применение на раннем этапе ведения больных фтизиатрическими службами.

Значительная доля больных ТБ принадлежит к уязвимым и социально дезадаптированным группам населения, таким как нынешние и бывшие заключенные, рабочие-мигранты и лица, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью (табл. 19). Грузия занимается реформированием медицинских служб пенитенциарных учреждений и в будущем планирует переподчинить эти службы Министерству труда, здравоохранения и социальной защиты.

Таблица 19. Обзор ситуации с МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и другими актуальными проблемами в странах Южного Кавказа, 2006 г.

Страна	МЛУ-ТБ		ТБ/ВИЧ		Другие актуальные проблемы	
	Политика соответствует позиции ВОЗ	Мероприятия НПТ	Политика консультирования и тестирования на ВИЧ	Охват ВААРТ	Тюрьмы	Другие основные группы риска по ТБ
Азербайджан	-	-	+	+	++	
Армения	+	+	+	++	++	
Грузия	++	+	+	++	++	Отделяющиеся территории

Примечание: ++ = да/все/> 75% охвата ВААРТ; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Укрепление потенциала для проведения бактериологической (культуральной) диагностики ТБ и определения лекарственной чувствительности, особенно в Азербайджане и Армении.
- Активизация текущей работы по борьбе с МЛУ-ТБ в общегосударственном масштабе во всех странах.
- Обеспечение адекватного снабжения и использования высококачественных препаратов второго ряда с учетом рекомендаций КЗС.
- Укрепление сотрудничества между программой противотуберкулезной помощи и программой борьбы с ВИЧ/СПИДом во всех странах.

- Стимулирование эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди больных ТБ во всех странах и связь полученных данных с результатами рутинного надзора за развитием лекарственной устойчивости.
- Обеспечение и повышение качества фтизиатрической помощи в тюрьмах в период и после передачи медицинских служб в ведение Министерству труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии.
- Увеличение социальной поддержки больных ТБ.

Мероприятия, способствующие укреплению систем здравоохранения

Во всех трех странах идет процесс реформирования системы здравоохранения, в частности за счет совершенствования служб ПМСП на основе подходов с позиции семейной медицины. Это уникальная возможность для НПТ, чтобы решить вопросы децентрализации системы выявления больных ТБ и последующего наблюдения за их лечением, в том числе добиться снижения частоты прерывания лечения и, следовательно, вероятности развития лекарственной устойчивости. В то же время широкое распространение МЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекции требует консолидации усилий специализированных служб по борьбе с ТБ. Решение таких вопросов, как пересмотр политики здравоохранения, планирование кадровых ресурсов, финансирование служб, управленческие аспекты, организация обслуживания и информационная система, необходимо для сохранения и повышения качества противотуберкулезной помощи (табл. 20).

Таблица 20. Обзор ситуации с укреплением систем здравоохранения в странах Южного Кавказа, 2006 г.

Страна	НПТ и план развития кадровых ресурсов	Врачи и медсестры с базовым уровнем подготовки по фтизиатрии	Персонал фтизиатрических служб с пересмотренными должностными обязанностями	План действий НПТ и меры по укреплению систем здравоохранения	Реализация ПОЗЛ
Азербайджан	+	++	+	+	+
Армения	-	++	-	+	-
Грузия	++	++	++	++	-

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Обеспечение разработки надлежащего плана развития кадровых ресурсов в поддержку эффективного и результативного подхода к повышению качества фтизиатрической помощи.
- Последовательное проведение в жизнь идеи интеграции фтизиатрических и других служб на уровне ПМСП через формирование соответствующих учебных планов базовой подготовки врачей и медсестер, пересмотр функциональных обязанностей с учетом современных требований и осуществление ПОЗЛ.
- Сотрудничество в укреплении систем здравоохранения с использованием выделенных по гранту Глобального фонда средств.

Мероприятия по вовлечению в работу всех поставщиков медицинских услуг

Во всех трех странах повышается роль частного сектора в области медобслуживания. Кроме того, действует система корпоративных служб, деятельность которых обеспечивается компаниями в таких высокорентабельных сферах бизнеса, как эксплуатация нефтяных месторождений и строительная индустрия. Соотношение между частными и государственными фтизиатрическими службами все еще остается неясным. Академические институты не проявляют последовательности в продвижении МСПТ (28).

В табл. 21 представлен обзор поставщиков медицинских услуг как в государственном (государственные больницы, учреждения медицинского страхования, военные госпитали, больницы при медицинских вузах, тюрьмы), так и в частном (частнопрактикующие врачи, НПО, частные клиники, корпоративные службы) секторе.

Таблица 21. Обзор мероприятий по вовлечению поставщиков медицинских услуг всех категорий в странах Южного Кавказа, 2006 г.

Страна	Руководство для частнопрактикующих врачей	Сотрудничество со всеми ЛПУ государственного сектора	Сотрудничество со всеми поставщиками услуг частного сектора	Содействие внедрению МСПТ
Азербайджан	–	+	–	+
Армения	–	+	–	+
Грузия	++	+	–	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Активизация текущего сотрудничества между НПТ и всеми поставщиками медицинских услуг государственного и частного секторов во всех странах.
- Анализ потенциальных возможностей для вовлечения дополнительных структур государственного/частного сектора.
- Создание условий для соблюдения требований МСПТ всеми поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторе страны.

Мероприятия по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

Люди с диагнозом ТБ и местное население, гражданское общество в целом все еще недостаточно активно участвуют в планировании, организации, мониторинге и оценке работы служб НПТ (табл. 22). Однако активное участие представителей пострадавших общин и активистов гражданского общества в деятельности национальных координационных комитетов, которые первоначально учреждались в связи с обслуживанием грантов в рамках Глобального фонда, постоянно набирает темпы и создает предпосылки для более широкого вовлечения населения. Кроме того, к мероприятиям по повышению уровня осознания насущных проблем подключаются различные слои населения.

Таблица 22. Обзор мероприятий по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения в странах Южного Кавказа, 2006 г.

Страна	НПТ и формализованный план мероприятий в области ПКСМ	НПТ отслеживает воздействие ПКСМ через опросы населения	Фтизиатрическая помощь по месту жительства / на уровне общины	Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ
Азербайджан	–	+	–	–
Армения	–	–	–	–
Грузия	+	+	–	–

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Составление в письменном виде национальных планов, выделение адекватных финансовых и кадровых ресурсов и осуществление доказательных, ориентированных на нужды страны мероприятий в области ПКСМ.
- Оценка влияния мероприятий в области ПКСМ путем проведения демографических обследований.

- Изучение и использование потенциальных возможностей для оказания фтизиатрической помощи по месту жительства.
- Распространение и популяризация в масштабе страны Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ (29) и поддержка групп и организаций пациентов в проведении мониторинга выполнения медработниками установленных требований.

Мероприятия по содействию проведению и стимулированию научных исследований

Грузия проводит операционные исследования в порядке методического обеспечения НПТ; Армения занимается этим в какой-то мере, а Азербайджан нет.

- Разработка и реализация плана проведения операционных исследований наряду с документированием профилактических мероприятий и выработкой предложений по планированию дальнейшей работы.

Страны Центральной Азии

Пять стран Центральной Азии – Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан – занимают территорию между Российской Федерацией на севере, Китаем на востоке и странами Азии на юге (включая Афганистан, Индию, Исламскую Республику Иран и Пакистан). Страны Центральной Азии отличаются между собой по площади территории, культурным и социально-экономическим характеристикам и по глубине реформирования национальных систем здравоохранения. Они поддерживают тесные культурные и экономические связи с Российской Федерацией.

Мероприятия в области расширения и улучшения предоставления высококачественных услуг по ДOTS

Три из пяти стран Центральной Азии добились охвата всего населения страны стратегией ДOTS (табл. 23). Несмотря на это, многие больные ТБ по-прежнему регистрируются и проходят лечение «не по ДOTS» (т.е. под разными категориями применительно к терапии и схемам лечения) на территориях, где действует стратегия ДOTS. Внедрение ДOTS наталкивается на сопротивление врачей и сестринского персонала, профессиональная подготовка которых по ведению больных ТБ проходила в соответствии с подходами, принятыми в Советском Союзе. Нынешняя преддипломная подготовка кадров по-прежнему базируется на учебниках, выпущенных в 1980-е гг. Согласно устаревшим подходам, медицинские специалисты отдают предпочтение рентгенодиагностике, а не микроскопии мазка мокроты и часто не обеспечивают проведение качественных культуральных исследований и анализов на лекарственную чувствительность, допуская при этом нарушение правил техники безопасности. ЛНН и правильная организация последующего наблюдения за курсом лечения нередко могут быть гарантированы только в условиях стационара. ПТП можно купить в аптеках без рецепта врача, что является причиной неудовлетворительного соблюдения лечебного режима и формирования лекарственной устойчивости. Наращивание усилий в отношении МЛУ-ТБ, так необходимых в этих странах, сопряжено с трудностями и даже, по сути, небезопасно, если этому не будут предшествовать решительные меры по улучшению практики внедрения ДOTS. Только Кыргызстану удалось заметно улучшить противотуберкулезную работу благодаря комплексному реформированию своей системы здравоохранения, а также децентрализации фтизиатрических служб диагностики и лечения вплоть до уровня ПМСП.

- Разработка/осуществление в Таджикистане и Туркменистане национальных планов, в основе которых лежит стратегия «Остановить ТБ», в целях достижения к 2010 г. 100%-ного охвата стратегией ДOTS.
- Разработка всеми странами среднесрочных национальных планов мероприятий по борьбе с ТБ, включая бюджетные ассигнования на конкретные нужды и определение источников финансирования.

Таблица 23. Обзор политики по борьбе с ТБ в странах Центральной Азии, 2006 г.

Страна	Охват населения стратегией ДOTS (%)	Национальное руководство по ТБ	Внешний контроль качества микроскопии мазка мокроты	Стандартные схемы лечения	ЛНН	Регулярное обеспечение лекарственными препаратами	Мониторинг исходов лечения
Казахстан	100	–	–	+	+	+	++
Кыргызстан	100	–	++	++	++	++	++
Таджикистан	85	+	+	+	+	++	++
Туркменистан	71	+	+	+	++	++	++
Узбекистан	100	+	+	+	+	++	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Использование выделенных по гранту Глобального фонда средств для укрепления организации противотуберкулезной помощи и достижения устойчивости функционирования фтизиатрических служб в рамках национальных систем здравоохранения.
- Рассмотрение Туркменистаном вопроса о подаче заявки на выделение средств по гранту Глобального фонда.
- Создание национальной сети лабораторий, занимающихся прямой микроскопией, бактериологическими (культуральными) исследованиями и определением лекарственной чувствительности и обеспечение внешнего контроля качества через сотрудничество с одной из наднациональных референс-лабораторий по диагностике ТБ.
- Обеспечение наблюдения за процессом лечения ТБ и оказание поддержки пациентам посредством должного взаимодействия между учреждениями первичного звена и другими уровнями медико-санитарной помощи. Выполнение задачи соблюдения больными ТБ предписанного режима лечения наряду с использованием механизмов социальной поддержки и поощрительного вознаграждения пациентов из уязвимых групп населения.
- Решение вопросов качества с участием отечественных производителей ПТП первого и второго ряда путем внедрения рекомендуемых ВОЗ правил надлежащей производственной практики.
- Укрепление систем учета и отчетности по ТБ в рамках национальной системы эпиднадзора с включением всех больных ТБ в одну и ту же систему. Использование данных по ТБ на национальном и субнациональном уровнях для ежеквартального мониторинга работы служб НПТ.
- Проверка качества работы национальной системы эпиднадзора за ТБ и пересмотр на этой основе расчетных данных ВОЗ по ТБ (заболеваемость, распространенность и смертность).
- Постановка во главу угла вопросов профилактики и ведения ТБ у детей в рамках повседневной деятельности НПТ во всех странах.

Мероприятия, связанные с решением проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

В странах Центральной Азии регистрируются самые высокие уровни МЛУ-ТБ в мире, однако рекомендуемые международными экспертами вмешательства в отношении МЛУ-ТБ внедряются и осуществляются по-разному, главным образом на экспериментальной основе (табл. 24). При этом существует потребность в укреплении механизма внедрения стратегии ДOTS, а необходимые препараты второго ряда имеются в достаточном количестве.

С конца 1990-х гг. ВИЧ-инфекция в этих странах распространялась высокими темпами, особенно среди ПИН, представляющих основную часть ЛЖВ. Регистрируются случаи ШЛУ-ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц.

Значительная доля больных ТБ относится к уязвимым и социально дезадаптированным группам населения. При очень высоком удельном весе осужденных среди населения в целом сообщество нынешних и бывших заключенных весьма многочисленно и является резервуаром, подпитывающим эпидемию ТБ. Рабочие-мигранты, в частности выезжающие в другие страны бывшего Советского Союза, представляют собой особую группу риска по заболеванию ТБ и прерыванию лечения.

Таблица 24. Обзор ситуации с МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и другими актуальными проблемами в странах Центральной Азии, 2006 г.

Страна	МЛУ-ТБ		ТБ/ВИЧ		Другие актуальные проблемы	
	Политика соответствует позиции ВОЗ	Мероприятия НПТ	Политика консультирования и тестирования на ВИЧ	Охват ВААРТ	Тюрьмы	Другие основные группы риска по ТБ
Казахстан	+	+	-	+	++	Рабочие-мигранты
Кыргызстан	++	++	+	+	++	ПИН
Таджикистан	-	-	-	++	+	
Туркменистан	-	-	-	-	+	
Узбекистан	++	+	++	+	+	

Примечание: ++ = да/все/> 75% охвата ВААРТ; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Укрепление потенциала для проведения бактериологической (культуральной) диагностики ТБ и определения лекарственной чувствительности во всех странах. Необходимо создать национальную референс-лабораторию с приданием последней официального статуса в каждой стране.
- Обеспечение внедрения в практику современных лабораторных стандартов для повышения точности диагностики лекарственно-устойчивых форм ТБ во всех странах.
- Внедрение методических рекомендаций ВОЗ по ведению больных с лекарственно-устойчивыми формами ТБ (10).
- Осуществление мер инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях на основе международных стандартов.
- Нарращивание усилий в отношении МЛУ-ТБ во всех странах.
- Обеспечение адекватного снабжения и использования высококачественных препаратов второго ряда с учетом рекомендаций КЗС.
- Укрепление сотрудничества между программой противотуберкулезной помощи и программой борьбы с ВИЧ/СПИДом во всех странах.
- Стимулирование эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди больных ТБ.
- Поощрение адресных мероприятий среди групп высокого риска, включая заключенных и ПИН во всех странах. Решение вопросов борьбы с ТБ среди рабочих-мигрантов.
- Установление контактов между медицинскими службами тюрем (и другими соответствующими службами, которые не входят в систему министерства здравоохранения) и НПТ.

- Стимулирование социальной поддержки больных ТБ.

Мероприятия, способствующие укреплению систем здравоохранения

В пяти странах Центральной Азии наблюдается большой разброс в подходах к независимому и отдельному статусу фтизиатрических служб и полной интеграции последних в общую лечебную сеть. В тех случаях, когда НПТ пользуется поддержкой со стороны Глобального фонда, мероприятия по борьбе с ТБ следует по возможности планировать в направлении укрепления системы здравоохранения. Если же система здравоохранения находится на завершающей стадии реформирования, то НПТ следует использовать такую уникальную возможность для совершенствования работы по выявлению больных ТБ и последующему наблюдению за их лечением, как это делается в Кыргызстане (табл. 25).

Таблица 25. Обзор ситуации с укреплением систем здравоохранения в странах Центральной Азии, 2006 г.

Страна	НПТ и план развития кадровых ресурсов	Врачи и медсестры с базовым уровнем подготовки по фтизиатрии	Персонал фтизиатрических служб с пересмотренными должностными обязанностями	План действий НПТ и меры по укреплению систем здравоохранения	Реализация ПОЗЛ
Казахстан	++	++	+	+	-
Кыргызстан	-	++	++	+	++
Таджикистан	+	+	+	+	-
Туркменистан	+	+	+	-	-
Узбекистан	+	+	+	+	-

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Обеспечение разработки надлежащего плана развития кадровых ресурсов в поддержку оказания эффективной и результативной фтизиатрической помощи высокого качества, в частности в Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане.
- Стимулирование и содействие проведению в жизнь идеи интеграции фтизиатрических и других служб на уровне ПМСП через формирование соответствующих учебных планов базовой подготовки врачей и медсестер, пересмотр функциональных обязанностей с учетом современных требований и осуществление ПОЗЛ, особенно в Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане.
- Сотрудничество в укреплении системы здравоохранения с использованием выделенных по гранту Глобального фонда средств.

Мероприятия по вовлечению в работу всех поставщиков медицинских услуг

Во всех странах Центральной Азии по-прежнему сохраняется вертикальная структура организации НПТ, хотя стратегия «Остановить ТБ» пропагандирует сотрудничество со всеми действующими и потенциальными поставщиками фтизиатрических услуг. Несмотря на определенный прогресс, следует расширять круг вовлекаемых в эту работу поставщиков медицинских услуг всех категорий, а также предусматривать последующее наблюдение за лечением больных по окончании стационарного этапа. В табл. 26 представлен обзор поставщиков медицинских услуг как в государственном (государственные больницы, учреждения медицинского страхования, военные госпитали, больницы при медицинских вузах, тюрьмы), так и в частном (частнопрактикующие врачи, НПО, частные клиники, корпоративные службы) секторе.

Таблица 26. Обзор мероприятий по вовлечению поставщиков медицинских услуг всех категорий в странах Центральной Азии, 2006 г.

Страна	Руководство для частнопрактикующих врачей	Сотрудничество со всеми ЛПУ государственного сектора	Сотрудничество со всеми поставщиками услуг частного сектора	Содействие внедрению МСПТ
Казахстан	+	+	-	+
Кыргызстан	-	+	-	+
Таджикистан	-	+	-	+
Туркменистан	++	+	-	+
Узбекистан	-	+	-	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Активизация текущего сотрудничества между НПТ и всеми поставщиками медицинских услуг государственного и частного сектора во всех странах.
- Анализ потенциальных возможностей для вовлечения дополнительных структур государственного/частного секторов.
- Создание условий для соблюдения требований МСПТ (28) всеми поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторе страны.

Мероприятия по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

Люди с диагнозом ТБ и местное население, гражданское общество в целом являются ключевыми партнерами в создании условий для соблюдения предписанного режима лечения и своевременного выявления случаев. Мероприятия в области ПКСМ могут способствовать оказанию устойчивой политической, социальной и поведенческой поддержки в борьбе с ТБ и прогрессу в достижении ЦТР. Содействие проведению в жизнь Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ (29) имеет важнейшее значение (табл. 27). Методы, используемые при проведении ПКСМ, зависят от специфики условий на местах, в том числе от конкретных потребностей, финансовых и технических возможностей и культурно-социальной среды.

Таблица 27. Обзор мероприятий по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения в странах Центральной Азии, 2006 г.

Страна	НПТ и формализованный план мероприятий в области ПКСМ	НПТ отслеживает воздействие ПКСМ через опросы населения	Фтизиатрическая помощь по месту жительства / на уровне общины	Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ
Казахстан	-	-	-	+
Кыргызстан	-	-	+	-
Таджикистан	-	-	-	+
Туркменистан	-	-	-	-
Узбекистан	-	-	-	+

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Составление в письменном виде национальных планов, выделение адекватных финансовых и кадровых ресурсов и осуществление доказательных, ориентированных на нужды страны мероприятий в области ПКСМ.
- Оценка влияния мероприятий в области ПКСМ путем проведения демографических обследований.

- Изучение и использование потенциальных возможностей для оказания фтизиатрической помощи по месту жительства.
- Распространение и популяризация в масштабе страны Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ и поддержка групп и организаций пациентов в проведении мониторинга выполнения медработниками установленных требований.

Мероприятия по содействию проведению и стимулированию научных исследований

Практика, основанная на фактических данных, имеет большое значение для доказательства эффективности противотуберкулезных мероприятий в странах Центральной Азии. Проведение операционных исследований следует поощрять. В какой-то мере Кыргызстан и Узбекистан проводят операционные исследования в порядке методического обеспечения НПТ; остальные три страны этого не делают.

- Разработка и реализация плана проведения операционных исследований наряду с документированием профилактических мероприятий и выработкой предложений по планированию дальнейшей работы.

Российская Федерация

Российская Федерация расположена как в европейской, так и в азиатской части Европейского региона ВОЗ и граничит со странами Центральной Азии и Китаем на востоке и странами Балтии, Беларусью и Украиной на западе. Территория страны занимает площадь более 17 млн. квадратных километров² и поделена на 88 субъектов Федерации. Численность населения свыше 143 млн. человек. Экономические и политические реформы, предпринятые в стране за последние годы, привели к улучшению основных социально-экономических показателей, но все же обусловили ухудшение ситуации с расслоением населения по уровню доходов и послужили толчком к росту численности социально незащищенной части населения. Все это ставит непростые задачи перед системой здравоохранения, которая в настоящее время проходит этап глубоких преобразований.

Судя по основным индикаторам, используемым при мониторинге, значительное ускорение темпов распространения ТБ в Российской Федерации в конце 20-го столетия сменилось стабилизацией ситуации. Однако показатели регистрации случаев ТБ и связанные с ТБ уровни смертности остаются высокими.

Последние годы характеризовались заметным расширением внедрения стратегии ДOTS в стране, но показатели успешного лечения оставались низкими. Более впечатляющие результаты ожидаются в будущем, когда благодаря ускоренному расширению ДOTS появившиеся новые формы обслуживания станут повседневной практикой и обеспечат улучшение качества.

Мероприятия в области расширения и улучшения предоставления высококачественных услуг по ДOTS

В Российской Федерации сложились давние традиции проведения противотуберкулезной работы, однако большинство фтизиатров, профессиональное обучение которых проходило еще в советское время, особо не стремились приобщиться к новым инициативам и подходам и осуществить их на практике. Более того, врачи-фтизиатры и медсестры получают низкую зарплату, даже в сравнении с другими медицинскими специальностями. Медицинские специалисты отдают предпочтение рентгенодиагностике, а не микроскопии мазка мокроты и часто не обеспечивают проведение качественных культуральных исследований и анализов на лекарственную чувствительность, допуская нарушения правил техники безопасности.

Тем не менее в последнее время наблюдается повышение политической приверженности государственных органов борьбе с ТБ как на федеральном, так и региональном уровне наряду с ростом финансирования и при значительной мобилизации технических ресурсов. По состоянию на конец 2006 г. в 86 из 88 регионов была внедрена стратегия

ДОТС. Все 86 субъектов Федерации представили в Министерство здравоохранения и социального развития отчетные данные о выявлении случаев заболевания ТБ, а 67 из них – данные об исходах лечения (табл. 28).

Таблица 28. Обзор политики по борьбе с ТБ в Российской Федерации, 2006 г.

Страна	Охват населения стратегией ДОТС (%)	Национальное руководство по ТБ	Внешний контроль качества микроскопии мазка мокроты	Стандартные схемы лечения	ЛНН	Регулярное обеспечение лекарственными препаратами	Мониторинг исходов лечения
Российская Федерация	90	++	+	+	+	+	+

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Разработка долгосрочного национального плана, в основе которого лежит стратегия «Остановить ТБ», в целях усиления и достижения к 2010 г. 100%-ного охвата стратегией ДОТС в рамках Плана «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг. Разработка среднесрочных национальных планов мероприятий по борьбе с ТБ, включая бюджет.
- Нарращивание потенциала и укрепление механизмов анализа данных для совершенствования систем управления и координации противотуберкулезной работы на федеральном и региональном уровнях.
- Продолжение работы по пересмотру национальной политики с упором на разработку и получение окончательного варианта национального руководства по ведению МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и эпиднадзору.
- Использование выделенных по гранту Глобального фонда средств для укрепления организации фтизиатрических служб и достижения их устойчивости в рамках национальной системы здравоохранения.
- Укрепление национальной сети лабораторий, занимающихся прямой микроскопией, бактериологическими (культуральными) исследованиями и определением лекарственной чувствительности, и создание системы внутреннего и внешнего контроля качества.
- Обеспечение наблюдения за процессом лечения ТБ и оказание поддержки пациентам посредством должного взаимодействия между учреждениями первичного звена и другими уровнями медико-санитарной помощи.
- Содействие бесперебойному обеспечению эффективными и безопасными ПТП высокого качества и их рациональному использованию через создание механизма гарантии качества ПТП первого ряда.
- Укрепление систем учета и отчетности по ТБ в рамках национальной системы эпиднадзора и использование данных по ТБ на федеральном и региональном уровнях для ежеквартального мониторинга работы фтизиатрических служб.
- Постановка во главу угла вопросов профилактики и ведения ТБ у детей в рамках повседневной деятельности НПТ.

Мероприятия, связанные с решением проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

Министерство здравоохранения и социального развития признает существование в стране высоких и продолжающих повышаться уровней распространения МЛУ-ТБ и наращивает темпы проведения конкретных мероприятий при поддержке Глобального фонда. Несмотря на то, что некоторые пациенты уже получили необходимую помощь в рамках одобренных КЗС проектов, страна нуждается в расширении отечественного

лабораторного потенциала для проведения высококачественных исследований лекарственной чувствительности возбудителя ТБ к ПТП первого и второго ряда в целях диагностики МЛУ- и ШЛУ-ТБ. Необходимо поощрять использование методов экспресс-диагностики.

Число случаев коинфекции ТБ/ВИЧ растет высокими темпами. Большинство случаев отмечается среди ПИН, которые составляют основную долю ЛЖВ. Значительный прирост новых случаев заболевания ТБ ожидается среди ПИН вследствие ограниченной доступности антиретровирусной терапии (АРТ) и дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Высокий процент больных ТБ относится к таким уязвимым и социально дезадаптированным группам населения, как страдающие алкогольной и иной наркотической зависимостью, бездомные и рабочие-мигранты. Раннее выявление заболевших и предупреждение прерывания лечения среди этих групп остается трудно выполнимой задачей. Несмотря на успех противотуберкулезных мероприятий в пенитенциарной системе, обеспечивший заметное уменьшение бремени ТБ среди лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, заболеваемость ТБ и МЛУ-ТБ среди нынешних и бывших заключенных держится на высоком уровне (табл. 29).

Таблица 29. Обзор ситуации с МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и другими актуальными проблемами в Российской Федерации, 2006 г.

Страна	МЛУ-ТБ		ТБ/ВИЧ		Другие актуальные проблемы	
	Политика соответствует позиции ВОЗ	Мероприятия НПТ	Политика консультирования и тестирования на ВИЧ	Охват ВААРТ	Тюрьмы	Другие основные группы риска по ТБ
Российская Федерация	+	+	++	+	+	Безработные, бездомные, рабочие-мигранты, ПИН

Примечание: ++ = да/все/> 75% охвата ВААРТ; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Укрепление потенциала для проведения бактериологической (культуральной) диагностики ТБ и определения лекарственной чувствительности, а также осуществления надзора за развитием лекарственной устойчивости в масштабе страны.
- Совершенствование практики ведения больных с МЛУ-ТБ в соответствии с международными рекомендациями путем разработки национального руководства по организации и поддержке осуществления проектов борьбы с МЛУ-ТБ в Российской Федерации.
- Распространение прогрессивных знаний и опыта по борьбе с МЛУ-ТБ путем организации курсов подготовки специалистов и центров передового опыта в гражданском и пенитенциарном секторах.
- Обеспечение адекватного снабжения и использования высококачественных препаратов второго ряда с учетом рекомендаций КЗС.
- Укрепление сотрудничества между программой противотуберкулезной помощи и программой борьбы с ВИЧ/СПИДом.
- Поощрение адресных мероприятий по борьбе с ТБ среди групп высокого риска, включая заключенных и ПИН, мигрантов и другие социально уязвимые группы.

- Повышение эффективности лечения ТБ и ведения случаев заболевания путем удовлетворения потребностей больных ТБ, включая оказание им социальной и психологической помощи.

Мероприятия, способствующие укреплению систем здравоохранения

НПТ является составной частью системы здравоохранения и вносит свой вклад в ее работу. НПТ сталкивается с теми же проблемами и трудностями, что и система здравоохранения в целом: финансирование, развитие кадровых ресурсов, перераспределение функций между службами первичного и третичного (специализированного) уровня, комплексное управление эффективностью (табл. 30). В настоящее время Российская Федерация занимается реформированием своей системы здравоохранения, уделяя особое внимание вопросам укрепления ПМСП и децентрализации функций по оказанию медицинской помощи с уровня федеральных органов власти на уровень субъектов Федерации. В ходе этого процесса организация надлежащей фтизиатрической помощи должна быть гарантирована.

Таблица 30. Обзор ситуации с укреплением систем здравоохранения в Российской Федерации, 2006 г.

Страна	НПТ и план развития кадровых ресурсов	Врачи и медсестры с базовым уровнем подготовки по фтизиатрии	Персонал фтизиатрических служб с пересмотренными должностными обязанностями	План действий НПТ и меры по укреплению систем здравоохранения	Реализация ПОЗЛ
Российская Федерация	-	++	++	+	-

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие.

- Обеспечение разработки надлежащего плана развития кадровых ресурсов в поддержку оказания эффективной и результативной фтизиатрической помощи высокого качества в рамках национального плана «Остановить ТБ» и с учетом национального плана развития кадровых ресурсов здравоохранения.
- Поддержка внедрения положений стратегии «Остановить ТБ» и соответствующих учебных материалов в систему пред- и последипломной подготовки врачей.
- Стимулирование и содействие проведению в жизнь идеи интеграции фтизиатрических и других служб на уровне ПМСП.
- Содействие созданию эффективных механизмов финансирования в зависимости от конкретных результатов работы в целях повышения эффективности организации медобслуживания.
- Сотрудничество в укреплении системы здравоохранения с использованием выделенных по гранту Глобального фонда средств.

Мероприятия по вовлечению в работу всех поставщиков медицинских услуг

Выявлением, диагностикой и лечением ТБ в Российской Федерации главным образом занимаются государственные службы ПМСП и фтизиатрические службы. Участие частного сектора в противотуберкулезной работе весьма ограничено и изучено недостаточно. Кроме того, борьба с ТБ является неотъемлемой частью здравоохранительных мер, предпринимаемых не только Министерством здравоохранения и социального развития, но и другими министерствами, в ведении которых находятся вопросы юстиции и обороны и пенитенциарные учреждения, а также крупными корпорациями, такими как Российские железные дороги, нефте- или газодобывающие компании, и др. Очень важно добиться единого подхода к борьбе с ТБ, который бы осуществлялся поставщиками услуг независимо от их ведомственной

принадлежности. В табл. 31 дается обзор поставщиков медицинских услуг как в государственном (государственные больницы, учреждения медицинского страхования, военные госпитали, больницы при медицинских вузах, тюрьмы), так и в частном (частнопрактикующие врачи, НПО, частные клиники, корпоративные службы) секторе.

Таблица 31. Обзор мероприятий по вовлечению поставщиков медицинских услуг всех категорий в Российской Федерации, 2006 г.

Страна	Руководство для частнопрактикующих врачей	Сотрудничество со всеми ЛПУ государственного сектора	Сотрудничество со всеми поставщиками услуг частного сектора	Содействие внедрению МСПТ
Российская Федерация	–	+	+	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Активизация текущего сотрудничества между НПТ и всеми поставщиками медицинских услуг государственного и частного секторов.
- Анализ потенциальных возможностей для вовлечения дополнительных структур государственного/частного секторов.
- Создание условий для соблюдения всеми поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторе страны положений МСПТ (28).

Мероприятия по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

Мероприятиям в области ПКСМ принадлежит ключевая роль в стратегии «Остановить ТБ» благодаря расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и оказанию устойчивой политической, социальной и поведенческой поддержки при проведении противотуберкулезных мероприятий. Поскольку это относительно новая концепция для Российской Федерации, то в стране отмечается довольно низкий уровень активности участия граждан и сообществ в решении вопросов планирования, организации и оценки противотуберкулезной работы (табл. 32).

Таблица 32. Обзор мероприятий по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения в Российской Федерации, 2006 г.

Страна	НПТ и формализованный план мероприятий в области ПКСМ	НПТ отслеживает воздействие ПКСМ через опросы населения	Фтизиатрическая помощь по месту жительства / на уровне общины	Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ
Российская Федерация	–	–	–	–

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие.

- Составление в письменном виде национальных планов, выделение адекватных финансовых и кадровых ресурсов и осуществление доказательных, ориентированных на нужды страны мероприятий в области ПКСМ.
- Оценка влияния мероприятий в области ПКСМ путем проведения демографических обследований.
- Изучение и использование потенциальных возможностей для оказания фтизиатрической помощи по месту проживания.

- Распространение и популяризация в масштабе страны Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ (29) и поддержка групп и организаций пациентов в проведении мониторинга выполнения медработниками установленных требований.

Мероприятия по содействию проведению и стимулированию научных исследований

Идея проведения базовых и программно-ориентированных операционных исследований была реализована в Российской Федерации силами федеральных научно-исследовательских институтов ТБ и региональных институтов фтизиатрии, на базе которых осуществляются пилотные проекты по борьбе с ТБ при поддержке международных организаций по оказанию технической помощи. Однако исследования такого рода ограничены по масштабу, проводятся лишь в отдельных регионах и не охватывают полный перечень основных вопросов повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий.

- Начало проведения и поддержка операционных исследований по ключевым аспектам борьбы с ТБ, включая эпидемиологию ТБ и МЛУ-ТБ, проблемы МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ, осуществление всеобъемлющих подходов к улучшению показателей соблюдения больными ТБ предписанного режима лечения и повышение мотивации и эффективности работы медицинского персонала.
- Содействие анализу экономической эффективности различных вмешательств для выработки методических рекомендаций по организации и координации противотуберкулезной работы.

Европейский регион ВОЗ

Меры, о которых говорится в этом разделе, подлежат реализации членами Партнерства «Остановить ТБ», работающими на уровне Европейского региона или групп стран.

Мероприятия в области расширения и улучшения предоставления высококачественных услуг по ДОТС

Политические долгосрочные обязательства в отношении дополнительного и устойчивого финансирования

Несмотря на значительные изменения к лучшему в ситуации с политической приверженностью идее борьбы с ТБ в странах Восточной Европы, такие обстоятельства, как политические и экономические перемены последних лет, процессы децентрализации, множество других конкурирующих приоритетов и насущные потребности хронически недофинансируемых и недостаточно развитых систем здравоохранения, представляют собой основные факторы риска с точки зрения перевода долгосрочных политических обязательств в русло оказания адекватной финансовой помощи на борьбу с ТБ.

- Распространение в Регионе положений стратегии «Остановить ТБ».
- Разработка плана по выполнению связанной с ТБ Задачи 8 ЦТР 6 в 18 наиболее приоритетных странах Восточной Европы.
- Оказание помощи странам в разработке собственных национальных планов противотуберкулезной работы.
- Организация форума по ТБ на уровне министров в целях повышения информированности и приверженности всех государств-членов Европейского региона (30).
- Поддержка и укрепление Европейского партнерства «Остановить ТБ».
- Разработка стратегии пропаганды и содействия для стимулирования политической приверженности идее борьбы с ТБ в Регионе.

- Организация миссий высокого уровня по проблемам ТБ с посещением приоритетных стран.
- Оказание технической помощи в поддержку стран, добивающихся финансирования из международных источников.

Выявление случаев с помощью бактериологических (культуральных) методов диагностики гарантированного качества

В странах Восточной Европы доля выявления новых случаев ТБ легких с положительным результатом бактериоскопии мазка мокроты по-прежнему держится на низком уровне, что говорит о все еще широком использовании во многих из этих стран рентгенологических методов диагностики ТБ. Лаборатории, занимающиеся микроскопией мазка мокроты и/или культуральными исследованиями, значительно отличаются в разных странах не только по количеству, но и в плане доступности для населения. Наблюдаются существенные различия в качестве используемых бактериологических (культуральных) методов диагностики ТБ и методов определения лекарственной чувствительности.

- Оказание поддержки Целевой группе экспертов по лабораторным службам в Европе.
- Содействие внедрению стандартов по организации современных лабораторных служб по диагностике ТБ в Европе (10).
- Оказание технической помощи странам в модернизации материально-технической базы лабораторий, включая адекватные системы инфекционного контроля.
- Стимулирование и содействие развитию лабораторной сети (подготовка кадров, межлабораторное сопоставление результатов исследований, обеспечение качества, надзор за развитием лекарственной устойчивости).
- Содействие использованию люминесцентной микроскопии, а также культуральных экспресс-методов и методов определения устойчивости к рифампицину.
- Усиление регионального и субрегионального взаимодействия и помощи в лабораторном деле.

Стандартные схемы лечения под наблюдением персонала и при поддержке пациента

Хотя в Восточной Европе и приняты режимы лечения ТБ, которые соответствуют рекомендуемым на международном уровне стандартам, во время интенсивной фазы лечение по ЛНН проходит в условиях стационара, но в фазе продолжения лечения непосредственное наблюдение организовано слабо. Механизмы социальной поддержки и поощрительного вознаграждения для улучшения приверженности лечению и соблюдения предписанного режима по-прежнему используются лишь в рамках пилотных проектов.

- Распространение и обеспечение внедрения МСПТ (28) в странах Восточной Европы.
- Распространение и содействие внедрению во всех странах Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ (29).
- Документирование и стимулирование успешных проектов, в рамках которых используются механизмы социальной поддержки и поощрительного вознаграждения пациентов.

Эффективные системы лекарственного обеспечения и менеджмента

Некоторые страны делают ставку на отечественные производственные мощности по выпуску ПТП, качество которых нуждается в оценке и гарантии.

- Содействие широкому внедрению принятых на международном уровне стандартов для систем управления штатным имуществом фтизиатрической службы, в том числе таких, как рекомендуемая ВОЗ надлежащая производственная практика, стандарты Международной организации по стандартизации (ISO), методические рекомендации Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ).

- Обеспечение технической помощи в оценке потребностей в штатном имуществе фтизиатрической службы и в укреплении систем управления таким имуществом в странах.
- Содействие укреплению системы управления штатным имуществом фтизиатрической службы за счет средств по международным грантам.
- Обеспечение координации и сотрудничества с ГСОП.
- Повышение качества ПТП первого и второго ряда, выпускаемых отечественными производителями, включая проведение преквалификации, если это применимо.
- Пересмотр в оперативном порядке политики в области снабжения штатным имуществом по мере разработки новых вакцин, диагностических и лекарственных препаратов.

Система мониторинга и оценки и измерение степени воздействия

Основная тенденция в Восточной Европе заключается в том, чтобы представлять отчетные данные по ТБ на центральный уровень в условиях централизованной системы управления с использованием электронных персонифицированных баз данных. К сожалению, полученные данные иногда имеют разный стандарт, и зачастую существует неопределенная группа больных ТБ, которых в соответствии с устаревшей классификацией относят к категории хронических и включают в отдельный список, не входящий в статистику регистрации по ДОТС. Очень часто не обеспечивается формирование сводных данных или их анализ на местах для мониторинга функционирования НПТ на региональном и субрегиональном уровнях. Сводные данные и их анализ на центральном уровне могут отличаться по качеству, полноте и срокам представления, а обратная связь с подразделениями на периферии носит ограниченный характер. Более того, страны сталкиваются с трудностями в понимании принципов получения расчетных данных по заболеваемости ТБ и ставят под сомнение показатели выявления зарегистрированных случаев. Страны также ограничены в своих возможностях не только при расчете распространенности ТБ и коэффициентов смертности, но и, соответственно, при мониторинге воздействия проводимых ими мероприятий по борьбе с ТБ.

- Усиление регионального и субрегионального потенциала и координации для обеспечения качества, полноты и своевременности отчетных данных стран по ТБ.
- Оказание технической помощи для развития национальных информационных систем в области здравоохранения и механизма управления базами данных по ТБ в соответствии с международными стандартами и с учетом конкретных потребностей стран.
- Содействие процессу сведения данных регистрации больных ТБ в единую систему.
- Оказание технической помощи странам для обеспечения использования данных на местах в целях мониторинга программной деятельности.
- Поддержка в планировании эпидемиологических обследований по ТБ в отобранных странах.

Мероприятия, связанные с решением проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

В Восточной Европе МЛУ-ТБ является серьезной проблемой борьбы с ТБ; в эпидемиологическом отношении эта форма ТБ имеет общие черты с ВИЧ-инфекцией, так как она распространена среди одних и тех же групп риска, например среди ПИН и заключенных. В Восточной Европе регистрируются одни из самых высоких показателей численности заключенных в мире при наличии довольно многочисленного тюремного сообщества, являющегося источником повсеместного распространения ТБ. Рабочие-мигранты, переезжающие из бедных в богатые в экономическом отношении страны, также относятся к группе повышенного риска инфицирования возбудителем ТБ, развитию заболевания и неэффективного лечения. Более того, для мигрирующих групп населения,

в частности цыганских общин, доступ к службам диагностики и лечения ТБ обычно ограничен.

Профилактика лекарственно-устойчивого ТБ и борьба с ним

- Стимулирование и поддержка создания репрезентативной для страны системы эпиднадзора для рутинного мониторинга уровней развития лекарственно-устойчивых форм ТБ.
- Популяризация и содействие внедрению во всех странах Восточной Европы новых методических рекомендаций ВОЗ по ведению больных с лекарственно-устойчивым ТБ (10).
- Содействие внедрению в Европе рекомендуемых стандартов по организации современных лабораторных служб по диагностике ТБ (12).
- Оказание помощи странам на начальном этапе и этапе расширения внедрения рекомендуемых на международном уровне мер по борьбе с МЛУ-ТБ.
- Продолжение и расширение практики проведения региональных учебных курсов по МЛУ-ТБ.
- Расширение помощи странам в обеспечении доступа к закупке ПТП второго ряда по сниженным ценам по линии КЗС с использованием полученных им данных тщательной оценки и мониторинга. Создание условий, гарантирующих фактическое прохождение терапии теми больными с диагнозом МЛУ-ТБ, которые включены в программу лечения.
- Организация миссий высокого уровня по ведению больных с МЛУ-ТБ с посещением стран для изучения таких вопросов, как национальная приверженность, планирование и размещение ресурсов, нормативный контроль лекарственных препаратов (регистрация и качество препаратов второго ряда).
- Расширение возможностей для оказания помощи со стороны КЗС на территории Европейского Региона.
- Обеспечение координации на региональном уровне через КЗС.

Проведение совместных мероприятий в отношении ТБ/ВИЧ

Рекомендуемую на международном уровне политику в отношении совместных мероприятий по противодействию ТБ/ВИЧ следует пропагандировать и внедрять с учетом эпидемиологической обстановки и принципов организации служб борьбы с ТБ и ВИЧ-инфекцией во всех странах Восточной Европы. Первостепенное внимание следует обратить на уточнение уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди больных ТБ, от которого будет зависеть активность совместной деятельности.

- Поощрение во всех странах промежуточной политики проведения совместных мероприятий в отношении ТБ/ВИЧ (13) и содействие ее реализации. Создание условий, гарантирующих консультирование и тестирование на ВИЧ для всех больных ТБ в соответствии с самыми последними международными рекомендациями.
- Разработка конкретного руководства по осуществлению совместных мероприятий в отношении ТБ/ВИЧ среди ПИН и заключенных.
- Пересмотр и распространение региональных методических рекомендаций по клиническим аспектам ведения ТБ и МЛУ-ТБ у ЛЖВ (15).
- Организация миссий по ТБ/ВИЧ для оказания технической помощи странам с учетом их потребностей, принципов организации систем здравоохранения и эпидемиологических тенденций.

Решение проблем, касающихся заключенных, беженцев и других групп высокого риска, включая особые ситуации

- Поощрение сбалансированного подхода к системам медобслуживания пенитенциарного и гражданского сектора применительно к диагностике ТБ и уходу за больными и с учетом минимальных стандартов, рекомендуемых ВОЗ (16).
- Оказание помощи странам в поддержании и укреплении фтизиатрических служб в тюрьмах в период и после реформирования их пенитенциарных систем.
- Содействие расширению доступности диагностики и лечения ТБ для легальных и нелегальных иммигрантов.
- Повышение доступности и качества диагностики ТБ и ухода за больными для уязвимых групп населения, таких как цыгане.
- Сотрудничество в изыскании ресурсов для расширения доступа социально незащищенных групп к фтизиатрической помощи.
- Анализ и распространение фактических данных об эффективных мерах борьбы с ТБ среди труднодоступных групп населения.

Мероприятия, способствующие укреплению систем здравоохранения

Активное участие в работе по совершенствованию политики в области систем здравоохранения, кадровых ресурсов, финансирования, управления, организации медобслуживания и информационных систем

- Внесение вклада в развитие политического диалога со всеми партнерами в целях укрепления систем здравоохранения через фтизиатрические службы и наоборот.
- Содействие процессу анализа и реорганизации служб здравоохранения в целях улучшения доступности и устойчивости фтизиатрических служб.
- Стимулирование интеграции и долевого участие в затратах фтизиатрических и других служб на уровне ПМСП.
- Оказание помощи странам в укреплении их систем здравоохранения с использованием средств по грантам Глобального фонда.
- Пропаганда идеи включения мер борьбы с ТБ в стратегические повестки дня по вопросам развития, улучшения социально-экономической ситуации и сокращения масштабов нищеты в Регионе.
- Отслеживание процессов реорганизации фтизиатрических служб в условиях реформирования сектора здравоохранения при гарантии того, что в ходе активизации программной деятельности удастся сохранить и усилить базовые службы борьбы с ТБ.

Совместное использование инновационных подходов, способствующих укреплению систем

- Поощрение ПОЗЛ как важного средства улучшения состояния органов дыхания и повышения показателей выявления случаев ТБ.
- Оказание содействия странам в документировании эффективных мер борьбы с ТБ, обеспечивающих укрепление их систем здравоохранения.

Адаптация инновационных подходов, заимствованных из других областей деятельности

- Осуществление общих подходов и профилактических мероприятий совместно с другими программами в области здравоохранения, лечебными учреждениями и министерствами (например, с министерствами, отвечающими за вопросы экономики и развития) в целях совершенствования противотуберкулезной помощи, например, среди труднодоступных и уязвимых групп населения.

Мероприятия по вовлечению в работу всех поставщиков медицинских услуг

Подходы с позиции взаимодействия между государственными структурами и между структурами государственного и частного секторов

- Распространение в странах Региона руководства ВОЗ (31) по осуществлению подхода с позиции взаимодействия государственного и частного секторов в рамках программ предоставления ДОТС.
- Оказание технической помощи странам Региона в отношении концептуальной основы разработки мероприятий с позиции взаимодействия между государственными структурами и между государственным и частным секторами.

Международные стандарты помощи при ТБ (МСПТ)

Обеспечение широкого внедрения и распространения МСПТ (28).

Мероприятия по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

ПКСМ

- Решение вопросов координации и технической помощи на региональном и субрегиональном уровнях в области ПКСМ.
- Оказание помощи странам в разработке национальных планов мероприятий в области ПКСМ и проведение обследований по оценке их воздействия.

Участие общины в оказании противотуберкулезной помощи

- Стимулирование активного участия представителей гражданского общества и сообществ больных ТБ на региональном, субрегиональном и страновом уровнях при планировании и оценке противотуберкулезной работы.

Хартия пациентов по оказанию помощи при туберкулезе

- Распространение и поддержка внедрения в практику во всех странах Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ (29).

Мероприятия по содействию проведению и стимулированию научных исследований

Операционные исследования в рамках программной деятельности

- Оказание поддержки странам в наращивании потенциала для проведения операционных исследований.
- Поддержка и содействие операционным исследованиям для поиска эффективных мер вмешательства.

Исследования по разработке новых диагностических и лекарственных препаратов и вакцин

- Обеспечение координации со всеми сторонами, заинтересованными в проведении научных исследований, например, с ключевыми европейскими спонсорами научных изысканий, национальными научно-исследовательскими организациями и научными фондами для уточнения приоритетов и увеличения финансирования научных исследований по ТБ.
- Отслеживание и документирование текущего хода работы по разработке новых диагностических и лекарственных препаратов и вакцин.
- Обеспечение связи между учреждениями, занимающимися фундаментальными исследованиями и исследованиями в области общественного здравоохранения, с привлечением Глобального и Европейского партнерств «Остановить ТБ».
- Подготовка и координация действий, имеющих целью внедрение в практику в странах новых эффективных методов диагностики, лекарственных препаратов и вакцин.

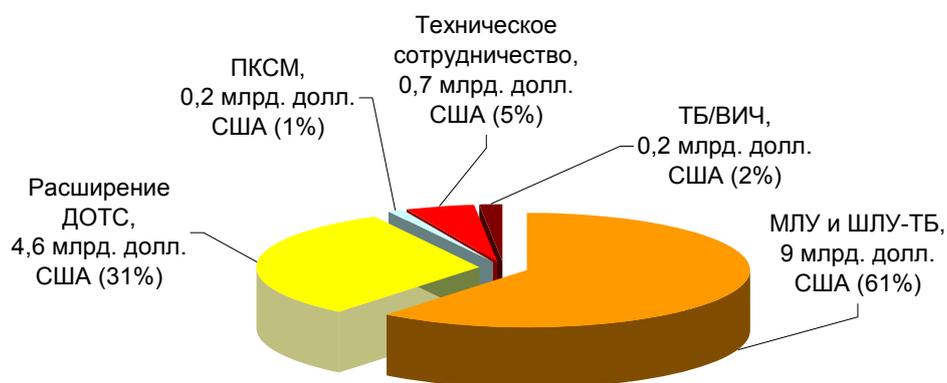
4. Расчетные затраты, имеющиеся средства и дефицит финансирования

Проведен расчет необходимых затрат для осуществления в полном объеме Плана «Остановить ТБ», разработанного для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ на 2007–2015 гг., а также имеющихся средств и дефицита финансирования. Все расчеты основаны на тех же предположениях и методологии, которые использовались при составлении Глобального плана «Остановить ТБ», 2006–2015 гг., и подробно описаны в Приложении к этому плану (32). Компонент МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ был дополнительно пересмотрен с учетом последних обновлений Глобального плана.

При исчислении затрат за основу были взяты пять масштабных направлений работы: расширение ДОТС,¹¹ МЛУ- и ШЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ, ПКСМ и техническое сотрудничество.¹² Научные исследования и разработка таких новых средств, как вакцины, лекарственные и диагностические препараты, являются составной частью глобальных усилий, поэтому они не вошли в настоящий региональный план, поскольку были включены в глобальный план мероприятий.

На рис. 3 отображены затраты на реализацию Плана «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг. На рис. 4 показано постепенное увеличение ежегодных расходов, сумма которых к 2015 г. составит 2,04 млрд. долл. США.

Рис. 3. Общая сумма затрат на выполнение задачи «Остановить ТБ» в Восточной Европе, 2007–2015 гг.



Общая сумма затрат: 14,8 млрд. долл. США

¹¹ Расширение ДОТС включает: обеспечение ПТП первого ряда, решение кадровых вопросов, организацию рутинной программной деятельности и курирования, вклад лабораторной службы, поддержку пациентов, профессиональное обучение, подходы с позиции взаимодействия между государственными структурами и между государственным и частным сектором, ПОЗЛ, оказание помощи по месту жительства на уровне общины, мониторинг и оценку, проведение операционных исследований, решение текущих вопросов и лечение в стационаре.

¹² За счет технического сотрудничества обеспечивается покрытие расходов на обучение персонала и финансирование мероприятий, проводимых техническими агентствами, при этом расчет проводился отдельно для ВОЗ и для всех остальных технических партнеров.

На рис. 5 представлены имеющиеся финансовые средства с распределением по источнику их поступления, включая внутренние резервы, средства Глобального фонда и других доноров.¹³ Общая сумма имеющихся финансовых средств на реализацию намеченного Плана составляет 6,7 млрд. долл. США.

Рис. 4. Ежегодные затраты на выполнение задачи «Остановить ТБ» в Восточной Европе, 2007–2015 гг.

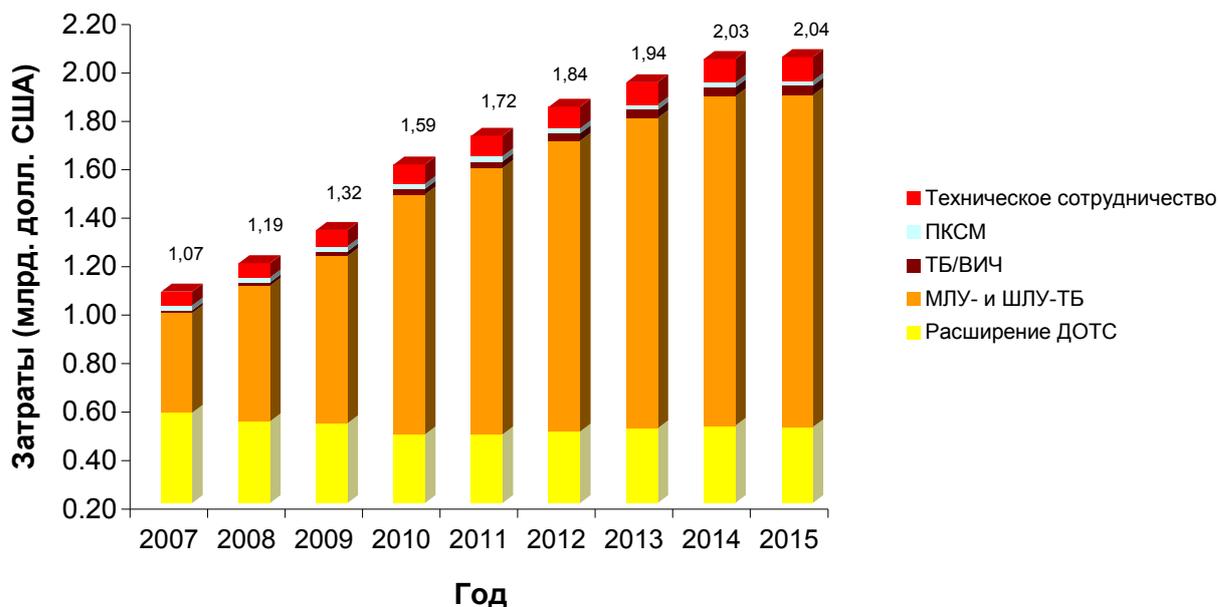
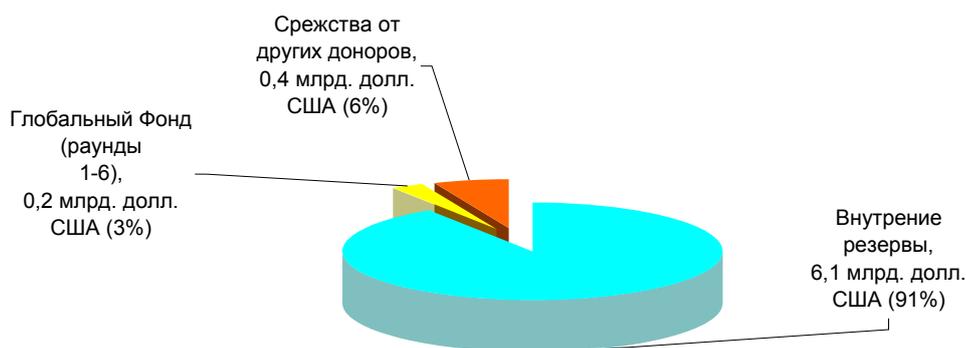


Рис. 5. Общая сумма имеющихся финансовых средств на выполнение задачи «Остановить ТБ» в Восточной Европе, 2007–2015 гг.



Общая сумма имеющихся в наличии средств: 6,7 млрд. долл. США

¹³ Под внутренними резервами подразумевается соблюдение долгосрочных финансовых обязательств, взятых правительствами стран в 2007 г., и рост ассигнований с учетом инфляции. Размер финансирования за счет Глобального фонда основан на пожизненной грантовой поддержке (раунды 1–6). Финансирование по линии других доноров предполагает соблюдение заявленных в 2004 г. обязательств и рост ассигнований с учетом инфляции.

На рис. 6 показано, что имеющаяся сумма финансовых средств предположительно будет ежегодно возрастать без каких-либо дополнительных усилий и постепенно увеличится с 0,68 млрд. долл. США в 2007 г. до 0,82 млрд. в 2015 г.

На рис. 7 показано, что если исходить из нынешних уровней финансирования, для покрытия расчетных затрат на выполнение Плана будет собрана сумма, равная только 6,7 млрд. долл. США, то есть 55% от общего объема необходимых средств.

Рис. 6. Имеющиеся в наличии ежегодные финансовые средства на выполнение задачи «Остановить ТБ» в Восточной Европе, 2007–2015 гг.

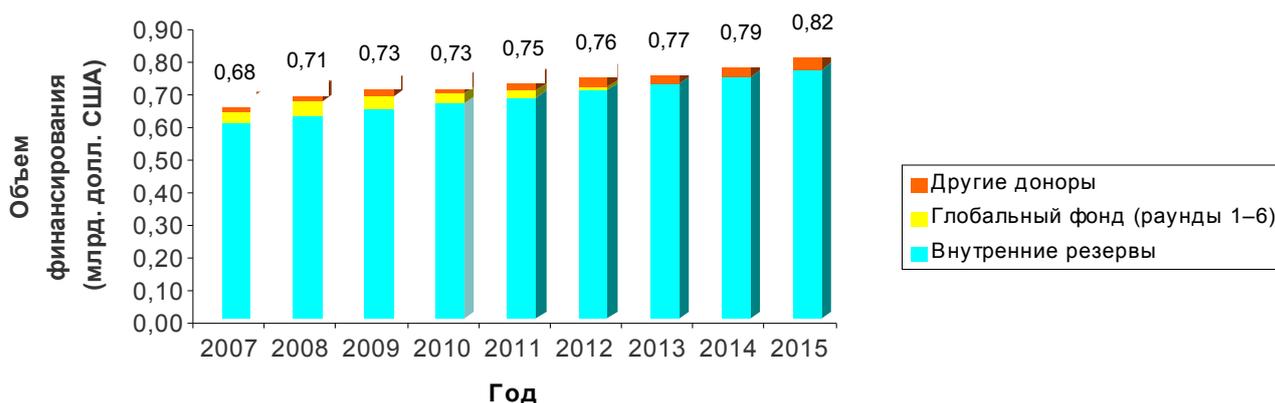
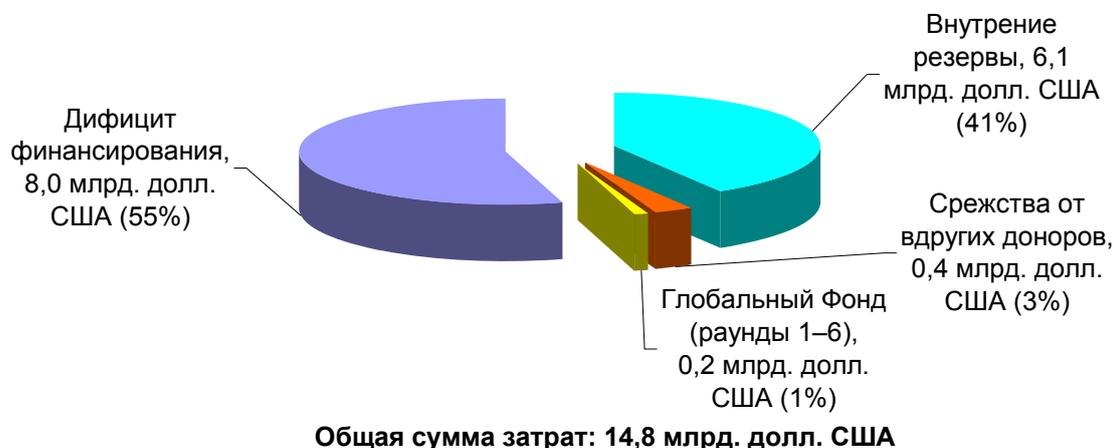


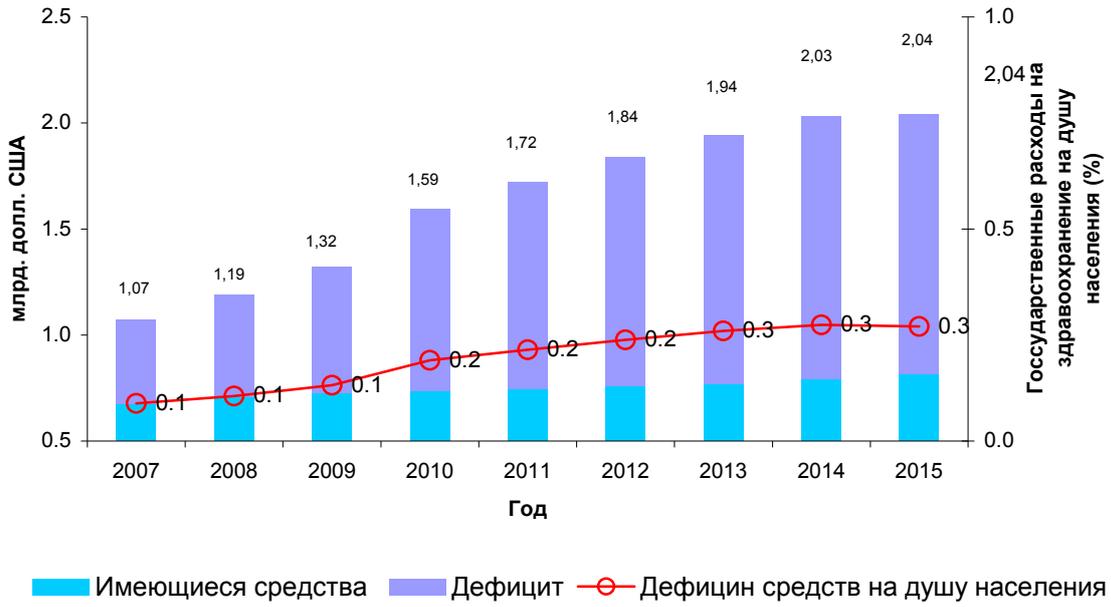
Рис. 7. Общая сумма дефицита средств на выполнение задачи «Остановить ТБ» в Восточной Европе, 2007–2015 гг.



На рис. 8 показано, что предполагаемая сумма дефицита необходимых средств возрастает с каждым годом. Для ликвидации дефицита потребуется увеличение финансирования по сравнению с нынешними уровнями всего на 1,0 долл. США на человека в 2007 г. и на 3,1 долл. США на человека в 2015 г.; эти цифры представляют собой лишь незначительную долю (рост с 0,1% до 0,3%) от суммарных ежегодных государственных затрат на здравоохранение на душу населения. Относительно небольшое увеличение государственных ассигнований представляется вполне реальным, и при условии соблюдения необходимых долгосрочных обязательств на политическом уровне во всех 18 странах Восточной Европы удастся восполнить основную часть дефицита средств. При этом прирост средств из внутренних резервов, скорее всего, не сможет покрыть расходы на техническое сотрудничество в нужном объеме; адекватное финансирование такого сотрудничества потребует увеличения размера финансовой помощи от Глобального фонда или других доноров.

План "Остановить ТБ" для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007-2015 гг.

Рис. 8. Ежегодный дефицит финансирования, необходимого для выполнения задачи «Остановить ТБ» в Восточной Европе, 2007–2015 гг.



Список литературы

1. План расширения программы ДOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 2002-2006 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20030109_1, доступен с 15 ноября 2007 года).
2. *The Global Plan to Stop TB 2006–2015. Actions for life. Towards a world free of tuberculosis.* Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tb/features_archive/global_plan_to_stop_tb/en/index.html, доступен с 15 ноября 2007 года).
3. World Health Organization, Stop TB Partnership. *The Global MDR-TB and XDR-TB Response Plan 2007–2008.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_HTM_TB_2007.387_eng.pdf, доступен с 15 ноября 2007 года).
4. *Пятьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Резолюции и решения. Резолюция WHA53.1 – Инициатива «Остановить туберкулез».* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (http://ftp.who.int/gb/archive/e/e_wha53.html#Resolutions, доступен с 15 ноября 2007 года).
5. Dye C et al. Evolution of tuberculosis control and prospects for reducing tuberculosis incidence, prevalence and deaths globally. *JAMA*, 2005, 293:2767–2775.
6. Millennium Development Goals indicators [вебсайт]. New York, United Nations Statistics Division, 2004 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, доступен с 15 ноября 2007 года).
7. European Neighbourhood Policy [вебсайт]. Brussels, European Communities, 2007 (http://ec.europa.eu/world/enp/index_en.htm, доступен с 15 ноября 2007 года).
8. *Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование, финансирование. Доклад ВОЗ, 2007.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 (<http://dosei.who.int/WebCat/Images/English/Special/Link/URL2.gif>, доступен с 15 ноября 2007 года).
9. Резолюция WHA44.8. Программа борьбы с туберкулезом. В *Сборнике резолюций и решений сессий Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета*, том III, 3-е изд. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1993 (WHA44/1991/REC/1).
10. *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis.* Geneva, World Health Organization, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546956_eng.pdf, доступен с 27 ноября 2007 года).
11. Blondal K. *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in high MDR-TB settings in Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (в печати).
12. Drobniowski FA et al. Recommended standards for modern tuberculosis laboratory services in Europe. *European Respiratory Journal*, 2006, 28(5):903–909.
13. *Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330.pdf, доступен с 15 ноября 2007 года).

14. de Colombani P et al. *Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e81794.pdf>, доступен с 15 ноября 2007 года).
15. *Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, № 4; http://www.euro.who.int/document/sha/chap_4_tb_4_web_rus.pdf, доступен с 15 ноября 2007 года).
16. *Status paper on prisons and tuberculosis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E89906.pdf>, доступен с 15 ноября 2007 года).
17. *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_FCH, доступен с 15 ноября 2007 года).
18. Zignol M et al. Global incidence of multidrug-resistant tuberculosis. *Journal of Infectious Diseases*, 2006, 194:479–485.
19. Migliori GB et al. 125 years after Robert Koch's discovery of the tubercle bacillus: the new XDR-TB threat. Is "science" enough to tackle the epidemic? *European Respiratory Journal*, 2007, 29(3):423–427.
20. *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Нью-Йорк, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2006 (http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp, доступен с 15 ноября 2007 года).
21. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: a framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, доступен с 15 ноября 2007 года).
22. *Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 (<http://www.emro.who.int/cbi/pdf/CMHReportHQ.pdf>, доступен с 15 ноября 2007 года).
23. *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC52/R8 «Усиление противотуберкулезной деятельности в Европейском регионе ВОЗ»*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5, доступен с 15 ноября 2007 года).
24. Стратегия «Остановить ТБ» [вебсайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 (http://www.who.int/tb/features_archive/stop_tb_strategy/en/, доступен с 15 ноября 2007 года).
25. *Contributing to health systems strengthening: guiding principles for national TB programmes and partners*. Geneva, World Health Organization (в печати).
26. The Stop TB Partnership for Europe [вебсайт]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.stoptb.org/national_partnerships/rp_euro.asp, доступен с 15 ноября 2007 года).
27. UNITAID [вебсайт]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.unitaid.eu>, доступен с 15 ноября 2007 года).
28. Международные стандарты организации противотуберкулезной помощи населению. Гаага, Коалиция по предоставлению технической помощи в борьбе с туберкулезом, 2006 (http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf, доступен с 15 ноября 2007 года).

29. *The Patients' Charter for Tuberculosis Care*. Viols en Laval, World Care Council, 2006 (http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf, доступен с 27 ноября 2007 года).
30. *Европейский министерский форум ВОЗ: «Все против туберкулеза»*. Берлинская декларация по туберкулезу. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).
31. *Engaging all health care providers in TB control. Guidance on implementing public-private mix approaches*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.360_eng.pdf, доступен с 27 ноября 2007 года).
32. *The Global Plan to Stop TB 2006–2015. Annex 1. Methods used to estimate costs, funding and funding gaps*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159487X_eng.pdf, доступен с 15 ноября 2007 года)

Дополнение. Страны, являющиеся менее приоритетными применительно к инициативе «Остановить ТБ» и не входящие в состав ЕС

На сегодняшний день в состав Европейского региона ВОЗ входит 53 государства-члена; 27 из них также являются членами ЕС и 3 страны (Исландия, Лихтенштейн и Норвегия) относятся к сфере влияния ЕЭП и ЕАСТ. Разработано два долгосрочных стратегических плана по проблеме ТБ в Европе: План «Остановить ТБ» в 18 наиболее приоритетных странах Европейского региона ВОЗ и план мероприятий, разрабатываемый в настоящее время ЕЦПКЗ в качестве руководящего документа для государств-членов ЕС и стран, входящих в ЕЭП и ЕАСТ.

В этом Дополнении речь идет об 11 странах, не включенных в группу наиболее приоритетных в отношении борьбы с ТБ (в соответствии с критериями, изложенными в основной части этого Плана) и не являющихся членами ЕС. В шести странах этой группы заболеваемость ТБ менее 20 случаев на 100 тыс. населения, и, следовательно, сложившаяся ситуация позволяет планировать меры по ликвидации ТБ в таких странах, как Албания, Андорра, Израиль, Монако, Сан-Марино и Швейцария. Что касается остальных пяти стран, в частности Боснии и Герцеговины, бывшей югославской Республики Македонии, Сербии, Хорватии и Черногории, то они в первую очередь должны пройти промежуточные этапы на пути выполнения поставленных задач борьбы с ТБ.

Никакие государственные границы не смогут остановить передачу инфекции ТБ, и поэтому всем странам Региона необходимо рассматривать связанные с ТБ вмешательства сообразно складывающейся на местах эпидемиологической ситуации. В настоящем Дополнении основное внимание уделяется наиболее актуальным направлениям работы по проведению в жизнь стратегии «Остановить ТБ» в качестве предпосылки для ликвидации ТБ в будущем.

Мероприятия в области расширения и улучшения предоставления высококачественных услуг по ДOTS

В табл. 1 дается краткий обзор политики по борьбе с ТБ в 11 странах.

Таблица 1. Обзор политики по борьбе с ТБ, 2006 г.

Страна	Охват населения стратегией ДOTS (%)	Национальное руководство по ТБ	Внешний контроль качества микроскопии мазка мокроты	Стандартные схемы лечения	ЛНН	Регулярное обеспечение лекарственными препаратами	Мониторинг исходов лечения
Албания	33	+	-	+	-	++	++
Андорра	100	++	-	++	-	++	++
Босния и Герцеговина	100	++	++	++	++	++	++
Бывшая югославская Республика Македония	100	++	-	++	+	++	++
Израиль	100	++	++	++	++	++	++
Монако	0	-	-	++	++	н/п	-
Сан-Марино	0	-	-	+	+	н/п	-
Сербия	98	++	+	++	++	+	++
Хорватия	25	++	++	++	++	++	+
Черногория	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
Швейцария	0	++	++	++	+	++	-

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; - = нет/никакие; н/п = неприменимо. Вплоть до января 2007 г. информация по Черногории входила в сведения по Сербии

- Разработка/осуществление в Албании, Хорватии и Черногории национального плана на основе стратегии «Остановить ТБ» для достижения в ближайшем будущем 100%-ного охвата стратегией ДOTS. Составление среднесрочных национальных планов мероприятий по борьбе с ТБ, включая бюджет.
- Для Монако, Сан-Марино и Швейцарии необходимо разработать системы эпиднадзора, позволяющие министерству здравоохранения заниматься сбором и анализом исходов лечения больных ТБ, ведение которых обеспечивается на уровне ПМСП. Это является единственным недостающим условием для придания статуса «страна, внедрившая ДOTS».
- Разработка/осуществление национального плана ликвидации ТБ в тех странах, которым уже удалось выполнить поставленные задачи борьбы с ТБ или снизить заболеваемость ТБ до менее 20 случаев на 100 тыс. населения, в частности в Албании, Израиле, Монако и Швейцарии.
- Использование выделенных по гранту Глобального фонда средств в Албании, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македонии, Сербии и Черногории для укрепления организации фтизиатрической помощи и достижения устойчивости функционирования соответствующих служб в рамках национальных систем здравоохранения.
- Укрепление национальной сети лабораторий, занимающихся прямой микроскопией, культуральными исследованиями и определением лекарственной чувствительности, в Албании, бывшей югославской Республике Македонии, Сербии и Черногории. Обеспечение внешнего контроля качества путем сотрудничества с одной из наднациональных референс-лабораторий по исследованиям ТБ.

- Обеспечение наблюдения за процессом лечения ТБ и оказание поддержки пациентам посредством должного взаимодействия между учреждениями первичного звена и другими уровнями медико-санитарной помощи во всех странах. Выполнение задачи соблюдения больными ТБ предписанного режима лечения наряду с использованием механизмов социальной поддержки и поощрительного вознаграждения пациентов из уязвимых групп.
- Решение вопросов качества с участием отечественных производителей ПТП первого и второго ряда путем внедрения рекомендуемых ВОЗ правил надлежащей производственной практики.
- Укрепление систем учета и отчетности по ТБ в рамках национальных систем эпиднадзора и использование данных по ТБ на национальном и субнациональном уровнях для ежеквартального мониторинга работы служб НПТ.
- Проверка качества работы национальной системы эпиднадзора за ТБ и пересмотр на этой основе расчетных данных ВОЗ по ТБ (заболеваемость, распространенность и смертность).
- Постановка во главу угла вопросов профилактики и ведения ТБ у детей в рамках повседневной деятельности НПТ во всех странах.

Мероприятия, связанные с решением проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

Даже небольшое число случаев МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ может оказаться непростой проблемой для НПТ, от которой зависит высокое качество диагностики, лечения и ухода за больными (табл. 2). Довольно часто такие случаи можно выявить среди рабочих-мигрантов и ПИН – контингентов с особыми потребностями.

Выделяемые по гранту Глобального фонда средства ассоциируются во многих странах с реальной возможностью приблизиться к международным стандартам эффективности работы лабораторий и качества ПТП второго ряда, которые изначально могли не входить в национальные планы из соображений недостаточной экономической эффективности.

- Укрепление потенциала для проведения бактериологической (культуральной) диагностики ТБ и определения лекарственной чувствительности, в частности в Албании, бывшей югославской Республике Македонии, Сербии и Черногории.
- Внедрение в Албании, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македонии и Черногории методических рекомендаций ВОЗ по ведению больных ТБ с лекарственной устойчивостью (10).
- Обеспечение адекватного снабжения и использования высококачественных ПТП второго ряда с учетом рекомендаций КЗС.
- Укрепление сотрудничества между программой противотуберкулезной помощи и программой борьбы с ВИЧ/СПИДом.
- Стимулирование эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией среди больных ТБ в Албании, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македонии, Сербии и Черногории.
- Содействие проведению во всех странах адресных мероприятий среди групп высокого риска, включая рабочих-мигрантов, заключенных и ПИН.
- Установление контактов между медицинскими службами тюрем (и другими соответствующими службами, которые не входят в систему министерства здравоохранения) и НПТ.
- Стимулирование социальной поддержки больных ТБ.

Таблица 2. Обзор ситуации с МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и другими актуальными проблемами, 2006 г.

Страна	МЛУ-ТБ		ТБ/ВИЧ		Другие актуальные проблемы	
	Политика соответствует позиции ВОЗ	Мероприятия НПТ	Политика консультирования и тестирования на ВИЧ	Охват ВААПТ	Тюрьмы	Другие основные группы риска по ТБ
Албания	-	-	-	++	-	
Андорра	+	-	-	++	++	
Босния и Герцеговина	-	+	-	++	-	
Бывшая югославская Республика Македония	+	+	+	++	++	
Израиль	++	++	++	++	++	Рабочие-мигранты
Монако	-	-	-	++	н/п	
Сан-Марино	-	-	-	++	н/п	
Сербия	++	+	+	+	++	Цыгане, перемещенные лица, беженцы
Хорватия	++	++	++	++	-	
Черногория	н/п	н/п	н/п	++	н/п	
Швейцария	++	++	++	++	++	Рабочие-мигранты

Примечание: ++ = да/все/> 75% охвата ВААПТ; + = некоторые/частично; - = нет/никакие; н/п = неприменимо. Вплоть до января 2007 г. информация по Черногории входила в сведения по Сербии.

Мероприятия, способствующие укреплению систем здравоохранения

Именно в этих 11 странах, где уровень заболеваемости ТБ ниже и дальнейшие усилия по борьбе с ТБ и его ликвидации должны предприниматься еще длительное время, фтизиатрические службы должны быть интегрированы в общую лечебную сеть. Национальная система здравоохранения, равно как и каждая из ее функций (руководство, финансирование, изыскание средств и организация медобслуживания), должна быть главной опорой в вопросах оказания качественной фтизиатрической помощи, предоставляемой через уже действующую сеть центров семейной медицины (табл. 3). Кроме того, следует не только сохранять функцию управления на центральном уровне в области планирования, координации и мониторинга служб противотуберкулезной помощи, но и обеспечивать пересмотр национальной политики и переподготовку кадров, заниматься специализированной диагностикой и лечением.

- Обеспечение разработки надлежащего плана развития кадровых ресурсов в поддержку эффективного и результативного подхода к повышению качества фтизиатрической помощи.
- Стимулирование и поддержка процессов интеграции фтизиатрических и других служб на уровне ПМСП через формирование соответствующих учебных планов базовой подготовки врачей и медсестер, пересмотр функциональных обязанностей с учетом современных требований и осуществление ПОЗЛ.

- Сотрудничество в укреплении системы здравоохранения с использованием выделенных по гранту Глобального фонда средств в Албании, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македонии, Сербии и Черногории.
- Создание гарантий того, что при реорганизации служб в условиях реформы сектора здравоохранения удастся сохранить и укрепить важнейшие службы борьбы с ТБ.

Таблица 3. Обзор ситуации с укреплением систем здравоохранения, 2006 г.

Страна	НПТ и план развития кадровых ресурсов	Врачи и медсестры с базовым уровнем подготовки по фтизиатрии	Персонал фтизиатрических служб с пересмотренными должностными обязанностями	План действий НПТ и меры по укреплению систем здравоохранения	Реализация ПОЗЛ
Албания	–	+	–	–	–
Андорра	–	+	++	–	–
Босния и Герцеговина	++	+	++	–	–
Бывшая югославская Республика Македония	++	++	++	–	–
Израиль	++	++	++	–	–
Монако	–	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–
Сербия	+	++	++	++	–
Хорватия	–	+	++	–	–
Черногория	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
Швейцария	–	–	++	–	–

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие; н/п = неприменимо. Вплоть до января 2007 г. информация по Черногории входила в сведения по Сербии.

Мероприятия по вовлечению в работу всех поставщиков медицинских услуг

В табл. 4 речь идет о поставщиках медицинских услуг как в государственном (государственные больницы, учреждения медицинского страхования, военные госпитали, больницы при медицинских вузах, тюрьмы), так и в частном (частнопрактикующие врачи, НПО, частные клиники, корпоративные службы) секторе.

- Активизация сотрудничества между НПТ и всеми поставщиками медицинских услуг государственного и частного секторов во всех странах.
- Анализ потенциальных возможностей для вовлечения дополнительных структур государственного/частного секторов.
- Создание условий для соблюдения требований ISTC всеми поставщиками помощи в государственном и частном секторах страны.

Таблица 4. Обзор мероприятий по вовлечению поставщиков медицинских услуг всех категорий, 2006 г.

Страна	Руководство для частнопрактикующих врачей	Сотрудничество со всеми ЛПУ государственного сектора	Сотрудничество со всеми поставщиками услуг частного сектора	Содействие внедрению МСПТ
Албания	–	–	–	–
Андорра	++	++	++	–
Босния и Герцеговина	–	–	–	–
Бывшая югославская Республика Македония	–	+	+	++
Израиль	–	–	–	–
Монако	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–
Сербия	–	+	+	++
Хорватия	–	–	–	–
Черногория	н/п	н/п	н/п	н/п
Швейцария	++	++	++	–

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие; н/п = неприменимо. Вплоть до января 2007 г. информация по Черногории входила в сведения по Сербии.

Мероприятия по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

Люди с диагнозом ТБ и местное население, гражданское общество в целом являются ключевыми партнерами в создании условий для соблюдения предписанного режима лечения и своевременного выявления случаев (табл. 5). Мероприятия в области ПКСМ могут способствовать оказанию устойчивой политической, социальной и поведенческой поддержки в борьбе с ТБ и прогрессу в достижении ЦТР. Содействие проведению в жизнь Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ имеет важнейшее значение. Методы и средства ПКСМ зависят от специфики условий на местах, в том числе от конкретных потребностей, финансовых и технических возможностей и культурно-социальной среды.

- Составление в письменном виде национальных планов, выделение адекватных финансовых и кадровых ресурсов и осуществление доказательных, ориентированных на нужды страны мероприятий в области ПКСМ.
- Оценка влияния мероприятий в области ПКСМ путем проведения демографических обследований.
- Изучение и использование потенциальных возможностей для оказания фтизиатрической помощи по месту проживания.
- Распространение и популяризация в масштабе страны Хартии пациентов по оказанию помощи при ТБ и поддержка групп и организаций пациентов в проведении мониторинга выполнения медработниками установленных требований.

Таблица 5. Обзор мероприятий по расширению потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения, 2006 г.

Страна	НПТ и формализованный план мероприятий в области ПКСМ	НПТ отслеживает воздействие ПКСМ через опросы населения	Фтизиатрическая помощь по месту проживания / на уровне общины	Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ
Албания	–	–	–	–
Андорра	–	–	–	–
Босния и Герцеговина	–	–	–	–
Бывшая югославская Республика Македония	–	–	–	–
Израиль	–	–	–	–
Монако	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–
Сербия	–	+	–	–
Хорватия	–	–	–	–
Черногория	н/п	н/п	н/п	н/п
Швейцария	–	–	++	++

Примечание: ++ = да/все; + = некоторые/частично; – = нет/никакие; н/п = неприменимо. Вплоть до января 2007 г. информация по Черногории входила в сведения по Сербии.

Мероприятия по содействию проведению и стимулированию научных исследований

Сербия и Швейцария проводят операционные исследования в порядке методического обеспечения НПТ, однако остальные страны (Албания, Андорра, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Монако, Сан-Марино и Хорватия) этого не делают.

- Разработка и реализация плана проведения операционных исследований наряду с документированием профилактических мероприятий и выработкой предложений по планированию дальнейшей работы.
- Мониторинг эффективности работы программы противотуберкулезной помощи в течение всего периода реформирования общей лечебной сети и предоставляемых ею услуг.
- Поиск наиболее эффективных вмешательств в отношении ТБ среди групп населения особого риска.

Приложение 1. Показатели, приведенные в таблицах Главы 3

Решение вопросов расширения стратегии ДOTS и улучшения предоставления высококачественных услуг в рамках этой стратегии

Лечение под непосредственным наблюдением (ЛНН): реализация принципа лечения под непосредственным наблюдением.

Охват населения стратегией ДOTS: процент населения страны, проживающего на территориях, где службы здравоохранения внедрились стратегию ДOTS.

Внешний контроль качества микроскопии мазка мокроты: функционирование системы обеспечения внешнего контроля качества микроскопии мазка мокроты.

Регулярное обеспечение лекарственными препаратами: бесперебойное снабжение высококачественными противотуберкулезными препаратами первого ряда.

Стандартные схемы лечения: внедрение стандартных схем лечения в соответствии с международными рекомендациями.

Национальное руководство по ТБ: наличие национального руководства по борьбе с ТБ или методических рекомендаций по диагностике и лечению ТБ.

Мониторинг исходов лечения: практика проведения среди пациентов когортного анализа в целях мониторинга исходов лечения и эффективности работы программ противотуберкулезной помощи.

Решение проблем МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и других актуальных проблем

Охват ВААРТ: процент нуждающихся в высокоактивной антиретровирусной терапии и получающих ее от расчетного числа людей, живущих с ВИЧ.

Другие основные группы риска ТБ: проведение вмешательств в отношении подгрупп населения, подверженных особому риску ТБ, исключая пенитенциарную систему.

Мероприятия НПТ в отношении МЛУ-ТБ: проведение рекомендованных ВОЗ вмешательств в отношении МЛУ-ТБ в рамках национальной программы противотуберкулезной помощи.

Политика борьбы с МЛУ-ТБ в соответствии с руководством ВОЗ: внедрение методических рекомендаций ВОЗ по ведению больных ТБ с множественной лекарственной устойчивостью.

Политика консультирования и тестирования на ВИЧ: принятие национальной политики по организации консультирования и тестирования на ВИЧ больных ТБ (хотя бы в отношении конкретных групп).

Тюрьмы: внедрение рекомендованного для использования на международном уровне руководства по борьбе с ТБ для пенитенциарной системы.

Вклад в укрепление систем здравоохранения

Врачи и медсестры с базовым уровнем подготовки по фтизиатрии: наличие вопросов, касающихся борьбы с ТБ, в учебном плане базовой подготовки как врачей, так и медсестер.

План действий НПТ, включающий меры по укреплению систем здравоохранения: включение подходов, обеспечивающих укрепление общей лечебной сети, в план действий национальной программы противотуберкулезной помощи.

НПТ и план развития кадровых ресурсов: наличие всеобъемлющего стратегического плана развития кадровых ресурсов, разработанного в рамках национальной программы противотуберкулезной помощи.

Реализация ПОЗЛ: проведение в жизнь практического подхода к охране здоровья легких.

Персонал фтизиатрических служб с пересмотренными должностными обязанностями: наличие пересмотренными в соответствии с современной стратегией должностных инструкций для персонала фтизиатрических служб.

Вовлечение поставщиков медицинских услуг всех категорий

Сотрудничество со всеми поставщиками услуг частного сектора: расширение сотрудничества национальной программы противотуберкулезной помощи с поставщиками услуг частного сектора.

Сотрудничество со всеми ЛПУ государственного сектора: расширение сотрудничества национальной программы противотуберкулезной помощи с другими поставщиками медицинских услуг государственного сектора.

Руководство для частнопрактикующих врачей: наличие национального руководства по ведению больных ТБ для медицинских специалистов, не работающих в системе государственных лечебных учреждений.

Содействие внедрению МСПТ: содействие внедрению Международных стандартов помощи при туберкулезе в рамках национальной программы противотуберкулезной помощи.

Расширение потенциальных возможностей людей с диагнозом ТБ и местного населения

Фтизиатрическая помощь по месту проживания / на уровне общины: степень участия местного населения в оказании фтизиатрической помощи.

НПТ отслеживает воздействие ПКСМ через опросы населения: практика в рамках национальной программы противотуберкулезной помощи по мониторингу воздействия мероприятий в области пропаганды и содействия, коммуникации и социальной мобилизации.

НПТ и формализованный план мероприятий в области ПКСМ: наличие в рамках национальной программы противотуберкулезной помощи письменного плана мероприятий в области пропаганды и содействия, коммуникации и социальной мобилизации.

Хартия пациентов по оказанию помощи при ТБ: содействие распространению Хартии пациентов по оказанию помощи при туберкулезе.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Молдова
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>



9 789289 071901