



Европейский региональный комитет

Шестьдесят первая сессия

EUR/RC61/15

+EUR/RC61/Conf.Doc./8

Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.

21 июля 2011 г.

111391

Пункт 6(f) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг.

Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. разработан для объединения усилий в решении настоятельной проблемы лекарственно-устойчивого ТБ в Регионе.

План подготовлен в общерегиональной консультации с представителями 53 европейских государств-членов, экспертами, пациентами и сообществами, в которых распространен туберкулез. Процесс коллективной разработки плана прошел в рамках специального проекта Регионального директора по предупреждению и борьбе с М/ШЛУ-ТБ и под контролем независимого координационного комитета, состоящего из представителей основных технических и двусторонних агентств, государств-членов, а также организаций гражданского общества.

После подробной оценки мероприятий, направленных на борьбу с ТБ и МЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ, и принимая во внимание действия государств-членов в ответ на обращения Регионального директора поделиться идеями, замечаниями и предложениями по материалам второго совещания Постоянного комитета Регионального комитета восемнадцатого созыва (Андорра, 18–19 ноября 2010 г.), был подготовлен первый проект комплексного плана действий. Для разработки второго проекта плана при участии представителей стран и ведущих экспертов в этой области Европейским региональным бюро ВОЗ было организовано трехдневное рабочее совещание, которое проходило с 6 по 8 декабря 2010 года в Копенгагене. План был размещен в Интернете с 25 февраля по 11 апреля 2011 г. для публичного обсуждения и консультации с гражданским обществом и 5 мая 2011 г. разослан государствам-членам для рассмотрения. Их замечания и предложения были включены в окончательный вариант Плана.

Цели и задачи комплексного плана действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ согласуются с целями и задачами раздела по МЛУ-ТБ Глобального плана “Остановить ТБ” на 2011–2015 гг. и резолюцией WHA62.15 Всемирной ассамблеи здравоохранения, призывающей все государства-члены Европейского региона ВОЗ предупреждать и контролировать возникновение случаев М/ШЛУ-ТБ, а также укреплять партнерства и привлекать к работе организации гражданского общества. В основе Комплексного плана действий лежат основные принципы стратегии Здоровье-2020, в которой отражена концепция справедливого доступа к услугам здравоохранения. План соответствует Пекинскому призыву к действиям, направленным на борьбу с туберкулезом и лечение больных, а также Берлинской декларации по туберкулезу. Для успешного завершения подготовительной работы и помощи в реализации комплексного плана действий в сотрудничестве с партнерами будет разработана общая платформа для действий.

Комплексный план действий вместе с сопроводительной резолюцией представляется для утверждения Европейским региональным комитетом ВОЗ.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Исполнительное резюме.....	1
Введение.....	2
Основные положения.....	4
Предупреждение развития случаев М/ШЛУ-ТБ	7
Расширение доступа к услугам тестирования устойчивости к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда и тестирования на ВИЧ среди больных ТБ	8
Расширение доступа к эффективному лечению лекарственно-устойчивого ТБ	9
Наращивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля.....	10
Усиление эпиднадзора, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ	11
Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно- устойчивого туберкулеза, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса.....	11
Учет потребностей особых групп населения	14
Утверждение плана	15
Библиография.....	15

Исполнительное резюме

В ответ на настораживающую проблему туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) в Европейском регионе ВОЗ Региональным директором был учрежден Специальный проект для предупреждения и борьбы с М/ШЛУ-ТБ в Регионе. В целях развертывания комплексных ответных действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ был разработан Комплексный план действий на 2011–2015 гг. для 53 государств-членов, Европейского регионального бюро ВОЗ и партнеров. Комплексный план действий на 2011–2015 гг. по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ включает шесть стратегических направлений и семь областей деятельности. Стратегические направления, охватывающие целый ряд аспектов, призваны защищать ценности стратегии Здоровье-2020 и выделять общие приоритеты для Европейского региона ВОЗ. Области деятельности согласуются с Глобальным планом “Остановить ТБ” на 2011–2015 гг. и включают цели, установленные Глобальным планом и Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA62.15 по обеспечению всеобщего доступа к диагностике и лечению МЛУ-ТБ.

Подробно разработанный вариант комплексного плана действий подготовлен, чтобы снабдить рабочей схемой (“дорожной картой”) реализации действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ национальные программы и подразделения по борьбе с ТБ и инфекционными заболеваниями, технические агентства и двусторонние организации. Европейское региональное бюро ВОЗ оказало помощь государствам-членам с высоким бременем МЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ в разработке национальных планов ответных действий в отношении МЛУ-ТБ, основанных на Пекинском призыве к действиям, направленным на борьбу с туберкулезом и лечение больных. Комплексный план действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ направит государства-члены на путь дальнейшего развития и интегрирования их национальных планов ответных действий в отношении МЛУ-ТБ в национальные планы борьбы с ТБ и/или национальные стратегические планы здравоохранения.

Реализация комплексного плана действий позволит предотвратить возникновение 250 000 новых случаев МЛУ-ТБ и 13 000 – ШЛУ-ТБ. Расчетное число вновь выявленных случаев МЛУ-ТБ составит 225 000, из которых 127 000 будут успешно пролечены, что таким образом позволит прервать передачу МЛУ-ТБ; будет спасено 120 000 жизней и сэкономлено 5 млрд. долл. США.

Введение

1. Туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) – это явление, созданное руками человека, которое возникает как результат ненадлежащего лечения туберкулеза и/или неудовлетворительного инфекционного контроля, осуществляемого в отношении инфекций, передаваемых воздушно-капельным путем, в медицинских учреждениях и местах компактного пребывания людей. Из расчетных 440 000 (разброс 390 000–510 000) больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) 81 000 (разброс 73 000–90 000) случаев МЛУ-ТБ приходится на Европейский регион ВОЗ (18,4% мирового бремени)¹. Показатели распространенности МЛУ-ТБ по всему Европейскому региону остаются весьма тревожными. Доля МЛУ среди вновь выявленных и ранее леченных больных ТБ в 2009 г. составила 11,7% и 36,6% соответственно². Несмотря на все еще очень низкий охват тестированием на чувствительность к лекарственным средствам второго ряда (ПВР), большинство стран Региона сообщили о случаях ШЛУ-ТБ.

2. Первые девять стран мира с показателями распространенности МЛУ-ТБ, превышающими 12% среди новых случаев ТБ, и первые шесть стран с показателями распространенности МЛУ-ТБ, превышающими 50% среди ранее леченых случаев, расположены в Европейском регионе ВОЗ. Высокая корреляция между МЛУ-ТБ и ВИЧ получила документальное подтверждение в нескольких государствах-членах³. Кроме этого, сообщалось о том, что МЛУ-ТБ в Регионе связан с большим количеством первичных и вторичных детерминант здоровья, таких как нахождение в местах лишения свободы, миграция и низкий социально-экономический статус, и это вызывает озабоченность во всех странах Региона независимо от уровня заболеваемости ТБ.

3. В 2009 г. из 81 000 (разброс 73 000–90 000) предполагаемых больных МЛУ-ТБ было зарегистрировано лишь 27 760 случаев (34,2%)² из-за низкой доступности культуральных исследований и тестирования на лекарственную чувствительность или методов молекулярной диагностики. Сообщалось, что из этих зарегистрированных случаев МЛУ-ТБ лишь 61,8% (17 169 пациентов)⁴ сообщили о полученном соответствующем лечении качественными препаратами ПВР. Для диагностики ШЛУ-ТБ необходимо иметь доступ к определению чувствительности к ПВР, которое еще не является широкодоступным для всех пациентов. Несмотря на это, общее число зарегистрированных больных с ШЛУ-ТБ, увеличилось почти в три раза – с 132 в 2008 г. до 344 в 2009 году². Это число сократилось в странах Европейского союза (ЕС)/Европейского экономического пространства (ЕЭП), где, как считается, диагностические службы для выявления устойчивости к лекарственным средствам второго ряда доступны всем

¹ *Global tuberculosis control: WHO report 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.7, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf).

² European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf).

³ *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response*. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.3, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf).

⁴ *Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015, WHO progress report 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (document WHO/HTM/TB/2011.3, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330_eng.pdf).

больным МЛУ-ТБ. В то же время в странах, не принадлежащих к ЕС/ЕЭП⁵, где такие услуги крайне ограничены, уровень уведомления о случаях ШЛУ-ТБ увеличился в 6,7 раза (с 41 до 278)².

4. В настоящее время лечение пациентов с МЛУ-ТБ продолжительно по времени и занимает до 24 месяцев. Оно проходит с применением ПВР и/или хирургических вмешательств, часто сопровождается побочными эффектами, что ложится дополнительным бременем на пациентов и их семьи. По последним имеющимся данным, в Европейском регионе в 2007 г. из 3823 пациентов, получающих качественные ПВР, 2194 (57,4%) были успешно пролечены. Наиболее низкий показатель успешного лечения пациентов с МЛУ-ТБ в странах ЕС регистрируется на уровне 32% (355 из 1111), при этом, к сожалению, большое число пациентов умирают (19,5%), не получают улучшения (23%) или выбывают из последующего наблюдения (25,5%)².

5. Региональное бюро в сотрудничестве и при координации действий с другими партнерами предоставило руководящие указания и техническую помощь государствам-членам для повышения уровня профилактики ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ, контроля и медицинской помощи, включая планирование и управление программами, инфекционный контроль в отношении инфекций, передаваемых воздушно-капельным путем, эпиднадзор, мониторинг и оценку, развитие кадрового потенциала, лабораторную диагностику гарантированного качества, разработку руководств и стратегий, предоставление качественных лекарственных препаратов через Глобальную службу обеспечения противотуберкулезными препаратами (GDF) и Комитет Зеленого света (КЗС), включая также адвокацию, обмен информацией и социальную мобилизацию.

6. Бацилла Кальмета-Герена (БЦЖ) – единственная имеющаяся в настоящее время в распоряжении вакцина от туберкулеза – впервые использовалась в 1921 г.; она имеет ограниченную эффективность для защиты от заболевания и не может использоваться применительно к людям, живущим с ВИЧ инфекцией. Самые эффективные препараты, используемые для лечения туберкулеза, были открыты в 1950-е годы, после чего в практику были введены другие лекарственные средства, зачастую имеющие более частые и тяжелые виды побочного действия. В настоящее время срочно необходимы более эффективные лекарственные препараты и вакцины, и европейские научно-исследовательские институты могут сыграть важную роль в изучении и разработке новых лекарств и вакцин.

7. Недавно ВОЗ одобрила применение автоматизированного экспресс-теста, основанного на амплификации нуклеиновых кислот, в качестве экспресс-метода диагностики ТБ и устойчивости к рифампицину; однако эта технология и другие одобренные ВОЗ методы диагностики еще не нашли широкого применения в большинстве стран Региона с высоким бременем МЛУ-ТБ.

8. В рамках Берлинской декларации по туберкулезу, принятой в 2007 г., все государства-члены обязались бороться с туберкулезом и должным образом решать проблемы, связанные с М/ШЛУ-ТБ. Соответствующие вмешательства, направленные на

⁵ 30 стран ЕС и ЕЭП: Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Лихтенштейн, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швеция, Эстония. Остальные 24 страны Европейского региона (не являющиеся членами ЕС/ЕЭП): Азербайджан, Албания, Андорра, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, бывшая югославская республика Македония, Грузия, Израиль, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Монако, Россия, Сан-Марино, Сербия, Таджикистан, Туркменистан.

решение проблемы лекарственно-устойчивого туберкулеза, требуют надлежащего планирования деятельности и ее эффективной реализации на национальном уровне, всесторонних подходов в странах и между странами, сильной поддержки со стороны национальных и международных партнеров. Министры из 27 стран мира с высоким бременем М/ШЛУ-ТБ с 1 по 3 апреля 2009 г. провели встречу в Пекине, Китай, для безотлагательного решения вопроса угрозы М/ШЛУ-ТБ. Это нашло свое отражение в Призыве к действиям в отношении М/ШЛУ-ТБ в целях оказания помощи в приоритизации проблем здравоохранения и гарантии того, что будут приняты безотлагательные и необходимые обязательства действовать и выделять финансовую помощь для предотвращения грозящей эпидемии. В том же году Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции WHA62.15 призвала все государства-члены работать в направлении профилактики и борьбы с М/ШЛУ-ТБ. Европейские страны с высоким уровнем МЛУ-ТБ разработали сводные национальные планы борьбы с М/ШЛУ-ТБ. Эти национальные планы необходимо тщательно доработать и утвердить в соответствии с настоящим региональным Комплексным планом действий.

9. Директор Европейского регионального бюро подтвердила решительную приверженность ВОЗ борьбе с ТБ и М/ШЛУ-ТБ как приоритетной для Региона и разработке плана действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ, такая позиция была утверждена на шестидесятой сессии Регионального комитета в Москве в сентябре 2010 года.

Основные положения

Перспективное видение

10. Элиминация туберкулеза (менее одного больного ТБ на миллион населения) к 2050 г. (видение Глобального плана “Остановить ТБ”).

Цель

11. Добиться сдерживания распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза путем достижения всеобщего доступа⁶ к профилактике, диагностике и лечению М/ШЛУ-ТБ во всех государства - членах Европейского региона ВОЗ⁷ к 2015 году.

Целевые показатели

12. Комплексный план действий нацелен на то, чтобы:

- К концу 2015 г. снизить на 20% долю МЛУ-ТБ среди ранее леченых больных;
- К концу 2015 г. диагностировать, как минимум, 85% от расчетного количества больных МЛУ-ТБ⁸;

⁶ Всеобщий доступ определяется как научно обоснованная практика и качественные услуги, общедоступные и приемлемые для людей, вне зависимости от их возраста, пола, сексуальной ориентации, религии, происхождения, национальности, социально-экономического статуса или географических условий.

⁷ В мае 2009 г. Шестидесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA62.15 по МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, призывающую все государства-члены добиваться всеобщего доступа к диагностированию и лечению туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в рамках перехода ко всеобщему охвату медицинским обслуживанием, спасая таким образом человеческие жизни и защищая общины.

⁸ В 2009 г. было зарегистрировано лишь 34,5% от расчетного количества больных МЛУ-ТБ. При наличии всеобщего доступа к диагностике можно ожидать, что большая часть больных с положительным результатом посева мокроты будет выявлена, зарегистрирована и включена в отчетность, в то время как многие больные с отрицательным результатом посева мокроты все еще могут оставаться не выявленными.

- К концу 2015 г. успешно излечить, как минимум, 75% зарегистрированных больных МЛУ-ТБ.

Стратегические направления

13. Шестью стратегическими направлениями Комплексного плана действий являются:
- (1) Выявление детерминант, содействующих появлению и распространению лекарственно-устойчивого туберкулеза, и направление усилий на эти детерминанты и лежащие в их основе факторы риска (области вмешательства 1, 4, 6 и 7).
 - (2) Усиление реагирования систем здравоохранения по предоставлению общедоступных и приемлемых услуг с использованием подходов, ориентированных на пациентов. Для охвата наиболее уязвимых групп населения важно, чтобы услуги оставались для пациентов действительно бесплатными. Необходимо внедрить инновационные механизмы для устранения препятствий на пути к достижению основанного на принципах социальной справедливости доступа к диагностике и лечению лекарственно-устойчивого ТБ и создания для пациентов системы стимулов и средств, помогающих завершить их лечение (области вмешательства 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7).
 - (3) Работа в национальных, региональных и международных партнерствах в деле профилактики, контроля и лечения ТБ (область вмешательства 6).
 - (4) Поощрение регионального и международного сотрудничества для разработки новых средств диагностики, лекарственных препаратов и вакцин от туберкулеза (области вмешательства 2, 3 и 6).
 - (5) Содействие рациональному использованию существующих ресурсов, выявление дефицита средств и мобилизация дополнительных ресурсов для заполнения имеющихся финансовых брешей (область вмешательства 6).
 - (6) Мониторинг тенденций показателя М/ШЛУ-ТБ в Регионе и оценка воздействия мероприятий (область вмешательства 5).

Области вмешательства

14. Основаны на задачах Глобального плана “Остановить ТБ на 2011-2015 гг.”⁹ – добиться сокращения бремени лекарственно-устойчивого ТБ – семь областей вмешательства Комплексного плана действий, а именно:

- (1) Предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ.
- (2) Расширение доступа к услугам тестирования чувствительности к лекарственным средствам первого и второго ряда и к тестированию на ВИЧ инфекцию среди больных ТБ.
- (3) Расширение доступа к эффективному лечению лекарственно-устойчивого ТБ.
- (4) Нарастивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля.
- (5) Усиление эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ.

⁹ Было решено соотнести с этими задачами соответствующие “области вмешательства” и для каждой из областей определять частные задачи, которые были бы конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными и имели определенные временные рамки (“smart” – specific, measurable, achievable, realistic and time-bound).

- (6) Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого ТБ, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса.
- (7) Учет потребностей особых групп населения.

Промежуточные результаты

15. Промежуточными результатами Комплексного плана действий являются:
 - К середине 2012 г. будет создан региональный механизм координации и сотрудничества среди партнеров по предоставлению технической поддержки и наращиванию масштабов мер борьбы с М/ШЛУ-ТБ.
 - К концу 2013 г. в государствах-членах быстрые тесты молекулярной диагностики МЛУ-ТБ¹⁰, одобренные ВОЗ, будут доступны и будут использоваться для всех пациентов, отвечающих установленным критериям.
 - К концу 2014 г. все страны с высоким бременем МЛУ-ТБ введут на национальном уровне электронные базы данных по уведомлению о случаях заболевания и регистрации результатов лечения больных МЛУ-ТБ.
 - К концу 2013 г. все страны с высоким бременем МЛУ-ТБ будут сообщать в рамках отчетности о более чем 50% расчетных случаев МЛУ-ТБ.
 - К концу 2013 г. во всех 18 европейских странах, высокоприоритетных по ТБ, будет проведено опросное исследование по знаниям, установкам и практике (ЗУП) и предприняты оценки с акцентом на потребности систем здравоохранения в связи с ТБ и МЛУ-ТБ.
 - К концу 2012 г. все 18 стран Европейского региона с высоким приоритетом по ТБ примут и обеспечат бюджетом национальные планы действий по ТБ и М/ШЛУ-ТБ, которые станут частью их национальных стратегических планов по ТБ.
 - К концу 2013 г. все государства-члены обеспечат бесперебойные поставки качественных лекарственных средств первого и второго ряда для лечения всех больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
 - К концу 2013 г. все государства-члены будут проводить мониторинг и отчетность по результатам лечения больных М/ШЛУ-ТБ в соответствии с методами, рекомендованными на международном уровне.
 - К концу 2012 г. все ранее леченые больные ТБ будут проходить тестирование устойчивости к лекарственным средствам первого и второго ряда.
 - К концу 2015 г. появится, как минимум, один новый лекарственный препарат с более эффективной и короткой схемой лечения больных М/ШЛУ-ТБ.

¹⁰ Быстрым называется тест, который позволяет поставить диагноз в течение 48 часов с момента постановки и, таким образом, может повлиять на выбор исходного лечения, которое назначается пациенту.

Ожидаемые достижения¹¹

16. Выполнение Комплексного плана действий предполагает, что:
- 225 000 больных МЛУ-ТБ диагноз будет поставлен в течение трех дней после обращения с симптомами ТБ в службы здравоохранения;
 - будет успешно пролечено 127 000 больных МЛУ-ТБ;
 - будет предотвращено 250 000 случаев МЛУ-ТБ;
 - будет предотвращено 13 000 случаев ШЛУ-ТБ;
 - 120 000 жизней будут спасены;
 - государства-члены сэкономят в результате профилактики 5 млрд. долл. США.

Предупреждение развития случаев М/ШЛУ-ТБ

Выявление и воздействие на социальные детерминанты, имеющие отношение к М/ШЛУ ТБ

17. К концу 2012 г. Европейское региональное бюро и партнеры в сотрудничестве с государствами-членами проведут исследование социальных детерминантов ТБ и М/ШЛУ-ТБ. К концу 2013 г. государства-члены включат в свои национальные стратегии здравоохранения деятельность, направленную на решение вопроса социальных детерминантов М/ШЛУ-ТБ. К концу 2013 г. государства-члены определят меры вовлечения национального и местного руководства и заинтересованных сторон в процесс оказания психосоциальной поддержки больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

Улучшение соблюдения больными требований лечения

18. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами будет вести документальный учет успешных моделей оказания медицинской помощи (стационарной, амбулаторной, лечение на дому/лечение с привлечением сил сообществ) в разных территориях и к концу 2012 г. подготовит сборник моделей медицинского ухода и минимальных комплексов мероприятий по предупреждению перерывов в лечении и возвращению больных с отрывами от лечения для продолжения курса терапии. К концу 2012 г. государства-члены усилят и/или разработают меры, направленные на улучшение работы по предупреждению отрывов от лечения и возвращению больных на лечение. Об этой работе и ее результатах будет сообщено во время совещания менеджеров национальных программ борьбы с туберкулезом в 2013 г. К первому кварталу 2014 г. государства-члены определят стратегии и механизмы для расширения масштабов оказания амбулаторной помощи и предоставления психосоциальной поддержки пациентам с ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

¹¹ Метод определения ожидаемых достижений разработан совместно с Королевским тропическим институтом в Амстердаме. Для получения информации о стоимости выявления и лечения случая МЛУ-ТБ, а также о затратах на обеспечение управления в этой сфере и о взятых за основу эпидемиологических данных были использованы следующие источники: ВОЗ, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Фонд для инновационных и новых диагностических средств, ЮНЭЙДС и научные публикации. При отсутствии в этих источниках эпидемиологических данных по ТБ в Европе использовались предположения на основе экспертных оценок и линейной прогрессии целевых показателей и промежуточных результатов, которые приводятся в Плане.

Повышение эффективности финансирования здравоохранения для борьбы с ТБ

19. К концу 2013 г. Европейское региональное бюро и партнеры при сотрудничестве с государствами-членами проведут глубокий анализ существующих в здравоохранении механизмов финансирования борьбы с ТБ и представят рекомендации по повышению эффективности и заполнению пробелов в профилактике и борьбе с ТБ.

Использование всего потенциала служб первичной медико-санитарной помощи при проведении профилактики, контроля и лечения ТБ

20. Государства-члены определяют стратегии и механизмы интеграции амбулаторного лечения в работу службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) к концу 2012 г. Европейское региональное бюро и партнеры окажут техническую поддержку государствам-членам в реализации мер усиления роли ПМСП в профилактике ТБ и борьбе с этим заболеванием.

Рассмотрение вопроса ведения лиц, находившихся в контакте с больными М/ШЛУ-ТБ

21. В настоящее время профилактическая терапия для лиц, недавно инфицированных штаммами М/ШЛУ-ТБ или находившихся под их воздействием, не проводится. К середине 2013 г. Региональное бюро и партнеры проведут научно обоснованный обзор имеющихся методов ведения лиц, находившихся в контакте с больными М/ШЛУ-ТБ. К началу 2014 г. Региональное бюро при сотрудничестве с другими партнерами представит ряд рекомендаций по отслеживанию контактов и ведению лиц, находившихся в контакте с больными М/ШЛУ-ТБ.

Расширение доступа к услугам тестирования устойчивости к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда и тестирования и консультирования на ВИЧ для больных ТБ

Укрепление сети ТБ-лабораторий

22. К 31 марта 2012 г. Региональное бюро в сотрудничестве с наднациональными справочными лабораториями по туберкулезу и другими партнерами предоставят техническую помощь государствам-членам для проведения расширенных и ускоренных культуральных исследований и тестов на лекарственную чувствительность гарантированного качества, а также для использования новых диагностических технологий, включая принятые ВОЗ быстрые молекулярные тесты. Государства-члены и донорские организации определяют приоритеты финансирования для внедрения в практику новых методов диагностики М/ШЛУ-ТБ. Региональное бюро через наднациональные справочные лаборатории по туберкулезу окажет поддержку в развитии кадрового потенциала, проводя региональные рабочие совещания, осуществляя ежегодные посещения стран и краткосрочные стажировки сотрудников национальных лабораторий из стран с высоким бременем туберкулеза. К марту 2013 г. высокоприоритетные в отношении туберкулеза государства-члены разработают трехгодичные планы развития ТБ-лабораторий. К концу 2013 г. государства-члены

обеспечат, чтобы во всех ТБ-лабораториях действовала система гарантии качества, включая меры биобезопасности.

Диагностическое тестирование и консультирование всех больных туберкулезом в отношении ВИЧ

23. К концу 2012 г. государства-члены проведут обучение и ориентацию сотрудников, работающих с больными ТБ, по вопросам тестирования и консультирования на ВИЧ и сделают все необходимое для того, чтобы тестирование и консультирование предлагалось всем больным ТБ и проводилось по инициативе медработников на основе, предполагающей возможность пациента отказаться от предложенных услуг. Региональное бюро и другие партнеры будут предоставлять техническую помощь странам высокого приоритета по ТБ в проведении совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ, основанных на оценке потребностей.

Расширение доступа к эффективному лечению лекарственно-устойчивого ТБ

Обеспечение бесперебойных поставок качественных лекарственных средств

24. К марту 2012 г. Региональное бюро и партнеры представят надежные расчетные данные и пятилетний прогноз о потребностях в лекарственных средствах второго ряда. К концу 2012 г. Региональное бюро и партнеры представят основанный на показателях метод проведения непрерывного анализа использования лекарственных средств как часть регулярного мониторинга осуществления программ. К концу 2013 г. ВОЗ и партнеры обеспечат осуществление региональной предварительной квалификации лекарственных средств. Государства-члены как можно раньше закупят качественные лекарственные препараты и обеспечат их наличие для проведения терапии ТБ и М/ШЛУ-ТБ под непосредственным наблюдением (DOT). ВОЗ поощряет государства-члены обеспечить к концу 2012 г. ускоренную регистрацию уже прошедшей предварительную квалификацию ВОЗ продукции в своих странах. К концу 2012 г. в государствах-членах будут приняты и будут использоваться в масштабах всей страны комбинированные лекарственные средства первого ряда с фиксированным сочетанием доз. К концу 2012 г. ВОЗ и партнеры будут способствовать разработке педиатрических форм лекарственных средств второго ряда.

Лечение побочных эффектов

25. К середине 2012 г. Региональное бюро подготовит общее региональное справочное руководство по лечению побочных действий и реакций и отчетности по этим данным. К середине 2012 г. государства-члены обеспечат наличие мероприятий по ведению побочных эффектов для всех больных МЛУ-ТБ.

Разработка новых лекарственных средств

26. К концу 2013 г. Региональное бюро и партнеры разработают долгосрочную региональную стратегию развития рынка противотуберкулезных лекарственных средств. Региональное бюро и государства-члены будут содействовать проведению научных исследований и разработок новых противотуберкулезных препаратов и вакцин на постоянной основе и будут докладывать Региональному комитету о ходе работы раз в два года начиная с 2013 г.

Расширение доступа к лечению

27. К 2012 г. государства-члены обеспечат наличие ресурсов для всеобщего доступа к лечению и начиная с 2012 г. будут ежегодно отчитываться о ходе работы на сессиях Регионального комитета. К концу 2012 г. Региональное бюро и партнеры, включая сотрудничающие центры ВОЗ, при проведении подробных консультаций со странами высокого приоритета разработают совместный план оказания технической помощи государствам-членам в достижении всеобщего доступа к лечению (включая лечение детей). К концу 2012 г. государства-члены обеспечат обновление своих руководств по лечению в соответствии с последними имеющимися данными и рекомендациями ВОЗ. К концу 2011 г. государства-члены обеспечат проведение соответствующего обучения, наставничества и поддержки медицинских работников в целях наращивания масштабов лечения больных М/ШЛУ-ТБ. К концу 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с другими партнерами разработает ряд научно обоснованных критериев для хирургического лечения больных М/ШЛУ-ТБ.

Наращивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля

Совершенствование аспектов административного и управленческого противотуберкулезного инфекционного контроля

28. К середине 2013 г. государства-члены введут или усилят надзор за туберкулезной инфекцией и/или заболеваемостью туберкулезом среди медицинских сотрудников, работающих в условиях повышенного риска инфицирования. К концу 2012 г. Региональное бюро и партнеры разработают совместный план оказания технической помощи государствам-членам для улучшения противотуберкулезного инфекционного контроля, включающий посещения стран, оценку риска и обучение сотрудников. К концу 2013 г. государства-члены обеспечат наличие обоснованных стандартных рабочих процедур по инфекционному контролю во всех учреждениях здравоохранения, оказывающих услуги больным ТБ или лицам с подозрением на ТБ. В первом квартале 2012 г. государства-члены обеспечат отслеживание контактов больных ТБ для ранней диагностики инфицирования и заболевания. К концу 2012 г. государства-члены начнут обучение сотрудников по вопросам противотуберкулезного инфекционного контроля перед началом рабочей деятельности и повышение квалификации в процессе работы. К середине 2012 г. государства-члены обеспечат наличие программ индивидуальной респираторной защиты в службах, работающих с больными ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

Усиление мер контроля над состоянием среды обитания в рамках противотуберкулезного инфекционного контроля

29. К концу 2012 г. Региональное бюро и партнеры организуют обучение для инструкторов, посвященное мерам контроля за состоянием среды обитания, включая инженерные аспекты и вопросы проектирования учреждений для осуществления контроля за распространением инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. К концу 2013 г. государства-члены проведут каскадное обучение сотрудников, ответственных за аспекты защиты среды обитания в рамках контроля за распространением инфекций, передаваемых воздушно-капельным путем. К концу 2013 г. государства-члены обеспечат наличие минимальных требований к мерам инженерного контроля и мерам контроля за состоянием среды обитания в рамках противотуберкулезного инфекционного контроля за распространением инфекций, передаваемых воздушно-капельным путем, в учреждениях для лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ и местах компактного пребывания людей.

Обеспечение доступа к индивидуальным средствам защиты

30. К середине 2012 г. Региональное бюро предоставит государствам-членам технические условия проведения закупок средств индивидуальной защиты с рекомендациями по их использованию. К концу 2012 г. государства-члены обеспечат наличие необходимого количества качественных респираторов и надлежащее их использование.

Усиление эпиднадзора, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ

Усиление эпиднадзора

31. Государства-члены будут постоянно улучшать сбор данных для проведения эпиднадзора и мониторинга программных мероприятий. К марту 2013 г. Европейское региональное бюро ВОЗ окажет помощь высокоприоритетным в отношении ТБ странам в организации эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая надзор за устойчивостью к лекарственным средствам второго ряда, а также проблему социальных детерминант. Региональное бюро и партнеры организуют обучение и окажут помощь менеджерам программ и сотрудникам, занимающимся эпиднадзором, в работе по сбору минимального набора показателей по МЛУ-ТБ в странах с высоким приоритетом по ТБ к концу 2012 г.¹²

Совершенствование учета и отчетности

32. К середине 2012 г. Региональное бюро разработает всеобъемлющий механизм мониторинга последовательного выполнения Берлинской декларации. К концу 2013 г. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами окажет помощь государствам-членам в завершении разработки и использовании электронных систем для улучшения учета и отчетности. К концу 2012 г. высокоприоритетные в отношении ТБ страны проведут обучение и подготовку менеджеров национальных программ борьбы с ТБ по вопросам мониторинга, оценки и использования имеющихся данных для повышения уровня работы программы.

Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса

Совершенствование управления программами

33. К концу 2012 г. во всех государствах-членах будет существовать, в соответствии с необходимостью, специальное отделение или персонал по ведению пациентов с М/ШЛУ-ТБ. К концу 2012 г. все страны, где ТБ является серьезной проблемой, доработают и утвердят свои комплексные национальные планы ответных мер в отношении МЛУ-ТБ. К концу 2012 г. Региональное бюро окажет помощь высокоприоритетным в отношении ТБ странам в обновлении и окончательной доработке национальных планов ответных мер в отношении МЛУ-ТБ. Государства-члены обеспечат

¹² Показатели туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Минимальный пакет показателей для программного ведения МЛУ-ТБ в рамках национальных программ по борьбе с туберкулезом. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (документ WHO/HTM/TB/2010.11, http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HTM_TB_2010.11_eng.pdf).

проведение внешнего анализа своих национальных программ/мероприятий борьбы с ТБ, который будет проводиться каждые три-пять лет под руководством Регионального бюро и/или Европейского центра по профилактике и борьбе с заболеваниями (ECDC), для обеспечения прозрачной и объективной оценки программных недостатков. К концу 2013 г. Региональное бюро в координации с государствами-членами и партнерами придадут официальный статус двусторонним связям между городами и программами по ТБ и болезням легких по всему Региону и будут способствовать сотрудничеству и координации действий между государствами-членами. К концу 2012 г. государства-члены обеспечат включение представителей организаций пациентов и/или сообществ, пострадавших от заболевания, в процесс планирования программ и оценки качества оказываемых услуг. К концу 2012 г. Региональное бюро в сотрудничестве с другими партнерами представит практические рекомендации для претворения в жизнь политических заявлений высокого уровня и будет проводить регулярную оценку проделанной работы. Региональное бюро и другие партнеры будут регулярно совершенствовать потенциал управления программами (как в гражданском, так и пенитенциарном секторах), ежегодно проводя современное обучение и подготовку персонала, особенно по вопросам эффективного использования ресурсов. С 2011 г. и далее государства-члены будут использовать интернет и другие средства информации для повышения уровня осведомленности общества о ТБ и М/ШЛУ-ТБ и возможностях лечения. К концу 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ проведет анализ успешно работающих моделей управления программами и подготовит рекомендации для использования в качестве критериев для предстоящей учебной “сертификации программ”, которая будет проведена ВОЗ с использованием сертифицированных стандартов управления проектами ISO 9001. Государства-члены будут вовлекать сотрудников противотуберкулезной сети и/или программы в инициативы реформы системы здравоохранения.

Развитие кадровых ресурсов

34. К концу 2013 г. высокоприоритетные по ТБ государства-члены разработают и/или интегрируют стратегические планы развития кадровых ресурсов (РКР) для реализации стратегий “Остановить ТБ” и национальных планов ответных мер в отношении МЛУ-ТБ. К концу 2012 г. высокоприоритетные по ТБ государства-члены пересмотрят и/или разработают должностные обязанности, проведут оценку рабочей нагрузки и определят потребности в кадрах, методическом руководстве и мониторинге в сфере профилактики, контроля и лечения М/ШЛУ-ТБ. Государства-члены разработают или обновят учебные программы, основанные на уровне знаний их участников, по всем аспектам ведения случаев МЛУ-ТБ. К концу 2012 г. Региональное бюро в сотрудничестве с другими партнерами укрепит и поддержит региональные центры передового опыта и учебные центры для обеспечения профилактики и контроля М/ШЛУ-ТБ. Региональное бюро и партнеры предоставят техническую помощь в совершенствовании кадровых ресурсов здравоохранения. К концу 2011 г. Региональное бюро адаптирует, переведет и распространит учебные модули “Ведение лекарственно-устойчивого туберкулеза” для сотрудников специализированных центров МЛУ-ТБ. Начиная с 2012 г. и далее Региональное бюро обеспечит наличие и обновление виртуальной библиотеки и учебных материалов по ТБ.

Направляющее руководство в разработке политики

35. К концу 2012 г. государства-члены включают/адаптируют последние имеющиеся фактические данные в национальные стратегии борьбы с ТБ. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами окажет помощь государствам-членам в принятии/адаптации международных стратегий в отношении ТБ к концу 2013 г. В эти же сроки Региональное бюро предоставит техническую поддержку государствам-членам по укреплению таких направлений,

как финансирование здравоохранения, стратегическое руководство и управление, рациональное использование ресурсов, отведенных на борьбу с ТБ.

Партнерство и координация

36. К концу 2013 г. государства-члены, принадлежащие к группе высокоприоритетных стран, учредят национальные партнерства “Остановить ТБ” или аналогичные механизмы для обеспечения надлежащей координации действий и согласованной работы всех заинтересованных сторон, включая организации гражданского общества (ОГО), ассоциации пациентов, благотворительные организации и другие секторы. К концу 2013 г. Региональное бюро и партнеры окажут содействие государствам-членам в учреждении и укреплении национальных партнерств “Остановить ТБ”. К концу 2013 г. государства-члены обеспечат наличие надежного механизма осуществления совместной деятельности для проведения улучшенной диагностики и лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ в местах лишения свободы, лагерях беженцев или других соответствующих условиях пребывания людей, а также для обеспечения непрерывного и преемственного оказания помощи в службах здравоохранения. К концу 2012 г. Региональное бюро учредит региональный механизм координации деятельности и сотрудничества национальных и международных партнеров. Региональное бюро и государства-члены будут всемерно содействовать развитию партнерств по научным исследованиям и разработке новых диагностических инструментов, лекарственных препаратов и вакцин против ТБ на регулярной основе.

Адвокация, коммуникация, социальная мобилизация и участие гражданского общества

37. К концу 2013 г. страны с высоким бременем МЛЮ-ТБ проведут опросное исследование знаний, установок и практики по ТБ и М/ШЛУ-ТБ (в масштабах всей страны или сосредоточенные на конкретных группах населения) для определения задач изменения поведения, целевых групп и необходимости в мероприятиях, имеющих отношение к адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (ACSM). Страны высокого приоритета по ТБ разработают стратегии и план работы по ACSM и включают их в свои национальные стратегические планы к концу 2013 г. Государства-члены проведут обучение сотрудников в области ACSM. К концу 2012 г. государства-члены выявят и сведут воедино в целях общего планирования мероприятий по ACSM и МЛЮ-ТБ все ОГО, проявляющие интерес к проблемам туберкулеза. К концу 2013 г. государства-члены поддержат подготовку и участие активистов из среды пациентов для социальной мобилизации и санитарного просвещения больных. К концу 2013 г. Региональное бюро и партнеры будут содействовать в разработке материалов ACSM, соответствующих региону, сделав их доступными, как минимум, на русском и английском языках. К концу 2013 г. после проведения исследования ЗОП государства-члены подготовят специальные кампании по санитарному просвещению. К концу 2013 г. государства-члены окажут поддержку национальным и местным организациям гражданского общества, а также местным традиционным институтам самоуправления (там, где они имеются), объединяя их в национальных программах. Государства-члены будут на регулярной основе вовлекать другие секторы и организации гражданского общества в процессы планирования, принятия решений, реализации мероприятий, мониторинга и оценки, а также в работу над социальными детерминантами, которые повышают восприимчивость к ТБ. Региональное бюро и партнеры будут добиваться и в дальнейшем привлечения европейских научно-исследовательских институтов к разработке новых диагностических методов, лекарственных средств, вакцин и к участию на постоянной основе в проведении фундаментальных исследований по ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

Этика и права человека

38. К концу 2012 г. Региональное бюро предоставит государствам-членам рекомендаций по проведению пересмотра системы взглядов на вопросы этики и прав человека при работе с ТБ и другими инфекционными заболеваниями. К концу 2014 г. государства-члены, Региональное бюро и партнеры включат вопросы этики и прав человека в академические учебные программы курсов, посвященных ТБ/МЛУ-ТБ, для всех групп медицинских работников. К концу 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с партнерами разработает показатели ориентированной на пациентов медицинской помощи. К концу 2012 г. государства-члены создадут системы обеспечения услуг паллиативной помощи для пациентов с неизлечимым течением М/ШЛУ-ТБ. К концу 2013 г. государства-члены привлекут организации гражданского общества к участию в процессе оценки уровня удовлетворенности услугами, полученными в противотуберкулезных службах. К концу 2012 г. Региональное бюро издаст для государств-членов рекомендации по разработке инструкций по использованию незарегистрированных препаратов в связи с исключительными обстоятельствами. К концу 2013 г. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами организует региональную конференцию по ориентированной на пациентов медицинской помощи и правам человека при работе с ТБ и ВИЧ.

Учет потребностей особых групп населения

Совершенствование совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ

39. К концу 2013 г. все государства-члены при технической поддержке со стороны Регионального бюро и других партнеров создадут функционирующий координационный механизм и совместные стратегические подходы для обеспечения комплексных услуг для пациентов с ТБ/ВИЧ (и наркотической зависимостью), в том числе в местах принудительного содержания. Региональное бюро к концу 2012 г. документирует наилучшие практику и опыт по эффективной интеграции и моделям предоставления услуг при ТБ/ВИЧ наркотической зависимости. К 2013 г. государства-члены обеспечат включение в службы ВИЧ интенсифицированные услуги по выявлению ТБ, инфекционному контролю и изониазидной химиопрофилактике. К 2013 г. государства-члены обеспечат, чтобы в состав противотуберкулезных служб входило тестирование и консультирование по ВИЧ, химиопрофилактика котримоксазоном и антиретровирусная терапия.

Усиление борьбы с МЛУ-ТБ в пенитенциарных учреждениях

40. В первом квартале 2013 г. государства-члены обеспечат возможность проведения ранней диагностики и эффективного лечения М/ШЛУ-ТБ в пенитенциарных службах. Используя успешную модель проекта “Охрана здоровья в тюрьмах”, Европейское региональное бюро ВОЗ будет постоянно оказывать помощь государствам-членам в совершенствовании контроля за ТБ в пенитенциарных службах. К концу 2012 г. государства-члены обеспечат непрерывность лечения ТБ в службах гражданского сектора для вышедших из мест лишения свободы.

Улучшение доступа к группам населения, с которыми сложно установить контакт, и уязвимым группам населения

41. Государства-члены улучшат доступ к профилактике, контролю и лечению ТБ для труднодостижимых и уязвимых групп населения, особенно для мигрантов, бездомных и людей со сложным образом жизни, таких как лица, злоупотребляющие алкоголем и инъекционными наркотиками, разрабатывая для этого программы активного охвата с участием организаций гражданского общества. К концу 2013 г. все государства-члены

обеспечат, чтобы их противотуберкулезные службы включали или предоставляли направления на услуги для потребителей наркотиков, в том числе лечение наркотической зависимости. Европейское региональное бюро ВОЗ и государства-члены установят механизм трансграничного контроля за ТБ и оказания медицинской помощи больным ТБ. Региональное бюро и государства-члены к середине 2012 г. разработают специальные ответные меры по профилактике и борьбе с ТБ у детей и будут способствовать скорейшей адаптации в странах обновленного варианта руководства по лечению ТБ у детей. К концу 2013 г. в государствах-членах проблема детского ТБ будет не только являться составной частью, но и иметь приоритетное значение в их национальных стратегических планах по борьбе с ТБ или национальных планах в области здравоохранения.

Утверждение плана

42. Комплексный план действий по профилактике и борьбе с ТБ с множественной лекарственной зависимостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. передается на утверждение в качестве приложения к проекту резолюции по М/ШЛУ-ТБ, который представляется на рассмотрение Регионального комитета ВОЗ на его шестьдесят первой сессии.

Библиография¹³

Резолюция WHA62.15 Всемирной ассамблеи здравоохранения по профилактике туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью и борьбе с ним. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009
(http://www.who.int/tb/features_archive/wha62_15_tb_resolution/en/index.html).

План “Остановить ТБ” для наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ 2007–2015 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007
(www.euro.who.int/document/e91049R.pdf).

Берлинская декларация по туберкулезу. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/68183/e90833R.pdf)

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009.* Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011
(http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf).

Global tuberculosis control: WHO report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.7,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf).

Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. Geneva, World Health Organization, 2010
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf).

¹³ Все веб-сайты по состоянию на 21 июля 2011 г.

Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015, WHO progress report 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (document WHO/HTM/TB/2011.3, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330_eng.pdf).

Показатели туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Минимальный комплект показателей для программного ведения МЛУ-ТБ в рамках национальных программ по борьбе с туберкулезом. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (документ WHO/HTM/TB/2010.11, www.who.int/hq/2010/WHO_HTM_TB_2010.11_rus.pdf).

Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf).

Ettelt S et al. Capacity planning in health care: reviewing the international experience. *Euro Observer*, 9(1): 1–5 (2007).

Ettelt S et al. *Capacity-building in health care: a review of the international experience.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (European Observatory on Health Systems and Policies policy brief, <http://www.euro.who.int/document/e91193.pdf>).

Dussault G et al. *Assessing future health workforce needs.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf).

Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006: Совместная работа на благо здоровья – наше общее дело. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 (<http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>).

Planning the development of human resources for health for implementation of the Stop TB Strategy: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597715_eng.pdf).

Dara M. et al. *Guidelines for control of tuberculosis in prisons.* Washington DC, The Global Health Bureau, Office of Health, Infectious Disease and Nutrition (HIDN), US Agency for International Development, 2009.

Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_rus.pdf).

Nathanson E. et al. MDR tuberculosis – critical steps for prevention and cure. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:1050–1058.

Keshavjee S, Farmer PE. Time to put boots on the ground: making universal access to MDR-TB treatment a reality. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 14: 1222–1225 (2010).

Framework for implementing new tuberculosis diagnostics. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/tb/laboratory/whopolicyframework_july10_revnov10.pdf).

Good governance for medicines. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/goodgovernance/GGM2010ProgressReport.pdf>).

New technologies for tuberculosis control: a framework for their adoption, introduction and implementation. Geneva, World Health Organization, 2007 (document WHO/HTM/STB/2007.40, http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595520_eng.pdf).

Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS). *Supporting pharmacovigilance in developing countries: the systems perspective.* Arlington, VA, Management.

Sciences for Health, 2009 (http://www.msh.org/projects/sps/SPS-Documents/upload/SPS_PV_Paper.pdf).

Rational Pharmaceutical Management Plus. *Managing pharmaceuticals and commodities for tuberculosis: a guide for national tuberculosis programs.* Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2008 (http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Guidelines_English-final-Aug-2008-w-cover.pdf).