



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Обзорная оценка
Национальной
программы по
туберкулёзу в
Республике Молдова**

4–15 февраля 2013г.



REGIONAL OFFICE FOR

**World Health
Organization**

Europe

**Обзорная оценка
Национальной программы по
туберкулезу в Республике
Молдова
4-15 февраля 2013 года**

Составители:

**Пьерпаоло де Коломбани, Севим Ахмедов,
Кай Блондаль, Сильвиу Чобану, Андрей Даду,
Смилька де Лусиньи, Нигорсултон Музафарова,
Пьер-Ив Норваль, Кристиан Попа, Ориол Рамис,
Сабина Рёйш-Гердес, Джонатан Стилло и Эрика Витэк**

Ключевые слова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЭПИДНАДЗОР
ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТЬЮ
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГОЧНЫЙ – профилактика и контроль

Запросы на публикации Европейского регионального бюро ВОЗ направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Вы можете заполнить онлайн-форму на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или на разрешение для цитирования или перевода на веб-сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права охраняются. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения приветствует подачу запросов для получения разрешения на воспроизведение или перевод его публикаций, частично или целиком.

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

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых 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.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Точки зрения, выраженные авторами, редакторами или группами экспертов необязательно могут отражать решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение благодарности	iv
Акронимы и сокращения	v
Исполнительное резюме	vi
Введение	1
Общая информация	2
Эпидемиология ТБ	3
Стратегии, структура, бюджет и основные достижения НПТ	5
Обнаружение случаев заболевания и диагностика	13
Лечение и ведение больных	18
ТБ среди детей	25
Лекарственно-устойчивый ТБ	28
ВИЧ-ассоциированный ТБ	32
Контроль за ТБ в тюрьмах	35
Другие уязвимые группы населения и социальные детерминанты	40
Противотуберкулезный инфекционный контроль	44
Управление лекарственными препаратами и другими товарами	49
Мониторинг и оценка	54
Развитие кадровых ресурсов	57
Операционные исследования	58
Этические вопросы и права человека	60
АКСМ и участие местного сообщества	63
Система здравоохранения и контроль за ТБ	66
Библиография	78
Дорожная карта для реализации рекомендаций миссии	82
Члены миссии по оценке	89
Программа работы миссии	91
Программа работы групп	94
Перечень специалистов, с которыми проведены интервью	96
Данные о пациентах, с которыми проведены интервью	104

Выражение благодарности

Члены миссии по внешней оценке выражают свою благодарность Министерству здравоохранения Республики Молдова, Национальному институту фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», подразделению по координации, реализации и мониторингу проекта, Центру политики и исследований в области здравоохранения, органам здравоохранения Приднестровского региона, Глобальному фонду для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и д-ру Ярно Хабихту, представителю ВОЗ в Республике Молдова и его офису, за оказание помощи в проведении настоящей оценки.

Мы также выражаем особую благодарность всем врачам, медсестрам и пациентам, с которыми мы встречались при посещении учреждений, за содействие и сотрудничество. Мы также выражаем благодарность Министерству юстиции, Министерству труда, социальной защиты и семьи и Национальной компании медицинского страхования за сотрудничество, а также ключевым партнерам Национальной программы по туберкулезу, таким как НПО Act for Involvement и Фонд Сороса в Молдове. Мы выражаем благодарность за поддержку, оказанную д-р. Хансом Клюге в ходе его миссии, который является руководителем подразделения по системам и политике здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ и специальным представителем Регионального директора по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе.

Акронимы и сокращения

АКСМ	адвокация, коммуникация и социальная мобилизация
АРТ	антиретровирусная терапия
БЦЖ	бацилла Кальметта–Герена (вакцина)
ВВП	валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ГМЛС	Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами
ИСМО	информационная система для мониторинга и оценки
КЗС	Комитет зеленого света
КТВ	консультирование и тестирование на ВИЧ
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
НИФП	Национальный институт фтизиопульмонологии “Кирилл Драганюк”
НКМС	Национальная компания медицинского страхования
ННРЛ	наднациональная референс-лаборатория по туберкулезу
НПО	неправительственная организация
НПТ	Национальная программа по туберкулезу
ПКРМП	Подразделение по координации, реализации и мониторингу проекта
ПЛИ	профилактическое лечение изониазидом
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ТВ	туберкулез
ТКП	туберкулиновая кожная проба
ТЛЧ	тестирование на лекарственную чувствительность
ШЛУ	широкая лекарственная устойчивость
ЮНОДК	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
AFI	Act for Involvement (НПО)
DOT	лечение (при ТБ) под непосредственным наблюдением врачей
MGIT	пробирка с индикатором роста микобактерий (жидкие среды)
PAS	Центр политики и исследований в области здравоохранения
SMIT	Общество против туберкулеза Молдовы
USAID	Агентство международного развития Соединенных Штатов Америки

Исполнительное резюме

Республика Молдова входит в число 18 приоритетных стран для борьбы с туберкулезом (ТБ) в Европейском регионе ВОЗ и 27 стран мира с высоким бременем ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Согласно классификации Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Республика Молдова занимает второе место среди 110 стран по уровню средств, выделяемых на душу населения. Вторая фаза реализации консолидированного гранта в рамках раундов 8 и 9 была одобрена в декабре 2012 года с условием представления на следующем этапе обзорной оценки Национальной программы по туберкулезу и стратегического плана (на основе этой обзорной оценки) по усилению приверженности лечению и снижению числа пациентов, результаты лечения которых неизвестны. Серьезную озабоченность вызывал тот факт, что, как показала оценка, осуществление мер вмешательства и поддержка оказали лишь ограниченное воздействие на улучшение результатов лечения. В октябре 2012 года Министерство здравоохранения обратилось в Европейское региональное бюро ВОЗ с просьбой обеспечить координацию обзорной оценки Национальной программы по туберкулезу.

Обзорная оценка проводилась с 4 по 15 февраля 2013 года. В ней участвовали двенадцать международных и семь национальных экспертов, которые посетили 18 районов и три муниципалитета, включая Гагаузский и Приднестровский регионы. Сразу же после завершения обзорной оценки члены миссии разработали стратегический план по усилению приверженности лечению и снижению пациентов, результаты лечения которых неизвестны; он является частью дорожной карты, включенной в приложение 1 к настоящему докладу. Основные данные и рекомендации обзорной оценки были представлены по завершении миссии Министерству здравоохранения.

Основные данные

Согласно последним данным эпиднадзора (2011 г.), почти треть всех новых больных ТБ и две трети ранее леченных больных имели МЛУ-ТБ. В Республике Молдова отмечен один из самых высоких в мире, документально подтвержденных уровней МЛУ-ТБ. Профилактика и контроль МЛУ-ТБ имеет первостепенное значение для страны и для Европейского региона ВОЗ.

В Республике Молдова ежегодное число новых случаев ТБ и МЛУ-ТБ на 100 000 населения в последние пять лет существенно не уменьшилось. ТБ остается наиболее частым диагнозом среди людей, живущих с ВИЧ. В настоящее время уровень распространения ТБ и МЛУ-ТБ в стране остается высоким. Передача ТБ подтверждена документально среди пациентов и работников в больницах; это обусловлено необоснованно большим числом больных ТБ, остающихся в больнице в течение необоснованно длительного срока, а также плохими мерами контроля за воздушно-капельными инфекциями. Передача ТБ вне больниц обусловлена поздней диагностикой случаев заражения. Бедность и плохие социальные условия для значительной части населения также являются факторами, которые способствуют переходу инфекции ТБ в стадию заболевания и препятствуют своевременной диагностике и завершению лечения.

В то же время некоторые данные обзорной оценки указывают на то, что в будущем тенденции в развитии ТБ и МЛУ-ТБ могут стать менее тревожными благодаря улучшению мер по профилактике и контролю в последние годы. Сравнение успешных результатов лечения среди новых больных ТБ, отмеченных в октябре-декабре 2010 и 2011 годов (последние имеющиеся данные), указывает на то, что смертность среди таких больных снизилась (с 14% до 11%) и что доля больных, за которыми был утрачен контроль, уменьшилась более чем в два раза (с 11% до 5%). В районах, где эффективные меры вмешательства были внедрены ранее, сообщается о значительном увеличении числа случаев успешного лечения при ТБ и МЛУ-ТБ.

Сильное впечатление на членов миссии по внешней оценке произвели приверженность и работа, проводимая в рамках Национальной программы по туберкулезу, в том числе в Национальном институте фтизиопульмонологии, работа сотрудников фтизиатрических служб в районах и действия национальных партнеров в рамках программы Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Они пересматривают национальную политику и руководство, внедряют быструю диагностику, закупают и выделяют противотуберкулезные препараты, внедряют инновационные подходы к поддержке пациентов в пилотных районах. Исполнение программ сверяется с национальной базой данных, проводятся операционные исследования для принятия решений в области политики. Налажено хорошее сотрудничество между Министерством здравоохранения и Министерством юстиции.

Тем не менее остаются некоторые серьезные проблемы, которые должны быть решены в рамках Национальной программы по туберкулезу:

- Слишком часто регистрируются тяжелые формы легочного ТБ, что указывает на позднее предоставление доступа к диагностике.
- В январе-июне 2012 года в рамках Национальной программы по туберкулезу было установлено 555 (69% от всего оценочного числа) случаев МЛУ-ТБ, но лишь 344 пациента были включены в программы лечения. Остальные 211 больных МЛУ-ТБ (38% от всех выявленных) не были включены в когорту для лечения за счет препаратов, поставляемых Глобальным механизмом по обеспечению противотуберкулезными лекарственными средствами.
- Большое число больных ТБ необоснованно находится на лечении в больницах, что подвергает значительное число пациентов риску перекрестной инфекции и ложится финансовым бременем на систему здравоохранения.
- Стимулы и пакеты помощи для больных ТБ и тех, кто оказывает им помощь, являются непоследовательными во времени, а то, как они влияют на результаты лечения, остается неизвестным.
- В настоящее время государственный и районные бюджеты включают средства на поддержку мер вмешательства, польза от которых для здоровья населения неизвестна, например, массовый скрининг, ревакцинация бациллами Кальметта–Герена и дезинфекция жилища больных.

Основные рекомендации

Для Министерства здравоохранения

- Профилактику и контроль за МЛУ-ТБ следует рассматривать как приоритетное направление в общественном здравоохранении в Республике Молдова, что требует адекватной и координируемой поддержки со стороны Министерства здравоохранения и всех других заинтересованных министерств и национальных учреждений.
- Требуется обеспечить необходимое финансирование для бесплатного лечения с использованием качественных противотуберкулезных и вспомогательных препаратов всех пациентов с МЛУ-ТБ, диагностируемых Национальной программой по туберкулезу, на стадии больничного и амбулаторного лечения. Доступ к лечению должен быть гарантирован всем больным ТБ также по завершении гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.
- Необходимо учитывать возможности для эффективного использования финансовых средств путем принятия экономически целесообразных мер вмешательства, таких как улучшение целевого скрининга на ТБ, правильное использование имеющихся лабораторно-диагностических технологий и международных закупок препаратов, пересмотр схем назначения капреомицина в соответствии с данными о развитии резистентности к противотуберкулезным препаратам в стране и стационарное лечение только больных с тяжелой формой ТБ.
- Необходимо изыскивать возможности для дополнительной финансовой и иной поддержки за счет местных органов здравоохранения и использовать такую поддержку для осуществления экономически целесообразных мер вмешательства в соответствии с политикой и руководством Национальной программы по туберкулезу.
- Необходимо неотложно уделить внимание более высоким уровням распространения ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ в Приднестровском регионе. Необходимо предпринять новые действия для усиления технического сотрудничества с органами здравоохранения в гражданском и пенитенциарном секторах в Приднестровском регионе, с тем чтобы обеспечить одинаковые условия для продвижения в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, диагностике и лечению в связи с МЛУ-ТБ. Необходимо совместными усилиями срочно найти возможности для получения международной финансовой и иной поддержки.
- Национальная программа по туберкулезу должна иметь центральное подразделение, обладающее возможностями и техническими полномочиями для пересмотра национальной политики и руководящих документов; обеспечения постоянного обучения различным медицинским специальностям; управления поставками препаратов, проведения эпиднадзора и осуществления вспомогательного оперативного надзора; и общей координации услуг, оказываемых различными организациями, на всех уровнях медицинской помощи. Такое центральное подразделение, независимо от его местонахождения, должно напрямую подчиняться Министерству здравоохранения и иметь финансовые и

юридические механизмы независимые от Национального института фтизиопульмонологии.

- Необходимо признать значение роли неправительственных организаций в обеспечении эффективных мер по пропаганде и просвещению по вопросам ТБ (работа по методу аутрич) среди труднодоступных групп населения и широких слоев населения. Необходимо разработать правовые рамки для вовлечения неправительственных организаций в оказание услуг в связи с ТБ на контрактной основе с учетом результатов исполнения. Необходимо разрешить немедицинским работникам, при условии правильной их подготовки, выполнять простые процедуры (забор мокроты, выдачу противотуберкулезных препаратов больным для приема под контролем).
- Необходимо разработать правовые рамки, национальную политику и руководящие документы и создать систему отчетности перед Национальной программой по туберкулезу для того, чтобы услуги в связи с ТБ можно было оказывать и регулировать через сеть частных организаций.

Для Национальной программы по туберкулезу

- Необходимо оказывать эффективную поддержку амбулаторным пациентам для обеспечения их приверженности лечению. Необходимо, чтобы стимулы и пакеты помощи, обеспечиваемые Компанией медицинского страхования и через гранты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, были постоянными и распространялись на всех пациентов; их эффективность следует измерять по результатам улучшения лечения. Необходимо предоставить стимулы тем, кто оказывает медицинскую помощь семьям, и фтизиатрическим службам в зависимости от результатов их работы. Необходимо пересмотреть новые критерии оказания помощи Министерством труда, социальной защиты и семьи для решения социальных проблем, связанных с любыми формами заболевания ТБ.
- Необходимо улучшить качество работы Национальной программы по туберкулезу для удержания больных ТБ в программе лечения. Необходимо создать национальную рабочую группу для разработки стратегического плана по амбулаторному уходу для усиления приверженности лечению и сделать это к определенному сроку, установленному Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Этот стратегический план должен учитывать механизмы финансирования стационарных и амбулаторных учреждений с целью обеспечения необходимых стимулов для экономически эффективного лечения в связи с ТБ.
- Необходимо максимально расширить возможности национальной базы данных по ТБ с целью улучшения качества ввода данных и проведения ежеквартального когортного анализа показателей исполнения программы.
- Необходимо расширить возможности Национального центра здравоохранения и Национальной программы по туберкулезу для совместной разработки и реализации международных принципов политики по контролю ТБ в больницах, амбулаторных учреждениях, по месту проживания больных ТБ и среди местных сообществ.

- Необходимо усилить сотрудничество между Министерством здравоохранения, Министерством внутренних дел и Министерством юстиции через национальный комитет, который будет обсуждать и согласовывать вопросы прямого и эффективного сотрудничества с Национальной программой по туберкулезу, включая вопросы ежеквартальных поставок противотуберкулезных препаратов.
- Необходимо усилить и расширить сотрудничество между Национальной программой по туберкулезу и Национальной программой по СПИДу для обеспечения ранней диагностики ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

Введение

Республика Молдова входит в число 18 приоритетных стран для борьбы с туберкулезом (ТБ) в Европейском регионе ВОЗ и 27 стран мира с высоким бременем ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) (ВОЗ, 2007; 2011а). По данным ВОЗ, в 2011 году оценочная заболеваемость ТБ и смертность от ТБ составляли соответственно 161 и 17 на 100 000 населения, причем в последние годы эти показатели медленно снижались. По результатам обследования на лекарственную устойчивость, проведенного в Республике Молдова в 2011 году, документально зарегистрированный показатель МЛУ-ТБ среди новых больных ТБ составлял 29%, а среди ранее леченных больных 63% (Stratan et al., 2011). В 2011 году 94% всех новых больных ТБ были протестированы на ВИЧ, из них 6% оказались ВИЧ-инфицированными. Последние данные, представленные Национальной программой по туберкулезу (НПТ), включают: 74% новых случаев ТБ (по оценке ВОЗ) обнаружено в 2011 году, из них 57% успешно пролечено в 2010 году (13% пациентов прекратили лечение, 11% умерли, 5% имели неудачные результаты лечения, 13% остались без оценки). Последняя обзорная оценка НПТ проводилась в 2009 году.

Согласно классификации Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобального фонда) Республика Молдова занимает второе место среди 110 стран по уровню средств, получаемых на душу населения. Страна получила гранты на борьбу с ТБ от Глобального фонда в рамках раундов 1, 6, 8 и 9 (Глобальный фонд, 2013). Гранты, выделенные в рамках раундов 8 и 9, были объединены, а их реализацией занимались два основных реципиента – Центр политики и исследований в области здравоохранения (PAS) и Подразделение по координации, реализации и мониторингу проекта (ПКРМП). Субреципиентами грантов являются Национальный институт фтизиопульмонологии “Кирилл Драганюк” (НИФП), НПО Act for Involvement (AFI) и Фонд Сороса в Молдове. Вторая фаза реализации гранта (до середины 2015 года для ПКРМП и до конца 2015 для PAS) была одобрена в декабре 2012 года; при этом было предложено, чтобы основной реципиент представил к 15 августа 2013 года два документа: а) обзорную оценку существующих практик и процедур НПТ по удержанию больных в программе лечения; и б) стратегический план (по результатам обзорной оценки) амбулаторной помощи для усиления приверженности лечению и уменьшению числа пациентов, выбывающих из программы лечения. Основная проблема заключалась в том, что меры вмешательства, реализуемые при поддержке Глобального фонда, вероятно, оказывали лишь ограниченное воздействие в последние годы, в частности, что касалось улучшения результатов лечения. В своем письме от 15 октября 2012 года Министерство здравоохранения просило Европейское региональное бюро ВОЗ обеспечить координацию и проведение комплексной обзорной оценки НПТ.

Обзорная оценка была выполнена с 4 по 15 февраля 2013 года. Она позволила определить конкретные рекомендации по улучшению профилактики контроля ТБ и МЛУ-ТБ, как описано в настоящем отчете, а также предложить дорожную карту для реализации действий (приложение 1). Один из членов миссии по оценке, д-р Кай Блондаль, сразу же по завершении обзорной оценки разработал стратегический план по амбулаторному уходу, который включен в прилагаемую дорожную карту. Техническую редакцию настоящего отчета выполнил д-р Пьерпаоло де Коломбани.

Обзорная оценка была выполнена с участием двенадцати международных и семи национальных экспертов, при ограниченном участии еще трех экспертов (приложение 2).

Эта группа экспертов проанализировала релевантные исходные документы (публикации, результаты исследований, предыдущие отчеты по оценке и т.д.); посетила соответствующие медицинские центры и учреждения (выбранные по принципу сбалансированного представительства различных эпидемиологических, географических и медицинских служб и условий оказания услуг в стране, включая пенитенциарную систему, Гагаузский и Приднестровский регионы); и провела интервью с лицами, вырабатывающими политику, теми, кто оказывает медицинскую помощь, и больными ТБ (всесторонние интервью и фокус-группы) и основными национальными и международными партнерами на национальном и страновом уровне. Члены группы по оценке разработали различные инструменты для предварительного сбора данных, проведения оперативных наблюдений и интервью. Обзор мероприятий и программа миссии приводятся в приложениях 3 и 4. В ходе первой недели члены миссии работали в трех оперативных группах, каждая из которых действовала под руководством международного эксперта. Эти оперативные группы посетили 18 районов и три муниципалитета (приложение 4). По завершении работы каждая группа представила отчет, составленный по принципу анализа сильных сторон, слабых сторон, возможностей и угроз, и обсудила его со всеми другими группами. Вторая неделя включала работу всех экспертов в Кишиневе, в том числе посещения и встречи на центральном уровне и работу над различными разделами настоящего отчета. Проведение данной миссии дало возможность выполнить совместный мониторинговый визит от имени Комитета зеленого света (КЗС) для Европейского региона ВОЗ и Глобального механизма по обеспечению лекарственными средствами (ГМЛС). Полный список встреч со специалистами включен в приложение 5. Краткая информация о пациентах, с которыми проведены интервью, включена в приложение 6.

По завершении миссии основные данные и рекомендации обзорной оценки были переданы в Министерство здравоохранения, д-ру Андрею Усатому, в присутствии всех членов миссии, Специального представителя Регионального директора ВОЗ по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе и Представителя ВОЗ в Республике Молдова.

Общая информация

Республика Молдова представляет собой страну в юго-восточной Европе без выхода к морю; она граничит с Украиной на востоке и с Румынией на западе. Основная часть страны находится между двумя реками, Днестр и Прут. Территория страны в основном холмистая, самая высокая точка находится не выше 430 м над уровнем моря. Примерно 80% очень плодородных земель страны отведены под растениеводство и пастбища. Республика Молдова является одной из республик бывшего Советского Союза с высокой плотностью населения (106 человек/км²); общая численность населения составляет примерно 4,2 миллиона человек (по данным последней переписи 1994 г.), из них 790 000 человек проживает в столице страны Кишиневе. Около 53% населения проживает в сельских районах. По оценкам, примерно 500 000 человек проживает в Приднестровском регионе, хотя эта цифра может оказаться ниже с учетом миграции. С середины 1990-х годов в Республике Молдова наблюдалось сокращение численности населения вследствие снижения рождаемости и эмиграции населения из страны (Turcanu et al., 2012; IOM, 2012).

Республика Молдова стала парламентской республикой после приобретения независимости в 1991 году после распада Советского Союза. С 2003 года Республика

Молдова административно делится на 32 района, три муниципалитета (Кишинев, Бельцы и Бендеры) и два региона – Гагаузский и Приднестровский (последний образовался вследствие 5-месячного военного конфликта в 1992 году, в настоящее время его границы охраняет миротворческий корпус). Приднестровский регион обычно обозначается как территория на левом (восточном) берегу Днестра. В Республике Молдова насчитывается 1682 местные коммуны.

Ключевыми секторами экономики Молдовы являются сельское хозяйство, пищевая промышленность и виноградарство, в то же время интенсивная трудовая миграция и пересылка заработка эмигрантов все сильнее влияют на экономические и социальные условия в стране. Страна полностью зависит от импорта источников энергии. По оценкам, 30% населения живут в условиях абсолютной бедности и 4,5% в условиях крайней бедности – в основном в сельских районах (Всемирный банк, 2013а). Примерно 40% рабочей силы Молдовы проживают и работают за рубежом; в 2008 году пересылка заработка эмигрантов составила примерно 30% валового внутреннего продукта (ВВП), стимулируя в основном личное потребление и строительный сектор. Инфляция была поставлена под контроль, а экономический рост прекратился вследствие глобального финансового кризиса (Всемирный банк, 2013b). В 2009 году государственные расходы в виде доли ВВП составили 45,2%, однако к 2014 году предполагается их снижение до 38%, что будет иметь очевидные последствия для государственного финансирования системы здравоохранения. В настоящее время Республика Молдова ведет переговоры с Европейским союзом о Соглашении об ассоциации (ЕЕАС, 2013), заключение которого (ожидается к осени 2013 года) позволит начать процесс политических, экономических и институциональных реформ как условие для вступления в Европейский союз.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляет 65 лет для мужчин и 73 года для женщин (2010 г.), т.е. ниже уровня других стран Европейского региона ВОЗ (ВОЗ, 2013b). Важнейшими причинами смертности являются коронарные болезни сердца (58% среди мужчин и 62% среди женщин), онкологические заболевания и патологии пищеварительной системы. Широко распространено курение; по оценкам, потребление алкоголя способствует смертности в 19% случаев среди мужчин и в 14% случаев среди женщин.

Эпидемиология ТБ

По последним данным ВОЗ, в 2011 году оценочная заболеваемость ТБ в стране составляла 161 (133-192) на 100 000 населения, распространенность ТБ составляла 234 (107-410) на 100 000 населения и смертность от ТБ составляла 17 (16-18) на 100 000 населения (WHO, 2012). В 2011 году число новых случаев и рецидивов ТБ составило 119 на 100 000 населения. При этом существуют отличия между Приднестровским регионом и остальной территорией страны: соответственно 147 и 866 на 100 000 населения в гражданском и пенитенциарном секторе в Приднестровском регионе и 105 и 754 на 100 000 населения на правом берегу реки Днестр.

По данным обследования на лекарственную устойчивость 2011 года (Stratan et al., 2011), доля МЛУ-ТБ составляла 26% среди новых пациентов и 64,9% среди ранее леченных больных ТБ (таблица 1).

Таблица 1. Устойчивость к противотуберкулезным препаратам, 2011 г.

Показатель	Новые больные ТБ		Ранее леченные больные ТБ		Всего случаев ТБ	
	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%
Всего пациентов	1384	100,0	1042	100,0	2426	100,0
Чувствительны ко всем препаратам	733	52,9	231	22,1	964	39,7
Устойчивы к какому-либо препарату	651	47,0	811	77,8	1462	60,3
Устойчивы к H	504	36,4	750	72,0	1254	51,7
Устойчивы к R	375	27,1	685	65,7	1060	43,7
Устойчивы к E	268	19,4	530	50,9	798	32,9
Устойчивы к S	558	40,3	759	72,8	1317	54,3
Устойчивы к одному препарату	187	13,5	63	6,0	250	10,3
Устойчивы к H	51	3,7	15	1,4	66	2,7
Устойчивы к R	9	0,6	4	0,4	13	0,5
Устойчивы к E	18	1,3	6	0,6	24	1
Устойчивы к S	109	7,9	38	3,6	147	6,1
Пациенты с МЛУ-ТБ	360	26,0	676	64,9	1036	42,7
Устойчивы к H+R	9	0,7	16	1,5	25	1
Устойчивы к H+R+E	1	0,1	7	0,7	18	0,3
Устойчивы к H+R+S	135	9,7	166	15,9	301	12,4
Устойчивы к H+R+E+S	215	15,5	487	46,7	702	28,9
Другие формы устойчивости	104	7,5	72	6,9	176	7,2
Устойчивы к H+S	65	4,7	40	3,8	105	4,3
Устойчивы к H+E	4	0,3	3	0,3	7	0,3
Устойчивы к H+E+S	24	1,7	16	1,5	40	1,6
Устойчивы к R+E	1	0,1	1	0	2	0,1
Устойчивы к R+S	5	0,4	2	0,2	7	0,3
Устойчивы к R+E+S	0	0	2	0,2	2	0,1
Устойчивы к E+S	5	0,4	8	0,8	13	0,5

Сокращения: изониазид (H); рифампицин (R); этамбутол (E); стрептомицин (S).

Источник: Stratan et al., 2011.

Если перевести эти показатели в число случаев заболевания, фактические цифры для Республики Молдова составят: 5700 (4700–6800) новых случаев ТБ, 600 (550–640) новых смертей вследствие ТБ и 1600 (1460-1740) новых случаев МЛУ-ТБ (если суммировать 660 (570-760) новых случаев ТБ и 940 (890-980) ранее леченных случаев ТБ) в год.

Данные обследования на лекарственную устойчивость также указывают на большие различия в процентном показателе МЛУ-ТБ среди всех случаев ТБ. Средний показатель по стране составляет 42,7% с вариациями между географическими районами от 10% до 60% и более 50% в 6 крупных городах: Кишинев (50%), Бельцы (58%), Сороки (62%), Бессарабка (53%) на правом берегу Днестра и Дубоссары (50%) и Тирасполь (68%) в Приднестровском регионе.

По оценкам Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), в 2011 году число людей, живущих с ВИЧ, в Республике Молдова составляло около 15 000 человек. Однако многие из них не знают о своем ВИЧ-

статусе: на январь 2013 года по стране было зарегистрировано лишь 7889 случаев ВИЧ, в основном среди ключевых групп населения и их партнеров. В 2011 году оценочный показатель распространенности ВИЧ среди больных с ВИЧ/ТБ составлял 5,7% (5,1–6,5%), т.е. 660 (570–760) новых случаев коинфекции ТБ/ВИЧ в год. Самые высокие показатели коинфекции ТБ/ВИЧ зарегистрированы в Тирасполе (18,3%), во всем Приднестровском регионе (12,8%) и в Бельцах (16,8%).

Приведенные выше цифры указывают на то, что Республика Молдова входит в число 18 приоритетных стран для борьбы с ТБ и 15 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ (ВОЗ, 2007; 2011b).

Рекомендации

- Профилактику и контроль за МЛУ-ТБ следует рассматривать как приоритетное направление в общественном здравоохранении в Республике Молдова, что требует адекватной и координируемой поддержки со стороны Министерства здравоохранения и всех других заинтересованных министерств и национальных учреждений.
- Неотложное внимание следует уделить высоким уровням распространенности ТБ, МЛУ-ТБ и коинфекции ТБ/ВИЧ в Приднестровском регионе.

Стратегии, структура, бюджет и основные достижения НПТ

Стратегии

Министерство здравоохранения обеспечило всеобщее внедрение в стране рекомендуемой ВОЗ стратегии DOTS (основного пакета, лежащего в основе стратегии «Остановить ТБ») в 2000–2004 годах, а также реализацию стратегии «Остановить ТБ» с 2006 года. В настоящее время для поддержки национальной стратегии по борьбе с ТБ в Республике Молдова был принят Закон «О профилактике и контролю ТБ» (2008), который реализуется через рамки, изложенные в Законе «Об утверждении Национальной стратегии развития на 2008–2011 годы» (2007).¹

Национальная стратегия по борьбе с ТБ также описана в последнем Среднесрочном стратегическом плане реализации НПТ на 2011–2015 годы (Министерство здравоохранения, 2010),² одобренном Министерством здравоохранения в декабре 2010 год.³ Конкретные рекомендации по вопросам политики были доработаны и одобрены в ряде приказов Министерства здравоохранения, касающихся мероприятий по контролю ТБ, показателей на основе результаты исполнения, учета и отчетности в связи с ТБ, участия общественных центров в поддержке амбулаторных больных, амбулаторного лечения больных ТБ и клинических протоколов ведения взрослых и детей больных ТБ.⁴

¹ Закон 153-XVI от 04.07.2008; Закон 295-XVI от 21.12.2007.

² Постановление правительства 1171 от 21.12.2010.

³ Приказ Минздрава 1171 от 21.12.2010; приказ Минздрава 571 от 14.07.2011.

⁴ Приказ Минздрава 180 от 08.05.2007; совместное постановление Минздрава/НИФП по.137/54А от 27.03.2008; приказ Минздрава 277 от 07.04.2011; приказ Минздрава 465 от 07.06.2011; совместное постановление Минздрава/НИФП 1285/265А от 20.12.2012; приказ Минздрава 1343 от 28.12.2012.

Основной целью Стратегического плана является улучшение здоровья населения благодаря снижению бремени ТБ в Республике Молдова. Этот план включает семь конкретных целей:

1. Обеспечение качественной диагностики для достижения по крайней мере 70%-го показателя обнаружения ТБ среди больных ТБ с положительным результатом мазка мокроты.
2. Обеспечение всеобщего доступа к лечению в связи с ТБ для достижения по крайней мере 78%-ного показателя успешного лечения больных ТБ с положительным результатом мазка мокроты и по крайней мере 60%-ного показателя успешного лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ.
3. Обеспечение социальной поддержки по крайней мере для 90% больных ТБ из социально уязвимых групп через партнерство на уровне общин.
4. Обеспечение эффективного контроля за коинфекцией ТБ/ВИЧ и снижение показателя коинфекции ТБ/ВИЧ среди больных ТБ ниже 3%.
5. Повышение уровня знаний населения о ТБ до уровня не менее 80% и поддержание уровня вакцинации бациллами Кальмета-Герена (БЦЖ) при рождении не ниже 98%.
6. Проведение по крайней мере семи операционных исследований, имеющих непосредственное влияние на контроль ТБ.
7. Улучшение управления, координации, мониторинга и оценки НПТ.

Учитывая бремя МЛУ-ТБ в стране, члены миссии считают важным расширить цель 2, указанную в Стратегическом плане, через принятие конкретного плана действий в соответствии с Консолидированным планом действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 годы (ВОЗ, 2011b).

Структура

НПТ фактически имеет центральное подразделение в НИФП, функции которого включают: разработку политики и технических руководств для одобрения Министерством здравоохранения, планирование, координацию с партнерами, лабораторный эпиднадзор и контроль качества, управление поставками противотуберкулезных препаратов, обучение сотрудников, мониторинг и технический надзор. Для выполнения таких функций центральное подразделение сотрудничает с национальными и международными партнерами.

Руководитель НПТ проводит работу через центральное подразделение, в которое входят три подразделения: по мониторингу (надзор за учетом и отчетностью), по надзору и обучению (для оперативного надзора и обучения по месту работы) и Национальная референс-лаборатория. Все сотрудники НПТ являются сотрудниками НИФП и подотчетны его директору. В то же время НИФП не имеет отдельной бюджетной линии для выполнения своих функций, связанных с НПТ, в рамках договора с Национальной компанией медицинского страхования (НКМС). Таким образом, НПТ лишь косвенным образом подотчетна Минздраву, имеет ограниченные полномочия по надзору за фактическим оказанием услуг в связи с ТБ на местах (рис. 1) и зависит от внешней помощи Глобального фонда при выполнении своих основных функций по охране здоровья.

Рис. 1. Организационная схема НПТ.



В Приднестровском регионе общую ответственность за оказание медицинских услуг несет центральная служба здравоохранения. В ней имеется Главное управление по организации медицинской помощи, который отвечает за реализацию программы по ТБ.

Амбулаторные услуги в связи с ТБ оказываются через сеть из восьми специализированных противотуберкулезных больниц с общим числом коек для больных ТБ 1255 (280 для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ), включая две больницы с числом коек 250 в Приднестровском регионе (40 коек для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ). На момент проведения миссии планировалось открыть новое отделение на 250 коек для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в Ворниченах (таблица 2).

Таблица 2. Распределение больничных коек для пациентов, имеющих ТБ и МЛУ-ТБ, в гражданском секторе.

Учреждения	Коек для пациентов, не имеющих МЛУ-ТБ	Коек для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ	Всего коек
НИФП в Кишиневе	250	50	300
Муниципальная противотуберкулезная больница в Кишиневе	335	40	375
Противотуберкулезная больница для пациентов с МЛУ-ТБ в Ворниченах: имеющиеся палаты + новые палаты, которые будут открыты в ближайшее время	0+0	110+250	110+250
Муниципальная больница в Бельцах	130	40	170
Районная больница в гор. Флорешты	20	0	20
Районная больница в гор. Сороки	30	0	30
<i>Итого</i>	<i>765</i>	<i>240+250</i>	<i>1005+250</i>
Муниципальная больница в Бендерах (Приднестровский регион)	160	40	200

Районная больница в Дубоссарах (Приднестровский регион)	50	0	50
<i>Итого</i>	<i>210</i>	<i>40</i>	<i>250</i>
<i>Всего</i>	<i>975</i>	<i>280+250</i>	<i>1255+250</i>

Помимо указанных выше восьми противотуберкулезных больниц имеется два центра для реабилитации детей (в Тырнова на 200 коек и в Корнештах на 100 коек), где проводится лечение детей до 18 лет, имеющих инфекцию или заболевание ТБ, в условиях, исключающих дальнейший контакт с ТБ, и детей с плохими условиями проживания и где можно обеспечить условия для продолжения учебы.

Амбулаторные услуги для больных ТБ оказывают 55 специализированных подразделений (одно на 75 000 жителей):

- 10 фтизиопульмонологических служб на уровне муниципалитетов в пяти территориальных медицинских объединениях в Кишиневе, одна в Бельцах и четыре в Тирасполе в Приднестровском регионе;
- 43 фтизиопульмонологические службы в консультационно-диагностических отделениях (амбулаторное отделение в районных больницах), включая четыре центра в Приднестровском регионе;
- 2 противотуберкулезных подразделения службы железных дорог и Государственной канцелярии.

Проводится работа по улучшению услуг для амбулаторных больных ТБ и связи с местным населением через участие ряда неправительственных организаций (НПО), работающих в основном за счет гранта Глобального фонда (таблица 3).

Таблица 3. НПО, сотрудничающие с НПТ.

AFI (субреципиент грантов Глобального фонда)	НПО AFI сменила НПО Caritas Luxemburg, которая работала в Республике Молдова по контролю за ТБ с 1999 г. НПО Caritas Luxemburg продолжает оказывать помощь AFI в течение 2012-2014 годов. В настоящее время AFI реализует пять проектов, которые работают с общественными группами в Анении-Ной против ТБ; предлагают меры вмешательства в связи с ТБ/ВИЧ в тюрьмах; поддержку больных ТБ и волонтерскую программу; и обеспечивают усиление роли пациентов и местных сообществ в борьбе с ТБ.
Институт за реформу уголовной системы (IRP)	Институт за реформу уголовной системы (ранее Центр содействия реформе пенитенциарной системы) представляет собой НПО, работающую в области реализации мер, альтернативных задержанию, реформирования системы применения превентивного наказания и подготовки заключенных к освобождению. Он предпринимал меры для создания реабилитационных центров по предупреждению рецидивизма и внедрению альтернативных методов наказания.
Медико-социальные программы	Созданные в 2008 году при поддержке Caritas Luxemburg, медико-социальные программы работают с НПО AFI для профилактики и контроля ТБ в Приднестровском регионе.
Молдавское общество против туберкулеза (SMIT)	Созданное в 2011 году в Бельцах бывшими больными ТБ, которые считали, что они не в полной мере участвуют в принятии медицинских решений, это общество финансируется Фондом Сороса – Молдова. Сотрудники посещают лиц, затронутых проблемой ТБ, и помогают повысить уровень знаний о заболевании. Они также организуют круглые столы с местными органами власти, посещение больниц и просвещение пациентов.
PAS (главный реципиент)	Центр PAS (ранее центр MedNet) был создан в 1999 году для осуществления мероприятий, которыми ранее занимались Программа медицинской помощи

грантов Глобального фонда по ТБ и ВИЧ)	через Интернет (Medical Internet Program) Фонда Сороса – Молдова, и для обеспечения ее устойчивого развития. Центр PAS реализует следующие проекты: усиление приверженности антиретровирусной терапии (АРТ); оказание поддержки сиротам и уязвимым детям, живущим с ВИЧ; профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку; обучение для консультирования и тестирования при ВИЧ (КТВ), эпиднадзор второго поколения за ВИЧ/СПИДом; усиление контроля за ТБ; разработка руководств по лечению, уходу и поддержке для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); участие в программе Зальцбургских семинаров; проведение операционных исследований для анализа распространенности ВИЧ среди новых больных ТБ.
Фонд Сороса – Молдова (субреципиент грантов Глобального фонда)	Глобальный фонд и Всемирный банк оказывает финансовую помощь программным мероприятиям, осуществляемым Фондом Сороса – Молдова, что способствует реализации проектов по борьбе и снижению заболеваемости ВИЧ/СПИДом и инфекций, передающихся половым путем.
Speranta Terrei (субреципиент грантов Глобального фонда)	Speranta Terrei – это небольшая НПО, созданная в 2006 году и работающая в Бельцах. Использует помощь волонтеров, работающих в 57 деревнях; каждый волонтер помогает 5 пациентам.

Кроме того, все семейные врачи, в том числе врачи, работающие в районных центрах семейной медицины и в кабинетах семейных врачей в деревнях, прошли подготовку с тем, чтобы научиться определять лиц с подозрением на ТБ и направлять их к специалистам по ТБ, проводить скрининг контактов с ТБ и групп риска, обеспечить лечение под надзором (DOT) и отслеживать пациентов, за которыми был утрачен контроль. В 2012-2013 годах с помощью гранта Глобального фонда были открыты 10 центров для оказания помощи при ТБ через местное население в районных противотуберкулезных подразделениях (Кагул, Криуляны, Хынчешть, Яловены, Унгены, Резина, Страшены, Глодяны, Оргеев и Рыбница в Приднестровском регионе) с целью улучшения качества помощи пациентам и уменьшения числа пациентов, за которыми был утрачен контроль (более подробное описание см. в главе по вопросам лечения и ведения больных).

Бюджет

Общий бюджет НПТ в 2012 году превышал 182 млн. леев (примерно 15 млн. долларов США). Более половины бюджета поступило из НКМС, одна треть из Глобального фонда, а остальная часть средств из Министерства здравоохранения (таблица 4). За период с 2011 по 2012 годы бюджет за счет Минздрава увеличился почти на треть, исключая все косвенные расходы и другие затраты (напр., на лечение с использованием вспомогательных препаратов). Эти цифры также не включают бюджет средства, выделенные на борьбу с ТБ местными органами власти и другими министерствами (юстиции, обороны, внутренних дел).

Таблица 4. Бюджет НПТ с разбивкой по источникам финансирования, 2011-2012 гг.

Источник финансирования	2011		2012	
	Лей (/1000)	%	Лей (/1000)	%

НКМС	94 503 000	46,8	95 307 000	52,3
Глобальный фонд	89 272 000	44,2	62 281 000	34,2
Министерство здравоохранения	17 986 000	8,9	24 684 000	13,5
<i>Всего</i>	201761	100,0	182272	100,0

НПТ выделила более половины своего бюджета на стационарное лечение, в том числе для двух реабилитационных центров для детей (таблица 5). Эта крупная статья расходов может быть значительно уменьшена благодаря рациональному использованию больничных коек и расширению амбулаторного лечения; экономия больничных расходов позволит использовать такие дополнительные средства на лечение и поддержку большего числа пациентов, имеющих МЛУ-ТБ.

Таблица 5. Бюджет НПТ с разбивкой по статьям бюджета, 2011-2012 гг.

Бюджетная статья	2011		2012	
	Леев	%	Леев	%
Стационарное лечение больных ТБ	83 592 000	41,4	83 632 000	45,9
Реабилитационный центр для детей, больных ТБ, Тырнова	9 233 000	4,6	10 114 000	5,5
Реабилитационный центр для детей, больных ТБ, Корнешты	3 472 000	1,7	5 101 000	2,8
Амбулаторное лечение больных ТБ*	9 463 000	4,7	10 125 000	5,6
Оплата по результатам исполнения*	1 448 000	0,7	1 550 000	0,9
Капитальные вложения**	5 000 000	2,5	8 467 000	4,6
Централизованное выделение средств**	281 000	0,1	1 002 000	0,5
Реализация гранта Глобального фонда	89 272 000	44,2	62 281 000	34,2
<i>Всего</i>	<i>201 761 000</i>	<i>100,0</i>	<i>182 272 000</i>	<i>100,0</i>

Группа по оценке не смогла получить точные бюджетные цифры для Приднестровского региона.

Основные достижения

В 2011 году НПТ представила в ВОЗ данные, согласно которым было зарегистрировано 4208 случаев легочного ТБ (3836 новых случаев и 372 рецидива с положительным результатом мазка мокроты), 1108 случаев повторного лечения (исключая рецидивы с положительным результатом мазка мокроты) и 25 случаев с неизвестной историей болезни ТБ. Показатель обнаружения случаев ТБ (новых случаев и рецидивов) можно рассчитать как 74% (62-89%) от общего числа больных по оценкам ВОЗ за год. Среди новых случаев ТБ 1272 (33%) больных имели легочный ТБ с положительным результатом мазка мокроты, 2140 (56%) больных имели легочный ТБ с отрицательным результатом мазка мокроты и 424 (11%) больных имели внелегочную форму ТБ.

В течение 2008–2012 годов процент регистрации новых случаев ТБ и рецидивов снизился лишь незначительно; то же самое касалось регистрации случаев МЛУ-ТБ (таблица 6).

Таблица 6. Число и процент зарегистрированных новых случаев и рецидивов ТБ, 2008-2011 гг.

Год	Население	Новые случаи и рецидивы ТБ		Случаи МЛУ-ТБ	
		число случаев	на 100 000 населения	число случаев	на 100 000 населения
2008	4 100 645	4442	108	1048	26
2009	4 090 640	4347	106	1069	26
2010	4 082 299	4122	101	1082	27
2011	4 075 668	4208	103	1001	25

Число случаев легочного ТБ с положительным результатом посева среди них (новых и ранее леченных больных ТБ), а также процент больных МЛУ-ТБ среди них оставались довольно устойчивыми (таблица 7), что также может быть обусловлено улучшением лабораторной диагностики. В то же время было отмечено уменьшение за тот же период числа всех легочных больных ТБ (новых и ранее леченных).

Таблица 7. Число и процент всех зарегистрированных случаев легочного ТБ, 2008–2011 гг.

Год	Население n	Число больных с легочным ТБ		Число больных ТБ, подтвержденных по культуре		Число случаев легочного МЛУ-ТБ		
		число случаев	на 100 000 населения	число случаев	на 100 000 населения	число случаев	на 100 000 населения	%
2008	4 100 645	5315	130	2367	58	1060	26	45
2009	4 090 640	5061	124	2267	55	989	24	44
2010	4 082 299	4993	122	2477	61	1047	26	42
2011	4 075 668	4886	120	2353	58	1024	25	44

Приведенные выше таблицы показывают трудности НПП в плане снижения заболеваемости ТБ (с 2010 по 2011 годы число случаев уменьшилось лишь на 0,4%) и контроля МЛУ-ТБ.

В 2010 году, по данным НПП, процент успешного лечения среди новых больных ТБ составил 69,7%, среди больных с рецидивом 44,1%, среди тех, кто прекратил лечение, 23,4% и среди больных с неудачным результатом лечения в категории I 26,9%.⁵ В то же время число умерших больных и больных, за которыми был утрачен контроль, составило значительную долю среди больных с неудачными результатами лечения, причем значительное число больных было переведено для лечения в категорию IV⁶, поскольку у них был обнаружен М/ШЛУ-ТБ (таблица 8).

Таблица 8. Результаты лечения среди больных легочным ТБ с положительным результатом мазка мокроты с учетом истории лечения: 2010 г.

Результаты лечения	Новых больных		Рецидивы		Контроль за больными утрачен		Неудачное лечение	
	число случаев в	%	число случаев в	%	число случаев в	%	число случаев в	%

⁵ 2HRZE/4HR: два месяца изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол, затем четыре месяца рифампицин и изониазид.

⁶ Лечение препаратами первого и второго ряда с учетом результатов ТЛЧ.

Излечены	699	64,4	113	41,5	42	20,5	18	23,1
Лечение завершено	57	5,3	7	2,6	6	2,9	3	3,8
Умерли	120	11,1	51	18,8	35	17,1	10	12,8
Неудачное лечение	45	4,1	26	9,6	11	5,4	19	24,4
Контроль утрачен	106	9,8	39	14,3	75	36,6	18	23,1
Продолжали лечение	56	5,2	32	11,8	36	17,6	10	12,8
Переведены	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Оценка не выполнена	2	0,2	4	1,5	0	0,0	0	0,0
<i>Итого</i>	<i>1085</i>	<i>100,0</i>	<i>272</i>	<i>100,0</i>	<i>205</i>	<i>100,0</i>	<i>78</i>	<i>100,0</i>
Переведены в категорию лечения IV	191	15,0	102	27,3	80	28,1	64	45,1
<i>Всего зарегистрированных больных</i>	<i>1276</i>	<i>100,0</i>	<i>374</i>	<i>100,0</i>	<i>285</i>	<i>100,0</i>	<i>142</i>	<i>100,0</i>

Рекомендации

- Необходимо учитывать возможности для эффективного использования финансовых средств путем принятия экономически целесообразных мер вмешательства.
- Необходимо изыскивать возможности для дополнительной финансовой и иной поддержки за счет местных органов здравоохранения и использовать такую поддержку для осуществления экономически целесообразных мер вмешательства в соответствии с политикой и руководством НПП.
- Необходимо срочно определять и изыскивать возможность получения международной финансовой и иной помощи со стороны всех заинтересованных сторон в Республике Молдова, в том числе в Приднестровском регионе.
- НТП должна создать центральное подразделение, обладающее возможностями и техническими полномочиями для обновления национальной политики и руководящих документов; обеспечения постоянного обучения различным медицинским специальностям; управления поставками препаратов, проведения эпиднадзора и осуществления вспомогательного оперативного надзора; и общей координации услуг, оказываемых различными организациями на всех уровнях оказания медицинской помощи.
- Такое центральное подразделение, независимо от его местонахождения, должно напрямую подчиняться Министерству здравоохранения и иметь финансовые и юридические механизмы, независимые от НИФП.
- Необходимо улучшить качество работы НПП для удержания больных ТБ в программе лечения.
- Необходимо создать национальную рабочую группу для разработки стратегического плана по амбулаторному уходу для усиления приверженности лечению и сделать это к определенному сроку, установленному Глобальным фондом.

- Необходимо расширить цель 2, указанную в Стратегическом плане, через принятие конкретного плана действий в соответствии с Консолидированным планом действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 годы – с учетом бремени МЛУ-ТБ в стране (ВОЗ, 2011b).

Обнаружение случаев заболевания и диагностика

Обнаружение случаев заболевания

Пассивное обнаружение случаев заболевания

Пассивное обнаружение случаев заболевания в Республике Молдова проводится по результатам самостоятельных визитов пациентов с симптомами в учреждения первичной медико-санитарной помощи либо напрямую во фтизиатрические учреждения. Учреждения первичной медико-санитарной помощи оказывают услуги бесплатно для всех пациентов, в том числе для пациентов, не имеющих страховки. В то же время пациенты обязаны платить за все диагностические процедуры (в том числе за очень дорогие, как например бронхоскопия и компьютерная томография), а также за все назначаемые препараты. Это также касается нестандартных мер вмешательства в связи с ТБ (часто в частных учреждениях) и курса неспецифических антибиотиков, назначаемых учреждениями первичной медико-санитарной помощи для пациентов подозрением на ТБ с отрицательным результатом исследования мокроты на кислотоустойчивые бактерии.

Активное обнаружение случаев заболевания

В стране широко применяется бесплатное ежегодное флюорографическое обследование, уделяя особое внимание целевым группам населения с риском развития ТБ:

- лица, находившиеся в контакте с людьми или животными, имеющими ТБ;
- лица, имеющие осложнения после ТБ;
- лица, вышедшие из мест заключения, в течение первых 12 месяцев после освобождения;
- люди, живущие с ВИЧ/СПИДом;
- алкоголики, потребители наркотиков и заядлые курильщики;
- больные диабетом;
- лица, получающие лечение иммунодепрессантами;
- женщины в послеродовой период;
- лица, имеющие хронические легочные заболевания;
- лица, находящиеся в трудном материальном положении (безработные, мигранты и т.п.);
- лица, имеющие психологические проблемы.

Кроме того, Министерство здравоохранения определило четыре группы населения, которые обязаны проходить ежегодный скрининг на ТБ с учетом рода их работы и риска передачи ТБ другим людям:

- все лица, работающие с продуктами питания;

все работники системы образования на всех уровнях;
все лица, работающие в системе социального обслуживания и учреждениях, работающих с людьми;

все работники системы общественного здравоохранения.

В то же время районные органы здравоохранения могут расширить список тех, кто обязан проходить скрининг, в зависимости от местных приоритетов и финансовых возможностей. В результате членам миссии удалось установить районы со значительными колебаниями процента тех, кто проходит ежегодный скрининг на ТБ (от 30 до 80%). Кроме того, представленные данные не позволили рассчитать фактическую эффективность такого скрининга. Если НПТ сможет рассчитывать эффективность ежегодного скрининга на ТБ населения в целом, это даст экономический эффект и позволит проводить работу среди целевых групп риска.

Отслеживание контактов проводится совместно с государственными санитарно-эпидемиологическими службами, фтизиатрическими службами и учреждениями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Эти службы также проводят интервью с пациентами, у которых впервые был обнаружен ТБ или МЛУ-ТБ, что помогает установить близкие контакты среди родственников, соседей и коллег по работе. Сотрудники государственной санитарно-эпидемиологической службы посещают пациентов на дому, иногда в сопровождении семейного врача или врача-фтизиатра. Всех контактных лиц, включая тех, кто контактирует с пациентами, имеющими отрицательный результат исследования мокроты, просят посетить противотуберкулезный диспансер для медицинского обследования и рентгенографии грудной клетки (включая туберкулиновую кожную пробу (ТКП) для лиц моложе 18 лет). Все контактные лица проходят рентгенографию грудной клетки каждые 6 месяцев в течение 1 года.

Действующее национальное руководство рекомендует назначать профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) всем контактным лицам моложе 18 лет с положительной ТКП. Руководство ВОЗ также рекомендует выполнять ТКП в условиях с высокой распространенностью МЛУ-ТБ; в Республике Молдова можно рассмотреть вопрос о проведении исследования для определения возможности использования схем лечения для профилактики МЛУ-ТБ. Латентная инфекция ТБ обычно не диагностируется и не лечится среди взрослых.

Диагностика

Диагностика ТБ традиционно проводится с использованием прямой микроскопии мазков мокроты (две пробы мокроты), рентгенографии грудной клетки, посева культуры и теста на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) к противотуберкулезным препаратам первого ряда. Всем пациентам, имеющим МЛУ-ТБ, назначается ТЛЧ к противотуберкулезным препаратам второго ряда. В 2011 году почти половина пациентов, зарегистрированных НПТ, имели легочный ТБ с лёгочными кавернами, включая 100 случаев заболевания, установленных только после аутопсии (возможный показатель поздней диагностики). Национальное руководство Республики Молдова по лечению при ТБ недавно было пересмотрено, в него включен алгоритм раннего диагностирования с использованием системы Xpert MTB/RIF (автоматизированная технология амплификации нуклеиновых кислот в режиме реального времени для быстрого и одновременного выявления туберкулеза и устойчивости к рифампицину, одобренная ВОЗ).

Лаборатории

Лабораторная сеть в Республике Молдова налажена хорошо и включает 59 центров микроскопии первого уровня, 3 региональных лаборатории второго уровня для культурологического анализа и ТЛЧ (в Бельцах, Ворниченах и Бендерах) и Национальную референс-лабораторию по туберкулезу в Кишиневе. Число сотрудников в центрах микроскопии первого уровня можно считать достаточным (даже с учетом их отсутствия в период отпусков), в то время как число сотрудников в региональных лабораториях и НРЛ является недостаточным.

Региональные лаборатории и Национальная референс-лаборатория по туберкулезу используют все традиционные методы, включая микроскопию мазка, посев и ТЛЧ на твердых и жидких средах с помощью системы MGIT и новых молекулярных методов (ПЦР для противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда и система Xpert MTB/RIF). С осени 2012 года в стране работает 25 систем Xpert MTB/RIF, включая десять систем на районном уровне (Бельцы, Кагул, Комрат, Хынчешть, Страшены, Оргеев, Каушаны, Унгены, Единцы, Сороки), три в Приднестровском регионе (Рыбница, Бендеры, Тирасполь) и три в тюрьмах. Кроме того, такие системы были поставлены в пять центров по лечению ВИЧ через грант по ТБ REACH (Партнерство «Остановить ТБ», 2013).

По данным НПТ, в 2011 году число зарегистрированных пациентов с легочным ТБ составило 4851, из них 95% пациентов сдали анализ мокроты на микроскопию и 91,2% на культуральное исследование. Среди 3412 новых больных ТБ 3243 (95%) пациентов были обследованы по методу прямой микроскопии мазка мокроты; причем число пациентов с положительным результатом мазка мокроты составило 1272 (977+295: 37%) (таблица 9). Еще 706 (543+163: 21%) случаев были подтверждены по результатам посева, что дает общее число случаев с бактериологическим подтверждением по результатам анализа мазка и/или посева, равное 1978 (58%). Все эти показатели свидетельствуют о низкой выявляемости по микроскопии и/или об ошибках при внесении результатов в базу данных ИСМО-ТБ (Национальный центр управления в здравоохранении, 2012).

Таблица 9. Диагностика новых случаев ТБ и случаев ТБ среди больных, ранее проходивших лечение, 2011 г.

Результаты	Новые случаи	Рецидивы	После неудачно го лечения	Утрата контроля	Всего	
	число случаев	число случаев	число случаев	число случаев	число случаев	%
<i>Общее число случаев</i>	3412	815	207	417	4851	100,0
По микроскопии ММ	3243	771	207	411	4632	95,0
Включая С	3111	391	140	266	3908	91,2
Без SS или С	6	41		4	51	1,1
<i>Всего с SS+ и/или С+</i>	1978	495	181	333	2987	61,6
SS+/C+	977	268	104	218	1567	32,3
SS+	295	104	41	67	507	10,5
SS-/C+	543	120	36	46	745	15,4
С+	163	3		2	168	3,5
<i>Всего с SS- и/или С-</i>	1428	279	26	80	1428	37,4

SS-/C-	1428				1428	29,4
SS-		279	26	80	385	7,9

Сокращения: SS = микроскопия мазка мокроты (ММ); C = бактериология по посеву мокроты (); положительный результат (+); отрицательный результат (-).

Все окрашенные материалы для микроскопии готовит Национальная референс-лаборатория по туберкулезу. По информации, полученной членами миссии, их качество является хорошим, и они отправлялись регулярно без задержек в течение последнего года. Для посева и ТЛЧ к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда используются среды Левенштейна-Йенсена и среды Попеску. Однако, невзирая на наличие во всех районных лабораториях пробирок с индикатором роста микобактерий (MGIT), не все пробы исследуются на жидких и твердых средах, что приводит к значительной задержке в получении результатов и назначению лечения без ТЛЧ. Систематическое использование MGIT позволит получать результаты посева в среднем через 10 дней вместо 4-6 недель.

В течение многих лет применяется система внешнего обеспечения качества для всех лабораторий, что дает очень хорошие результаты. Из 200 исследований (для 20 штаммов и для 10 препаратов), выполненных в Национальной референс-лаборатории по туберкулезу в 2012 году, в Наднациональной референс-лаборатории по ТБ в Борстеле, Германия был получен только один ложный результат на чувствительность к капреомицину. Лишь в одной региональной лаборатории был обнаружен высокий процент (10%) ложных результатов на лекарственную чувствительность, после чего Национальная референс-лаборатория по туберкулезу приняла незамедлительные меры для устранения ошибок. Все периферийные лаборатории должны проверяться на качество микроскопии – это должны делать региональные лаборатории и Национальная референс-лаборатория по туберкулезу ежеквартально. К сожалению, не все такие лаборатории проверяются регулярно ввиду нехватки сотрудников по надзору, в результате чего остается нерешенной проблема, связанная с тем, что некоторые из них имеют низкий уровень обнаружения положительных результатов.

Члены миссии с интересом отметили результаты, указывающие на улучшение качества диагностики ТБ благодаря внедрению систем Xpert MTB/RIF. В целом процент ошибочных результатов тестов с помощью систем Xpert MTB/RIF составил 5–8%, что считается слишком высоким. Некоторые ошибки в получении результатов можно было избежать благодаря правильной калибровке установок, что должна делать компания-поставщик. Другой проблемой, связанной с поставщиком, является распределение картриджей, что делается без учета ожидаемой рабочей загрузки лабораторий и приводит к потерям по причине истечения сроков годности.

Самым важным является то, что лаборатории не используют эту новую технологию для своевременного начала ведения больных, т.е. для раннего назначения стандартного лечения при МЛУ-ТБ⁷ и обеспечения мер инфекционного контроля. Кроме того, тесты Xpert MTB/RIF не всегда оказываются эффективными для групп риска, таких как люди, живущие с ВИЧ, и заключенные. В то же время в учреждения, имеющие системы Xpert MTB/RIF, чаще направляются не пробы мокроты, а сами пациенты (зачастую даже в

⁷ Данные о лекарственной устойчивости в Республике Молдова (см. таблицу 1) оправдывают назначение стандартного лечения для пациентов с МЛУ-ТБ, которое рекомендуется начинать до получения результатов посева и ТЛЧ, когда можно будет назначить индивидуальное лечение.

Кишинев), что ложится дополнительным бременем на пациента и ведет к задержке в диагностике. Все указанные проблемы, возможно, обусловлены недостаточным информированием и обучением всех сотрудников, участвующих в диагностике ТБ.

Необходимо обучать сотрудников правилам применения алгоритма диагностики, включенного в национальное руководство по ТБ, которое предусматривает применение систем Xpert MTB/RIF для тестирования:

- пациентов с симптомами, которые находились в тесном контакте с пациентом, имеющим М/ШЛУ-ТБ;
- детей с клиническими симптомами ТБ, особенно детей, которые находились в тесном контакте с пациентом, имеющим М/ШЛУ-ТБ;
- людей, живущих с ВИЧ, с симптомами ТБ;
- заключенных с симптомами и/или результатами рентгенографии грудной клетки, указывающими на ТБ;
- других групп риска с симптомами и/или результатами рентгенографии грудной клетки, указывающими на ТБ: бездомных, потребителей инъекционных наркотиков, лиц, злоупотребляющих алкоголем, работников здравоохранения или лиц, обеспечивающих уход за пациентами, имеющими М/ШЛУ-ТБ, работников тюрем, лиц с подавленным иммунитетом (напр., при наличии новообразований и получении иммуносупрессивной терапии, сахарного диабета, гепатита, почечной недостаточности на гемодиализе);
- пациентов с подозрением на рецидив ТБ, имеющих отрицательный результат микроскопии мокроты;
- пациентов с клиническими симптомами внелегочного ТБ, особенно если есть подозрение на менингит.

Рекомендации

- Необходимо учитывать возможности для эффективного использования финансовых средств путем принятия экономически целесообразных мер вмешательства, таких как улучшение целевого скрининга на ТБ и правильное использование имеющихся лабораторно-диагностических технологий.
- Скрининг на ТБ необходимо проводить только среди известных групп риска для эффективного выявления активных форм заболевания с учетом международных рекомендаций и местных доказательных данных.
- Необходимо разработать национальное руководство по выявлению активных форм заболевания и расследованию контактов.
- Необходимо обеспечить последовательное использование систем Xpert MTB/RIF в соответствии с национальным руководством и незамедлительно начинать лечение и применять меры инфекционного контроля.
- Пациентов не следует направлять в Кишинев для прохождения ТЛЧ; вместо этого необходимо забирать пробы и отправлять их на анализ.
- Необходимо широко внедрить практику бактериологического подтверждения среди всех больных ТБ с использованием жидких сред для всех проб и ТЛЧ.

- Необходимо улучшить обучение сотрудников правилам применения систем Xpert MTB/RIF, организовав для этого обучение в ходе надзора и специальные учебные курсы.

Лечение и ведение больных

Лечение

В декабре 2012 года Минздрав утвердил новое национальное руководство по клиническому ведению пациентов, имеющих ТБ и М/ШЛУ-ТБ (Министерство здравоохранения, 2012а; 2012b). Это руководство соответствует международным стандартам и рекомендует лечение категории I для новых больных с лекарственно-устойчивым ТБ, лечение категории II⁸ для ранее леченных больных с лекарственно-чувствительным ТБ и лечение категории IV для больных с М/ШЛУ-ТБ. В случае менингита вместо стрептомицина назначается этамбутол.

На момент проведения миссии это руководство было утверждено недавно и, следовательно, применялось нешироко. Члены миссии отметили применение устаревшей практики среди тех, кто оказывает услуги при ТБ: назначение 600 мг изониазида в сутки вместо 300 мг; систематическая госпитализация всех инфекционных и большей части неинфекционных больных ТБ; длительное лечение пациентов (новых и ранее получавших лечение) до 12 месяцев, при этом результаты лечения фиксируют как успешные только после подтверждения отрицательного результата мазка мокроты через два года после окончания лечения. В частности, лечение больных, ранее получавших лечение, часто фиксируют как неудачное по окончании успешного лечения только для того, чтобы обосновать продление лечения на срок более года; это может объяснять относительно высокий процент неудачного лечения среди больных, ранее получавших лечение, у которых отсутствует МЛУ-ТБ (таблица 10). Клиницисты обосновывают потребность в длительном стандартном лечении высоким показателем устойчивости к противотуберкулезным препаратам в стране.

Таблица 10. Результаты лечения больных с положительным результатом анализа мазка мокроты, с учетом истории лечения; 2011 г.

Результаты лечения	Новые больные		Рецидивы		Утрата контроля		После неудачного лечения	
	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%
<i>Общее число зарегистрированных случаев</i>	1276	100	374	100	285	100	142	100
<i>Общее число случаев с выполненной оценкой</i>	1274	100	370	100	285	100	142	100
Излечились	699	54,9	113	30,5	42	14,7	18	12,7
Лечение завершено	57	4,5	7	1,9	6	2,1	3	2,1
Умерли	120	9,4	51	13,8	35	12,3	10	7,0
Неудачное лечение	45	3,5	26	7,0	11	3,9	19	13,4

⁸ 2HRZES/1HRZE/5HRE: два месяца изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол и стрептомицин, затем один месяц изониазид, рифампицин, пипразинамид и этамбутол и пять месяцев изониазид, рифампицин и этамбутол.

Утрачен контроль	106	8,3	39	10,5	75	26,3	18	12,7
Переведены на схему лечения для категории IV	191	15,0	102	27,6	80	28,1	64	45,1
Продолжают лечение	56	4,4	32	8,6	36	12,6	10	7,0
Переведены	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Показатель успешности лечения (излечились и лечение завершено)</i>	<i>756</i>	<i>59,3</i>	<i>120</i>	<i>32,4</i>	<i>48</i>	<i>16,8</i>	<i>21</i>	<i>14,8</i>

Ведение больных

Международное сообщество все больше обеспокоено низкими результатами лечения, зафиксированными НПТ, включая высокий процент пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, за которыми утрачен контроль, и в целом медленное снижение ежегодного числа новых случаев ТБ и МЛУ-ТБ на 100 000 населения (см. таблицу 6). В последнее время появилось несколько отчетов международных технических консультантов (можно получить по запросу в ВОЗ), которые представили рекомендации по сокращению практики ухода за больными ТБ в стационаре и пропорциональному расширению амбулаторного ухода (Berger, 2011; Cercone, 2012; Kavtaradze and Ciobanu, 2012; Salakaia and Mirtskhulava, 2011; Schreuder, 2011; Thybo, 2010; 2011). Необходимо расширять амбулаторное лечение для снижения вероятности передачи ТБ в больницах (Stratan et al., 2012) и усиления приверженности лечению за счет применения подхода, нацеленного на пациентов (Bivol et al., неопубликованные данные, полученные по просьбе PAS, 2009; Ciobanu et al., неопубликованные данные, полученные по просьбе PAS, 2010). Кроме того, сокращение практики ухода за больными ТБ в стационаре и числа коек позволит высвободить дополнительные ресурсы, которые НКМС может теоретически использовать для усиления системы амбулаторного лечения.

Стационарное лечение больных тесно увязывается с критериями госпитализации, механизмами финансирования медицинской помощи и проводимой реформой системы оказания медицинской помощи. Как указано в новом национальном руководстве по лечению больных ТБ, при госпитализации больных необходимо наличие одного из следующих условий:

- наличие нескольких клинических заболеваний;
- положительный результат анализа мокроты⁹;
- некоторые условия проживания пациента, например, наличие близкого контакта с детьми или беременными женщинами;
- отсутствие возможности для амбулаторного лечения по принципу DOT;
- множественные побочные действия или сопутствующие заболевания;
- больные, имеющие М/ШЛУ-ТБ, до бактериологической конверсии мокроты и подтверждения переносимости противотуберкулезных препаратов второго ряда.

Эти критерии, кроме последнего, могут иметь различную интерпретацию, что позволяет начинать амбулаторное лечение при ТБ и МЛУ-ТБ с первого дня; в то же время их можно использовать для обоснования длительного стационарного лечения по усмотрению лечащего врача.

⁹ В руководстве также указано, что при обеспечении соответствующих санитарных и эпидемиологических условий и принципа DOT больных с ТБ с положительным результатом исследования мокроты можно лечить амбулаторно.

Минздрав рассматривает вопрос о сокращении коечного фонда в противотуберкулезных больницах, включая закрытие противотуберкулезного отделения в Сороках (30 коек) и Флорештах (20 коек) и сокращение числа стационарных противотуберкулезных больниц, оставив только четыре стационара: НИФП, муниципальную противотуберкулезную больницу в Кишиневе, противотуберкулезный диспансер в городской больнице в Бельцах и больницу для лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в Ворничене. Тем не менее пока что нет дорожной карты для дальнейшего сокращения больничных коек в противотуберкулезных больницах; наоборот, в 2013 году общее число таких коек будет увеличено с 1255 до 1505 после модернизации дополнительного отделения в больнице для лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в Ворничене (см. таблицу 2). В Приднестровском регионе также нет четких планов сокращения числа коек для больных ТБ.

По оценкам членов миссии, фактическая потребность Республики Молдова составляет примерно 400 больничных коек для больных с лекарственно-чувствительным ТБ и 380 коек для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ (таблица 11). Эти расчетные данные получены на основании осторожных допущений, таких как средний срок пребывания в больнице 60 дней для новых больных ТБ с лекарственной чувствительностью (средний срок в странах Евросоюза составляет 23 дня (медианное значение 18 дней)) и 120 дней для пациентов с МЛУ-ТБ и коэффициент заполнения коек 85%. Число необходимых больничных коек снизится и составит менее половины от нынешнего числа коек для больных ТБ с лекарственной чувствительностью и примерно такое же число коек для пациентов с МЛУ-ТБ (до того как будет открыто новое отделение для лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в больнице в Ворничене). Нынешний избыточный коечный фонд будет еще большим, если учитывать число больничных коек в пенитенциарной системе.

Таблица 11: Потребность в больничных койках для больных ТБ на 2012 год (по оценкам членов миссии).

Новые больные ТБ	Больные, нуждающиеся в больничном уходе	Средняя продолжительность пребывания (дней)	Всего пациенто-дней	Требуемое число больничных коек при коэффициенте занятости:	
				100%	85%
Больные легочным ТБ с положительным результатом мокроты (новые и ранее леченные)	2074	60	124 440	341	401
Больные с МЛУ-ТБ	991	120	59 460	326	383

В ходе ранее проведенного исследования (Cercone, 2012) использовалась намного более сложная методика на основе специальной модели, которая позволяет учитывать различные сценарии для различных категорий больных, больных на терминальной стадии, нынешние национальные тенденции в изменении ежегодного числа новых случаев ТБ или М/ШЛУ-ТБ, общие демографические тенденции и изменение практики оказания медицинской помощи. Таким образом, как указано в этой работе, оптимальное число больничных коек составит 304 (от 93 до 704), что близко к оценкам, полученным членами миссии (таблица 12).

Таблица 12. Потребность в больничных койках в противотуберкулезных учреждениях на 2012 год по категориям лечения (оценка Cercone J).

Категория лечения	Число коек (нижняя граница оценки)	Число коек (средняя оценка)	Число коек (верхняя граница оценки)
Категория I – больные с положительным результатом мокроты (с лекарственной чувствительностью)	15	52	99
Категория I – больные с отрицательным результатом мокроты и внелегочной формой ТБ	10	30	59
Категория II – больные с положительным результатом мокроты с лекарственной чувствительностью	19	31	46
Категория II – больные с отрицательным результатом мокроты и внелегочной формой ТБ	18	35	59
Больные ТБ с устойчивостью к нескольким препаратам (полирезистентность) ^a	3	14	38
Пациенты, имеющие МЛУ-ТБ	13	104	324
Пациенты, имеющие ШЛУ-ТБ	15	38	79
Пациенты, имеющие другие формы ТБ	0	0	0
<i>Всего</i>	<i>93</i>	<i>304</i>	<i>704</i>
<i>На 100 000 населения</i>	<i>2,7</i>	<i>8,9</i>	<i>20,6</i>

^a ТБ с устойчивостью к нескольким препаратам – это ТБ устойчивый к двум и более препаратам, включая изониазид или рифампицин, но не к обоим одновременно.

Планируемое на ближайшее время открытие нового отделения для лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в Ворничени, может быть оправданной мерой, поскольку это, вероятно, одно из немногих отделений, где предусмотрены адекватные меры инфекционного контроля. В то же время, по мнению членов миссии, сейчас существует отличная возможность для подготовки плана действий по сокращению коечного фонда в противотуберкулезных учреждениях в стране, закрытию учреждений с плохим контролем за воздушными инфекциями и перераспределению их сотрудников.

В целом меры, направленные на усиление приверженности лечению среди пациентов, имеющих ТБ и М/ШЛУ-ТБ, должны быть нацелены в первую очередь на укрепление потенциала системы здравоохранения в соответствии с потребностями каждого отдельного пациента. НИФП, вместе с партнерами-реципиентами гранта Глобального фонда, предложил ряд инициатив для улучшения системы ведения пациентов, имеющих ТБ и М/ШЛУ-ТБ; в то же время имеется мало данных, позволяющих подтвердить эффективность любой из перечисленных ниже мер вмешательства:

Вовлечение лиц, оказывающих медицинские услуги в семье

Что касается более широкого участия в лечении лиц, оказывающих семейные медицинские услуги, более широкое их вовлечение позволит приблизить услуги в связи с ТБ к пациентам. В 2012 году семейные медицинские работники получали за свое участие материальное возмещение исходя из результатов работы; при этом они получали 95% зарплаты из расчёта на одного человека и 5% в зависимости от результатов своей работы, т.е. числа тех, кто прошел скрининг на ТБ, числа случаев диагностированного ТБ и числа пролеченных больных ТБ.¹⁰ Начиная с 2013 года это процентное соотношение изменилось: 85% зарплаты стали платить из расчёта на одного человека и 15% в

¹⁰ Качество работы врачей определяется по 26 показателям, из которых 3 показателя касаются ТБ.

зависимости от результатов работы. В то же время зарплата по результатам на каждого пролеченного больного ТБ составляет лишь 800 леев (примерно 68 долларов США). Кроме того, эта сумма обычно делится на всех лиц, оказывающих семейные медицинские услуги, что делает такую компенсацию малопривлекательной.

Вовлечение НПО

В Республике Молдова и в Приднестровском регионе в рамках гранта Глобального фонда работает несколько НПО (см. таблицу 3). Большинство из них являются держателями малых грантов и начали свою работу примерно год назад. Лишь две НПО, PAS и AFI, получают средства, не связанные с грантом Глобального фонда. В частности, AFI имеет самый большой опыт работы непосредственно с пациентами, имеющими ТБ и М/ШЛУ-ТБ, в гражданской и пенитенциарной системе, где эта НПО начинало свою работу много лет назад как Caritas Luxemburg.

Одной из слабых сторон нынешнего сотрудничества с НПО является отсутствие единой платформы и правовых рамок для их участия в мероприятиях, связанных с ТБ. Действующее законодательство запрещает работникам НПО выдавать лекарства пациентам, что противоречит международным данным, указывающим на эффективность лечения DOT при участии непрофессионалов. Кроме того, НПО не включены в списки потенциальных организаций по оказанию услуг, с которыми может заключать договоры НКМС, что является единственным решением для устойчивого и постепенного сокращения объемов помощи, получаемой через Глобальный фонд в будущем.

Создание центров на основе местных общин

В 2012-2013 годах при поддержке со стороны гранта Глобального фонда в районных противотуберкулезных учреждениях было создано десять общинных центров для улучшения поддержки пациентов и для уменьшения числа больных ТБ, за которыми утрачен последующий контроль. Штат таких центров может включать одного или двух фтизиатров, одного психолога, одну или две медсестры или социальных работников, одного руководителя, одного бухгалтера и одного водителя. Некоторые центры могут рассчитывать на помощь волонтеров. Функции таких центров включают первоначальную оценку риска утрата контроля за больными ТБ в будущем; просвещение и оказание психологической помощи больным и членам их семей; организацию любой необходимой социальной поддержки в районе; проведение мероприятий по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ) среди местного населения.

Члены миссии посетили ряд таких общинных центров; по их мнению, качество работы центров отличается, в том числе в зависимости от того, как давно центры проводят свою работу и какие связи они установили с местными органами власти. Эти центры полностью зависят от Глобального фонда и окажутся значительным финансовым бременем для Минздрава, если они будут созданы по всей стране. Необходимо искать возможности для более устойчивых схем, таких как создание эквивалентных служб в центрах семейной медицинской помощи, в том числе для всех пациентов, имеющих схожие поведенческие и социально-экономические потребности (как при работе с другими пациентами, имеющими ТБ, ВИЧ, проблемы с потреблением алкоголя и других наркотических веществ и т.п.). Такого рода поддержка для пациентов должна быть включена в новые формы оказания платных услуг для НКМС, которые были внедрены недавно в рамках проводимой реформы системы здравоохранения. Такие схемы могут быть особенно

эффективными в экономическом плане, учитывая, что многие мероприятия, проводимые этими центрами в связи с ТБ, осуществляются среди местных сообществ, а не в учреждениях.

Усиление поддержки для лечения

В течение ряда лет больным ТБ оказывалась самая различная поддержка через НПО и центры на основе местных общин. К сожалению, эта поддержка носила разрозненный характер и оказывалась непоследовательно, что затрудняет документальное подтверждение ее воздействия на результаты лечения. Большинство пациентов, имеющих ТБ и М/ШЛУ-ТБ, в Республике Молдова относятся к бедным, которые зачастую сильно нуждаются в получении поддержки в течение всего срока лечения, когда они не имеют возможности работать. Такую поддержку можно разделить на поддержку в целях лечения и социальную поддержку.

Поддержка для лечения оказывается различными НПО через грант Глобального фонда на основе стимулов и пакетов помощи. Такая поддержка была различной и со временем менялась, а сама практика была сильно фрагментирована и никогда не оценивалась с точки зрения экономической эффективности. Исключением является проект Caritas Luxemburg/AFI, который, по информации, обеспечил уменьшение доли больных ТБ, за которыми был утрачен контроль после освобождения из тюрьмы, с 45% в 2004 году до 26% в 2005 году. НПО Speranța Terrei, работающая в Бельцах, представила членам миссии данные, согласно которым доля таких больных уменьшилась до 5% благодаря внедрению подхода DOT при оказании поддержки в целях лечения.¹¹

Последние данные НПТ показывают, каким образом доля больных ТБ с лекарственной чувствительностью, за которыми был утрачен контроль и которые умерли, уменьшилась соответственно с 11,4% до 4,3% и с 13,6% до 11% , если сравнивать данные за октябрь-декабрь 2010 года с данными за тот же квартал 2011 года (последний квартал, за который имеются полные данные ИСМО-ТБ). Эти данные указывают на то, что поддержка для лечения помогает значительно уменьшить число людей, за которыми утрачен контроль, если такая поддержка оказывает регулярно, как это имело место в последние месяцы 2011 года (таблица 13).

Таблица 13. Результаты лечения всех больных ТБ с лекарственной чувствительностью, получавших лечение в октябре-декабре 2011 и 2010 гг.

Результаты лечения больных ТБ	Октябрь-декабрь 2010 г. (%)	Октябрь-декабрь 2011 г. (%)
Успешное лечение	70	70
Больные, за которыми утрачен контроль	11,4	4,3
Умерли	13,6	11
Неудачное лечение	2,7	2,7
Без оценки	2,3	12

¹¹ С 2006 по 2012 годы НПО Speranta Terrei оказала поддержку для лечения 355 новым больным ТБ, обеспечив успешное лечение 302 (85%) таких больных; доля больных, за которыми был утрачен контроль, составила всего лишь 5%, в то время как средняя цифра по стране составляла 12%.

В последние годы больные ТБ получали различные стимулы и пакеты помощи через различные донорские проекты для усиления приверженности пациентов лечению в связи с ТБ; однако, учитывая различные источники, виды и политику финансирования, эти стимулы и пакеты помощи были непоследовательными, что зачастую создавало неравенство между пациентами.

В настоящее время больным предоставляются три типа стимулов и пакетов помощи за счет различных источников:

- Глобальный фонд: через НПО, получающие гранты, предоставляет продовольственный пакет (эквивалентно примерно сумме в 80 леев или 7 долларов США) четыре раза в месяц на фазе продолжения лечения больных ТБ с лекарственной чувствительностью и пациентов, имеющих МЛУ-ТБ. Грант Глобального фонда обеспечит поддержку для 2250 больных ТБ с лекарственной чувствительностью в 2013 году, 2210 больных в 2014 году и 2140 больных (50% от оценочного числа больных в год) в 2015 году и соответственно для 570, 560 и 560 больных (85% от оценочного числа больных в год), имеющих МЛУ-ТБ, в те же годы.
- НКМС: предоставляет продовольственные ваучеры (эквивалентно примерно сумме в 35 леев или 3 долларов США), выдаваемые ежедневно всем новым больным ТБ и повторно леченым больным с легочным ТБ и отрицательным результатом мокроты и больным с внелегочным ТБ в течение курса лечения вне больницы (фаза продолжения или даже интенсивная фаза). Сюда не включаются все больные с легочным ТБ с положительным результатом мокроты и больные с МЛУ-ТБ. Эта поддержка может быть прекращена в случае плохой приверженности (прерывание лечения более чем на три дня в месяц или один день в неделю – в зависимости от участка). Кроме того, выплачивается сумма на проезд (примерно 75 леев или 6 долларов США в месяц или больше при предъявлении проездных билетов) для того, чтобы доехать в центр для лечения DOT. Ранее НКМС выдавала продовольственные ваучеры только амбулаторным больным, живущим в городских районах, а с 2013 года было решено включать также больных в сельских районах.¹² В 2013 году НКМС выделила финансовые средства для оказания такой помощи примерно 1300 больным.
- Министерство юстиции и АФИ оказывают поддержку заключенных после освобождения (подробнее см. ниже главу о ТБ в тюрьмах).

Усиление социальной поддержки

Больные ТБ и члены их семей получают пять видов социальной поддержки из различных источников.

- Министерство труда, социальной защиты и семьи: оплата больничного во время лечения против ТБ для всех работающих и/или имеющих страховку пациентов. В 2011 году такое медицинское страхование покрывало примерно 81% населения. К сожалению, больные ТБ часто не застрахованы (фермеры, мигранты, безработные) и, следовательно, не имеют права на такую помощь.
- Министерство труда, социальной защиты и семьи: пенсия по нетрудоспособности, критерии назначения которой недавно были пересмотрены – сейчас учитывается только степень нетрудоспособности и социальное положение и не учитываются конкретные заболевания, такие как ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

¹² Совместное постановление Минздрава/НКМС no. 1285/265A от 20.12.2012.

- Органы местного управления: разовая помощь для бедных семей, включая больных ТБ и членов их семей. Размеры помощи зависят от дохода больного ТБ или семьи и могут достигать 1000 леев (около 84 долларов США).
- Органы местного управления: содействие в получении документов, необходимых для назначения пенсии по нетрудоспособности.
- НПО: просветительская и административная помощь. Такие меры вмешательства оказываются по всей стране и могут отличаться в зависимости от районов, что затрудняет анализ их воздействия.

Рекомендации

- Необходимо изменить нынешнюю практику и ограничить пребывание в стационаре только тяжелыми случаями заболевания; необходимо учитывать возможности для эффективного использования финансовых средств, полученных за счет ограничения пребывания в стационаре для ухода в связи с ТБ.
- Необходимо обеспечить эффективную поддержку пациентам вне больницы для того, чтобы они были привержены лечению. Стимулы и пакеты помощи, предоставляемые НКМС и через гранты Глобального фонда, должны быть последовательными во времени и распространяться на всех пациентов; их эффективность должна измеряться на основе улучшения результатов лечения.
- Необходимо обеспечить систематическое документирование, мониторинг и оценку различных инициатив, направленных на улучшение практики удержания пациентов в программе лечения и уменьшение доли больных, за которыми утрачивается контроль.
- Необходимо пересмотреть новые критерии Министерства труда, социальной защиты и семьи для устранения социальных факторов, влияющих на заболевание различными формами туберкулеза.
- Необходимо предоставить стимулы для тех, кто оказывает услуги по лечению в системе семейной медицины и противотуберкулезной службы, увязывая эти стимулы с результатами их работы.
- Необходимо признавать важную роль НПО в проведении эффективных просветительских противотуберкулезных мероприятий среди групп населения, которые трудно охватить, и среди населения в целом. Немедицинские работники, при правильном обучении, должны иметь предусмотренное законом право на применение простых процедур, таких как забор мокроты и оказание помощи больным для приема препаратов под надзором.
- Необходимо разработать руководство по диагностике и лечению латентных туберкулезных инфекций среди взрослых.

ТБ среди детей

В 2010 году 137 (3,3%) из 4122 новых случаев ТБ и рецидивов ТБ, зарегистрированных НПТ, отмечены в возрастной группе 0–14 лет; из них 76,3% больных имели внелегочный ТБ, 17,3% имели легочный ТБ с отрицательным результатом мокроты и лишь 5,0% имели легочный ТБ с положительным результатом мокроты (таблица 14). В 2011 году число

новых случаев ТБ и рецидивов ТБ, зарегистрированных НПТ, отмечены в возрастной группе 0–14 лет, составило 159, или на 400% больше чем в предыдущем году.

Таблица: 14. Зарегистрированные случаи ТБ среди детей, 2010 г.

Категория	Всего		В	В	В возрасте 0–14 лет	
	число случаев	%	возрасте 0–4 лет число случаев	возрасте 5–14 лет число случаев	число случаев	%
<i>Всего новых случаев</i>	<i>3743</i>	<i>68,8</i>	<i>39</i>	<i>98</i>	<i>137</i>	<i>98,6</i>
Легочный ТБ с положит. результатом мокроты	1271	23,3	0	7	7	5,0
Легочный ТБ с отрицат. результатом мокроты	2066	38,0	4	20	24	17,3
Внелегочный ТБ	406	7,5	35	71	106	76,3
<i>Всего ранее пролеченных с положит. результатом мокроты</i>	<i>844</i>	<i>15,5</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0,7</i>
Рецидивы	379	7,0	0	0	0	0,0
Утрачен контроль	299	5,5	0	0	0	0,0
Лечение после неудачи	166	3,0	0	1	1	0,7
<i>Всего других случаев</i>	<i>858</i>	<i>15,8</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0,7</i>
<i>В сумме</i>	<i>5447</i>	<i>100,0</i>	<i>39</i>	<i>100</i>	<i>139</i>	<i>100,0</i>

28 декабря 2012 года Минздрав одобрил новое национальное руководство по профилактике, диагностике и лечению ТБ среди детей (Министерство здравоохранения, 2012b). Это руководство соответствует международным стандартам, однако на момент проведения настоящей миссии оно не было широко распространено и, следовательно, не привело к изменению старой практики.

Вакцинация БЦЖ

В Республике Молдова дети получают вакцинацию Кальмета-Герена (БЦЖ) при рождении (0,05 мл внутривенно) и повторно в 6–7 лет. Всем детям первого класса в школе делают ТКП, и если реакция отрицательная, проводится ревакцинация.¹³ По имеющимся данным, охват БЦЖ очень высокий (95–99%) при вакцинации, но намного ниже при ревакцинации (28,7% в Приднестровском регионе).

Учитывая высокий уровень передачи ТБ в стране и соответственно вероятность заражения ТБ в возрасте 7 лет, экономическую выгоду ревакцинации БЦЖ можно оспаривать. ВОЗ по-прежнему рекомендует вакцинацию БЦЖ только при рождении.

Скрининг и ПЛИ

Все дети, имеющие медицинский риск (получающие кортикостероиды, имеющие сахарный диабет и другие сопутствующие заболевания) или социальный риск (из

¹³ ТКП включает назначение 0,1 мл синтетического производного белка внутривенно в предплечье, и его результат отмечается обученной медсестрой за 72 часа. ТКП считается положительной при индурации >10 мм (или ≥5 мм, если имеется ВИЧ или ранее не было вакцинации БЦЖ); гиперергическая реакция отмечается при индурации ≥17 мм.

социально неблагополучных семей) заражения ТБ, включаются в списки для ежегодного скрининга с использованием ТКП. Такие списки детей, которым грозит риск ТБ, ежегодно пересматриваются. По оценкам, примерно половина детского населения включена в эти списки и проходит скрининг ежегодно.

Все дети, имеющие контакт с больными ТБ, направляются в противотуберкулезный диспансер на обследование, чтобы исключить активную форму ТБ или латентную инфекцию ТБ, когда может потребоваться назначение ПЛИ. Такие дети проходят клиническое обследование, им делается ТКП и рентгенография грудной клетки (в возрасте до 14 лет) или флюорография. Если активная форма ТБ исключается, но ТКП оказывается положительной, делается заключение о возможном недавнем заражении ТБ и ребенок получает ПЛИ в течение 6 месяцев (10 мг/кг/день). Если ТКП оказывается отрицательной или неясной, ПЛИ проводится в течение 3 месяцев, после чего состояние ребенка оценивается еще раз для дальнейшего ведения. Дети моложе 1 года и дети, имеющие угнетенный иммунитет, получают ПЛИ без ТКП. ПЛИ проводится под надзором членов семьи, школьных медсестер и воспитателей детских садов. Уровень приверженности ПЛИ в настоящее время оценить трудно.

Члены миссии отметили применение различной практики скрининга и ПЛИ. ТКП обычно делается перед ревакцинацией только для детей, включаемых в группы риска; все другие дети получают ревакцинацию БЦЖ без ТКП и, следовательно, имеют осложнения после вакцинации, если у них положительная ТКП. Оказалось, что многие дети, находящиеся в городской противотуберкулезной больнице в Кишиневе, были госпитализированы по причине отрицательной реакции на БЦЖ и в основном получали местное лечение, некоторым назначали изониазид.¹⁴

Диагностика и лечение

Диагностика ТБ среди детей проводится фтизиатром или совместно врачом-педиатром и фтизиатром. Все дети, больные ТБ, моложе 18 лет лечатся в Детском отделении городской больницы Кишинева или в одном из двух центров для реабилитации детей, имеющих ТБ. В такие реабилитационные центры в основном попадают дети из бедных или маргинальных семей. Члены миссии считают, что помещение детей в такие центры не является необходимой мерой; по их мнению, лечение и социальную поддержку для таких детей лучше организовать через фостерные семьи или в деревенских коммунах.

Тем не менее показатель успешного лечения среди детей является вполне удовлетворительным (таблица 15).

Таблица 15. Результаты лечения среди новых больных ТБ (все формы), 2011 г.

Результаты лечения	Дети (0–17), больные ТБ	
	число случаев	%
<i>Общее число, зарегистрированное для лечения</i>	162	100,0
Излечены	2	1,2
Закончили лечение	154	95,1
Неудачное лечение	0	0
Умерли	3	1,9

¹⁴ Члены миссии считают, что в случае осложнений после БЦЖ детям следует назначать не пиразинамид (поскольку в БЦЖ используются *Mycobacterium bovis*, устойчивые к пиразинамиду), а более высокие суточные дозы других противотуберкулезных препаратов первого ряда, таких как изониазид (до 15 мг/кг, 300 мг максимум) в сочетании с рифампицином (до 20 мг/кг, 600 мг максимум).

Утрачен контроль	1	0,6
Продолжают лечение (по причине МЛУ-ТБ)	2	1,2
Без оценки	0	0
<i>Успешное лечение (излечены и закончили лечение)</i>	<i>156</i>	<i>96,3</i>

Рекомендации

- Необходимо распространить среди клиницистов на всех уровнях недавно разработанное национальное руководство по ведению детей, больных ТБ.
- Необходимо разработать конкретный алгоритм по диагностике и лечению при латентной инфекции ТБ.
- Необходимо отказаться от практики ревакцинации БЦЖ в возрасте 6–7 лет.
- Всем детям необходимо делать ТКП до вакцинации БЦЖ, чтобы исключить побочную реакцию на БЦЖ.

Лекарственно-устойчивый ТБ

В 2005 году КЗС Партнерства «Остановить ТБ» одобрил первую когорту пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, для лечения в Республике Молдова. С тех пор число пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, которым рекомендуется назначать противотуберкулезные препараты второго ряда (ПВР), поставляемые через ГМЛС за средства Глобального фонда, постепенно росло (таблица 16).

Таблица 16. Число пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, которым рекомендуется назначать противотуберкулезные препараты второго ряда за счет гранта Глобального фонда, 2006–2015 гг.

Год	Число пациентов с МЛУ-ТБ, одобренных для лечения (раунд гранта)
2006	100 (R1)
2007	200 (R1)
2008	200 (R6)
2009	200 (R6) + 150 (R6) + 500 (R6)
2010	250 (R6) + 500 (R8)
2011	730 (R8)
2012	730 (R8)
2013	670 (R8)
2014	660 (R8)
2015	180 (R8)
<i>Всего</i>	<i>4890</i>

В последние годы выросло число пациентов с МЛУ-ТБ, которым назначали противотуберкулезные препараты второго ряда, закупаемые через НПП. Эти препараты, закупаемые НПП, также использовались для лечения 200–300 пациентов, у которых, по оценкам, был полирезистентный ТБ. Тем не менее пациенты с МЛУ-ТБ, получающие лечение через Глобальный фонд, по-прежнему составляют большинство, а расхождение между числом пациентов с МЛУ-ТБ (около 1600 в год) и числом пациентов, получающих эффективное лечение, остается большим.

В январе-июне 2012 года всего было диагностировано 555 случаев МЛУ-ТБ (69% от оценочного числа) и лишь 344 пациента (62% от всех установленных) начали лечение противотуберкулезными препаратами второго ряда (таблица 17). НПТ отмечает несколько причин такого низкого охвата лечением пациентов, имеющих МЛУ-ТБ:

- отказ пациентов (чаще всего отказ от пребывания в больнице);
- отсутствие противотуберкулезных препаратов второго ряда (см. раздел об управлении лекарственными препаратами и другими товарами);
- несоответствие критериям назначения, определяемым национальным консилиумом по МЛУ-ТБ в Кишиневе, который оценивает и назначает лечение всем пациентам, имеющим МЛУ-ТБ в стране.

Таблица 17. Число пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, которым был поставлен диагноз и которые получали лечение; 2009–2011 гг.

Год	Новые случаи ТБ с ТЛЧ		Случаи повторного лечения с ТЛЧ		Диагностированные случаи МЛУ-ТБ	Начали лечение	
	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	число случаев	%
2009	1284	73	1129	68	1069	586	отсутств ует ^а
2010	1381	49	1140	67	1082	791	отсутств ует ^а
2011	1379	74	1006	68	1001	761	отсутств ует ^а

^а Пациенты с МЛУ-ТБ, установленные за год, могли начать лечение противотуберкулезными препаратами второго ряда в последующие годы; по этой причине невозможно подсчитать их процент от общего числа подтвержденных случаев МЛУ-ТБ за конкретный год.

В настоящее время не существует официального списка больных в ожидании лечения при МЛУ-ТБ, однако сообщается о случаях задержки в предоставлении лечения до 6 месяцев.

Согласно руководству НПТ пациенты с МЛУ-ТБ первоначально могут получать стандартную схему лечения, разработанную на основе данных о надзоре за лекарственной устойчивостью и включающую:

- интенсивную фазу лечения пиразинамидом, капреомицином, фторхинолоном, циклосерином и этионамидом; и
- фазу продолжения лечения пиразинамидом, фторхинолоном, циклосерином и этионамидом.

Парааминосалициловая кислота добавляется в схему лечения в случае устойчивости или непереносимости какого-либо противотуберкулезного препарата второго ряда.

Длительность интенсивной фазы составляет 6–8 месяцев, пока не будет получено как минимум два отрицательных результата посева. Весь срок лечения составляет до 24 месяцев.

Руководство НПТ рекомендует назначать указанное стандартное лечение пациентам, имеющим МЛУ-ТБ, по индивидуальной схеме с учетом результатов ТЛЧ и следующих принципов:

- Схема лечения должна включать как минимум четыре препарата с подтвержденной эффективностью.

- Не использовать препараты с возможной перекрестной резистентностью.
- Препараты групп 1–5 включать в схему с учетом их эффективности:
 - можно включать любой препарат первого ряда (группа 1), который считается эффективным;
 - схема лечения должна включать препарат в инъекциях (группа 2) и фторхинолон (группа 3);
 - следует использовать оральные бактериостатические препараты второго ряда (группа 4) для составления полной схемы лечения из четырех эффективных препаратов;
 - в схемы лечения, включающие менее четырех эффективных препаратов, добавлять два препарата группы 5 (с неизвестной эффективностью, которые не рекомендованы ВОЗ для стандартного назначения пациентам с МЛУ-ТБ).

Общее число противотуберкулезных препаратов в схеме лечения варьируется и может включать от пяти до семи противотуберкулезных препаратов.

Пациентам, имеющим ШЛУ-ТБ, назначать моксифлоксацин вместо левофлоксацина; кроме того, в стандартизированные схемы лечения добавлять препараты группы 5. В то же время НПТ имеет в наличии только следующие препараты группы 5: изониазид, амоксициллин/клавулановая кислота и кларитромицин. В настоящее время в стране нет линезолида, хотя этот препарат можно закупить в будущем, когда он станет доступным через ГМЛС, при наличии дополнительных средств. НПТ проводит клиническое испытание с назначением деламанида для ограниченного числа пациентов, имеющих МЛУ-ТБ (но не для пациентов, имеющих ШЛУ-ТБ) (ClinicalTrials.gov, 2012)). Республике Молдова был предложен бедаквилин, назначаемый из чувства сострадания; однако этот препарат нельзя ввозить в страну, поскольку нынешнее законодательство разрешает ввоз незарегистрированных препаратов только для проведения клинических испытаний.

Схемы лечения пациентов с полирезистентным ТБ соответствуют международным рекомендациям.

Как отметили члены миссии, не всегда соблюдается руководство НПТ по лечению пациентов, имеющих М/ШЛУ-ТБ, в основном из-за нехватки противотуберкулезных препаратов второго ряда. Капреомицин (СМ) отсутствовал до 2010 года из-за проблем с поставками из ГМЛС, и вместо него назначался амикацин.¹⁵ Левофлоксацин используется, а в случае резистентности вместо него назначается моксифлоксацин. При резистентности к фторхинолону или в случае ШЛУ-ТБ препарат в уколах на фазе продолжения отменяется (хотя он является основным препаратом в схеме лечения, поскольку бактерии *M. Tuberculosis* к нему восприимчивы).

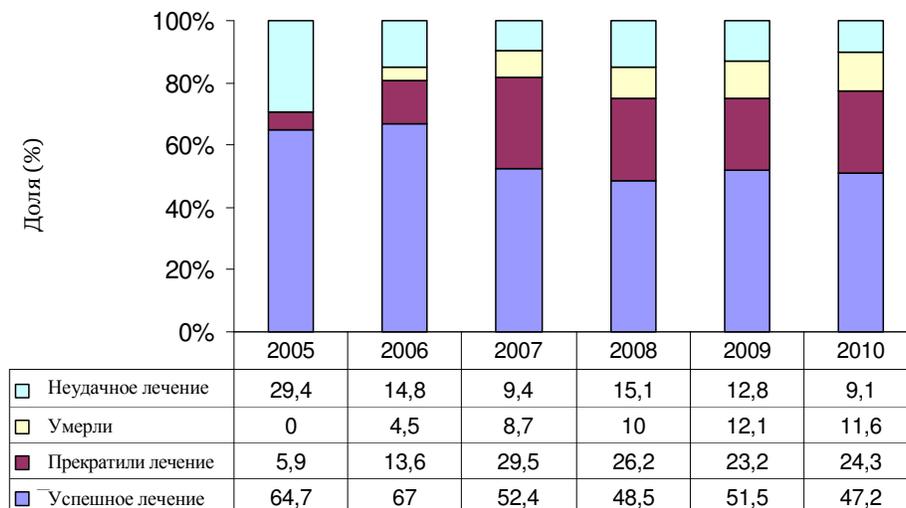
Эта нехватка противотуберкулезных препаратов второго ряда является основным барьером на пути обеспечения всеобщего доступа к лечению в связи с МЛУ-ТБ в Республике Молдова. В 2012 году НПТ смогла обеспечить увеличение числа пациентов, имеющих МЛУ-ТБ и получавших лечение, за счет перераспределения противотуберкулезных препаратов второго ряда после утраты контроля за больными или

¹⁵ Во время бесед и интервью с лечащими врачами выяснился любопытный факт – врачи (и пациенты) предпочитают капреомицин, а не амикацин (или канамицин).

после их смерти. Для увеличения числа пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, получающих лечение, можно рассмотреть вопрос о частичном замещении капреомицина более дешевым канамицином или амикацином, основным препаратом в инъекциях, учитывая при этом рост резистентности к канамицину (15,3% в 2011 году и 15,6% в 2012 году) и некоторую степень непереносимости препарата (амикацин очень болезненный при инъекциях, а амикацин и канамицин вызывают больше отрицательных реакций по сравнению с капреомицином). Было бы полезным определить долю пациентов, прекративших лечение амикацином или канамицином до конца 2010 года (когда появился капреомицин, заменивший указанные препараты), с тем чтобы лучше планировать последующие закупки противотуберкулезных препаратов второго ряда.

В 2010 году НПТ достигла показателя успешного лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, на уровне 47,2% (рис. 2). Этот невысокий показатель не может быть следствием применения стандартизированной схемы лечения низкого качества вместо индивидуализированного лечения; он обусловлен высоким процентом пациентов, за которыми был утрачен контроль (24,3%). Доля умерших пациентов аналогична тому, что имеет место в других странах (Orenstein et al., 2009).

Рис. 2. Результаты лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ; 2005–2010 гг.



Примечание: Число пациентов, получавших лечение в связи с МЛУ-ТБ, составило 17 в 2005 г., 88 в 2006 г., 254 в 2007 г., 522 в 2008 г., 586 в 2009 г. и 791 в 2010 г.

Рекомендации

- Необходимо своевременно вносить изменения в схемы лечения пациентов, имеющих М/ШЛУ-ТБ, с учетом результатов ТЛЧ, в том числе к инъекционным препаратам, в течение всего курса лечения по мере необходимости.
- Необходимо отслеживать, оценивать и учитывать развитие побочных реакций на амикацин при закупке противотуберкулезных препаратов второго ряда в будущем.
- Необходимо разработать и внедрить национальное руководство по паллиативному лечению больных ТБ на терминальной стадии.

- Необходимо разработать правовую основу для ввоза противотуберкулезных препаратов, назначаемых из чувства сострадания пациентам, имеющим ШЛУ-ТБ.

ВИЧ-ассоциированный ТБ

Туберкулез является первым индикативным заболеванием в отношении СПИДа, зарегистрированным Национальной программой по ВИЧ (54% всех больных СПИДом) (Godwin, 2011). Из почти 8000 людей, живущих с ВИЧ в Республике Молдова, 15–25% выбывают из программ последующего контроля, не получают АРТ, и, следовательно, им грозит повышенный риск развития ТБ. В 2011 году тестирование среди больных ТБ (91% всех больных ТБ) показало, что национальный показатель распространенности составлял 5,8%, причем самый высокий показатель, 25,5%, отмечен в Бельцах.

НПТ и Национальная программа по СПИДу, координируемая Республиканской больницей кожно-венерологических и заразных заболеваний, реализуют совместные мероприятия по ТБ и ВИЧ – каждая в своей области. Техническая рабочая группа при Национальном координационном совете для программ по ВИЧ и ТБ (ранее страновой координационный механизм) обеспечивает совместный мониторинг и оценку. Целью НПТ является снижение уровня распространения коинфекции ТБ/ВИЧ ниже 3% к 2015 году за счет профилактики, диагностики и лечения среди больных ТБ, а также профилактики, диагностики и лечения среди людей, живущих с ВИЧ. Последнее руководство НПТ (утвержденное в декабре 2012) включает раздел по ТБ/ВИЧ. Национальная программа по СПИДу не имеет конкретной цели в области ТБ/ВИЧ и в настоящее время пересматривает свои рекомендации в соответствии с руководством НПТ (AIDS in Moldova, 2013; Министерство здравоохранения, 2009; Национальный координационный совет, 2012). Для эпиднадзора за ТБ/ВИЧ используются две национальные базы данных ИСМО-ТБ и ИСМО-ВИЧ, хотя последняя пока что не функционирует.

Уменьшение бремени ТБ среди людей, живущих с ВИЧ

В соответствии с действующими национальными рекомендациями люди, живущие с ВИЧ, должны проходить скрининг на ТБ раз в год, включая клиническое обследование, рентген грудной клетки и микроскопию мокроты. При наличии данных о тесных контактах с ТБ или клинических симптомах исследование включает также тестирование с использованием Xpert MTB/RIF, бактериологию по культуре, а также любое необходимое исследование для установления внелегочной формы ТБ (гистопатология и т.п.). Такие исследования проводятся фтизиопульмонологическими службами территориальных медицинских объединений в муниципалитетах и консультативно-диагностическом отделении в районах или врачом-инфекционистом в учреждениях ВИЧ/СПИДа. В последнее время почти все учреждения ВИЧ/СПИДа имели установки Xpert MTB/RIF, за исключением больницы в Кагуле.

В случае получения положительного результата или при подозрении на ТБ врач-инфекционист направляет пациента во фтизиатрическую службу для подтверждения диагноза и лечения. Однако в стране нет механизмов сопровождения больного, чтобы проследить, обратился ли направленный больной в такую службу. Учитывая риск утраты контроля за больным во время его направления в другое учреждение и плохие меры инфекционного контроля в стационарных противотуберкулезных учреждениях, куда

людей, живущих с ВИЧ, часто направляют для диагностики, необходимо рассмотреть возможность посещения врачами-фтизиопульмонологами учреждений, где осуществляется лечение и уход в связи с ВИЧ, для проведения регулярных медицинских консультаций или даже на условиях совместительства. Кроме того, людей, живущих с ВИЧ, при подозрении на ТБ нельзя оставлять в противотуберкулезной больнице; их следует направлять в противотуберкулезный диспансер.

После исключения активного ТБ и при наличии индивидуального или эпидемиологического риска необходимо проводить ПЛИ в течение 6 месяцев. Однако ПЛИ зачастую не назначается, поскольку врачи опасаются развития сильной устойчивости к изониазиду в стране. Действующий план закупок НПТ не включает ПЛИ.

Снижение бремени ВИЧ среди пациентов с подозрением на ТБ или с диагнозом ТБ

В 2011 году КТВ было предоставлено для 91% больных ТБ. В соответствии с действующим национальным руководством (Eramova and Ciobanu, 2011), КТВ должно предлагаться всем пациентам всех возрастов с подозрением на ТБ или с диагнозом ТБ. В то же время, по оценке членов миссии, КТВ предлагалось только лицам с диагнозом ТБ. Все территориальные медицинские объединения и консультативно-диагностические отделения имеют специальные кабинеты для КТВ, а также процедурные кабинеты для забора крови на ВИЧ. Большинство противотуберкулезных учреждений также имеют кабинет для КТВ. После забора крови проба направляется в одну из 17 лабораторий страны на иммуноферментный анализ. Время ожидания результата составляет от нескольких часов до двух недель. Быстрый тест на ВИЧ проводится только в родильных домах. В будущем ожидается более строгое выполнение требований, содержащихся в новом национальном руководстве.

За лечение и уход при ВИЧ обычно отвечает врач-инфекционист. Если у больного ТБ обнаруживают ВИЧ, врач-инфекционист приглашается для консультации в больницу, куда поступил больной, а если больной находится на амбулаторном лечении в противотуберкулезном учреждении, его направляют в учреждение ВИЧ/СПИДа. АРТ показано всем людям, живущим с ВИЧ, с активной формой ТБ; оно начинается в первые восемь недель прохождения курса противотуберкулезного лечения или же может назначаться сразу, как только уровень клеток CD4 падает ниже 50 клеток/мм³. АРТ подбирается в зависимости от результатов стандартных исследований.

АРТ назначается бесплатно; оно проводится в больнице или вне больницы в восьми центрах АРТ в Кишиневе, Бельцах, Кагуле, Тирасполе, Бендерах, Рыбнице (последние три в Приднестровском регионе), а также в тюрьмах (один в Приднестровском регионе). В 2011 году АРТ получали 51% новых пациентов, которым был поставлен диагноз ТБ/ВИЧ. В Кишиневе врач-инфекционист посещает муниципальную противотуберкулезную больницу и НИФП раз в неделю; это трудно делать в других районах, поскольку НКМС не желает выплачивать компенсацию за консультации в различных учреждениях. Учитывая ограниченное время таких консультаций, люди, живущие с ВИЧ, которые «способны перемещаться и не являются заразными», могут просить посетить другое учреждение ВИЧ/СПИДа для проведения дополнительной оценки и лечения. Однако такая практика противоречит больничной политике и доставляет массу неудобств для пациентов (учитывая расходы на проезд и расстояние) и может приводить к более позднему началу АРТ. Больница для пациентов с МЛУ-ТБ в Ворниченах не проводит консультаций с

участием врача-инфекциониста, что вызвало озабоченность у членов миссии, учитывая нынешние и будущие потребности этой больницы в койках.

Согласно национальному руководству профилактическое лечение котримоксазолом (ПЛК) должно назначаться всем больным с ТБ/ВИЧ в течение всего курса противотуберкулезного лечения независимо от уровня клеток CD4. Эту практику также отметили члены миссии.

Для того чтобы исключить задержку в назначении АРТ и продолжение лечения в связи с ТБ и ВИЧ, необходимо разработать алгоритм с целью усиления связи таких пациентов со службами ВИЧ/СПИДа. Это можно сделать через сотрудников территориальных медицинских объединений и консультативно-диагностических отделений, а также используя их ежегодные контакты с людьми, живущими с ВИЧ. Кроме того, это можно обеспечить за счет более активного вовлечения объединений и НПО, работающих с людьми, живущими с ВИЧ.

Рекомендации

- Необходимо создать техническую рабочую группу при Национальном координационном совете для программ по ВИЧ и ТБ с целью выработки реальных решений и составления дорожной карты для эффективной реализации совместных мероприятий при ТБ/ВИЧ.
- Необходимо проводить регулярные встречи между НПТ и Национальной программой по СПИДу для обеспечения полноты базы ИСМО-ВИЧ и перепроверки данных.
- Необходимо разработать механизмы для обеспечения проведения диагностики ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, без утраты контроля за пациентами при их направлении из одного учреждения в другое и причинения какого-либо вреда вследствие плохих мер инфекционного контроля в противотуберкулезных стационарных учреждениях.
- Необходимо предлагать КТВ для всех больных с подозрением на ТБ или с диагнозом ТБ в соответствии с национальным руководством.
- Необходимо обеспечить проведение быстрых тестов на ВИЧ в противотуберкулезных учреждениях, особенно там, где отмечается высокая рабочая нагрузка.
- Необходимо разработать механизм для обеспечения своевременной и правильной диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ в больнице для лечения пациентов с МЛУ-ТБ в Ворничени.
- Необходимо начинать ПЛИ для всех людей, живущих с ВИЧ, имеющих латентную форму ТБ, а также обеспечить адекватное планирование и бюджет. Необходимо обеспечить назначение ПЛИ и контроль за его проведением врачом-инфекционистом в тесном сотрудничестве с врачом-фтизиатром.

- Необходимо пересмотреть национальное руководство по ТБ/ВИЧ, с тем чтобы оно лучше отражало и усиливало симптоматический скрининг и использование систем Xpert MTB/RIF в соответствии с последним региональным протоколом ВОЗ.
- Национальный протокол лечения и ухода в связи с ВИЧ/ТБ должен включать отдельный раздел по ВИЧ/ТБ для расширения участия врачей-инфекционистов в ведении больных с ВИЧ/ТБ.
- Необходимо разработать механизмы для обеспечения последующего лечения и ухода при ВИЧ среди больных с ВИЧ/ТБ после выписки из больницы.

Контроль за ТБ в тюрьмах

Пенитенциарная система на правом берегу включает одиннадцать колоний (одна для женщин и одна для несовершеннолетних), пять камер предварительного заключения и две тюремные больницы (Прункул и Резина), рассчитанные на 7980 заключенных. Все учреждения находятся в ведении Департамента пенитенциарных учреждений Министерства юстиции.

На районном уровне имеется 42 отделения полиции, подчиненных Главной инспекции полиции при Министерстве внутренних дел; 30 отделений полиции имеют места для предварительного задержания на 24-72 часа (несовершеннолетних и взрослых). После истечения указанного срока арестованный либо выпускается на свободу, либо переводится в камеру предварительного заключения для ведения уголовного дела. Арестованный, имеющий ТБ, переводится в тюремную больницу после тюремного приговора либо в гражданское учреждение, если он освобождается.

По данным Департамента пенитенциарных учреждений, на 1 января 2013 года число задержанных составляло 6583 человек, т.е. 82% от общей расчетной вместимости, включая 1571 человек (24%) в камерах предварительного заключения; доля женщин составляла 5%, доля несовершеннолетних – 2%. Ежегодно через пенитенциарную систему проходят около 13 000 человек (Министерство юстиции, 2013). В последние годы число задерживаемых значительно уменьшилось (в 2004 году 10 591 человек) благодаря целевой работе Министерства юстиции и внешней поддержке по реформированию уголовной системы (Институт уголовной реформы, 2013). Были предприняты усилия для внедрения методов наказания, альтернативных тюремному заключению, и создания реабилитационных центров для профилактики рецидивизма. В 2011 году Республика Молдова занимала 11-е место в регионе по численности заключенных (International Centre for Prison Studies, 2013).

Договор о сотрудничестве с Минздравом обеспечивает оказание услуг, которые не могут предложить сами тюрьмы.¹⁶ Недавно утвержденные Стратегия реформирования сектора юстиции и Стратегический план действий на 2011–2016 годы включают рамки для будущего перевода всех медицинских служб и сотрудников из ведения Министерства юстиции в ведение Министерства здравоохранения. Эта передача, аналогичная реформам в других странах (Норвегия, Франция, Англия, большинство районов Италии, Шотландия), проводилась по инициативе Европейского союза, хотя и с определенной

¹⁶ Совместное постановление Минздрава/Министерства внутренних дел/Министерства юстиции по. 109/96/134 от 24.09.2003.

задержкой по рекомендации Управления по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (ЮНОДК) и Европейского регионального бюро ВОЗ для обеспечения плавного и постепенного перехода, включая финансирование.

В Приднестровском регионе имеется три колонии (колония 1, колония 2 и колония для несовершеннолетних), одно учреждение предварительного заключения и одна тюрьма. Текущая численность заключенных в среднем составляет 3000 человек, а за год через тюрьмы проходят около 10 000 заключенных. Пенитенциарная система находится в ведении центрального органа юстиции. Реальная реформа пенитенциарной системы Приднестровского региона не проводилась; здесь не было оказано существенной помощи со стороны внешних партнеров. Предполагается, что центральный орган юстиции и центральный орган здравоохранения в Приднестровском регионе сотрудничают и поддерживают связь с Министерством юстиции и Минздравом в Кишиневе. Тем не менее диалог между этими двумя центральными органами власти пока что только начинается, а связи между министерствами в Кишиневе ограничиваются только реализацией грантов Глобального фонда по ТБ и ВИЧ.

В 2012 году во всех тюрьмах Республики Молдова было зарегистрировано 560 (162 на правобережье и 398 in в Приднестровском регионе) новых случаев и рецидивов ТБ, или 925 случаев на 100 000 заключенных, т.е. в 8 раз больше чем среди населения в целом. По данным национального обследования на лекарственную устойчивость за 2011 год, доля пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в тюрьмах выше (соответственно 30% и 87% среди новых больных и ранее леченных больных ТБ), чем среди населения в целом (29% и 63%). В настоящее время в Приднестровском регионе зарегистрировано 157 заключенных, имеющих ВИЧ.

Услуги в связи с ТБ в тюрьмах оказываются через сеть, включающую 12 учреждений (пять в Приднестровском регионе) с общим числом коек для больных ТБ 760 (260 в Приднестровском регионе), включая 100 коек для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ (в Приднестровском регионе таких коек для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, нет) (таблица 18).

Таблица 18. Распределение больничных коек для пациентов, имеющих ТБ и МЛУ-ТБ, в пенитенциарной системе.

Учреждения	Для больных без МЛУ-ТБ	Для больных с МЛУ-ТБ	Всего коек
Тюремная больница в Прункул ^а	250	50	300
Тюремная больница в Резине		50	50
Тюремная больница (предварительное заключение) в Кишиневе	100		100
Тюремные больницы (предварительное заключение) в Бельцах, Бендерах, Кагуле и Резине	50		50
<i>Итого</i>	<i>400</i>	<i>100</i>	<i>500</i>
УИН 1 в Тирасполе (Приднестровский регион)*	50		50
УИН 2 в Тирасполе (Приднестровский регион)*	50		50
Колония для несовершеннолетних (Приднестровский регион)	100		100
Тюрьма для женщин (Приднестровский регион)	30		30

Тюрьма предварительного заключения (Приднестровский регион)	30		30
<i>Итого</i>	<i>260</i>		<i>260</i>
<i>Всего</i>	<i>660</i>	<i>100</i>	<i>760</i>

^a Тюремная больница в Прункуле имеет 40 (из 250) коек, отведенных для инфекционных больных, которые могут использоваться для больных ТБ.

Больница в РезинЕ предназначена для лечения больных, за которыми был утрачен контроль, хронических больных и лиц, отказывающихся лечиться (примерно 30% от общего числа), а также для паллиативного ухода. Средний показатель занятости койки в противотуберкулезных больницах составляет примерно 50%. В настоящее время в пенитенциарной системе работают 180 медицинских сотрудников (врачей и медсестер), что намного меньше, чем 5 лет назад. В беседе с членами миссии сотрудники Департамента пенитенциарных учреждений выразили сильную озабоченность по поводу дальнейшей судьбы своих сотрудников после передачи медицинской службы пенитенциарной системы в ведение Минздрава.

На правом берегу в системе Департамента пенитенциарных учреждений имеется координатор по вопросам ТБ, который обеспечивает взаимодействие с НПТ. Медицинские услуги для лиц, содержащихся в СИЗО Министерства внутренних дел, обеспечиваются через учреждения гражданского сектора. Пенитенциарная система участвует во всех мероприятиях НПТ, за исключением надзора, который в последние годы проводился в минимальном объеме. Для усиления надзора со стороны НПТ в системе Департамента пенитенциарных учреждений и СИЗО необходимо пересмотреть устаревший приказ о межведомственном сотрудничестве от 2003 года. С другой стороны, сотрудничество пенитенциарной системы в Приднестровском регионе с НПТ ограничивается лишь некоторыми ключевыми аспектами реализации грантов Глобального фонда, такими как закупка противотуберкулезных препаратов, обмен данными и работа медико-социальных программ (филиал НПО АFI) для поддержки мер по контролю за ТБ и снижению вреда в тюрьмах и оказанию помощи больным ТБ после освобождения.

Контроль за ТБ в тюрьмах осуществляется в соответствии с международными рекомендациями. Все новые задержанные проверяются при поступлении в места заключения (медицинский осмотр и рентген грудной клетки); эта практика позволила установить соответственно 27 из 132 (20,5%) в 2011 году и 56 из 162 (34,6%) всех случаев в 2012 году. Все лица, находящиеся в заключении, в том числе в СИЗО, также проходят скрининг каждые 6 месяцев – рентген грудной клетки.¹⁷ По мере возможности все лица с подозрением на ТБ подлежат изоляции. Микроскопия мазка проводится в тюрьмах в Прункул, Кишиневе и Бендерах; пробы мокроты могут направляться в ближайшие лаборатории гражданского сектора, здесь же проводится посев и ТЛЧ. Кроме того, в 2012 году в СИЗО в Кишиневе и в больнице в Прункул были установлены системы Xpert MTB/RIF. Противотуберкулезное лечение в тюрьмах проводится под надзором; такое лечение продолжается после освобождения с участием АFI и медико-социальные программы. Министерство юстиции закупает противотуберкулезные препараты первого ряда напрямую начиная с января 2013 года (ранее они закупались через Глобальный фонд и ГМЛС); противотуберкулезные препараты второго ряда будут закупаться через Глобальный фонд до 2014 года. В тюрьмах также предоставляются услуги в связи с ВИЧ,

¹⁷ В 2009 году для правобережья и левобережья через Глобальный фонд были закуплены две мобильные рентгеновские установки. Однако установка в Приднестровском регионе не работает, и скрининг выполняется в трех центрах массовой флюорографии.

например программы снижения вреда (обмен шприцев в 9 тюрьмах, заместительная опиоидная терапия в 18 тюрьмах), КТВ, быстрое тестирование на ВИЧ, определение числа клеток CD4 (через гражданский сектор) и АРТ (54 из 157 ВИЧ-позитивных) (Subata, 2008).

В таблицах 19 и 20 приводятся результаты лечения при ТБ, полученные в 2011 году для когорты новых больных с легочным ТБ с положительным результатом мазка мокроты и пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, которые получали лечение в тюрьмах Республики Молдова.

Таблица 19. Результаты лечения новых больных с легочным ТБ с положительным результатом мазка мокроты в тюрьмах, 2011 г.

Результаты лечения	Правобережье		Приднестровский регион	
	число случаев	%	число случаев	%
<i>Число зарегистрированных больных</i>	<i>14</i>	<i>100</i>	<i>14</i>	<i>100</i>
Без оценки	1	7	1	7
Успешное лечение	7	50	3	21
Неудачное лечение	0	0	4	29
Утрачен контроль	1	7	2	14
Умерли	3	21	3	21
Продолжают лечение в категории IV	2	14	1	7

Таблица 20. Результаты лечения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в тюрьмах, 2009 г.

Результаты лечения	Правобережье		Приднестровский регион	
	число случаев	%	число случаев	%
<i>Число зарегистрированных больных</i>	<i>40</i>	<i>100</i>	<i>17</i>	<i>100</i>
Без оценки	0	0	0	0
Успешное лечение	25	63	2	12
Неудачное лечение	3	8	10	59
Утрачен контроль	10	25	2	12
Умерли	0	0	1	6
Продолжают лечение	2	5	2	12

Приведенные данные указывают на сложность проблемы М/ШЛУ-ТБ в тюрьмах, а также насколько серьезной является эта проблема в Приднестровском регионе; здесь все больные с неудачным результатом лечения и все пациенты, имеющие МЛУ-ТБ, обычно не получают никакого лечения, за исключением небольшого числа таких больных и больных, родственники которых могут приобрести противотуберкулезные препараты на открытом рынке.

Важно отметить поддержку, которую получают заключенные через НПО (обучение персонала, поддержка пациентов) в тюрьмах, а также поддержку со стороны Министерства юстиции и НПО после освобождения для продолжения лечения в гражданском секторе. На правобережье Министерство юстиции выделяет 2100 леев (примерно 175 долларов США) для всех заключенных, которые выходят на свободу после первого заключения. Кроме того, в 2012 году НПО AFI выделяла им 100 евро для обеспечения насущных потребностей (удостоверение личности, одежда, питание, транспорт, медстраховка и т.д.) и 100 евро после завершения курса противотуберкулезного лечения в порядке поощрения (в 2013 году НПО AFI вынуждена была сократить эту помощь в два раза). Благодаря участию НПО AFI процент больных ТБ,

которые успешно переводятся в гражданский сектор после освобождения, составил 75% (из общего числа 70-80 больных ТБ в год). В Приднестровском регионе НПО АГІ проводит свою работу через медико-социальные программы, предназначенные для оказания помощи пациентам.

Члены миссии посетили тюрьмы на правом берегу и левом берегу. Они отметили правильное ведение больных ТБ с лекарственной чувствительностью и МЛУ-ТБ в тюрьмах на правом берегу, в то время как на левом берегу применялась неадекватная практика, например, неправильное назначение препаратов или даже проведение неполного курса лечения по причине отсутствия противотуберкулезных препаратов второго ряда. Серьезную озабоченность вызывает неадекватный инфекционный контроль во всех тюрьмах, в основном по причине плохого планирования, слабого контроля за условиями содержания и неадекватной инфраструктуры. Эта проблема отчасти смягчается благодаря уменьшению плотности заключенных в тюрьмах. Плохие условия содержания и плохие меры инфекционного контроля были особенно отмечены в СИЗО № 13 (хотя это не входило в программу миссии). Это учреждение расположено в старом замке в Кишиневе и должно быть закрыто в 2015–2016 годах, когда будет построено новое здание за счет средств Евросоюза.

Рекомендации

- Необходимо усилить сотрудничество между Министерством юстиции, Министерством внутренних дел и Министерством здравоохранения через создание национального комитета, который должен обсуждать и согласовывать прямые и эффективные формы сотрудничества с Национальной программой по ТБ, включая вопросы ежеквартальных поставок противотуберкулезных препаратов.
- Необходимо продолжить действия, направленные на усиление технического сотрудничества с органами здравоохранения в гражданском и пенитенциарном секторе в Приднестровском регионе для обеспечения равноправного и всеобщего доступа к профилактике, диагностике и лечению в связи с МЛУ-ТБ.
- Необходимо срочно определить источники международной финансовой и другой помощи и активно их использовать через органы государственного управления правом бережья и левом бережья.
- Необходимо обеспечить поставки противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда во всех тюрьмах правом бережья и левом бережья.
- Необходимо значительно усилить меры инфекционного контроля, в том числе в местах предварительного заключения. Необходимо улучшить административные меры и меры контроля за условиями содержания.
- Необходимо обеспечить мониторинг и надзор во всех пенитенциарных учреждениях правом бережья и левом бережья.
- Необходимо обеспечить и улучшить систему сопровождения и лечения больных ТБ после освобождения из тюрем.

- Необходимо правильно спланировать меры передачи больных из системы Министерства юстиции в систему Министерства здравоохранения после освобождения из тюрем с учетом наличия кадровых ресурсов и потребности в продолжении противотуберкулезного лечения благодаря эффективным мерам.

Другие уязвимые группы населения и социальные детерминанты

В рамках общенациональной программы скрининга населения на различные заболевания (диабет, ТБ, рак, проблемы репродуктивного здоровья и т.д.) в Республике Молдова используется перечень групп риска, которым рекомендовано проходить определенные медицинские обследования ежегодно (см. главу обведении больных выше). Эффективность таких обследований (тестов) должным образом не определялась. В то же время остается неясным, обеспечивает ли такой обязательный скрининг охват групп населения, которым грозит самый высокий риск, например, бездомных, сельское население, алкоголиков и потребителей инъекционных наркотиков.

В стране реализуются инновационные проекты для групп риска, такие как скрининг на ТБ и лечение DOT для потребителей инъекционных наркотиков через членов НПО, проводящих работу по методу аутрич в Бельцах. К сожалению, такие инициативы могут считаться незаконными, поскольку, согласно действующему законодательству, противотуберкулезные препараты могут выдавать только медработники.

Сахарный диабет

Сахарный диабет во всем мире считается фактором риска развития заболевания ТБ. В Республике Молдова, по оценкам, сахарный диабет затрагивает 8,7% всего населения, т.е. более 365 000 человек; в то же время, как показано в базе ИСМО-ТБ, сахарный диабет регистрируется только у 4% новых больных ТБ. Это может объясняться слабой регистрацией данных по этому заболеванию, а также значительным процентом невыявленных случаев сахарного диабета в стране, особенно среди больных ТБ. Национальный центр по профилактике, диагностике и лечению диабета в Кишиневе получает конкретную поддержку со стороны Международного фонда по диабету (базирующегося в Копенгагене, Дания). Эта поддержка направлена на усиление потенциала для ранней диагностики сахарного диабета и предупреждения долгосрочных осложнений, связанных с сахарным диабетом; в дальнейшем такую поддержку предполагается распространить на другие районы страны (в частности такой проект начинается в Оргеевском районе). Национальный центр по профилактике, диагностике и лечению диабета проводит определенное практическое обучение, хотя эта учебная программа весьма ограничена и для охвата всей системы первичной медико-санитарной помощи потребуются несколько лет. Для ускорения этих действий можно использовать НПТ, которая имеет возможности для обучения и надзора за ТБ.

Факторы риска на рабочих местах

Многие больные ТБ работают в строительстве, сельском хозяйстве и на других тяжелых работах, что представляет собой физический фактор риска, способствующий развитию ТБ. Кроме того, такие лица, выполняющие тяжелую работу, часто не имеют страховки и вынуждены возвращаться к работе не долечившись, что может приводить к прекращению

лечения и развитию лекарственной устойчивости. Даже при успешном лечении последствия заболевания могут ограничить физические возможности для выполнения той же работы в будущем. Для таких излечившихся больных ТБ следует использовать программы переквалификации, вместо того чтобы платить пенсию по инвалидности. Поскольку в стране большое число людей выполняет опасную или тяжелую работу, этот аспект особенно актуален и представляет серьезную проблему для НПТ.

В фокус-группе, включавшей строителя, бывшего солдата и автомеханика, рабочий-строитель 24 лет начал задыхаться уже через несколько минут после начала беседы. Солдат взял механика за костлявую руку и сказал: «Посмотрите на него, ему нельзя работать, ни один из нас не может выполнять работу, которую мы делали ранее». Этот пациент был прав – все трое имели хроническое заболевание легких (см. приложение 6: Данные о пациентах, с которыми были проведены интервью).

Заболевания, связанные с употреблением алкоголя

В Республике Молдове самое высокое в Европе потребление алкоголя на душу населения: 18,2 литра чистого спирта на человека – по оценкам за 2005 год (ВОЗ, 2010). Сильная взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском развития ТБ и плохими результатами лечения при ТБ хорошо отмечены в литературе; кроме того, с этим часто сталкиваются работники здравоохранения в своей работе (Lonnroth et al., 2008; Rehm et al., 2009). Согласно имеющимся данным, больные ТБ с нарушениями, вызванными потреблением алкоголя, являются наиболее сложными пациентами; причем смертность среди них намного выше (20% и 24% среди новых больных ТБ соответственно в стране и в Приднестровском регионе в 2011 году). Высокая смертность среди больных может быть связана с их исключением из программ лечения при МЛУ-ТБ, поскольку наличие алкогольной зависимости является одним из критериев исключения из программы лечения согласно решению национального консилиума. Это решение, мотивированное ограниченным наличием противотуберкулезных препаратов второго ряда, вызывает вопросы этического порядка (см. главу по этике и правам человека ниже) и противоречит цели НПТ – обеспечить всеобщий доступ к лечению при ТБ и МЛУ-ТБ. Для организации единых услуг по лечению в связи с ТБ и нарушениями, вызванными потреблением алкоголя, необходимо учитывать имеющийся международный опыт (Gelmanova et al., 2011).

Миграция

Ежегодно большой процент населения выезжает из Республики Молдова: по оценкам, от одной четверти до одной трети трудоспособного населения (ИОМ, 2012). Основными причинами эмиграции являются бедность, отсутствие адекватной работы в стране и низкая зарплата. Более 60% мигрантов уезжает из сельских районов; 77% из них в возрасте от 15 до 44 лет. Основными странами назначения являются Российская Федерация (более 60% эмигрантов) и Италия (20%), далее следуют Израиль, Португалия, Турция и Украина. Основную долю лиц, выезжающих в Италию, составляют женщины (в основном в качестве обслуживающего персонала); мужчины преимущественно едут в Россию (в основном заняты в строительстве). Женщины уезжают на длительный срок, в то время как мужчины – на временную работу. Эмиграция является основной причиной уменьшения численности населения (по прогнозам, численность населения к 2050 году уменьшится на 50%) и увеличения доли женщин в сельской местности. В последние годы перечисления из-за рубежа в иностранной валюте составляли 5% годового прироста

валового внутреннего продукта, что также сопровождалось снижением уровня занятости (38,5% в 2010 г.).

В 2010 году 34% новых случаев заражения ВИЧ отмечено среди мигрантов. В то же время мигранты обычно моложе и имеют лучшее здоровье по сравнению с немигрантами и реже пользуются медицинскими услугами (также следует отметить ограниченный доступ к таким услугам по причине отсутствия медицинской страховки). С другой стороны, большинство мигрантов указывают на препятствия в получении доступа к медицинским услугам за рубежом, такие как отсутствие медицинской страховки (34%), неофициальный статус (28%), финансовые ограничения (25%) и боязнь потерять работу (20%). Эти препятствия особенно сильно затрагивают лиц, занятых в строительстве, где временная работа (обычно в течение трех месяцев) без какого-либо контракта является обычным делом. Доступ мигрантов к ранней диагностике и лечению при ТБ и МЛУ-ТБ в принимающей стране сильно ограничен, а плохие жилищные условия способствуют развитию инфекции и заболевания. В Приднестровском регионе 150 000 от общей численности населения (500 000) являются мигрантами. Республику Молдова следует рассматривать как приоритетную страну для реализации минимального европейского пакета мер по трансграничному контролю и уходу в связи с ТБ (Dara et al., 2012).

Мигранты относятся к группам риска заражения ТБ. В 2011 году в базе данных ИСМО-ТБ зарегистрировано 3952 новых больных и больных с рецидивом ТБ; из них 623 пациента (16%) имели статус мигранта¹⁸ (58 больных не имели статуса мигранта). В то время как доля больных с хорошими результатами лечения и больных, за которыми был утрачен контроль, среди мигрантов и немигрантов была примерно одинаковой, показатель смертности среди больных был намного ниже среди мигрантов (вероятность успешного исхода 0,71, $P < 0,05$), равно как и доля пациентов, имеющих МЛУ-ТБ (соответственно 131/390 [33,6%] и 719/1829 [39,3%], вероятность успешного исхода 0,82, $P < 0,05$). Эти данные несколько противоречат результатам, полученным в фокус-группе, а большое расхождение между районами в плане указания статуса «мигрант» могут ставить под сомнение качество данных в базе ИСМО-ТБ. В то же время это противоречие может объясняться более молодым возрастом и лучшим состоянием здоровья среди мигрантов, что подтверждено документально. Для того чтобы лучше определить соотношение между ТБ и миграцией в Республике Молдова и определить целевые меры вмешательства, необходимо провести дополнительные операционные исследования.

Бедность и социальная поддержка

ТБ может затрагивать все социальные слои населения, в то же время в худшем положении оказываются лица с повышенным риском заражения и развития ТБ, а также те, кто не может правильно завершить курс лечения. Поскольку почти треть населения Республики Молдова живет в абсолютной бедности, этот социальный фактор, влияющий на заболевание ТБ, нельзя игнорировать. Бедность представляет собой проблему для городских и сельских районов, в то же время отсутствие санитарных условий и качественного водоснабжения и центрального отопления делает условия жизни в сельских районах особенно трудными. При проведении интервью в фокус-группах пациенты описывали трудности в обеспечении базовых условий для выживания, таких как отопление в зимний период и получение адекватного питания. По словам пациентов, ТБ

¹⁸ Статус мигранта определяется в том случае, если человек находился вне страны более трех месяцев в течение последнего года.

лишь усугубляет проблемы бедности, безработицы и разъединения членов семей, которые едут в поисках работы. Поскольку Минздрав планирует делать больший акцент на амбулаторное противотуберкулезное лечение, очень важно, чтобы все пациенты имели доступ к социально-экономической помощи в течение всего срока лечения.

Бедность, от которой страдают многие пациенты, является препятствием для установления диагноза и получения лечения в связи с ТБ. Пациенты, с которыми беседовали члены миссии, отмечали, что они занимаются самолечением и могут обращаться за медицинской помощью с задержкой до 6 месяцев. Некоторые из них боялись, что им придется самим платить за такое лечение – и это опасение было оправданным. Даже в небольшой группе пациентов, с которыми было проведено интервью, три пациента отметили, что им пришлось самим платить за диагностику и лечение при пневмонии до того, как у них был диагностирован ТБ. Врачи госучреждений часто направляют лиц с подозрением на ТБ в частные клиники, где они проходят ненужное и широкое обследование (напр., бронхоскопию). Хотя пациенты не говорили членам миссии, что им приходилось платить неофициально за противотуберкулезное лечение, широкое существование такой практики в других медицинских службах мешает большинству пациентов своевременно обращаться за медицинской помощью в связи с ТБ.

В Республике Молдова больные ТБ получают различные стимулы для лечения, хотя оценка влияния таких стимулов на результаты лечения не проводится. Это зависит от формы заболевания ТБ, от районов и даже от места жительства – сельская или городская местность (см. выше раздел по вопросам лечения и ведения больных). Такие различия обусловили сильную путаницу в отношении того, какие стимулы и пользу получают пациенты и медицинские работники в рамках такой системы стимулов. Кроме того, как отметили врачи и пациенты во время интервью с членами миссии, стимулы, предоставляемые пациентам с МЛУ-ТБ через гранты Глобального фонда, иногда запаздывали и они начинали получать такую помощь два месяца спустя после начала 2013 года. Другим отрицательным моментом оказался график распределения такой помощи, например, сельских жителей просили приезжать в город для получения помощи раз в неделю, даже если на переезд требовался целый день.

В некоторых местах больным выдавали ваучеры на покупку продуктов питания¹⁹ в магазине, с которым заключался договор; в других местах помощь выдавалась натурой и обычно включала такие основные продукты питания, как молоко, сахар, кофе/чай, консервированные продукты и т.д. В Приднестровском регионе помощь оказывалась в виде наличных денег, которые выдавали непосредственно пациентам, хотя возникает вопрос в связи с тем, что такие деньги могли быть потрачены на покупку алкоголя, а не продуктов питания. Необходимо провести операционные исследования, для того чтобы сравнить административные и медицинские документы в каждом из районов и определить воздействие существующих схем стимулирования и оказания помощи на результаты лечения при ТБ.

Рекомендации

- Активный скрининг на ТБ с использованием флюорографии необходимо проводить только среди подтвержденных групп риска (напр., бездомных, людей, живущих с ВИЧ, и потребителей инъекционных наркотиков), а имеющиеся ресурсы следует

¹⁹ Эти ваучеры нельзя использовать для покупки алкоголя и сигарет.

использовать для обеспечения лечения больных, имеющих ТБ и МЛУ-ТБ, под прямым наблюдением в масштабах всей страны.

- Необходимо пересмотреть действующее законодательство, с тем чтобы НПО и другие лица (непрофессионалы) получали необходимые умения и навыки для оказания услуг больным ТБ (просвещение, забор мокроты и DOT) в группах, которые трудно охватить, таких как алкоголики, потребители наркотиков и лица, живущие в крайней бедности или не имеющие необходимой социальной поддержки.
- Необходимо наладить формы сотрудничества между НПО и Национальным центром по профилактике, диагностике и лечению диабета с целью создания единых учебных программ и улучшения услуг по раннему обнаружению сахарного диабета среди больных ТБ.
- Необходимо пересмотреть действующее законодательство, принятое Министерством труда, социальной защиты и семьи, с тем чтобы включить всех больных ТБ в группу лиц, имеющих право на получение пенсий по инвалидности на весь срок лечения, включая больничное и амбулаторное. Необходимо увеличить срок получения пенсии на весь период устойчивой нетрудоспособности, включая период, необходимый для переквалификации и поиска работы.
- Необходимо организовать совместно с противотуберкулезными службами скрининг и лечение больных, имеющих алкогольную зависимость.
- Необходимо провести дополнительные исследования, с тем чтобы правильно понимать риск развития ТБ и МЛУ-ТБ среди мигрантов, а также их воздействие на эпидемию в стране. Необходимо стремиться к тому, чтобы обеспечить мигрантам полный доступ к противотуберкулезным услугам в их родной стране и в принимающей стране, используя для этого минимальный европейский пакет мер для трансграничного контроля за ТБ и ухода с участием всех международных и национальных партнеров, включая НПО.
- Необходимо использовать оценку социально-экономических условий жизни пациента для разработки индивидуального плана полного противотуберкулезного лечения, который должен включать социально-психологическое консультирование и координацию услуг между Минздравом, Министерством труда, социальной защиты и семьи, НПО и местными администрациями.

Противотуберкулезный инфекционный контроль

Усиление противотуберкулезного инфекционного контроля имеет приоритетное значение в Республике Молдова. Имеющиеся данные указывают на очень высокий риск перекрестного заражения больных в противотуберкулезных учреждениях (Pora, неопубликованные данные, полученные по просьбе PAS, 2009; неопубликованные данные, полученные по просьбе CarLux и странового офиса ВОЗ в Республике Молдове, 2011; Stratan et al., 2012). Передача ТБ является проблемой не только среди пациентов, но и среди персонала: согласно базе данных ИСМО-ТБ, число медработников (врачей, медсестер, лаборантов, уборщиц и других сотрудников в учреждениях всех типов),

которым был поставлен диагноз ТБ, составило: 8 в 2008 г., 17 в 2009 г., 16 в 2010 г., 26 в 2011 г. и 22 в 2012 г.; всего заболело 36 медсестер, 25 врачей, 23 уборщицы и 4 других сотрудника.

Ответственность за противотуберкулезный инфекционный контроль несут Национальный центр общественного здоровья²⁰ и НИФП. Национальный центр общественного здоровья разрабатывает санитарные правила по профилактике всех заразных заболеваний, включая ТБ, издает распоряжения и обеспечивает их применение во всех медицинских учреждениях, используя при этом штрафные санкции или даже временное закрытие учреждения. НИФП разрабатывает национальные руководства по проблемам ТБ, включая контроль за воздушными инфекциями; в то же время он имеет ограниченные полномочия с точки зрения отслеживания за применением таких рекомендаций. Порядок взаимодействия между Национальным центром общественного здоровья и НИФП четко не определен, а сфера их сотрудничества ограничена. В результате Республика Молдова пока что не имеет национального плана по инфекционному контролю, а также механизма для его разработки (напр., междисциплинарной комиссии, назначаемой Минздравом).

Национальный центр общественного здоровья и НИФП разработали руководство по противотуберкулезному инфекционному контролю, однако, по оценке членов миссии, это руководство используется очень ограниченно. В 2009 году Национальный центр общественного здоровья опубликовал «Руководство по контролю за нозокомиальными заболеваниями», в которое была включена лишь ограниченная информация о ТБ. НИФП опубликовал два руководства: по инфекционному контролю в медицинских учреждениях для ведения больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью, где предложены политика и практика, которые не были в полной мере приняты Национальным центром общественного здоровья (например, использование респираторов), и национальные клинические протоколы по лечению туберкулеза среди взрослых и детей (Министерство здравоохранения, 2012a; 2012b), в которые включены некоторые неверные рекомендации, такие как обязательное пользование отдельной посудой и дезинфекция поверхностей для ограничения передачи ТБ.

Национальный центр общественного здоровья является основной организацией, которая отслеживает контакты с больными ТБ и «проведение конечной дезинфекции в очагах ТБ». Этот центр принимает решение по вопросам санитарной изоляции и оценивает выполнение действующих распоряжений Минздрава, касающихся дезинфекции помещений. Национальный центр общественного здоровья получает предупреждающую информацию обо всех новых больных ТБ и в первую очередь о заразных больных. После этого сотрудники этого центра проводят беседу с пациентом, проверяют его домашний адрес и составляют список членов домохозяйства и других близких контактов (хотя период инфективности больного анализируется в редких случаях, а список контактов является ненадежным), посещают домохозяйство и обеспечивают дезинфекцию, включая игрушки, мебель, постельные принадлежности и т.д. Они также направляют контактными лицам приглашения посетить противотуберкулезный диспансер для дальнейшего обследования. В литературе нет данных, которые подтверждали бы, что дезинфекция поверхностей является эффективной мерой для снижения вероятности передачи ТБ, но, с другой стороны, указывается, что хорошее проветривание помещений является полезной мерой и рекомендуется НИФП.

²⁰ В 2011 году государственные санитарно-эпидемиологические службы были переименованы в Национальный центр общественного здоровья.

Административные меры

Большинство пациентов проходят интенсивную фазу лечения в больнице в течение двух-шести месяцев. В соответствии с принципами лечения они должны находиться в отдельных помещениях или отделениях в зависимости от результатов микроскопии мокроты (больные с положительным результатом находятся отдельно от больных с отрицательным результатом) и ТЛЧ (больные ТБ с лекарственной чувствительностью отдельно от пациентов, имеющих М/ШЛУ-ТБ). Все сотрудники противотуберкулезных учреждений должны проходить скрининг раз в год – медосмотр и рентген грудной клетки.

В то же время на практике оказывается, что больные с различными типами заболевания находятся в одном больничном помещении до получения результатов ТЛЧ; технология Xpert RIF/MTB, даже если она имеется, не используется должным образом для идентификации и разделения потоков пациентов с МЛУ-ТБ на ранней стадии. Пациенты, которых направляют в другое медицинское учреждение, часто едут на частном или даже общественном транспорте, поскольку машинам скорой помощи запрещено перевозить заразных больных ТБ.

Средства Глобального фонда были использованы для обучения всех медработников (врачей, медсестер, психологов, представителей местного населения) правилам противотуберкулезного инфекционного контроля; учебные материалы были подготовлены и переданы в стационарные и амбулаторные учреждения, а также распространены среди местного населения. Тем не менее необходимо подготовить больше работников, в том числе технических работников в противотуберкулезных учреждениях, причем такое обучение должно проводиться на постоянной основе. Кроме того, как выяснили члены миссии, пациенты и члены их семей не всегда понимали информацию о передаче ТБ.

Наиболее важными административными мерами являются правильное использование систем Xpert RIF/MTB, уменьшение числа коек на палату, организация индивидуальных туалетов в палатах, обучение всех сотрудников и правильное просвещение пациентов и посетителей. Тесное сотрудничество между НИФП и Национальным центром общественного здоровья позволит улучшить систему обучения и просвещения по вопросам противотуберкулезного инфекционного контроля в стране, а также уточнить и рационализировать действующую политику и руководства.

Контроль за состоянием окружающей среды

Члены миссии посетили ряд противотуберкулезных учреждений, где имеются механические системы вентиляции, в частности стационарные отделения и лаборатории. В противотуберкулезной больнице в Ворничени имеется отделение для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, на 110 коек, оснащенное механической системой вентиляции, где обеспечено правильное направление воздушного потока, хотя коэффициент воздухообмена в час ниже требуемого (4-7 в помещении для пациентов). Кроме того, эта система работает только 12 часов в день, чтобы снизить финансовые расходы. Здесь вскоре откроется новое отделение на 240 коек, также оснащенное механической системой вентиляции, однако у членов миссии возникли вопросы относительно наличия финансовых средств для обеспечения ее устойчивого функционирования.

В других противотуберкулезных учреждениях, которые посетили члены миссии (отделение для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в НИФП, муниципальная больница в Кишиневе, отделение для пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, и лаборатория в Бельцах), механические системы вентиляции не использовались по различным причинам. Были установлены серьезные пробелы в конструкции (отсутствие достаточного направленного потока воздуха или перепада давления или несоответствие международным требованиям), а также в эксплуатации и техобслуживании (старые и шумные механические системы с низким коэффициентом эффективности и высоким потреблением электроэнергии). Учитывая, что неисправность механической системы вентиляции увеличивает риск передачи ТБ, эксплуатировать такие системы следует только после тщательной технической проверки и должного обучения персонала. Очень эффективным альтернативным средством вентиляции является естественная вентиляция при условии обеспечения ее адекватного функционирования: для этого необходимо использовать большие и светлые окна, имеющие большие форточки, которые должны регулярно открывать специально назначенные сотрудники. Однако, как отметили члены миссии, при ремонте многих больниц вместо старых окон были установлены новые, дешевые, герметичные и не очень эффективные окна, которые не позволяют обеспечить правильную вентиляцию помещений.

Ни одно из противотуберкулезных учреждений в стране не имеет экранированных ультрафиолетовых ламп, даже там, где они рекомендованы в качестве дополнительной меры в зонах высокого риска. Наоборот, широко используются неэкранированные ультрафиолетовые лампы с ограниченной эффективностью, поскольку их нельзя включать, когда в помещении находятся люди. Почти во всех учреждениях ведется учет времени использования ультрафиолетовых ламп, а их замена производится в соответствии с инструкцией изготовителя; в то же время ультрафиолетовые счетчики не установлены.

Во всех лабораториях противотуберкулезных учреждений, которые посетили члены миссии, техобслуживание биошкафов было налажено плохо по причине отсутствия в стране специализированного сервиса. Количество биошкафов в Национальной референс-лаборатории по туберкулезу и в больнице для лечения больных, имеющих МЛУ-ТБ, в Ворничени является недостаточным.

Средства личной защиты

Как установили члены миссии, респираторы имелись почти во всех противотуберкулезных учреждениях.²¹ Сотрудники стационарных учреждений обычно пользовались респираторами во время контактов с пациентами, в то время как сотрудники амбулаторных учреждений пользовались респираторами намного реже. Отсутствовала практика проверки умений персонала правильно надевать и носить респиратор. Широко пропагандировалось ношение хирургических масок пациентами и посетителями в стационарных и амбулаторных учреждениях (плакаты, информационные листки), хотя они не везде присутствовали в достаточном количестве.

Во время бесед с членами миссии поднимался вопрос, касающийся перевозки пациентов на машинах скорой помощи, поскольку в настоящее время разрешается перевозить только незаразных больных ТБ. В то же время можно использовать простые процедуры, позволяющие перевозку таких пациентов без какого-либо риска для водителя: наличие

²¹ Исключением было амбулаторное учреждение в Приднестровье, где сотрудники должны были покупать респираторы за свой счет.

перегородок между водителем и пациентом; перевозка только одного пациента; открытие окна для вентиляции без включения кондиционера; ношение пациентом хирургической маски, а водителем – респиратора.

Инфекционный контроль в Приднестровском регионе

Необходимо уделить особое внимание мерам контроля за воздушной инфекцией в Приднестровском регионе, поскольку здесь отмечается более высокий уровень заболевания ТБ и МЛУ-ТБ. Здесь действуют те же требования по инфекционному контролю, хотя на практике они не всегда применяются. Не всегда имеет место разделение потоков пациентов в больницах, и не везде пользуются респиратором.

Инфекционный контроль в тюрьмах

Противотуберкулезный инфекционный контроль в пенитенциарной системе налажен хорошо; число и процент больных ТБ среди заключенных уменьшается. Тем не менее озабоченность может вызывать значительный процент пациентов, имеющих МЛУ-ТБ. Скрининг заключенных на ТБ проводится активно при их поступлении в места заключения; при необходимости заключенным предоставляет полный доступ к медицинским услугам; рентген грудной клетки проводится два раза в год; для заключенных, имеющих симптомы и кашель, выполняется микроскопия мазка. В последнее время были поставлены системы GeneXpert; в будущем их предполагается использовать для быстрого обнаружения МЛУ-ТБ и для изоляции больных. Административные меры используются везде, за исключением тюремной больницы в Резине, где отсутствует система разделения потоков пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, душевые комнаты являются общими и не принимаются меры для защиты посетителей.

В целом, по мнению членов миссии, меры инфекционного контроля, практикуемые в Республике Молдова, во многих противотуберкулезных учреждениях остаются недостаточными. Необходимо обеспечить реализацию плана, предусматривающего концентрацию большого числа пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, в одном месте (т.е. в противотуберкулезной больнице в Ворничени), используя передовую практику по инфекционному контролю в этом учреждении. Учитывая планы по расширению ухода за пациентами, имеющими ТБ и МЛУ-ТБ, в амбулаторных условиях, необходимо разработать новую стратегию для просвещения больных и членов их семей.

Рекомендации

- Необходимо предоставить возможности Национальному центру общественного здоровья и НИПТ для совместной разработки и реализации соответствующих международным нормам принципов противотуберкулезного инфекционного контроля в больницах, амбулаторных учреждениях, по месту проживания больных ТБ и среди населения.
- Необходимо пересмотреть и уточнить действующие принципы противотуберкулезного инфекционного контроля с использованием новейших эффективных мер вмешательства на основе доказательных данных. Необходимо уделять приоритетное внимание административным мерам, включая правильную диагностику и своевременное начало лечения при ТБ; необходимо отказаться от политики

проведения конечной дезинфекции в очагах, которую использует Национальный центр общественного здоровья, поскольку она не соответствует международным или национальным данным, которые подтверждали бы ее эффективность с точки зрения предупреждения инфекции ТБ.

- Необходимо создать междисциплинарные комиссии на центральном и периферийном уровне для разработки национального и местных планов по инфекционному контролю, включая меры вмешательства в больницах, амбулаторных учреждениях, по месту проживания больных ТБ и среди населения.
- Планы по инфекционному контролю для амбулаторных противотуберкулезных учреждений должны включать среди прочего следующие приоритеты: разделение респираторных пациентов; амбулаторное лечение всех неопасных больных ТБ; уменьшение числа коек на помещение; изолирование пациентов, имеющих М/ШЛУ-ТБ, в индивидуальных помещениях с душевыми; установка и использование механических систем вентиляции только после проведения технико-экономической оценки и должного обучения персонала; применение естественной вентиляции при отсутствии возможности для использования механической вентиляции; широкое использование экранированных ультрафиолетовых ламп; ранняя диагностика (использование систем Xpert MTB/RIF и BACTEC MGIT 960) и изолирование пациентов, имеющих МЛУ-ТБ; применение мер личной защиты всеми сотрудниками противотуберкулезных учреждений (стационарных и амбулаторных); безопасная перевозка пациентов на машинах скорой помощи.
- Необходимо обеспечить должный потенциал Национального центра общественного здоровья и НПТ через участие в международных обучающих курсах и использование наилучшей практики.
- Национальный центр общественного здоровья и НПТ должны совместно разрабатывать программы обучения для постоянной переподготовки всех сотрудников.
- Необходимо обеспечить устойчивую работу механической системы вентиляции в больнице для больных, имеющих МЛУ-ТБ, в Ворничене (в старых и новых отделениях) в течение 24 часов, увеличив для этого годовой бюджет больницы на 10%. Необходимо срочно внедрить эффективные административные меры в тюремной больнице в Резине.

Управление лекарственными препаратами и другими товарами

Определение потребности в препаратах и финансирование закупок

Сотрудники НИФП отвечают за определение потребности в противотуберкулезных препаратах первого и второго ряда, лабораторных реагентах и поставках для всей страны, включая пенитенциарную систему. Они рассчитывают потребности в противотуберкулезных препаратах первого ряда с учетом четырех комбинированных препаратов с фиксированной дозировкой для 50% пациентов; двух комбинированных препаратов с фиксированной дозировкой для 40% пациентов и монопрепаратов

(различных форм рифампицина, изониазида и этамбутола) для 10% пациентов, у которых, по оценкам, должны быть побочные реакции и, следовательно, им необходимо менять стандартную схему лечения. Такой подход усложняет весь процесс управления лекарственными препаратами, в результате чего многие врачи могут не следовать национальным протоколам лечения, а пациенты могут не завершать курс лечения, что усиливает лекарственную устойчивость. Обычно монопрепараты должны составлять не более 1-3% всех закупок.

До декабря 2012 года все противотуберкулезные препараты и расходные лабораторные материалы закупались за счет гранта Глобального фонда. С января 2013 года эту функцию взял на себя Минздрав, который обеспечил финансирование всех закупок противотуберкулезных препаратов первого ряда, в то время как противотуберкулезные препараты второго ряда будут поставляться за счет гранта Глобального фонда до декабря 2014 года. Минздрав также планирует увеличить свой бюджет на закупку противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда в 2014 и 2015 годах, о чем он официально уведомил секретариат Глобального фонда в августе 2012 года (таблица 21). Вспомогательные препараты закупаются на местах за счет бюджетов больниц.

Таблица 19. Финансирование закупок противотуберкулезных препаратов и расходных лабораторных материалов с разбивкой по источникам, 2012-2015 гг.

Источник финансирования	Годовой бюджет (в евро)			
	2012	2013	2014	2015
Глобальный фонд (всего)	1 930 886	3 549 096	2 034 317	0
Противотуберкулезные препараты первого ряда	169 389	0	0	0
Противотуберкулезные препараты второго ряда	1 286 957	3 035 297	1 565 678	0
Лабораторные реагенты и поставки	284 242	270 395	278 300	0
Сопутствующие мероприятия	190 298	243 404	190 339	0
Минздрав		484 848	1 998 642	1 470 164
<i>Всего</i>	<i>1 930 886</i>	<i>4 033 944</i>	<i>4 032 959</i>	<i>1 470 164</i>

Ситуация с финансированием в Приднестровском регионе еще более серьезная. В 2012 году в когорту пациентов, имеющих МЛУ-ТБ и получавших лечение не за счет КЗС, было включено 158 больных, которые получали лишь некоторые из назначенных препаратов – отсутствовали циклосерин, левофлоксацин и аminosалициловая кислота; амикацин и канамицин поставлялись лишь частично; изониазид, рифампицин и ципрофлоксацин закупались за счет местных бюджетов. Ситуация в Приднестровском регионе может привести к усилению устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Центральный орган здравоохранения подтвердил свои планы по обеспечению финансирования закупок противотуберкулезных препаратов, однако выразил озабоченность по поводу реальных возможностей с точки зрения реализации приоритетов по профилактике ТБ и ВИЧ и осуществления контроля за различными другими заболеваниями (напр., сердечнососудистыми).

Для лечения всех пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, НПТ использует капреомицин. Вместо него можно использовать канамицин или амикацин, что снижает расходы на пациента с 4254 до 3097 долларов США. Канамицин и амикацин обладают перекрестной

резистентностью со стрептомицином, зачастую вызывая побочные реакции: по этой причине для некоторых пациентов их необходимо менять на капреомицин. Тем не менее, благодаря использованию правильной комбинации из этих трех инъекционных препаратов с учетом лекарственной устойчивости в стране,²² НПТ может экономить от 800 000 до 1 200 000 долларов США в год, которые можно использовать для лечения всех пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, зарегистрированных в настоящее время.

Закупки и регистрация

В настоящее время закупки противотуберкулезных препаратов второго ряда по-прежнему осуществляются за счет гранта Глобального фонда с поставкой через ГМЛС, что обеспечивает цены со скидкой и хорошее качество продукции. В 2012 году Агентство по лекарствам и медицинскому оборудованию организовало национальный тендер на закупку всех противотуберкулезных препаратов первого ряда и ограниченное число противотуберкулезных препаратов второго ряда. Был отобран ряд производителей, список которых был опубликован в декабре 2012 года, однако на момент работы миссии не все производители имели контракт на поставки. Следовательно, маловероятно, чтобы все препараты были поставлены к концу февраля 2013 года, как это планировалось первоначально.²³ Хотя на данный момент риск нехватки противотуберкулезных препаратов на каком-либо уровне отсутствует, Агентство по лекарствам и медицинскому оборудованию должно ускорить процесс заключения контрактов со всеми производителями и обеспечить выполнение условий, согласованных с Минздравом.

Для поставки более 30 противотуберкулезных препаратов через указанное агентство были отобраны 16 поставщиков, однако лишь 3 поставщика (Macleod, Svizera и Lupin) прошли предварительную квалификацию ВОЗ или получили одобрение строгого регуляторного органа по медицинским препаратам. Все средства, за исключением изониазида в таблетках 100 мг, имеют более высокую цену по сравнению с ценой ГМЛС (на 6–42% в зависимости от препарата). Местные цены могут оказаться даже более высокими в будущих тендерах вследствие малых потребностей страны. По этим причинам очень важно, чтобы НПТ продолжило централизованную закупку противотуберкулезных товаров и предоставило возможность для участия в международных тендерах или даже для прямых закупок через ГМЛС. В настоящее время Министерство финансов не разрешает проводить прямые закупки (кроме неотложных случаев) и международные тендеры. Нынешнее законодательство необходимо пересмотреть, с тем чтобы Минздрав мог закупать препараты высокого качества по сниженным ценам через действующие международные механизмы поставок противотуберкулезных средств.

В соответствии с европейскими стандартами Агентство по лекарствам и медицинскому оборудованию требует регистрации любого препарата, используемого в стране. В настоящее время препараты ГМЛС ввозятся по специальным разрешениям, однако такая практика прекратится после завершения гранта Глобального фонда. Для регистрации препаратов регуляторный орган по медицинским препаратам требует проведения анализа досье на препараты, что занимает от 3 до 5 месяцев; такая регистрация обходится производителю в 13 300 леев (примерно 1110 долларов США) и должна повторяться

²² Учитывая данные об устойчивости к противотуберкулезным препаратам в стране, можно предположить, что 50% пациентов можно лечить канамицином, 10-20% амикацином и 30% капреомицином.

²³ Насколько поняли члены миссии, национальный тендер представляет собой очень длительный и трудный процесс, поскольку он предусматривает получение ряда необходимых одобрений и урегулирование правовых вопросов. Тендер включал 1331 продукт (а не партии антибиотиков, анестетиков и т.д.), и требовалось подготовить 5000 контрактов в зависимости от производителей конкретных продуктов.

каждые пять лет. Вкладыши к препаратам должны быть на румынском языке. Эти условия не стимулируют приход на малый рынок Республики Молдова новых поставщиков. Агентство по лекарствам и медицинским изделиям стремится упростить процедуру регистрации (компьютерная система подачи досье на препараты, использование английского формата и формата Европейского агентства лекарственных средств, подача досье по принципу одного окна и получение обратной информации).

Агентство по лекарствам и медицинскому оборудованию имеет лабораторию контроля качества, но без сертификации ISO.²⁴ Система контроля качества препаратов отсутствует, хотя образцы препаратов регулярно отправляются на проверку в лабораторию в Канаде (ежегодные расходы на тестирование составляют примерно 53 000 долларов США), причем случаев несоответствия требованиям по качеству не было.

Вспомогательные препараты, используемые при противотуберкулезном лечении, закупаются каждой больницей на местах за средства своего бюджета и предоставляются бесплатно только стационарным больным.

Хранение, распределение и рациональное использование препаратов

НИФП имеет хороший склад в Кишиневе для централизованного хранения всех противотуберкулезных препаратов и поставок: чистый и отремонтированный склад с хорошо налаженной системой хранения, хорошим учетом и практикой управления. На складе имеется карантинная зона для хранения и проверки препаратов до передачи на склад на хранение. Для идентификации мест хранения используется алфавитная система. В будущем, при увеличении спроса, можно использовать дополнительное пространство. Для управления лекарственными препаратами используется компьютерная система и хорошо обученные сотрудники (два фармацевта и два врача). В цепочке распределения действуют стандартные рабочие процедуры.

По мнению членов миссии, условия хранения препаратов были приемлемыми на районном уровне, чему способствовало ограниченное количество препаратов на складе. Члены миссии не смогли получить доступа к учетным документам в этих районных учреждениях, за исключением муниципальной больницы в Бельцах, где используется очень хороший инструмент для инвентарного учета препаратов.

В первый месяц каждого квартала все противотуберкулезные кабинеты направляют свой автомобиль в Кишинев, чтобы получить противотуберкулезные препараты и лабораторные реагенты. Дальнейшее распределение препаратов зависит от наличия транспорта в больнице и приоритетов районных органов управления. По оценкам, в 10 и 34 районах, которые посетили члены миссии, препараты со склада забирали с опозданием, причем в четырех районах препараты все еще оставались на складе. Большинство учреждений, которые посетили члены миссии, не имели достаточного буферного запаса препаратов, что также можно объяснить неадекватной практикой назначения избыточно длинных курсов лечения многим пациентам. Члены миссии не отметили случаев

²⁴ Наличие лаборатории контроля качества в Агентстве по лекарствам и медицинскому оборудованию может привести к конфликту интересов, однако сейчас в стране нет других учреждений, которые могли бы взять эту ответственность на себя.

прерывания лечения, однако считают, что такой риск существует в отсутствии достаточного буферного запаса препаратов.

Члены миссии отметили слабый мониторинг и надзор в цепочке поставок, что может приводить к потере препаратов с ограниченным сроком годности.

Все противотуберкулезные препараты предоставляются бесплатно, за исключением вспомогательных препаратов, которые пациенты должны покупать за свой счет в аптеках. Как отметили члены миссии, многие врачи по-прежнему назначают схемы лечения, включающие получение препаратов 3 раза в неделю для категории I (добавляя изониазид 100 мг к рифампицину 150 мг/изониазиду 75 мг), невзирая на то что, в соответствии с новым руководством по лечению от 2012 года, такие препараты должны выдаваться ежедневно.

Как отмечено выше в разделе по определению потребностей в препаратах и финансированию закупок, наличие монопрепаратов в различных формах приводит к тому, что многие врачи не придерживаются национальных протоколов лечения, а пациенты могут не завершать курс лечения, что может привести к усилению лекарственной устойчивости. Другой проблемой рационального использования препаратов является отсутствие противотуберкулезных препаратов для детей, что заставляет делить таблетки, вскрывать капсулы и рассчитывать дозы приблизительно. Члены миссии посетили несколько частных аптек, где отсутствовали противотуберкулезные препараты первого ряда, однако имелись препараты второго ряда (левофлоксацин, офлоксацин, канамицин). Такие препараты всегда выдались по рецепту.

Агентство по лекарствам и медицинским изделиям создало системы фармаконадзора в Интернете, куда регулярно помещается информация о побочных действиях препаратов. Однако на данный момент было отмечено лишь незначительное число таких случаев, в основном из НИФП в Кишиневе (в 2011 году было отмечено 72 случая появления отрицательных реакций, из которых 46 случаев касались противотуберкулезных препаратов; в 2012 году отмечено 180 таких случаев, из которых 52 случая касались противотуберкулезных препаратов). Как отметили члены миссии, отрицательные реакции регистрируются в картах больных ТБ, но редко сообщаются в Агентство по лекарствам и медицинскому оборудованию. В то же время Агентство по лекарствам и медицинскому оборудованию не предприняло никаких действий после получения такой информации, объясняя это тем, что все указанные отрицательные реакции были указаны в информационном вкладыше к препаратам.

Рекомендации

- Необходимо обеспечить требуемое финансирование для бесплатного лечения с использованием качественных противотуберкулезных препаратов и вспомогательных препаратов всех пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, зарегистрированных НПТ, как в стационарах, так и в амбулаторных учреждениях.
- Необходимо учитывать возможности для повышения финансовой эффективности за счет использования экономически эффективных мер вмешательства, таких как услуги международных закупочных учреждений и пересмотр схем назначения капреомицина в соответствии с данными о лекарственной устойчивости в стране.

- Необходимо неотложно направить заявку в ГМЛС для получения гранта на противотуберкулезные препараты для детей для всей страны и гранта на противотуберкулезные препараты первого ряда для Приднестровского региона.
- Государственные средства должны использоваться только для закупки качественных противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда либо у производителей, прошедших предварительную квалификацию ВОЗ, либо по разрешению регуляторного органа.
- Необходимо улучшить и упростить национальные тендерные процедуры за счет внедрения механизмов объединенных закупок.
- Необходимо обеспечить дополнительное финансирование до истечения срока действия нынешнего гранта Глобального фонда для лечения всех больных с МЛУ-ТБ, используя качественные противотуберкулезные препараты и вспомогательные препараты, за счет перепрограммирования национальных ресурсов и внешней помощи.
- Необходимо обеспечить закупку противотуберкулезных препаратов первого ряда в виде комбинаций с фиксированной дозировкой, за исключением малой доли монопрепаратов, которые должны составлять не более 3% от общего объема закупок.
- Необходимо обеспечить своевременное распределение противотуберкулезных препаратов, назначение схем лечения в соответствии с последними национальными руководствами, а также проведение регулярного вспомогательного надзора.
- Необходимо усилить систему фармаконадзора с целью полной регистрации побочных действий препаратов в стране и принятия необходимых мер.

Мониторинг и оценка

Система эпиднадзора НПТ в Республике Молдова является одной из первых и наиболее устойчивых среди стран Восточной Европы. Эта система была разработана с учетом всех действующих международных рекомендаций и стандартов с использованием внешней финансовой и технической помощи со стороны Всемирного банка, Глобального фонда и ВОЗ. Система надзора НПТ создавалась вокруг трех основных опор: инструменты; стандартные операционные процедуры; и кадровые ресурсы, обеспечивающие работу системы.

Инструменты включали определенные формы и национальный регистр по ТБ под названием (ИСМО-ТБ). Наиболее важные формы отчетности включают форму отчетности о случаях ТБ (089), представляющую собой значительно пересмотренную форму, которая использовалась во времена Советского Союза, и учетную форму (ТБ-01). ИСМО-ТБ – это электронная национальная база данных, содержащая номинальную информацию о каждом больном, имеющем ТБ и МЛУ-ТБ, которую всегда может использовать для ввода/ведения данных любое периферийное противотуберкулезное учреждение с доступом через Интернет (Национальный центр по управлению в здравоохранении, 2012). В случае плохой связи с Интернетом для ввода данных можно использовать самостоятельный модуль, причем эти данные могут вводиться в национальную базу данных. Ведение и валидация данных в режиме онлайн обеспечиваются с помощью логических чек-скриптов,

которые исключают дублирование и несогласованность записей. Центральный сервер ИСМО-ТБ находится в Национальном центре по управлению в здравоохранении, где работает 2-3 специалиста, поддерживающие работу аппаратных и программных средств.

База ИСМО-ТБ строилась (начиная с 2005 года) на основе существующих рекомендаций ВОЗ по мониторингу наиболее важных результатов и основных показателей НПТ. Она действует по всей стране, хотя неадекватно представляет Приднестровский регион (отсутствуют данные из пенитенциарной системы, а данные по населению могут отличаться от оценок Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН)). База ИСМО-ТБ отвечает основным стандартам по безопасности, она поддерживается должным образом и обеспечивает доступ к различным данным с учетом потребностей, например, для поставщиков данных, пользователей данными и к открытому домену. Она имеет входные и выходные коммуникационные шлюзы для интерфейса с другими информационными системами, напр., системой Национального центра управления данными здравоохранения для мониторинга за 67 заразными заболеваниями в стране.²⁵ Тем не менее база ИСМО-ТБ используется не в полном объеме и ее следует обновить с учетом новых сегодняшних потребностей НПТ для включения в нее пересмотренных определений случаев ТБ и отчетности о ТБ, для прямого ввода данных по управлению препаратами, а не через самостоятельный модуль, для взаимосвязи с важнейшей системой регистрации, для обеспечения эффективного фармаконадзора и для улучшения анализа и интерпретации данных.

Стандартные операционные процедуры для мониторинга и оценки НПТ включены в национальное руководство, а также в процедуры ведения и валидации данных.

В подразделении по мониторингу НИФП работают сотрудники, которые отвечают за учет и отчетность и за ведение данных в НПТ. Однако лишь немногие сотрудники имеют необходимые навыки и опыт для выполнения своих функций. В то же время их помощь все чаще требуется другим подразделениям НПТ (в частности для обучения и надзора) и другим подразделениям здравоохранения (напр., Национальной программе по СПИДу, Национальному центру общественного здоровья, очень важной системе регистрации, пенитенциарной системе, различным системам здравоохранения Приднестровского региона). По этой причине для усиления мониторинга и оценки НПТ необходимо обучать кадровые ресурсы на основе анализа функций и новых обязанностей. Также требуется дальнейшая поддержка нынешних действий, направленных на усиление оперативного надзора за счет выделения новых средств и проведения международной учебы.

В течение многих лет НПТ проводила оценку качества базы ИСМО-ТБ и надежности данных. Кроме того, в самих учреждениях сотрудники должны были, по законодательству, вести учет и отчетность о пациентах на бумажном носителе, что приводило к дублированию действий; этим можно объяснить частое появление расхождений между бумажными и электронными документами, отмеченное членами миссии, например, неполная электронная регистрация данных о пациентах (детерминантов ТБ) и лабораторных данных. Существование параллельных систем ведения бумажных и электронных документов также затрудняет анализ и обучение без

²⁵ Базу ИСМО-ТБ можно согласовать через интерфейс с другими информационными системами, что дает возможность для сопряжения данных с различными источниками и улучшения информации для действий, например, базу ИСМО-ТБ можно увязать с базой ИСМО-ВИЧ, а также с системой местного мобильного оператора Moldcell, который является партнером ПРООН по пилотному проекту для усиления DOT (см. ниже раздел об операционных исследованиях).

отрыва от производства и наставничество в ходе оперативных надзорных визитов. Такие надзорные визиты имеют большое значение, поскольку они позволяют существенно улучшить полноту и качество данных НПТ через обучение без отрыва от производства и наставничество. К сожалению, члены миссии не смогли оценить эту важную характеристику НПТ, поскольку результаты надзорных визитов должным образом не фиксировались. В Приднестровском регионе надзорные визиты через НПТ не проводились.

Рекомендации

- Необходимо максимально использовать возможности базы ИСМО-ТБ для ввода и анализа данных. Характеристики этой базы данных должны обеспечивать: обновление и использование новых определений и форм отчетности в связи с ТБ, соответствующие компоненты по лабораторной части, по управлению поставками препаратов и оперативному надзору; интерфейс с базой ИСМО-ВИЧ; эпидемиологическое и программное исполнение на всех уровнях (национальном, районном и уровне обслуживания учреждения) для технического мониторинга и широкой адвокации; и эффективный фармаконадзор.
- Необходимо безотлагательно принять и внедрить последние рекомендации ВОЗ по учету и отчетности в НПТ; необходимо пересмотреть определения и формы отчетности в связи с ТБ, внести изменения в базу ИСМО-ТБ, в том числе в процессы валидации данных; необходимо разработать конкретные руководства и обеспечить широкое использование таких руководств всеми сотрудниками.
- Необходимо обеспечить полноту и качество данных о ТБ в Приднестровском регионе, назначив для этого одного сотрудника, ответственного за мониторинг и надзор в связи с ТБ, создав систему связи с важнейшей системой регистрации и наладив сотрудничество с пенитенциарной системой.
- Необходимо шире использовать данные из базы ИСМО-ТБ, в частности для проведения новых операционных исследований в НПТ (см. раздел об исследованиях ниже). Необходимо использовать базу ИСМО-ТБ для регулярного составления ежеквартальных отчетов о заболеваемости/когортном анализе и лабораторных мероприятиях, а также для их анализа на районном уровне.
- Подразделение по мониторингу НПТ должно вести работу в соответствии с планом действий с учетом всех операций и сроков их исполнения, напр., дистанционная валидация данных ежемесячно, составление и интерпретация отчетов ежеквартально (в течение двух недель по завершении квартала) и ежегодно (к концу апреля).
- Необходимо пересмотреть рабочие обязанности сотрудников подразделения по мониторингу и подразделения по надзору и обучению НПТ с учетом приоритетов и потребностей НПТ, а также результатов анализа функций. Необходимо постоянно развивать потенциал сотрудников через участие в национальных и международных обучающих мероприятиях.

- НПТ должна иметь конкретную бюджетную линию для проведения оперативного надзора и оказания поддержки через проведение переговоров с НКМС. НПТ должна получить от Минздрава четкие полномочия по техническому надзору.
- НПТ должна посещать с проверкой все основные рабочие подразделения. Надзорные визиты должны правильно планироваться в течение года и отражаться в оперативных отчетах. Надзор также должен проводиться, когда число больных ТБ, в отношении которых оценка результатов лечения не проводилась, превышает 5% всех больных ТБ, зарегистрированных для лечения. При необходимости группа по надзору должна включать эпидемиолога из Национального центра общественного здоровья для анализа специфических аспектов эпидемиологии, отслеживания контактов и инфекционного контроля.
- Необходимо согласовать и обеспечивать долгосрочную устойчивость программ обучения без отрыва от производства, проводимых подразделением по надзору и обучению НПТ, и программ обучения медицинских специалистов, проводимых Отделением последипломого образования НИФП.

Развитие кадровых ресурсов

НПТ имеет всего 965 сотрудников, включая 371 врачей-фтизиатров, 275 медсестер, 12 врачей-лаборантов (бактериологов) и 117 лаборантов (из них около 140 сотрудников работает в учреждениях, где проводится стационарное лечение пациентов, имеющих МЛУ-ТБ). Ряд позиций остается вакантными, в основном в пенитенциарной системе (примерно треть). Во фтизиатрической службе Приднестровского региона работают 41 врач, 99 медсестер, 4 врачей-лаборантов, 9 лаборантов, 5 рентгенологов, 10 помощников врачей-фтизиатров и ряд других сотрудников. Около трети позиций врачей и медсестер являются вакантными.

Серьезной проблемой для НПТ в Республике Молдова, с которой сталкиваются многие другие страны, является высокий средний возраст сотрудников и трудности в поиске молодых и мотивированных коллег. Средний возраст врачей-фтизиатров составляет 53,5 года, причем 20% старше 65 лет (пенсионеры) и лишь 22% моложе 40 лет и 10% моложе 35 лет. ТБ и МЛУ-ТБ представляют собой передающиеся через воздух инфекционные заболевания, которые существенно усиливают профессиональный риск заражения и заболевания. ТБ и МЛУ-ТБ часто ассоциируются с плохими социально-экономическими условиями и образом жизни пациентов, которым зачастую трудно выполнять план лечения. В то же время, согласно полученной членами миссии информации, наиболее важным фактором, который отпугивает новое поколение сотрудников от работы во фтизиатрической службе, является низкая зарплата и отсутствие дополнительного возмещения за работу с такими пациентами, а также их уход в частную практику из государственной системы здравоохранения, где противотуберкулезные услуги предоставляются бесплатно. Несмотря на это, медсестры не получают должной поддержки и компенсации за свою работу по профилактике и контролю за МЛУ-ТБ.

В рамках НПТ и при поддержке Глобального фонда все сотрудники фтизиатрической службы и системы первичной медико-санитарной помощи регулярно проходят курсы обучения и переподготовки, о чем членам миссии была предоставлена информация. Обучение сотрудников фтизиатрической службы по месту работы организует подразделение по надзору и обучению НПТ, включая наставничество в ходе посещений

специалистов по надзору из НПТ. Курсы последипломного образования для врачей-фтизиатров и пульмонологов проводит Отделение последипломного образования по фтизиатрии и пульмонологии; в то же время имеются противоречия между этими центрами (оба подчиняются НПТ), а учебные программы различаются. Надзорные визиты проводятся редко и не используются должным образом для наставничества.

В ближайшем будущем ожидается сокращение числа стационарных пациентов, имеющих ТБ и МЛУ-ТБ, благодаря применению быстрой диагностики и внедрению новой политики, которая ограничивает госпитализацию только больными с тяжелой формой ТБ. Больницы, имеющие избыточный коечный фонд, будут сокращены, и вместо них будут использоваться более эффективные амбулаторные службы. Для поддержки этого процесса НПТ должна пересмотреть требования в отношении числа сотрудников и их знаний и умений, с тем чтобы обеспечить эффективную профилактику и лечение при МЛУ-ТБ.

Рекомендации

- НПТ должна разработать план развития кадровых ресурсов с учетом планируемого сокращения объемов стационарной помощи и увеличения амбулаторной помощи и перераспределения и развития потенциала сотрудников в соответствии со схемой предоставления адекватных стимулов для более раннего выхода на пенсию.
- Необходимо усилить роль медсестер в профилактике и лечении пациентов, имеющих МЛУ-ТБ.
- Необходимо пересмотреть систему оплаты специалистов с учетом риска заражения ТБ на работе и обеспечить стимулы для сотрудников, увязываемые с конечными результатами лечения больных ТБ.
- Все усилия по подготовке и обучению сотрудников фтизиатрической службы должны быть направленными на реализацию нескольких целей: рационализацию системы обучения на рабочем месте и последипломного обучения в соответствии с политикой и руководством НПТ и поддержку эффективных и интегрированных качественных услуг, оказываемых пациентам, имеющим ТБ и МЛУ-ТБ.

Операционные исследования

Операционные исследования являются одним из компонентов стратегии «Остановить ТБ», направленных на улучшение результатов исполнения программ; технико-экономическое обоснование и оценку эффективности и воздействия новых стратегий и мер вмешательства для контроля за ТБ; и сбор доказательных данных для управления процессом разработки и реализации рекомендаций и политики по конкретным мерам вмешательства. Операционные исследования позволяют получить информацию о примерах «наилучшей практики», которую можно задокументировать и предложить для тиражирования в других местах и учреждениях.

В то же время потенциал для проведения таких исследований, вероятно, не в полной мере используется НПТ, несмотря на реальную приверженность улучшению результатов исполнения. Это может быть обусловлено частично неадекватным обучением сотрудников, с тем чтобы они правильно формулировали исследовательские вопросы и

разрабатывали планы таких операционных исследований. В стране можно разработать план проведения операционных исследований с учетом результатов последних исследований и рекомендаций настоящей обзорной оценки программы.

Данные, включенные в базу ИСМО-ТБ, представляют собой хорошую исходную информацию и руководство для проведения операционных исследований. Сотрудничество между кафедрой последипломного образования по фтизиатрии и пульмонологии и подразделением по мониторингу НПТ поможет правильно направлять внутренние ресурсы (напр., аспирантов) на проведение исследований, что позволит НПТ улучшить показатели исполнения при сохранении низкого уровня затрат и обеспечении устойчивости.

Данные в базе ИСМО-ТБ показывают, что число новых случаев и число рецидивов ТБ и МЛУ-ТБ за период с 2008 по 2012 годы уменьшилось лишь незначительно. Среди пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, по-прежнему высокий процент отрыва от лечения и смертность, а число таких больных, получающих лечение препаратами второго ряда, растет. При проведении операционных исследований приоритетное внимание следует уделять установлению причин неудачного лечения и смертности при МЛУ-ТБ, а также путей передачи МЛУ-ТБ.

Рекомендации

- Необходимо обеспечить усиление потенциала НПТ для проведения операционных исследований на центральном и региональном уровне через учебные курсы и оказание внешней технической помощи.
- Необходимо разработать программу операционных исследований НПТ с указанием приоритетных тем для исследований и основных исследователей и выделить адекватный бюджет на проведение таких исследований.
- Необходимо наладить хорошее сотрудничество между кафедрой последипломного образования по фтизиатрии и пульмонологии и подразделением по мониторингу НПТ для обеспечения операционных исследований, которые должны проводиться на регулярной основе под постоянным надзором НПТ.
- Необходимо документально фиксировать и предлагать для тиражирования примеры наилучшей практики.
- При проведении операционных исследований необходимо учитывать факторы риска и социальные детерминанты, включая:
 - факторы риска заражения ТБ, такие как табакокурение и потребление алкоголя;
 - предпочтения пациентов в отношении получения социальной поддержки и ее воздействия на приверженность лечению;
 - эффективность и целесообразность стимулов для категорий пациентов;
 - факторы риска и социальные детерминанты с учетом плохих результатов лечения среди больных ТБ с лекарственной чувствительностью и лекарственной устойчивостью;
 - причины смертности среди больных ТБ/ВИЧ, включая применение АРТ.

- При проведении операционных исследований необходимо учитывать установление случаев и диагностику заболевания, включая:
 - факторы, приводящие к задержке при установлении заболевания среди уязвимых групп и других групп риска;
 - факторы, приводящие к задержке в диагностике и лечении больных ТБ с лекарственной устойчивостью;
 - процент выявления активных форм ТБ среди различных групп населения;
 - факторы, определяющие расхождение в результатах диагностики между различными учреждениями, оказывающими медицинские услуги;
 - причины низкого уровня бактериологического подтверждения диагноза ТБ среди взрослых и детей;
 - эффект применения технологии Xpert RIF/TB;
 - диагностику и лечение при латентной инфекции ТБ;
 - модели проведения профилактического лечения изониазидом.

- При проведении операционных исследований необходимо учитывать вопросы лечения и ведения больных, включая:
 - целесообразность и экономическую эффективность различных методов амбулаторного лечения и ухода;
 - заболеваемость ТБ среди медицинских работников и меры инфекционного контроля;
 - использование мобильных телефонов для повышения уровня приверженности лечению при ТБ;
 - влияние хирургического вмешательства на результаты лечения;
 - модели оказания координированных и интегрированных услуг при ТБ/ВИЧ;
 - отрицательные реакции на препараты при лечении противотуберкулезными препаратами первого и второго ряда;
 - использование паллиативного лечения (характеристики нуждающихся пациентов, критерии отбора/исключения и т.д.) и оценку его результатов.

- При проведении операционных исследований необходимо учитывать характеристики мониторинга и оценки, включая:
 - определение занижения числа случаев в рамках исследований для определения смертности по методу двойного охвата и исследования для учета ежегодного числа новых случаев МЛУ-ТБ;
 - качество данных базы ИСМО-ТБ;
 - качество учета и отчетности на национальном и региональном уровне;
 - качество постоянного надзора за лекарственной устойчивостью на национальном и региональном уровне.

Этические вопросы и права человека

Первым и основным аспектом уважения прав человека является обеспечение доступа к качественному лечению для всех больных ТБ, независимо от их социального статуса, медицинских условий или невыполнения схем лечения в прошлом. Имеются широкие данные, указывающие на то, что невыполнение схем противотуберкулезного лечения обычно обусловлено не отсутствием у пациента желания лечиться, а скорее другими факторами, особенно экономическими и социальными. В целом, пациенты хотят излечиться и будут придерживаться схемы лечения, если им обеспечен адекватный доступ

к лечению и соответствующей помощи (см. например, Farmer, 2001; Greene, 2004). По этой причине большое число пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, которые не получают адекватного лечения в Республике Молдова, в частности в Приднестровском регионе, следует рассматривать как ущемление прав пациентов на получение доступа к лечению при потенциально смертельном, но излечимом заболевании.

Отбор пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, для лечения

Национальный консилиум по МЛУ-ТБ исключает пациентов, которые могут выбывать из программы лечения, тяжелых пациентов, которые могут умереть во время лечения, и пациентов, имеющих «другие конкретные условия, которые могут ограничивать применение DOT в течение всего курса лечения». Этот последний критерий исключения пациентов из программы лечения вызывает особую озабоченность, поскольку его часто применяют к пациентам, которые определяются как пациенты, плохо выполняющие схему лечения. Несмотря на исключение многих «проблемных» пациентов из лечения, результаты лечения НПТ по-прежнему остаются плохими.

Согласно информации, полученной членами миссии, многих пациентов исключают из программ лечения при МЛУ-ТБ, поскольку они отказываются лечиться в стационаре. Это решение не имеет смысла в стране, где национальное руководство предусматривает полный курс амбулаторного лечения, которое, по закону, должно предлагаться пациентам до применения каких-либо принудительных мер изоляции. Не принимается никаких мер для лечения заболеваний, связанных с алкогольной и наркотической зависимостью среди пациентов, имеющих МЛУ-ТБ.

Наиболее актуальным этическим вопросом для НПТ является ограниченное наличие противотуберкулезных препаратов второго ряда, а также потребность в отборе пациентов для лечения. Членам миссии не удалось получить информации о числе пациентов, исключенных консилиумом из программ лечения при МЛУ-ТБ, а также установить причины для этого. Следует отметить, что членам миссии не была предоставлена определенная информация, полученная во время обзорной оценки НПТ в Республике Молдова в 2009 году (Kavtaradze and Ciobanu, 2012).

Ведение при ШЛУ-ТБ

Пациенты, имеющие ШЛУ-ТБ, получают такое же лечение, как и пациенты, имеющие МЛУ-ТБ, с добавлением дополнительной дозы изониазида и амоксициллина/клавулановой кислоты – в НПТ отсутствуют другие противотуберкулезные препараты группы IV. Пациентов с неудачными результатами лечения отправляют домой и им отменяют лекарственное лечение; национальное руководство четко не оговаривает вопросы отмены лечения в случае плохих результатов и паллиативного лечения. В Республике Молдова пациенты с ШЛУ-ТБ не имеют возможности для выбора схем лечения, хотя такие пациенты получают лечение в других странах. Законодательство Республики Молдова не разрешает ввоз незарегистрированных противотуберкулезных препаратов, назначаемых из чувства сострадания, что не соответствует положению в других странах Европы.

Контроль за ТБ в тюрьмах

Особую озабоченность у членов миссии вызывает слабо налаженный инфекционный контроль в тюрьмах и отсутствие возможности для лечения всех пациентов, имеющих ТБ и МЛУ-ТБ, в некоторых тюремных учреждениях, особенно в Приднестровском регионе. Во время пребывания в местах заключения ответственность за здоровье и безопасность заключенных, а также посещающих их родственников и сотрудников тюрем несет Министерство юстиции. Необходимо усилить сотрудничество между Министерством юстиции и Министерством здравоохранения, особенно в Приднестровском регионе.

Гипердиагностика ТБ

Помимо отмеченных выше случаев неадекватного или недостаточного лечения, члены миссии установили случаи избыточного лечения пациентов с диагнозом ТБ, на основании подозрений при флюорографии, но при отрицательном результате микроскопии мокроты и культуры и отрицательном результате теста Xpert MTB/RIF (см. случай Ольги в приложении б).

Принудительная изоляция

В 2012 году в Республике Молдова был принят новый закон о принудительной изоляции больных ТБ, введенный вместо закона от 2009 года, который разрешал принудительное лечение и подвергался сильной критике со стороны международного сообщества, поскольку он нарушал прав человека.²⁶ Новый закон разрешает применение принудительной изоляции пациентов только после нескольких попыток убедить пациента в необходимости лечения (включая предложение пациенту полного курса амбулаторного лечения) и после согласования плана лечения фтизиатром и психологом с членами семьи пациента и местными органами управления. Принудительная изоляция должна быть ограничена по срокам и регулярно проверяться. Согласно этому закону, при появлении любых признаков приверженности (то есть согласия на лечение) принудительная изоляция прекращается и пациенту разрешается продолжить лечение на добровольной основе в амбулаторных или стационарных условиях. Этот закон предусматривает приложение серьезных усилий, прежде чем пациента можно будет изобиловать; по этой причине этот закон критикуют многие медицинские работники и учреждения. Следует отметить, что закон был принят недавно и что многие врачи не имеют о нем полной информации или не понимают его. Таким образом, членам миссии была предоставлена информация, указывающая на непоследовательное применение закона; например, врачи направляют полицию домой к пациентам, которые не идут на контакт, местные органы власти могут принимать решения относительно принудительной изоляции пациентов, издавая для этого необходимые приказы.

На бумаге новый закон Республики Молдова обеспечивает уважение прав человека и рассматривает принудительную изоляцию как возможную меру, применяемую только после того, как все другие меры были исчерпаны. Однако, поскольку системы здравоохранения и социальной защиты в Молдове являются слабыми, существует возможность для неадекватного применения этого закона и внесения в него поправок на местах. НТП должна применять этот закон адекватным образом и прибегать к принудительной изоляции и лечению при ТБ, только когда все другие меры будут исчерпаны, в том числе после оказания необходимой социальной и психологической

²⁶ Постановление правительства 295 от 14 мая 2012 г.; Закон 153 от 4 июля 2008 г.

помощи. Следует отметить, что членам миссии была предоставлена возможность проанализировать предварительную версию нового закона.

Рекомендации

- Всем пациентам необходимо предоставить доступ к наиболее оптимальным схемам лечения с учетом их клинических и социальных условий. Всем пациентам с диагностированным МЛУ-ТБ необходимо предоставлять адекватное лечение, в том числе заключенным в тюрьмах и в Приднестровском регионе.
- Необходимо ограничить применение критериев исключения пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, из программ лечения, которыми пользуется национальный консилиум, только крайними случаями, используя при этом преимущества децентрализованного лечения, максимально приближенного к месту проживания и потребностям пациентов.
- Необходимо четко фиксировать работу национального консилиума по МЛУ-ТБ и сделать открытыми статистические данные (число пациентов, для которых проведена оценка, число пациентов, исключенных из программы лечения, причины исключения пациентов из программ лечения при МЛУ-ТБ).
- Сами условия уязвимости к ТБ, например, злоупотребление алкоголем/другими наркотическими средствами или отсутствие постоянного места жительства, нельзя рассматривать как причину для исключения из программ лечения при МЛУ-ТБ; необходимо устранять такие причины, например, предоставлять консультирование и лечение при алкогольной зависимости, а также лечение при МЛУ-ТБ и оказывать необходимую социальную поддержку.
- Необходимо улучшить и широко распространить национальное руководство по паллиативному лечению.
- Необходимо пересмотреть действующее законодательство по лекарственным препаратам и разрешить применение незарегистрированных противотуберкулезных препаратов для определенных пациентов из чувства сострадания.
- Необходимо обеспечить постоянное применение нового законодательного положения о принудительной изоляции больных ТБ и провести учебу среди сотрудников медицинских и других учреждений. Необходимо разработать план применения этого закона на районном уровне с участием всех местных органов управления. Необходимо обеспечить ежегодный мониторинг и отчетность о применении этого закона.

АКСМ и участие местного сообщества

Большинство мероприятий по АКСМ планируется и финансируется в рамках гранта Глобального фонда и реализуется НПО, являющимися главными реципиентами (PAS и ПКРМП) и субреципиентом гранта (таблица 3), что вызывает вопросы относительно устойчивости мероприятий в будущем. В то же время в стране нет четкой национальной стратегии по АКСМ.

В рамках широких национальных кампаний, проводимых в районах центром PAS, использовались плакаты и рекламные щиты с изображением видных людей в Молдове –

актеров, врачей и священников Православной церкви, – которые содержали простые информационные сообщения о ТБ без какой-либо стигматизации пациентов. Тем не менее мероприятия АКСМ на национальном уровне очень ограничены и практически отсутствуют на международном уровне.²⁷ Это может быть связано с тем, что крупные НПО имеют тесные связи с Минздравом и НПТ (иногда даже включают бывших сотрудников этих организаций), а мелкие НПО зависят в плане финансирования от крупных, более консервативных НПО. Это положение ограничивает участие гражданского общества, поскольку они не могут поднимать ключевые проблемы перед Минздравом и НПТ, такие как нехватка противотуберкулезных препаратов, принудительная госпитализация и организация фтизиатрических услуг, которые не в полной мере нацелены на потребности пациентов.

В Национальный координационный совет для программ по ВИЧ и ТБ Республики Молдова (ранее Страновой координационный механизм) в основном входят государственные служащие из Минздрава и других министерств (образования, юстиции и труда). Другие члены этого совета представляют НПО, которые в основном связаны с проблемами ВИЧ/СПИДа, и международные организации, такие как Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и организация Save the Children («Спасем детей»). Все основные НПО, работающие по проблеме ТБ (PAS, ПКРМП и в последнее время AFI), представлены в Национальном координационном совете для программ по ВИЧ и ТБ, однако некоторые НПО, тесно работающие с пациентами (напр., SMIT и Speranta Terrei), в этот совет не входят, хотя имеют хорошие возможности, чтобы представлять точки зрения пациентов.

В 2013 году, вскоре после завершения обзорной оценки, ряд мелких НПО, работающих по проблеме ТБ, создали национальную платформу по ТБ для НПО, в которую вошли AFI (в настоящее время исполняет роль секретаря), SMIT, Speranța Terrei и ряд других. Эта платформа предназначена для усиления сотрудничества между НПО и проведения ими пропагандистских мероприятий; ее также можно использовать для расширения участия местного сообщества в мероприятиях по контролю за ТБ, поскольку эти НПО работают среди местного населения. Эта новая платформа для НПО является позитивным развитием и характеризует интересы групп гражданского общества, которые хотят играть активную роль в борьбе с ТБ в будущем. Члены миссии настоятельно рекомендуют развивать сотрудничество между НПО для усиления эффективности таких мероприятий, как адвокация, широкое просвещение населения, дестигматизация и поддержка пациентов.

Из всех НПО только в Общество против туберкулеза Молдовы (SMIT) входят бывшие пациенты. Эта НПО, базирующаяся в Бельцах, как и другие малые НПО, сталкивается с трудностями при финансировании ее мероприятий. В целом, у пациентов почти что нет своего голоса, равно как и не отмечается активного участия местного населения. Некоторые текущие мероприятия включают просвещение журналистов и 1000 священников Православной церкви по проблеме ТБ; это перспективная работа, но без использования какой-либо четкой стратегии на основе оценки или четкого набора последующих действий.

Большинство НПО не проводят мероприятий по проблеме ТБ в Приднестровском регионе. Заметное исключение здесь составляют медико-социальные программы при поддержке

²⁷ Исключением является SMIT и его сотрудник Оксана Рукшнина, бывшая больная МЛУ-ТБ, которая стала посланцем для Восточной Европы в кампании “Here I am”.

АФИ, которая оказывают помощь всем пациентам, включая бывших заключенных. В Приднестровском регионе больше работает местных НПО, и их следует активно вовлекать в мероприятия по борьбе с ТБ, в частности среди уязвимых групп населения.

Уровень понимания проблемы ТБ среди населения и больных ТБ остается низким. По данным обследования для оценки знаний, отношений и практики, проведенного в стране в 2008 году, лишь 39% респондентов считали, что ТБ можно излечить, 31% считали, что он передается через рукопожатие, и 81% считали, что он передается в результате случайных контактов с заразными людьми (Scutelnicius, 2008). В то же время 78% респондентов знали, что ТБ передается через воздух при чихании. Это говорит о том, что информация, получаемая населением, неоднородная и может быть неверная; при этом 33% респондентов стыдились, что у них имеется ТБ.

Беседы с пациентами показали очень слабый уровень знаний, особенно по вопросу распространения ТБ. Во время бесед с пациентами стало очевидным, что, по мнению многих пациентов, они заразились ТБ в результате переохлаждения и что членов их семей можно защитить, если они будут пользоваться отдельной посудой. Следует отметить, что рекомендации относительно пользования отдельной посудой включены в просветительские материалы, полученные благодаря гранту Глобального фонда, и даже в последнюю версию руководства НПТ, поскольку эта рекомендация была переписана из руководства, составленного Национальным центром общественного здоровья. Эта рекомендация не имеет научного обоснования и может вызывать путаницу и усиливать стигму больных ТБ среди населения, поскольку она усиливает неверные представления, циркулирующие в стране.

Членам миссии были предоставлены брошюры с изложением прав и обязанностей больных ТБ, хотя и в очень широком плане – особый акцент делается на обязанности, что не в полной мере соответствует Хартии пациентов о медицинской помощи больным туберкулезом (World Care Council, 2006).

Рекомендации

- Необходимо безотлагательно разработать национальную стратегию по АКСМ и включить в нее новые виды партнерства с НПО, которые не участвуют в мероприятиях по ТБ, в том числе партнерство между государственными и частными структурами. Необходимо обеспечить поддержку этой стратегии путем принятия национального плана по АКСМ с указанием мероприятий и сроков их реализации.
- Мероприятия по АКСМ необходимо осуществлять также на национальном уровне и с участием различных слоев гражданского общества, таких как местные сообщества, профессиональные организации, объединения бывших больных ТБ и т.д. Необходимо постоянно предоставлять и усиливать правильную информацию по вопросам передачи, профилактики, диагностики и лечения в связи с ВИЧ.
- Необходимо пересмотреть состав Национального координационного совета для программ по ВИЧ и ТБ, с тем чтобы лучше представлять в нем организации, работающие непосредственно с пациентами и способные лучше представлять их интересы.

- Необходимо поощрять создание и оказывать поддержку платформам для НПО, осуществляющим меры вмешательства в связи с ТБ.
- Приднестровский регион должен активно участвовать в национальных мероприятиях по АКСМ и использовать стратегию вовлечения местного населения. Необходимы меры для усиления сотрудничества с местными НПО, работающими в Приднестровском регионе, а также меры для активизации сотрудничества между НПО на правом берегу и левобережье.
- Необходимо пересмотреть все материалы по АКСМ и привести их в соответствие с рекомендуемыми международными нормами по профилактике и контролю за ТБ.
- Необходимо широко пропагандировать Хартию пациентов о медицинской помощи больным туберкулезом (World Care Council, 2006) среди медицинских учреждений, которая должна быть переведена на русский и румынский язык и обсуждаться с пациентами.

Система здравоохранения и контроль за ТБ

Независимо от того, какие меры должны быть приняты для улучшения диагностики, лечения и ухода в связи с ТБ в Республике Молдова, такие меры должны осуществляться через систему здравоохранения, которая в настоящее время недофинансируется и проходит этап интересных преобразований.

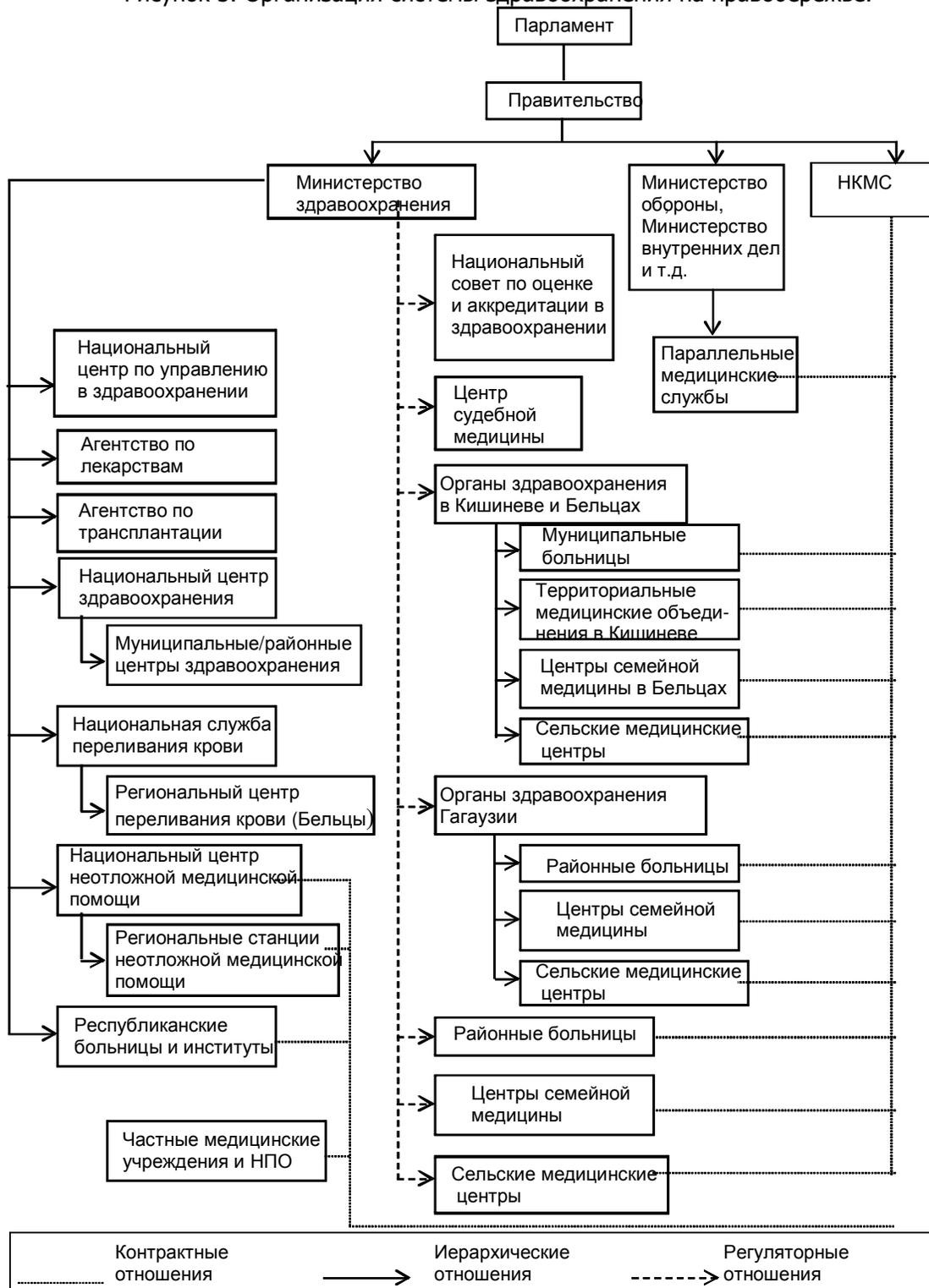
Управление системой здравоохранения

Система здравоохранения в Республике Молдова, за исключением Приднестровского региона, ушла от практики применения модели Семашко, использованной в советский период. Сейчас система здравоохранения строится по принципу четкого разделения между финансированием и покупкой услуг, а также по принципу оказания услуг через учреждения первичной, вторичной и третичной систем оказания медицинской помощи (рис. 3).

Основными мерами по реформированию системы здравоохранения являются принятие Закона об обязательном медицинском страховании (подписанного в 1998 году, но реализуемого в полной мере с 2004 года) и Закона о минимальном пакете бесплатной медицинской помощи, гарантируемой государствам,²⁸ и учреждение НКМС в 2001 году.

²⁸ Закон 585 от 27 февраля 1998 г.; Закон 267-XIV от 3 февраля 1999 г.

Рисунок 3. Организация системы здравоохранения на правобережье.



Источник: Turcanu et al., 2012.

Особенно актуальными для НПТ являются Национальный центр по управлению в здравоохранении (разработка стандартов/норм/нормативных положений по медицинской помощи и статистике), Агентство по лекарствам (регистрация препаратов, контроль

качества, фармаконадзор) и Национальный центр общественного здоровья (охрана здоровья, меры содействия и профилактики). Минздрав напрямую финансирует и контролирует работу всех указанных учреждений. Действуя через НКМС на основе контрактов, Минздрав обеспечивает выполнение больницами и другими медицинскими учреждениями всех норм и нормативных положений в системе здравоохранения.

Первичные и вторичные медицинские учреждения находятся в ведении местных органов государственного управления, в то время как третичные медицинские учреждения находятся в ведении Минздрава. Административные органы управления в Кишиневе и Бельцах, а также в Автономном территориальном образовании Гагаузия имеют специальные подразделения, отвечающие за административное управление подчиненными медицинскими учреждениями. Начиная с 2008 года, в рамках проводимой реформы, семейные врачи, отвечающие за первичную медико-санитарную помощь, выведены из подчинения директорам больниц на муниципальном и районном уровне. Все районные фтизиатры остаются в административном подчинении директора районной больницы, однако *de facto* они более тесно связаны с директором отделения семейной медицинской помощи, поскольку все большее число больных ТБ получает медицинскую помощь вне больницы.

В Приднестровском регионе по-прежнему применяется система Семашко, при которой центральные бюджетные средства в основном выделяются на больничный уход. Центральный орган здравоохранения напрямую руководит работой учреждений первичной, вторичной, третичной и неотложной медицинской помощи, причем их сотрудники работают независимо от Минздрава в Кишиневе.

В Республике Молдова действует Стратегия развития системы здравоохранения на 2008–2017 годы и Среднесрочные бюджетные рамки на 2013–2015 годы (Правительство Республики Молдова 2007а; 2007б). Эти Среднесрочные бюджетные рамки включают пять ключевых направлений:

- разработка политики и управление системой здравоохранения;
- приоритетные меры вмешательства в системе здравоохранения;
- индивидуальные медицинские услуги;
- выделение ресурсов для системы здравоохранения;
- специальные программы по здравоохранению.

Структура первичной медико-санитарной помощи строится по принципу оказания помощи семейным врачом определенному числу жителей. То же самое касается распределения больниц по типам, категориям и числу больничных коек на определенное число жителей, как указано в Программе развития больничной медицинской помощи на 2010–2012 годы. Районные больницы включают пять основных отделений: терапия, хирургия, педиатрия, родильные дома и инфекционные заболевания. В 2009 году при поддержке Всемирного банка был разработан Генеральный план для больниц, однако он до сих пор не реализован, несмотря на то что в последующем в него были внесены изменения.

Финансирование системы здравоохранения

Начиная с 2004 года и после внедрения обязательного медицинского страхования в Республике Молдова имело место постоянное увеличение общих расходов и государственных расходов на здравоохранение. В 2009 году общие расходы на

здравоохранение в виде процента от ВВП в Республике Молдова составили 12,5% (один из самых высоких показателей в Европейском регионе ВОЗ); это также было обусловлено выделением дополнительных средств на конкретные программы по здравоохранению (иммунизация, диабет, психическое здоровье и педиатрическая медицинская помощь). Однако общие расходы на здравоохранение на душу населения в абсолютных цифрах составили 357 молдавских леев в пересчете по паритету покупательной способности в долларах США, т.е. намного меньше, чем в других странах региона, что значительно ограничивает объем и качество оказываемых услуг.

Доля государственных расходов на здравоохранение составила лишь 53,7% от общих расходов на здравоохранение, что свидетельствует о том, что беднейшим слоям населения приходится нести очень высокое бремя медицинских расходов и такие расходы для них могут оказаться катастрофическими. В 2010 году доля расходов на лечение в виде процента государственных расходов на здравоохранение была очень высокой (68,1%), а доля расходов на охрану здоровья и профилактику составила всего лишь 5,3%. Государственные расходы на лекарственные препараты и медицинские товары для пациентов в амбулаторной системе также были очень низкими (3,3%), хотя на эти услуги приходится 19,7% всех расходов на здравоохранение. Общий баланс между расходами на стационарную (22,6%) и амбулаторную медицинскую помощь (19,7%) в объеме государственных расходов на здравоохранение подтверждает приверженность правительства принципам усиления первичной медико-санитарной помощи.

Начиная с 2004 года финансирование системы здравоохранения в Республике Молдова (за исключением Приднестровского региона) строится по принципу обязательного медицинского страхования. Если исходить из источников финансирования, в 2010 году 40,3% общих расходов на здравоохранение было обеспечено за счет Минздрава и 44,9% за счет личных расходов населения. Вклад со стороны работающего населения в обязательное медицинское страхование в основном обеспечивался за счет фиксированного отчисления от заработной платы (7%, из которых 3,5% выплачивает работник и 3,5% выплачивает наниматель); лица, работающие по принципу самозанятости должны сами оплачивать медицинское страхование за год по фиксированной ставке. Для неработающего населения (14 категорий, включая пенсионеров, учащихся, детей, зарегистрированных безработных и т.д.) страхование покрывается за счет перечислений средств из центрального бюджета в НКМС. На добровольное медицинское страхование (ДМС) приходится менее 0,1% всех расходов на здравоохранение (цифры за 2010 год).

НКМС также является единственным покупателем медицинских услуг, что привело к разделению между покупателем и провайдером услуг; причем платежи за услуги выполняются на основе договоров, которые в основном носят проспективный характер. Доступ к неотложной и первичной медицинской помощи является всеобщим независимо от наличия страхования, включая все услуги, связанные с такими ключевыми проблемами здравоохранения, как ВИЧ/СПИД, ТБ и иммунизация. Пакет услуг, предоставляемых в рамках обязательного медицинского страхования, включает специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и очень ограниченный пакет фармацевтических средств. Лица, не имеющие медицинского страхования, оплачивают такие услуги в полном объеме за свой счет, включая неформальные платежи и прямые платежи за услуги. Официальные ставки или нормы совместной оплаты за услуги, покрываемые за счет обязательного медицинского страхования, отсутствуют, хотя существует подвижная шкала совместной оплаты за фармацевтические средства, покрываемые страховкой. Неформальные платежи имеют место почти на всех уровнях системы, хотя они больше применяются за амбулаторные услуги; сумма, уплачиваемая

пациентом неформально, отражает степень тяжести заболевания. Минздрав стремится к тому, чтобы уменьшить объем неформальных платежей в системе, чему может способствовать увеличение зарплаты медработников и введение механизмов дополнительного поощрения на основе результатов исполнения, а также усиление прозрачности через проведение внешнего аудита.

В стране имеется большой процент лиц, не имеющих медицинского страхования (в 2011 году 20,3% населения страны). Страхования чаще всего не имеют лица, занятые в сельском хозяйстве или в неформальном секторе экономики в городских районах; лица, не имеющие медицинского страхования, получают низкую зарплату. С 2010 года домохозяйства, официально живущие ниже уровня бедности, автоматически получают медицинское страхование. Однако это не может существенно повысить уровень справедливости в системе, поскольку в 2010 году 73,1% всех платежей за свой счет приходилось на покупку лекарственных препаратов, в то время как перечень лекарственных препаратов, подлежащих возмещению за счет обязательного медицинского страхования, очень ограничен – это объясняется стремлением обеспечить финансовую устойчивость системы медицинского страхования. Препараты, покупаемые населением, включают также препараты для нейтрализации побочных реакций, возникающих при лечении противотуберкулезными препаратами второго ряда и препаратами, назначаемыми при паллиативном уходе.

Схемы перечисления НКМС платежей тем, кто оказывает медицинскую помощь, непосредственно влияют на результаты исполнения НПТ. НКМС имеет контракты с учреждениями первичной медико-санитарной помощи на основе фиксированных платежей на каждого застрахованного человека с использованием поправок в зависимости от результатов исполнения. До конца 2012 года суммы, перечисляемые учреждениям первичной медико-санитарной помощи, можно было разбить следующим образом – 95% от фиксированной оплаты на человека и лишь 5% с учетом поправок в зависимости от результатов исполнения. В январе 2013 года эти пропорции изменились и составили 85% и 15%. Система оплаты за услуги с использованием поправок в зависимости от результатов исполнения увязана с соответствующими основными функциями здравоохранения, скринингом на незаразные заболевания, оказанием медицинской помощи матерям и детям и оказанием помощи для профилактики ТБ и уходу при ТБ (таблице 22). В таблице показано, что результаты исполнения при оказании противотуберкулезной медицинской помощи имеют самый большой вес, но они применяются только к 15% (в 2012 году 5%) бюджета, что создает дополнительные доходы, которые сотрудники первичной медико-санитарной помощи не рассматривают как реальный стимул.

Таблица 22. Показатели и их вес для расчета бюджета НКМС с учетом результатов оказания медицинской помощи, февраль 2013 г.

Показатель	Вес (в баллах)
Обусловленная госпитализация (в целом)	20
Скрининг на незаразные заболевания:	
Гипертензия	1+3,5+4
Диабет	4+3,5+4
Цервикальный скрининг	5
Онкологический скрининг	10

Здоровье матери и ребенка:	
Посещение в раннем дородовом периоде	30
Назначение фолиевой кислоты во время беременности	5
Назначение препаратов железа во время беременности	5
Ультразвуковой скрининг	5
Другие услуги для матери и ребенка	5+5+5
Осмотр ребенка в раннем послеродовом периоде	20+20
Туберкулез:	
Скрининг на ТБ всех лиц из групп риска	4
Диагностика ТБ для всех	10
Все завершили лечение	80

Примечание: Агрегированный балл позволяет определить ценность каждого балла (в денежном выражении). Каждое учреждение, имеющее контракт, получает сумму баллов в зависимости от результатов исполнения, умноженных на стоимость балла в денежном выражении.

НКМС заключает с общими больницами контракты на оказание амбулаторной медицинской помощи, оплачиваемой из расчета на человека (но без поправок на результаты исполнения): и контракты на оказание стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по фиксированной ставке с поправками, учитывая общую степень сложности ухода за пациентом. Степень сложности определяется в зависимости от групп диагностики, где взвешивается сложность каждого госпитализируемого пациента в зависимости от диагноза, процедуры, возраста и сопутствующих заболеваний. На практике это означает, что для максимизации своих доходов больницам необходимо пролечить больше пациентов, особенно больных с высокой степенью сложности заболевания, за более короткое время.

ПМСП заключает контракты со специализированными больницами, такими как противотуберкулезные больницы, где зависимость от групп диагностики не применяется, поскольку это привело бы к тому, что такие услуги оказались бы неустойчивыми; при этом учитываются фиксированные ставки оплаты за каждый день пребывания пациента в больнице. Тем не менее такая система оплаты очевидным образом стимулирует длительное пребывание в больнице, поэтому многие страны региона от этой системы отказались.

В Приднестровском регионе медицинские услуги финансируются за счет налогов, хотя постоянно велись разговоры о переходе к системе обязательного медицинского страхования. Некоторые (ограниченные) базовые услуги предоставляют бесплатно, в то время как ставки на другие услуги устанавливает центральный орган здравоохранения. Услуги по диагностике и лечению при ТБ должны предоставляться бесплатно, однако другие услуги, которые могут касаться ТБ, являются платными. Центральный орган здравоохранения имеет очень ограниченные средства, которые, по информации, предоставленной членам миссии, покрывали лишь 57% оценочных потребностей на 2013 год. Учитывая, что 80% расходов идет на зарплату персонала, средства на закупку расходных материалов (включая препараты) сильно ограничены, равно как и средства на покрытие капитальных затрат (на инфраструктуру и оборудование) и текущих затрат. Ситуация может ухудшиться, поскольку Российская Федерация уменьшила объем поставок продовольствия в учреждения здравоохранения в Приднестровском регионе, а положение с будущими международными поставками остается неопределенным.

Кадровые ресурсы системы здравоохранения

После приобретения независимости более 40% работников здравоохранения покинули систему здравоохранения Молдовы, причем многие уехали за рубеж. В результате в настоящее время среднее число врачей (35,9 на 100 000 населения) и среднего медицинского персонала (77,3 на 100 000 населения) в Республике Молдова меньше чем в Евросоюзе. Наиболее остро нехватка персонала ощущается среди семейных врачей: их число составляет 52 на 100 000 населения (для сравнения 85 на 100 000 населения в Евросоюзе). В начале 2011 года, по информации Минздрава, в стране не хватало 1031 врачей (в том числе 286 семейных врачей) и 916 медсестер (в том числе 283 семейных медсестер).

Медработники в основном уезжают в Италию (особенно средний медицинский персонал), Румынию и Францию; основными причинами эмиграции являются низкая зарплата, плохие условия работы и устаревшие технологии, отсутствие возможностей для профессионального роста, высокий уровень риска для здоровья, отсутствие хороших условий для жизни и слабая инфраструктура на местном уровне. Эти факторы, безусловно, еще сильнее влияют на положение в секторе фтизиатрии. При поддержке Всемирного банка Минздрав разработал Стратегию развития кадровых ресурсов для здравоохранения, которая направлена на улучшение ситуации за счет реализации таких инициатив, как изменение в системе подготовки медицинских кадров с учетом текущих потребностей, улучшение планирования кадровых ресурсов и усиление стимулов для медработников.

Обучение врачей в Республике Молдова проводится в Государственном университете медицины и фармации имени Николая Тестемицану, открытом в Кишиневе в 1945 году. Обучение среднего медицинского персонала проводится в пяти медицинских колледжах – в Бельцах, Кагуле, Кишиневе, Оргееве и Унгенах. Последипломное обучение проводится в рамках программ ординатуры и аспирантуры по 32 специальностям. Программа обучения в ординатуре проводится в медицинском университете, где имеется специальный факультет ординатуры и интернатуры. Клинические кафедры университета имеются во всех крупных больницах в столице страны; преддипломное и последипломное клиническое обучение проводится в 72 медицинских и государственных учреждениях здравоохранения по всей стране. В медицинских колледжах готовятся медсестры, акушерки, фельдшеры, зубные техники, гигиенисты и эпидемиологи среднего звена и лабораторные работники.

В Приднестровском регионе имеется Приднестровский государственный университет, выпускающий 50–70 врачей в год, и два медицинских колледжа в Тирасполе и Бендерах.

Непрерывное медицинское обучение регулируется Законом о медицинской профессии.²⁹ Согласно этому закону, каждый врач обязан иметь определенное число учебных часов и сдать экзамен раз в 5 лет для подтверждения прежней квалификации или для получения новой квалификации. В медицинском университете имеется специальный факультет непрерывного обучения, который организует курсы непрерывного обучения и проводит периодические экзамены. Однако на практике непрерывное медицинское обучение не отвечает современным потребностям в медицинских специалистах, в том числе для адекватного контроля за ТБ, напр., знание новой политики и руководящих принципов, уделение большего внимания другим патологиям при ТБ и вопросам социальной помощи, улучшение коммуникации с пациентами и т.д. Невзирая на хорошее сотрудничество и

²⁹ Закон 264-XVI от 27 октября 2005 г.

интеграцию служб ТБ и первичной медико-санитарной помощи и успешный опыт многих стран в регионе, включая Румынию, практический подход к здоровью легких (ВОЗ, 2013а) никогда не рассматривался как средство ранней диагностики и ведения больных ТБ на уровне первичной медико-санитарной помощи. =

Уменьшение числа медработников также наблюдается в Приднестровском регионе вследствие миграции (в основном в страны Восточной Европы); здесь же отмечается проблема замены выбывающих сотрудников. В Приднестровском регионе зарплата невысокая (150-200 долларов США в месяц для врача), а относительно более высокие зарплаты в сельских районах остаются недостаточными для привлечения новых работников, вследствие чего многие позиции остаются вакантными.

Медицинские товары, вакцины и технологии

Закупки медицинских товаров регулируются двумя постановлениями правительства: о создании условий для маркетинга и использования медицинских товаров и об улучшении регулирования закупок лекарственных препаратов и других продуктов медицинского назначения.³⁰ Централизованные закупки за счет бюджетных средств организует Агентство по лекарствам; они предназначены для национальных и специализированных программ, таких как НПП. Медицинские учреждения могут закупать только определенные виды медицинских товаров за свои средства и за внебюджетные средства после согласования с Минздравом и получения официального разрешения.

Значительный объем оборудования поставлен за счет гуманитарной помощи и проектов в области развития: в 2009 году Евросоюз поставил основное современное оборудование для сельских центров здравоохранения, автономных центров здравоохранения и центров семейной медицины (на 3,9 миллиона евро); в 2010 году Агентство для сотрудничества в целях развития Швейцарии оснастило службы неотложной педиатрической помощи и интенсивного ухода, а также оказало помощь пилотному проекту по созданию системы управления медицинскими технологиями; в 2009–2010 годах правительство Японии поставило современное оборудование для районных больниц в Криуляны и Анении-Ной, а также для Национального научно-практического центра неотложной медицинской помощи.

В Минздраве имеется Отдел по управлению медицинскими товарами, который занимается получением разрешений на ввоз оборудования и осуществляет мониторинг за его использованием. В настоящее время разрабатывается электронная система учета медицинских товаров. Управление медицинскими товарами на уровне учреждений включает только техобслуживание, что также представляет собой проблему, учитывая наличие старых и современных технологий и отсутствие специалистов в этой области. В большинстве случаев техобслуживание передается в частный сектор. Это также ограничивает возможности для адекватного техобслуживания оборудования, такого как биошкафы и механические системы вентиляции, закупаемые за счет гранта Глобального фонда.

Информация о здравоохранении

³⁰ Постановление правительства 96-XVI от 13 апреля 2007 г.; Постановление правительства 568 от 10 сентября 2009 г.

В стране имеется две автоматизированные системы информации для первичной медико-санитарной помощи под названием “Medex 2.0” и “Cabinet Manager”. Обе системы были интегрированы в клинические процессы и используются регулярно, однако в Национальный центр по управлению в здравоохранении направляются только отчеты на бумажном носителе. В настоящее время Минздрав стремится определить наиболее приемлемую систему для всей страны. Отдельные информационные системы были разработаны для Национальных программ по ВИЧ/СПИДу и ТБ; они имеют интерфейс с информационной системой Национального центра по управлению в здравоохранении. На уровне больниц ситуация выглядит еще более раздробленной, поскольку каждая крупная больница в столице страны пыталась разработать свою собственную информационную систему.

В некоторых учреждениях были опробованы системы телемедицины. Внедрение электронной системы здравоохранения (e-Health) входит составной частью в пакет электронных услуг и регистров, которые будут разработаны в рамках масштабного проекта электронной трансформации правительства. Приоритеты на 2013 год включают разработку интегрированной медицинской информационной системы для больниц и автоматизированной информационной системы для первичной медико-санитарной помощи.

Оказание услуг

По состоянию на конец 2010 года в Республике Молдова было 84 больницы (включая две специализированные клиники (диспансера) с коечным фондом), в том числе 34 районных, 10 муниципальных (городских), 18 республиканских больниц в ведении Минздрава и 11 больниц, относящихся к другим секторам, плюс 11 частных больниц. Более 50% больниц (18 республиканских, 9 муниципальных, 8 для оказания параллельных услуг и 9 частных) находятся в столице страны Кишиневе. На конец 2010 года система первичной медико-санитарной помощи включала 37 центров семейной медицины, где работали 216 медпунктов, 556 кабинетов семейных врачей и 359 медицинских кабинетов; кроме того, работали 46 автономных медицинских центров, включая 71 кабинет семейной медицины и 44 медицинских кабинета. Кроме того, в Кишиневе имеется пять территориальных медицинских объединений, включая 24 центра семейной медицины; 5 консультативно-диагностических центров; и 53 консультативных отделения. Центры семейной медицины и консультативно-диагностические центры оказывают семейные медицинские услуги и специальные амбулаторные услуги.

Большинство государственных больниц не получали значительных инвестиций после приобретения страной независимости; устаревшее оборудование составляет от 60% до 80% всего ассортимента. По данным исследования, проведенного в 2009 и 2010 годах (Edwards, 2011), в 10 учреждениях (16,4%) имели место проблемы безопасности; эти учреждения в основном были построены в конце 19-го или первой половине 20-го столетия. Также было установлено, что большинство больниц имело высокий уровень износа электрических систем и систем водоснабжения и канализации. Благодаря помощи Всемирного банка в 2010–2011 годах были модернизированы 36 медицинских центров и кабинетов семейной медицины; в 2011–2013 годах планируется модернизировать еще 38 таких центров. Проект Всемирного банка, с участием ЕС и Банка развития Совета Европы, также способствует модернизации республиканской клинической больницы, которая является одним из крупнейших учебных клиник в стране.

В 2009 году Минздрав, при поддержке Всемирного банка, разработал Национальный генеральный план для больниц, который отражает планы правительства по развитию больничного сектора до 2018 года. Этот план нацелен на регионализацию больничных услуг на местном уровне и консолидацию больничной сети в Кишиневе. В настоящее время проводятся новые исследования с целью разработки планов для (1) централизации/регионализации специализированных услуг в больницах в Кагуле и Бельцах, начиная с химиотерапии и радиотерапии для лечения онкологических заболеваний; (2) развития долгосрочных медицинских услуг в Республике Молдова; и (3) практического применения выводов, содержащихся в Национальном генеральном плане для больниц, и дальнейшей рационализации больничной сети в стране, в частности в Кишиневе.

В Республике Молдова семейные врачи отвечают за оказание услуг группе населения на определенном участке и выдают направления в учреждения вторичной и третичной медицинской помощи. Эти врачи относятся к территориальным медицинским объединениям в муниципалитетах и к диагностическим отделениям в районах. Больные с подозрением на ТБ проходят обследование на микроскопию мокроты и флюорографию и/или направляются к районному фтизиатру для подтверждения диагноза. После подтверждения диагноза фтизиопульмонолог направляет пациентов обратно в систему первичной медико-санитарной помощи, если им показано амбулаторное лечение. На практике большинство больных ТБ и все больные с положительным анализом мазка мокроты и имеющие МЛУ-ТБ госпитализируются на длительное время, даже если их состояние этого не требует. Они направляются обратно в систему первичной медико-санитарной помощи только после завершения интенсивной фазы лечения.

До 2008 года центры первичной медико-санитарной помощи были закреплены за ближайшими районными больницами и зависели от них. После 2008 года они постепенно получали самостоятельность и превратились в учреждения, имеющие контракты с НКМС и собственные текущие счета, и могут принимать решения относительно распределения (ограниченных) средств, которые они могут получить за счет повышения эффективности работы. Тем не менее их возможности и опыт для независимой работы и организации эффективной медицинской помощи сильно отличаются. Некоторые учреждения, которые посетили члены миссии, получили новый статус совсем недавно (в январе 2013 года).

Вторичная медико-санитарная помощь оказывается районными и муниципальными больницами, которые предлагают стационарные и амбулаторные услуги. В муниципалитетах амбулаторные услуги предоставляют территориальные медицинские объединения, расположенные в старых поликлиниках и не зависящие от муниципальных больниц. Учитывая, что НКМС оплачивает стационарные и амбулаторные услуги через отдельные договоры, эти финансовые средства, получаемые отдельно, нельзя перераспределять между такими услугами, напр., передавать сэкономленные средства из служб по ТБ на усиление амбулаторных услуг. Третичные услуги предоставляются в специализированных больницах в Кишиневе и некоторых районах. Две противотуберкулезные больницы в Ворничени и Кишиневе (где лечится большая часть пациентов, имеющих МЛУ-ТБ) заключают отдельные договоры с НКМС.

Министерство юстиции, Министерство обороны, Министерство внутренних дел (полиция, пограничники, СИЗО) и Государственная канцелярия имеют собственные параллельные структуры, предоставляющие медицинские услуги. Их бюджет обеспечивается за счет соответствующих министерств, хотя Министерство юстиции и пограничная служба также

имеют договоры с НКМС. Эти структуры также могут предоставлять стационарные и амбулаторные противотуберкулезные услуги.

Кроме того, существует ограниченная сеть частных коммерческих и некоммерческих медицинских учреждений и служб. Некоторые частные коммерческие структуры имеют договоры с НКМС, но не на оказание противотуберкулезных услуг. Большинство частных некоммерческих частных организаций являются НПО, получающими помощь через гранты Глобального фонда для профилактики и ухода при ВИЧ и ТБ. Невзирая на то что эти НПО участвуют в этих мероприятиях в течение длительного времени, они по-прежнему работают в правовом вакууме без каких-либо четких нормативных рамок с указанием вида помощи, которую они могут оказывать, либо статуса официального провайдера услуг, который могла бы использовать НКМС для заключения с ними договора.

В Приднестровском регионе, согласно последним данным ВОЗ (Rockenschaub et al., 2012) первичная медико-санитарная помощь оказывается через поликлиники в муниципалитетах (включая также специализированные амбулаторные услуги), 37 сельских амбулаторных медицинских центров (каждый включает врача общей практики, врача-педиатра, акушера-гинеколога, дантиста, медсестер и акушерок) и 60 фельдшерско-акушерских пунктов (каждый включает фельдшера, медсестру и акушерку и обслуживает от 300 до 1500 жителей).

Общий больничный фонд в регионе составляет 4335 коек, причем это число уменьшилось по сравнению с предыдущим годом, но все еще остается слишком большим для 600 000 жителей. Вторичная медико-санитарная помощь оказывается через пять районных больниц (1525 коек), две городские больницы (605 коек) и одну сельскую больницу (30 коек). Третичную медико-санитарную помощь оказывают несколько больниц: республиканская больница в Тирасполе (на 665 коек), республиканская больница «Мать и дитя» (на 375 коек), республиканская психиатрическая больница (на 230 коек), республиканская больница для инвалидов второй мировой войны (на 305 коек), кожно-венерический диспансер (на 50 коек), республиканская инфекционная больница (на 300 коек), отделение ВИЧ в районной больнице в Слободзея, республиканская противотуберкулезная больница (на 200 коек) в Бендерах и противотуберкулезное отделение в районной больнице в Дубоссарах (на 50 коек). Центральный орган внутренних дел имеет поликлинику для своих служащих, а центральный орган юстиции – две больницы. Кроме того, Российский военный госпиталь оказывает помощь российским военнослужащим, базирующимся в Приднестровском регионе. Большое число больниц, унаследованных со времен Советского Союза, представляет собой проблему, которую должен решать и финансировать центральный орган здравоохранения.

Рекомендации

- Необходимо рассмотреть новый административный подход для районных фтизиатров, обеспечивающий более тесное сотрудничество и оказание поддержки учреждениям первичной медико-санитарной помощи, а также профилактику и уход за пациентами, имеющими ТБ и МЛУ-ТБ, в амбулаторных условиях.
- Необходимо обеспечить лекарственные препараты для поддержки лечения при ТБ и МЛУ-ТБ и бесплатный паллиативный уход.

- Необходимо провести всестороннюю оценку и изменить действующие механизмы финансирования амбулаторных и стационарных противотуберкулезных служб с целью усиления стимулов и результатов исполнения в системе первичной медико-санитарной помощи и устранить факторы, стимулирующие госпитализацию и длительное стационарное лечение пациентов.
- Необходимо пересмотреть систему непрерывного медицинского образования и включить современные подходы к профилактике и контролю МЛУ-ТБ.
- Необходимо внедрить в стране практический подход к здоровью легких (ВОЗ, 2013а) как средство для устойчивого вовлечения системы первичной медико-санитарной помощи в процесс раннего обнаружения и амбулаторного лечения пациентов, имеющих ТБ и МЛУ-ТБ.
- Необходимы срочные меры для улучшения обслуживания оборудования, в том числе поставляемого для НПТ, в системе здравоохранения, включив соответствующие положения в договоры, заключаемые с организациями частного сектора.
- Необходимо продолжить реформу информационных систем в здравоохранении, с тем чтобы обеспечить их адекватное согласование с действующими системами, такими как ИСМО-ТБ, а также непрерывный уход за пациентами на различных уровнях медицинской помощи.
- Необходимо использовать процесс реализации Генерального больничного плана для уменьшения числа больничных коек и развития амбулаторных услуг для большей части пациентов, имеющих ТБ и МЛУ-ТБ.
- Необходимо разработать рамки для заключения контрактов между НФИП и НПО для оказания противотуберкулезных услуг на основе результатов исполнения.
- Необходимо разработать правовые рамки для обеспечения оказания противотуберкулезных услуг через сеть частных учреждений. Это должно соответствовать национальной политике и руководству и принципам отчетности в рамках государственного-частного партнерства с национальной программой по ТБ.

Библиография

- AIDS in Moldova (2013). National strategy application joint assessment [web site]. Chisinau, AIDS in Moldova – UNAIDS Moldova Project (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=918>, получено 11 февраля 2013 г.).
- Berger D (2011). *Community involvement in tuberculosis care and prevention: Republic of Moldova – situational analysis on the model and implementation of Round 9 of the Global Fund*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Cercone J (2012). *Technical Assistance to the Ministry of Health and the National TB Program in investment planning and improvement of TB service delivery system in the Republic of Moldova* [consultancy report]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- ClinicalTrials.gov (2012). Safety and efficacy trial of delamanid for 6 months in patients with multidrug resistance [web site]. Bethesda, MD, U.S. National Library of Medicine (<http://clinicaltrials.gov/show/NCT01424670>, получено 11 февраля 2013 г.).
- Crudu V (2009). *Anti-tuberculosis drug-resistance surveillance, Republic of Moldova, 2006*. Chisinau, National Tuberculosis Institute.
- Dara M et al. (2012). Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *European Respiratory Journal*, 40:1081–1090.
- Edwards N (2011). *Improving the hospital system in the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy Paper Series, No.1; <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/health-policy-paper-series-no.-1.-improving-the-hospital-system-in-the-republic-of-moldova>, получено 11 ноября 2013 г.).
- EEAS (2013). Moldova [web site]. Brussels, European External Action Service (http://eeas.europa.eu/moldova/index_en.htm, получено 11 ноября 2013 г.).
- Eramova I, Ciobanu S (2011). *Evaluation of the HIV testing component of the National HIV Programme in Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=1255>, получено 11 февраля 2013 г.).
- Farmer, P (2001). *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Gelmanova IY et al. (2011). “Sputnik”: a programmatic approach to improve tuberculosis treatment adherence and outcome among defaulters. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 15(10):1373–1379.
- Глобальный фонд (2013). Молдова [веб-сайт]. Женева, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (<http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/MDA>, получено 11 февраля 2013 г.).
- Godwin P (2011). *Joint assessment report and annexes: Moldova National Programme for HIV/AIDS and STIs Control and Prevention 2011–2015*. Chisinau, AIDS in Moldova – UNAIDS Moldova Project (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=1142>, получено 23 ноября 2013 г.).
- Правительство Республики Молдова (2007а). *Национальная политика по здравоохранению на 2007–2021 годы*. Кишинев, Правительство Республики Молдова

(http://www.old.ms.gov.md/_files/920-NATIONAL%2520HEALTH%2520POLICY.pdf, получено 23 ноября 2013 г.).

- Правительство Республики Молдова (2007b). *Стратегия развития системы здравоохранения на 2008–2017 годы*. Кишинев, Правительство Республики Молдова (http://www.old.ms.gov.md/_files/1281-Strategia_2008_2017_eng.pdf, accessed 23 February 2013).
- Greene, J (2004). An ethnography of nonadherence: culture, poverty, and tuberculosis in Urban Bolivia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(3): 401–425.
- Institute for Penal Reform (2013). Institute for Penal Reform [web site]. Chisinau, Institute for Penal Reform (<http://irp.md/index.php>, получено 31 июля 2013 г.).
- International Centre for Prison Studies (2013). *World prison population list (9th edition)*. London, International Centre for Prison Studies (www.prisonstudies.org/publications/list/179-world-prison-population-list-9th-edition.html, получено 24 июля 2013 г.).
- МОМ (2012). *Широкие данные о миграции в Республике Молдова*. Кишинев, Международная организация по миграции.
- Kavtaradze M, Ciobanu S (2012). *Joint tuberculosis control programme review mission to the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/170087/e96605.pdf, получено 22 октября 2013 г.).
- Lonroth K et al. (2008). Alcohol use as a risk factor for tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health*, 8:289.
- Министерство здравоохранения Health (2009). *Национальное руководство по лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе*. Кишинев, Министерство здравоохранения (<http://aids.md/aids/files/538/national-guidelines-diagnosis-treatment-hiv-2009-ro.pdf> [на румынском], получено 11 февраля 2013 г.).
- Министерство здравоохранения (2010). *Национальная программа по контролю и профилактике ТБ на 2011–2015 годы*. Кишинев, Министерство здравоохранения (http://old.ms.gov.md/_files/8861-ПНСТ%25202011-2015.pdf [на румынском], получено 11 февраля 2013 г.).
- Министерство здравоохранения (20012a). *Национальный клинический протокол “Туберкулез у взрослых”*. Кишинев, Министерство здравоохранения.
- Министерство здравоохранения (2012b). *Национальный клинический протокол “Туберкулез у детей”*. Кишинев, Министерство здравоохранения.
- Ministry of Justice (2013). Department of Penitentiary Institutions [web site]. Chisinau, Ministry of Justice of the Republic of Moldova (www.penitenciar.gov.md/ro/Statistic.html, получено 24 июля 2013 г.).
- Национальный центр по управлению в здравоохранении (2012). Информационная система для мониторинга и оценки туберкулеза (ИСМО-ТБ): база данных [онлайновая база]. Кишинев, Национальный центр по управлению в здравоохранении (<http://demo.cnms.md/en/sime-tb-0>, получено 11 февраля 2013 г.).
- National Coordination Council (2012). *Republic of Moldova: progress report on HIV/AIDS*. Chisinau, National Coordination Council ([http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MD_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MD_Narrative_Report[1].pdf), получено 23 ноября 2013 г.).

- Orenstein EW et al. (2009). Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 9(3):153–161.
- Rehm J et al. (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health*, 9:450.
- Rockenschaub G et al. (2012). *Rapid health system assessment in Transnistria*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy Paper Series No. 10).
- Salakaia A, Mirtskhulava V (2011). *The Global Drug Facility mission report – Republic of Moldova: Monitoring mission fifth year direct procurement, 3–7 October, 2011*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Schreuder B (2011). *HSS and M/XDR TB mission report to Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Scutelnicu O (2008). *Tuberculoza: cunoștințe, atitudini și practice [Tuberculosis: knowledge, attitude and practice]*. Chisinau, Ministry of Health.
- Stop TB Partnership (2013). TB REACH [web site]. Geneva, Stop TB Partnership (www.stoptb.org/global/awards/tbreach/interactive/index.html, получено 4 октября 2013 г.).
- Stratan E, Romancenco E, Turcan N (2011). *Surveillance of drug-resistant tuberculosis in Moldova* [operational research study]. Chisinau, National Tuberculosis Institute.
- Stratan E, Romancenco E, Turcan N (2012). *Study on nosocomial transmission of MDR-TB by assessing the genotype diversity of M. tuberculosis DNA* [operational research study]. Chisinau, National Tuberculosis Institute (<http://ftiziopneumologie.asm.md/node/80>, получено 23 ноября 2013 г.).
- Subata E (2008). Evaluation of opioid substitution therapy in the Republic of Moldova. Vilnius, Vilnius Centre for Addictive Disorders (<http://aids.md/aids/files/657/report-methadone-maintenance-therapy-moldova-2008-en.pdf>, получено 23 ноября 2013 г.).
- Thybo S (2010). *Green Light Committee monitoring mission to the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Thybo S (2011). *Green Light Committee monitoring mission to the Republic of Moldova: PMDT monitoring report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E (2012). Republic of Moldova: health system review. *Health Systems in Transition* 14(7): 1–151 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf, получено 18 октября 2013 г.).
- ЮНЭЙДС (2012). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2012*. Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (<http://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,76121,en.asp>, получено 11 ноября 2013 г.).
- WHO (2007). *Plan to stop TB in 18 high-priority countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/pre-2009/plan-to-stop-tb-in-18-high-priority-countries-in-the-who-european-region,-20072015, получено 18 октября 2013 г.).

- WHO (2010). *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, получено 24 октября 2013 г.).
- ВОЗ (2011а). *Дорожная карта для профилактики и контроля туберкулеза с лекарственной устойчивостью*. Европейское региональное бюро ВОЗ Всемирной организации здравоохранения (www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2011/roadmap-to-prevent-and-combat-drug-resistant-tuberculosis, получено 18 октября 2013 г.).
- WHO (2011b). *Consolidated action plan to prevent and combat multidrug- and extensively drug-resistant TB in the WHO European Region 2011–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd15-consolidated-action-plan-to-prevent-and-combat-multidrug-and-extensively-drug-resistant-tuberculosis-in-the-who-european-region-20112015, получено 18 октября 2013 г.).
- ВОЗ (2012а). *Глобальный доклад по туберкулезу за 2012 год*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (www.who.int/tb/publications/global_report/en/, получено 18 октября 2013 г.).
- ВОЗ (2013а). *Практический подход к здоровью легких [веб-сайт]*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (www.who.int/tb/health_systems/pal/en/, получено 26 октября 2013 г.).
- Европейская база данных Здоровье для всех (HFA) [онлайновая]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. (<http://data.euro.who.int/hfadb/>, получено 11 февраля 2013 г.).
- World Bank (2013а). *Moldova overview [web site]*. Washington, DC, World Bank (<http://www.worldbank.org/en/country/moldova/overview>, accessed 11 November 2013).
- World Bank (2013b). *Moldova economic update – April 2013 [web site]*. Washington, DC, World Bank (<http://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/04/10/moldova-economic-update>, получено 11 ноября 2013 г.).
- World Care Council (2006). *The Patients' Charter for tuberculosis care*. Viols-en-Laval, World Care Council (www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf, получено 26 октября 2013 г.).

Приложение 1

Дорожная карта для реализации рекомендаций миссии

Рекомендованные действия	Сроки (квартал начиная с момента, когда действия были рекомендованы)				Ответственный орган
	Q1	Q2	Q3	Q4	
НТБ: СТРАТЕГИИ, СТРУКТУРА, БЮДЖЕТ И ОСНОВНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ					
Поиск дополнительной финансовой и другой поддержки со стороны местных органов управления для повышения экономической эффективности	X	X	X	X	Минздрав, местные органы управления, НПТ, национальные партнеры
Идентификация и получение международной финансовой и другой поддержки в Республике Молдова, включая Приднестровский регион	X				Минздрав, НПТ, международные партнеры
Создание центрального подразделения НПТ, имеющего потенциал и технические полномочия и отчитывающегося перед Минздравом		X			Минздрав
Создание национальной рабочей группы для разработки стратегического плана по амбулаторной медицинской помощи с целью усиления приверженности лечению	X				Минздрав, НПТ
УСТАНОВЛЕНИЕ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДИАГНОСТИКА					
Пересмотр групп риска, подлежащих скринингу на ТБ	X				Минздрав, НПТ
Разработка национального руководства по активному установлению случаев заболевания и расследованию контактов		X			НПТ
Постоянное использование систем Xpert MTB/RIF	X	X	X	X	НПТ
Создание эффективной системы транспортировки проб мокроты для ТЛЧ	X				НПТ, Минздрав
Обеспечение бактериологического подтверждения и ТЛЧ для всех больных ТБ	X	X	X	X	НПТ
Обучение персонала правилам применения Xpert MTB/RIF		X	X		НПТ

ЛЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ					
Пересмотр политики и планов госпитализации для сокращения масштабов стационарной помощи при ТБ				х	НПТ
Обеспечение постоянного применения стимулов и пакетов помощи, предоставляемых через НКМС и грант Глобального фонда			х		НПТ, национальные партнеры, НКМС
Документирование, мониторинг и оценка различных инициатив, осуществляемых с целью повышения уровня удержания пациентов в программах лечения	х	х	х	х	НПТ, национальные партнеры
Пересмотр критериев оказания помощи через Министерство труда, социальной защиты и семьи			х		Министерство труда, социальной защиты и семьи, НПТ
Пересмотр действующего законодательства и предоставление немедицинским работникам НПО возможностей для применения простых процедур, таких как забор мокроты и выдача противотуберкулезных препаратов для приема пациентами под контролем			х		Минздрав, НПТ
Разработка руководства по диагностике и лечению латентной инфекции ТБ среди взрослых			х		НПТ
ТБ СРЕДИ ДЕТЕЙ					
Распространение национального руководства по ведению детей, имеющих ТБ, среди клиницистов на всех уровнях	х				НПТ
Разработка специального алгоритма диагностики и лечения латентной инфекции ТБ		х			НПТ
Отказ от практики ревакцинации БЦЖ в возрасте 6–7 лет		х			НПТ, Минздрав
Применение ТКП до вакцинации БЦЖ		х			НПТ, Минздрав
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТБ					
Выполнение ТЛЧ для всех пациентов	х	х	х	х	НПТ
Мониторинг и оценка отрицательных реакций на амикацин	х	х	х	х	НПТ, Агентство по лекарствам
Разработка национального руководства по паллиативной помощи при ТБ		х			НПТ
Разработка и принятие правовых рамок по применению противотуберкулезных препаратов из чувства сострадания		х	х		НПТ, Минздрав
ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТБ					

Создание технической рабочей группы при Национальном координационном совете по программ по ВИЧ и ТБ для разработки дорожной карты по реализации действий в связи с ВИЧ/ТБ		X			Минздрав
Обеспечение полной базы данных ИСМО-ВИЧ и данных для перекрестного контроля			X		Национальная программа по СПИДу
Разработка механизмов для обеспечения диагностики ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, без риска заражения ТБ		X			НПТ, Национальная программа по СПИДу
Разработка механизма для своевременной и правильной диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ в больнице для лечения больных с МЛУ-ТБ в Ворничени		X			НПТ
Составление плана и бюджета для ПЛИ всех больных с латентной инфекцией ТБ среди людей, живущих с ВИЧ		X			Национальная программа по СПИДу
Пересмотр национального руководства по ТБ/ВИЧ		X			НПТ
Пересмотр национального руководства по ВИЧ/СПИДу			X		Национальная программа по СПИДу
КОНТРОЛЬ ЗА ТБ В ТЮРЬМАХ					
Создание национального комитета при участии Министерства здравоохранения и Министерства юстиции для обсуждения и согласования прямых и эффективных форм сотрудничества	X				Минздрав, Министерство юстиции, НПТ
Усиление технического сотрудничества с органами здравоохранения в гражданском и пенитенциарном секторах в Приднестровском регионе	X				Минздрав, Министерство юстиции, НПТ
Идентификация и получение международной финансовой и другой поддержки совместными усилиями органов управления на правом берегу и левобережье	X				НПТ, Минздрав, Министерство юстиции
Обеспечение поставок противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда во всех тюрьмах на правом берегу и левобережье	X	X	X	X	НПТ, Минздрав, Министерство юстиции
Обеспечение инфекционного контроля в СИЗО	X	X	X	X	Министерство юстиции, НПТ
Обеспечение мониторинга и надзора во всех пенитенциарных учреждениях на правом берегу и левобережье	X	X	X	X	НПТ
Усиление системы сопровождения и дальнейшего лечения больных ТБ после освобождения из тюрем	X	X	X	X	НПТ, национальные партнеры

Правильное планирование передачи больных в тюрьмах из системы Министерства юстиции в систему Министерства здравоохранения				X	НПТ, Минздрав, Министерство юстиции
ДРУГИЕ УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ					
Налаживание сотрудничества между НПТ и Национальным центром по профилактике, диагностике и лечению диабета			X		НПТ, Национальный центр по профилактике, диагностике и лечению диабета
Пересмотр законодательных рамок, принятых Министерством труда, социальной защиты и семьи, для увеличения числа пациентов, имеющих право на пенсию по нетрудоспособности		X			НПТ, Министерство труда, социальной защиты и семьи
Организация скрининга и лечения больных ТБ при заболеваниях, обусловленных алкогольной зависимостью			X		НПТ
Развитие системы оценки социально-экономических условий пациентов для разработки индивидуальных планов лечения при ТБ	X				НПТ
ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ТБ					
Национальный центр общественного здоровья и НПТ: разработка политики по инфекционному контролю за ТБ в соответствии с международными рекомендациями		X			НПТ, Национальный центр общественного здоровья
Назначение междисциплинарных комиссий на центральном и периферийном уровнях с целью разработки Национального плана по инфекционному контролю и местных планов по инфекционному контролю		X	X		НПТ, Национальный центр общественного здоровья
Наращивание потенциала Национального центра общественного здоровья	X	X	X	X	НПТ, национальные и международные партнеры, Национальный центр общественного здоровья
Обеспечение постоянного обучения сотрудников Национального центра общественного здоровья и НПТ правилам инфекционного контроля за ТБ	X	X	X	X	НПТ, Национальный центр общественного здоровья
Обеспечение системы круглосуточной механической вентиляции в больнице в Ворничени для лечения больных с МЛУ-ТБ (в новых и старых отделениях)	X	X	X	X	НПТ
УПРАВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ДРУГИМИ ТОВАРАМИ					
Пересмотр протокола назначения капреомицина в соответствии с данными о резистентности в стране	X				НПТ

Улучшение и упрощение тендерных процедур за счет внедрения механизмов объединенных закупок и механизмов для международных закупок		X			Минздрав
Направление заявки в Глобальный фонд на получение гранта с целью закупки противотуберкулезных препаратов для детей для всей страны и гранта для закупки противотуберкулезных препаратов первого ряда для Приднестровского региона	X				НПТ
Закупка комбинированных противотуберкулезных препаратов первого ряда с фиксированной дозировкой	X	X	X	X	НПТ
Усиление системы фармаконадзора	X	X	X	X	НПТ
Составление плана дополнительного финансирования для лечения всех пациентов с диагнозом МЛУ-ТБ до истечения срока действия гранта Глобального фонда				X	НПТ. Минздрав
МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА					
Пересмотр базы ИСМО-ТБ в соответствии с рекомендациями миссии		X	X		НПТ
Назначение одного сотрудника, ответственного за мониторинг и надзор в связи с ТБ в Приднестровском регионе	X				НПТ, Минздрав
Внедрение системы для дистанционной валидации данных ежемесячно и для составления/интерпретации отчетов ежеквартально (в течение двух недель после завершения квартала) и ежегодно (к концу апреля)	X	X	X	X	НПТ
Пересмотр полномочий сотрудников подразделения НПТ по мониторингу и подразделения по надзору и обучению и усиление их потенциала	X	X	X	X	НПТ
Проведение надзора за всеми основными противотуберкулезными учреждениями	X	X	X	X	НПТ
РАЗВИТИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ					
Разработка плана развития кадровых ресурсов для НПТ		X	X	X	НПТ, Минздрав
Усиление системы профессиональных стимулов для работников фтизиатрической службы в связи с риском работы с больными ТБ и стимулов, обусловленных результатами их работы		X	X	X	Минздрав
ОПЕРАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ					
Разработка плана операционных исследований		X			

Проведение операционных исследований и документирование примеров наилучшей практики			X	X	
ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА					
Пересмотр критериев исключения больных из программ лечения при МЛУ-ТБ, применяемых национальным консилиумом		X			НПТ
Документальный учет работы национального консилиума по МЛУ-ТБ	X	X	X	X	НПТ
Подготовка плана применения на местном уровне законодательства о принудительной изоляции и лечении	X				НПТ, местные органы управления
АКСМ И ВОВЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОГО СООБЩЕСТВА					
Разработка национальной стратегии и плана по АКСМ		X	X		НПТ, Национальный центр общественного здоровья, национальные партнеры
Пересмотр всех материалов по АКСМ	X				НПТ, Национальный центр общественного здоровья
Проведение АКСМ в масштабах всей страны			X	X	Национальный центр общественного здоровья, национальные партнеры
Пересмотр состава Национального координационного совета	X				Минздрав
Создание платформы для работы НПО по проблеме ТБ			X		Минздрав
Перевод и распространение Хартии пациентов			X	X	НПТ
СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КОНТРОЛЬ ЗА ТБ					
Пересмотр административной позиции для районных фтизиатров		X			Минздрав, НПТ
Оценка и пересмотр действующих механизмов финансирования амбулаторных и стационарных противотуберкулезных служб		X			Минздрав, НПТ
Пересмотр программы медицинского образования для лучшего учета вопросов профилактики и контроля МЛУ-ТБ				X	Минздрав, НПТ
Внедрение практического подхода к здоровью легких		X	X	X	НПТ, Минздрав
Развитие потенциала для регулярной проверки и техобслуживания медицинского оборудования			X	X	Минздрав
Усиление согласования информационной системы здравоохранения с базой ИСМО-ТБ			X		Минздрав, НПТ

Сокращение числа коек в рамках Национального генерального больничного плана в противотуберкулезных учреждениях			X	X	Минздрав, НПТ
Разработка и утверждение правовых рамок для заключения контрактов между НПО и НКМС для оказания противотуберкулезных услуг		X			Минздрав, национальные партнеры, НПТ
Разработка и утверждение правовых рамок для обеспечения участия частных учреждений в оказании противотуберкулезных услуг		X			Минздрав, НПТ

Основные ответственные органы (сокращения): Национальная компания медицинского страхования (НКМС); Национальная программа по туберкулезу (НПТ).

Примечание: основные рекомендуемые действия выделены **жирным шрифтом**.

Приложение 2

Члены миссии по оценке

Члены миссии (международные эксперты)

Севим Ахметов	Старший технический советник по вопросам туберкулеза, USAID, Вашингтон, ОК, США
Кай Блондаль	Специалист по респираторным заболеваниям и член КЗС для Европейского региона ВОЗ, Рейкьявик, Исландия
Андрей Даду	Технический сотрудник, Программа по ТБ и М/ШЛУ-ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания
Пьерпаоло де Коломбани	Технический сотрудник, Программа по ТБ и М/ШЛУ-ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания
(руководитель миссии)	
Смилька де Лусиньи	Технический сотрудник, Программа по ВИЧ/СПИДу, ИППП и вирусному гепатиту, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания
Нигор Музафарова	Технический сотрудник, Программа по ТБ и М/ШЛУ-ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания
Пьер-Ив Норваль	Специалист по вопросам общественного здоровья, Директор ТВТЕАМ, Бомон, Франция
Кристиан Попа	Специалист по респираторным заболеваниям, Институт Мариуса Наста, Бухарест, Румыния
Ориоль Рамис	Специалист по вопросам медицинского обслуживания населения, Барселона, Испания
Сабин Рёйш-Гердес	Руководитель Национальной референс-лаборатории по микобактериям, Борстель, Германия
Джонатан Стилло	Антрополог, Университет города Нью-Йорка, Член Колледжа Новая Европа, Бухарест, Румыния
Эрика Витэк	Старший технический советник по вопросам туберкулеза, USAID, Киев, Украина

Члены миссии (национальные эксперты)

Виктор Бурински	Директор программы, ПКРМП Глобального фонда, Кишинев
Сильвиу Чобану	Сотрудник Программы по инфекционным заболеваниям, ВОЗ, Кишинев, Республика Молдова
Виктория Петрикэ	Координатор программы, ПКРМП, Кишинев
Валериу Круду	Координатор программы, Центр политики и исследований в здравоохранении (PAS), Кишинев
Рита Сейкаш	Координатор программы, Центр политики и исследований в здравоохранении (PAS), Кишинев
Екатерина Аксенти	Подразделение по МиО, НИФП
Илие Черненко	Подразделение по МиО, НИФП

Другие члены

Давид Кокиашвили	Сотрудник по мониторингу и оценке, Глобальный фонд, Женева, Швейцария
Татьяна Виниченко	Руководитель портфолио, Глобальный фонд, Женева, Швейцария

Переводчики

Наталья Романдаш
Мария Постевка
Елизавета Онофрейчук
Татьяна Кузьминов

Приложение 3

Программа работы миссии

4 февраля, понедельник			
09.00 – 09.45	Брифинг в Министерстве здравоохранения (с участием всех международных экспертов): Министерство здравоохранения		
10.00 – 12.30	Встреча всех национальных и международных экспертов: <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel		
13.30 – 16.00	Презентации и дискуссия: <ul style="list-style-type: none"> Текущая и планируемая реформа Минздрава (дорожная карта, реструктуризация больниц, реформа центров и лабораторий здравоохранения, реформа первичной медико-санитарной помощи), правовые рамки для НПТ 		
16.30 – 17.30	Презентации и дискуссия (продолжение): <ul style="list-style-type: none"> Взаимосвязь НПТ с системой здравоохранения, кадровыми ресурсами, финансированием и т.п. НПТ: структура, цели, целевые показатели, управление и прогресс 		
5–8 февраля, вторник–пятница (работа на районном уровне, см. приложение 4)			
9 февраля, суббота			
09.00 – 11.00	Оперативная работа в группах: подготовка презентаций и полевых отчетов		
11.00 – 17.00	Совместное обсуждение результатов работы: презентация результатов всеми рабочими группами и их обсуждение; подготовка отчетов о результатах работы групп. Перераспределение экспертов (международных и национальных) в новые группы по тематическим областям в зависимости от тематического направления, указанного в отчете. <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel		
10 февраля, воскресенье			
	Продолжение работы оперативных групп. <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel		
11 февраля, понедельник			
09.00 – 12.00	<ul style="list-style-type: none"> Национальный склад противотуберкулезных препаратов Национальная референс-лаборатория по ТБ 	<ul style="list-style-type: none"> НИФП 	<ul style="list-style-type: none"> Руководитель НПТ Минздрав (финансирование здравоохранения)
14.00 – 16.45	<ul style="list-style-type: none"> Национальное агентство по лекарствам Национальный центр общественного здоровья 	<ul style="list-style-type: none"> Территориальное медицинское объединение Рышканы Территориальное медицинское объединение Ботаника 	<ul style="list-style-type: none"> НКМС Министерство труда, социальной защиты и семьи
17.00 – 18.00	Завершение работы (с участием всех экспертов): выводы и рекомендации <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel		

12 февраля, вторник			
09.00 – 12.00	<p><u>Круглый стол</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Центр политики и исследований в здравоохранении, Кишинев ▪ Подразделение по координации, реализации и мониторингу проекта TGF, Кишинев ▪ Фонд Сороса в Молдавии, Кишинев ▪ AFI, Кишинев ▪ SMIT, Бельцы ▪ Speranta Terrei, Бельцы 		
14.00 – 16.45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Медицинский университет (обучение без отрыва от производства; очное обучение) ▪ Минздрав (кадровые ресурсы) ▪ Национальный центр общественного здоровья 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Муниципальная противотуберкулезная больница ▪ НПТ (подразделение по мониторингу) ▪ Национальный центр по управлению здравоохранением 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) ▪ Национальный центр по профилактике, диагностике и лечению диабета
17.00 – 18.00	<p>Завершение работы (с участием всех экспертов): выводы и рекомендации <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel</p>		
13 февраля, среда			
09.00 – 12.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Государственное/частное партнерство с Moldcell 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Министерство юстиции (Департамент тюрем) ▪ Тюрьма Прункул 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Всемирный банк
14.00 – 16.45	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Национальная больница кожно-венерических и заразных заболеваний 	<p>Круглый стол: <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Международная организация по миграции (МОМ) ▪ Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) ▪ ЮНОДК ▪ ПРООН 	
17.00 – 18.00	<p>Обсуждение основных результатов и рекомендаций (с участием всех экспертов) <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel</p>		
14 февраля, четверг			
09.00 – 11.00	<p>Обсуждение основных результатов и рекомендаций</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ НИФП ▪ PAS ▪ ПКРМП Глобального фонда ▪ Министерство здравоохранения 		
11.30 – 12.30	<p>Встреча в Министерстве здравоохранения</p>		
14.00 – 16.30	<p>Работа в группах <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel</p>		

16.45 – 18.00	Обсуждение основных результатов и рекомендаций <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel
15 Февраля, пятница	
09.00 – 11.00	Брифинг по результатам работы: основные результаты и рекомендации миссии <ul style="list-style-type: none">▪ НИФП▪ PAS▪ ПКРМП Глобального фонда▪ Министерство здравоохранения▪ Константин Яворский, заместитель директора, НИФ
13.00 15.00	Завершение работы: будущая координация и логистика <u>Место проведения:</u> LeoGrand Hotel

Приложение 4

Программа работы групп

Группа 1 (южный регион): П. де Коломбани (координатор рабочей группы), С. Ахмедов, Дж. Стилло, Э. Витэк, Д. Кокиашвили, В. Бурински, В. Петрикэ, С. Чобану	
5 февраля, вторник	
09.30 – 12.30	Город Чимишлия: Районная больница, центр семейной медицины, противотуберкулезный кабинет. Деревня Екатериновка: кабинет семейного врача
15.00 – 18.00	Город Кантемир: Районная больница, центр семейной медицины, противотуберкулезный кабинет. Деревня Готешты: кабинет семейного врача
6 февраля, среда	
09.30 – 13.00	Город Комрат (Автономный регион Гагаузия): центр семейной медицины, противотуберкулезный кабинет, продуктовый магазин. Деревня Кирсова: кабинет семейного врача
15.30 – 18.00	Город Кагул: Районная больница, противотуберкулезный кабинет, центр АРТ, общинный центр помощи больным ТБ
7 февраля, четверг	
09.00 – 12.00	Город Новые Анены: Районная больница, центр семейной медицины, противотуберкулезный кабинет, группа семейных врачей
14.30 – 18.00	Город Штефан-Водэ: центр семейной медицины, противотуберкулезный кабинет. Деревня Ермоклия: кабинет семейного врача
8 февраля, пятница	
09.00 – 10.00	Город Тирасполь (Приднестровский регион): встреча с представителями центральных органов здравоохранения
10.15 – 13.30	Город Тирасполь (Приднестровский регион): городской противотуберкулезный диспансер, центр СПИДа, социальный центр
15.30 – 18.30	Деревня Парканы: медпункт (противотуберкулезный кабинет). Город Бендеры (Приднестровский регион): противотуберкулезная больница, региональная референс-лаборатория
Группа 2 (северный регион): П.-И. Норваль (координатор группы), Н. Музафарова, С. Рёйш-Гердес, К. Попа, В. Круду, Е. Аксенти	
5 февраля, вторник	
09.30 – 12.00	Город Флорешты: центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере; койки для больных ТБ
15.00 – 17.30	Город Сороки: центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере (районный уровень), койки для больных ТБ. Деревня Застинка: кабинет семейного врача
6 февраля, среда	
09.30 – 12.00	Муниципалитет Бельцы: Муниципальная клиническая больница (стационар/амбулаторное отделение, ТБ/ВИЧ, детское отделение,

	МЛУ), региональная референс-лаборатория
15.00 – 17.30	Город Сынджерей : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере. Деревня Старые Биличены : кабинет семейного врача
7 февраля, четверг	
10.00 – 12.00	Город Рыбница : Районная больница (противотуберкулезный кабинет, общинный центр, центр АРТ)
14.30 – 17.00	Город Резина : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере; общинный центр. Деревня Цареука : кабинет семейного врача
8 февраля, пятница	
09.30 – 12.00	Город Дондушаны : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере. Деревня Тырнова : Центр реабилитации детей, больных ТБ

Группа 3 (центральный регион): А. Даду (координатор группы), К. Блондаль, О. Рамис, И. Черненко	
5 февраля, вторник	
09.30 – 12.00	Город Страшены : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере; общинный центр. Деревня Сирец : кабинет семейного врача
15.00 – 17.30	Район Унгены : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере, общинный центр. Деревня Костулены : кабинет семейного врача
6 февраля, среда	
09.00 – 16.30	Город Тирасполь (Приднестровский регион): тюрьма №2, тюрьма №3
7 февраля, четверг	
09.30 – 12.00	Город Яловены : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере; общинный центр. Деревня Костешты : кабинет семейного врача
14.30 – 17.00	Город Хынчешты : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере, общинный центр. Деревня Лапушна : кабинет семейного врача
8 февраля, пятница	
09.00 – 13.00	Город Ворничены : Больница для пациентов с МЛУ-ТБ, региональная референс-лаборатория
15.30 – 17.30	Город Криуляны : центр ПМСП и противотуберкулезный кабинет в диспансере; общинный центр

Ана Доника	Руководитель департамента по МЛУ-ТБ
Лидия Рывняк	Руководитель департамента по ТБ
Александру Буга	Эпидемиолог
Елена Романченко	Руководитель Национальной референс-лаборатории по ТБ
Екатерина Стратан	Врач Национальной референс-лаборатории по ТБ
Надежда Цуркан	Врач Национальной референс-лаборатории по ТБ
Ангелина Джугостран	Руководитель фармации

НПО

Виктор Воловей	Исполнительный директор UCIMP
Виктория Петрикэ	Программный координатор UCIMP
Виктор Буруински	Программный директор UCIMP
Виорел Солтан	Директор, центр PAS
Андрей Мошняга	Программный директор, центр PAS
Валериу Круду	Программный координатор, центр PAS
Рита Сейкаш	Центр PAS
Лилиана Караулан	Центр PAS
Лилиан Северин	Директор AFI
Феодора Родюкова	Президент Speranta Terrei
Оксана Рукшиняну	Президент SMIT
Нина Тудоряну	Директор проекта "Pentru Prezent si Viitor"
Лилиана Герман	Директор Программы общественного здоровья, Фонд Сороса в Молдове
Виталий Слобозян	Координатор программы кадровых ресурсов, Фонд Сороса в Молдове

Тюремная больница в Прункул

Михаэла Маня	Заместитель главврача по вопросам охраны здоровья в тюрьме
--------------	--

Территориальное медицинское объединение Ботаника

Виктор Пую	Директор
Тамара Кодряну	Заместитель директора
Виорика Чуботару	Врач-фтизиатр
Людмила Бурлаку	Медсестра
Лидия Сула	Медсестра
Людмила Дубина	Врач первичной медицинской помощи

Территориальное медицинское объединение Рышканы

Валентина Пысларь	Директор
Елена Ротару	Заместитель директора
Лариса Диордиева	Врач-фтизиатр
Елена Рошка	Медсестра-фтизиатр
Ольга Руснак	Врач-инфекционист, КТВ

РАЙОНЫ

Новые Анены

Людмила Ребдев	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Новые Анены
----------------	---

Каролина Стратан	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Новые Анены
Бельцы	
Раиса Бэрбуцэ	Районный координатор по ТБ, Бельцы
Аглая Крэчун	Руководитель амбулаторного отделения муниципальной больницы, Бельцы
Елена Балан	Врач-фтизиатр амбулаторного отделения муниципальной больницы, Бельцы
Вера Дубчак	Врач-фтизиатр амбулаторного отделения муниципальной больницы, Бельцы
Нина Ешан	Руководитель отделения МЛУ-ТБ муниципальной больницы, Бельцы
Раиса Гуцу	Руководитель отделения ТБ муниципальной больницы, Бельцы
Ала Иванова	Руководитель педиатрического отделения ТБ муниципальной больницы, Бельцы
Петру Александрюк	Руководитель лечебного отделения муниципальной больницы, Бельцы
Валентина Борш	Старшая медсестра-фтизиатр муниципальной больницы, Бельцы
Анжела Василян	Медсестра по статистике муниципальной больницы, Бельцы
Надежда Приску	Руководитель региональной референс-лаборатории, Бельцы
Виктор Бэлан	Лаборант региональной референс-лаборатории, Бельцы
Зинаида Солкан	Лаборант региональной референс-лаборатории, Бельцы
Елизавета Кожокарь	Лаборант региональной референс-лаборатории, Бельцы
Бендеры (Приднестровский регион)	
Неля Обевзенко	И.о. директора противотуберкулезной больницы, Бендеры
Александр Грибанов	Руководитель отделения МЛУ-ТБ противотуберкулезной больницы, Бендеры
Анжела Маленькая	Старшая медсестра отделения МЛУ-ТБ противотуберкулезной больницы, Бендеры
Виктор Онуфриенко	Руководитель лечебного отделения № 3 противотуберкулезной больницы, Бендеры
Татьяна Максим	Руководитель региональной референс-лаборатории противотуберкулезной больницы, Бендеры
Алевтина Руденко	Руководитель фармации противотуберкулезной больницы, Бендеры
Вера Молдован	Помощник врача-фтизиатра, медпункт, деревня Парканы
Кагул	
Ольга Дерменжи	Координатор общинного центра помощи больным ТБ, Кагул
Василе Сапорет	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Кагул
Александру Кедрук	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Кагул
Ольга Плешка	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Кагул
Комрат (Гагаузия)	

Анастасия Цуркан	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Комрат
Мария Кора	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Комрат
Феодосия Меса	Семейный врач, кабинет семейной медицины, деревня Кирсова
Кантемир	
Николае Бэдэнэу	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Кантемир
Феликса Бутук	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Кантемир
Феодосия Дьяченко	Семейный врач, кабинет семейной медицины, деревня Готешты
Чимишлия	
Виталий Городнич	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Чимишлия
Мария Кайтас	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Чимишлия
Юлия Влас	Семейный врач, кабинет семейной медицины, деревня Екатериновка
Криуляны	
Наколае Ковальчук	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Криуляны
Дондюшаны	
Татьяна Бециву	Директор центра реабилитации детей, больных ТБ, Тырнова
Елена Русу	Руководитель отделения центра реабилитации детей, больных ТБ, Тырнова
Людмила Присэкарь	Старшая медсестра центра реабилитации детей, больных ТБ, Тырнова
Вероника Сорочан	Руководитель учебного подразделения центра реабилитации детей, больных ТБ, Тырнова
Раиса Каразан	Преподаватель центра реабилитации детей, больных ТБ, Тырнова
Раиса Фуртунэ	Воспитатель центра реабилитации детей, больных ТБ, Тырнова
Лидия Черней	Медсестра-физиотерапевт центра реабилитации детей, больных ТБ, Тырнова
Виталий Прикоп	Директор районной больницы, Дондюшаны
Сильвия Друмя	Районный координатор по ТБ, Дондюшаны
Парасковья Сарагова	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Дондюшаны
Светлана Галушник	Медсестра, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Дондюшаны
Татьяна Гурьева	Лаборант, центр семейной медицины, Дондюшаны
Эмиль Волкановичь	Заместитель директора центра семейной медицины, Дондюшаны
Галина Слюсарь	Врач первичной медицинской помощи, центр семейной медицины, Дондюшаны
Виктор Ешан	Врач первичной медицинской помощи, центр семейной медицины,

Дондюшаны

Флорешты

Ион Маноле	Заместитель директора районной больницы, Флорешты
Лидия Числарь	Районный координатор по ТБ, Флорешты
Татьяна Ротару	Врач-фтизиатр, противотуберкулезное отделение районной больницы, Флорешты
Лидия Граур	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезное отделение районной больницы, Флорешты
Светлана Урсу	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезное отделение районной больницы, Флорешты
Ала Галакова	Лаборант районной больницы, Флорешты
Лолита Швец	Врач-фтизиатр, амбулаторное отделение районной больницы, Флорешты
Лидия Бэлан	Старший сотрудник, амбулаторное отделение районной больницы, Флорешты
Ливия Лэкустэ	Медсестра-фтизиатр, амбулаторное отделение районной больницы, Флорешты

Хынчешты

Михай Кочервей	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Хынчешты
Мирон Попа	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Хынчешты
Ана Русу	Врач первичной медицинской помощи, кабинет семейной медицины, деревня Лэпушна

Яловены

Григоре Профир	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Яловены
Зинаида Бэлан	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Яловены
Валериу Чернид	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Яловены
Георге Негру	Врач первичной медицинской помощи, кабинет семейной медицины, деревня Костешты

Резина

Нина Посту	Районный координатор по ТБ, Резина
Ана Грицко	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Резина
Мария Чебан	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Резина
Минодора Добровольская	Лаборант, центр семейной медицины, Резина
Лариса Грицко	Психолог, общинный центр, Резина
Нина Горя	Медсестра-фтизиатр, общинный центр, Резина

Рыбница (Приднестровский регион)

Анатол Гырля	Директор районной больницы, Рыбница
--------------	-------------------------------------

Наталья Антонюк	Районный координатор по ТБ, Рыбница
Оксана Гончар	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Рыбница
Ирина Касаткина	Лаборант, центр семейной медицины, Рыбница
Кристина Гуменная	Руководитель общинного центра, Рыбница
Борис Чегринцеу	Районный центр лечения в связи с ВИЧ, районная больница, Рыбница

Сынжерей

Илие Визир	Районный координатор по ТБ, Сынжерей
Юрий Виеру	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Сынжерей
Родика Виеру	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Сынжерей
Феликса Коротинская	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Сынжерей
Татьяна Русу	Лаборант, центр семейной медицины, Сынжерей
Анжела Гынжу	Медсестра, кабинет семейной медицины, деревня Старые Биличены

Сороки

Ольга Шамаев	Районный координатор по ТБ, Сороки
Сильвия Пысларь	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Сороки
Зинаида Скорук	Старшая медсестра-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Сороки
Лидия Цуркан	Медсестра-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Сороки
Таисия Гостанарь	Лаборант, центр семейной медицины, Сороки
Олег Куприев	Руководитель отделения ТБ, районная больница, Сороки
Галина Фрунзе	Старшая медсестра-фтизиатр, районная больница, Сороки
Ана Киперь	Медсестра по медицинским процедурам, районная больница, Сороки
Валериу Сокиркэ	Медсестра, кабинет семейной медицины, деревня Застинка
Мая Мынэскуртэ	Медсестра, кабинет семейной медицины, деревня Застинка

Штэфан-Водэ

Борис Морару	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Штэфан-Водэ
Парасковья Боян	Детский фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Штэфан-Водэ
Иван Никулицэ	Врач первичной медицинской помощи, кабинет семейной медицины, деревня Ермоклия

Страшены

Георге Дамаскин	Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной медицины, Страшены
Эуджен Никифоряк	координатор по ТБ и психолог, общинный центр, Страшены

Лилия Бэлаур Врач первичной медицинской помощи, кабинет семейной
медицины, деревня Сирец

Тирасполь (Приднестровский регион)

Василий Гуменный Руководитель центрального органа здравоохранения
Приднестровского региона, Тирасполь

Кирилл Бурчу Заместитель руководителя центрального органа здравоохранения
Приднестровского региона, Тирасполь

Елена Палий Юрист-консультант центрального органа здравоохранения
Приднестровского региона, Тирасполь

Оксана Долгушева Руководитель программы по ТБ Приднестровского региона,
Тирасполь

Нина Лосева Координатор по ТБ для Тирасполя и 3 общин в Слобозии

Татьяна Алексеенко Руководитель отделения амбулаторного лечения АРТ, Городской
противотуберкулезный диспансер, Тирасполь

Наталья Сазонова Руководитель лаборатории по АРТ, Городской
противотуберкулезный диспансер, Тирасполь

Ксения Белевич Руководитель Центра социальной помощи людям, живущим с ВИЧ,
Тирасполь

Петр Зубрейчук Заместитель руководителя центрального органа юстиции
Приднестровского региона, Тирасполь

Вячеслав Поздняков Директор Центра медико-социальной помощи центрального органа
юстиции Приднестровского региона

Анатолий Фрасенюк И.о. директора, тюрьма № 3, Тирасполь

Андрей Гольша Старший инспектор здравоохранения и эпидемиолог центрального
органа юстиции Приднестровского региона

Унгены

Ион Буйчук Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной
медицины, Унгены

Эмилия Дадус Врач-фтизиатр, противотуберкулезный кабинет, центр семейной
медицины, Унгены

Мария Пэдурачу Врач первичной медицинской помощи, кабинет семейной
медицины, деревня Костулены

Ворничены

Виктор Вовк Директор больницы для пациентов с МЛУ-ТБ, Ворничены

Григоре Русу Руководитель отделения для пациентов с МЛУ-ТБ, Больница для
лечения при МЛУ-ТБ, Ворничены

Тимофей Попеску Руководитель Региональной референс-лаборатории, больница для
пациентов с МЛУ-ТБ

Приложение 6

Данные о пациентах, с которыми проведены интервью

Было организовано две фокус-группы с пациентами в НИФП и муниципальной больнице в Кишиневе. В первую группу входили четыре пациента, имеющих МЛУ-ТБ, которые получали лечение впервые, во вторую – пять пациентов, имеющих МЛУ-ТБ, за которыми был утрачен контроль на фазе продолжения лечения. Кроме того, за период работы миссии (две недели) с пациентами были проведены интервью – на румынском или русском языке (через переводчика) по выбору самого пациента.

Коля – мужчина, чуть старше 50 лет, у которого диагностирован МЛУ-ТБ. Он женат, и у него есть жена и молодая дочка. Его жена работает на складе в Кэлэраше, Республика Молдова. Коля работал на стройке более 20 лет: обычно он выезжал на несколько месяцев в Украину или Российскую Федерацию и затем возвращался домой. Он описал ужасные условия проживания и работы мигрантов: «Мы работаем, чтобы содержать наши семьи; мы забываем о своем существовании». По его словам, мигранты живут очень скученно, по несколько человек в однокомнатной квартире, и думают только том, как заработать и привезти денег домой. Они также плохо питались: «Когда еда есть, нам удается поесть, а иногда еды нет. Летом не холодно, но условия плохие». Работая в Российской Федерации летом 2012 года, он начал сильно кашлять. За медицинской помощью он не обращался, просто купил лекарство от кашля без рецепта и продолжал работать до окончания контракта. Кашель не ослабевал, и когда он вернулся в Молдову (где у него была медицинская страховка), ему поставили первичный диагноз МЛУ-ТБ. Работая в Российской Федерации, Коля контактировал с другими молдаванами, у которых никаких симптомов не было. Он не знает, был ли он болен, когда приехал в Российскую Федерацию, или заразился там. Отвечая на вопрос о том, какова была его реакция, когда он узнал о своем диагнозе, он сказал: «Самое трудное было узнать о том, что у тебя ТБ». Он мало знал об этом заболевании, помимо того что это было «тяжелое заболевание, и я не знал, смогу ли я вылечиться. Я думал, что вылечиться почти не возможно». Сейчас, по его словам, он мог «сдать экзамен по ТБ», т.е. он знает много об этом заболевании. Он был решительно настроен на то, чтобы завершить курс лечения, но его финансовое положение было очень тяжелым. Он не знал, что случится, когда он вернется домой. Он считал, что станет «еще одним ртом» и не сможет работать в течение последних 18 месяцев лечения. Возможно, он не сможет опять работать на стройке, чем он занимался последние два десятилетия. По его словам, 100 леев пенсии (около 8 долларов США), которые он будет получать как больной ТБ, не хватит для его семьи, даже если его жена будет работать.

Кристина – женщина старше 70 лет, проживающая на севере страны. Она была одета в красный шерстяной халат, у нее были длинные накрашенные ногти, и ей очень хотелось поговорить с членами миссии. После длительного и неуспешного лечения по поводу пневмонии ей поставили диагноз МЛУ-ТБ. Раньше она работала кондуктором трамвая, но, по ее словам, ее пенсия была очень маленькая, поскольку годы работы в Украине не учитывались. До того как у нее был обнаружен ТБ, она жила в деревне и ухаживала за маленьким внуком, пока ее сын и невестка работали соответственно в

Москве и Киеве. Раньше ее сын работал в колхозе, но, когда она заболела в первый раз, он вынужден был оставить эту работу. Сейчас он работает на стройке в Российской Федерации. Несмотря на то что у нее была страховка, Кристина не обращалась за медицинской помощью, а вместо этого просто пила чай с медом. С момента появления первых симптомов и постановкой диагноза ТБ прошло три месяца. Вначале ей поставили диагноз пневмония, и она заплатила 450 леев (примерно 38 долларов США) за десять дорогих уколов антибиотика. Эти уколы не помогли, как и ее последующая госпитализация по поводу пневмонии. Когда ее перевели в больницу в Кишиневе, по ее словам, она была почти неживой. Врачи и медсестры не отходили от его постели первые четыре дня, и она очень благодарна им за это. Во время интервью Кристина несколько раз начинала плакать. Ее сильно беспокоит судьба ее внука, за которым сейчас ухаживает пожилая соседка. Больше всего ее беспокоит, как она сможет выжить после выписки из больницы. Домашние условия очень плохие. По ее словам, дом не обогревается и для нее очень дорого платить за электричество, чтобы греть воду для ванны. Ее последний счет за электричество составил 502 лея (примерно 42 доллара США), включая задолженность. Это превышает ее пенсию в 500 леев. Она считает, что ей повезло, что она находилась в больнице зимой – это позволило сэкономить на отоплении. Отвечая на вопрос, что будет, когда она вернется домой для продолжения лечения, она ответила: «Я даже не могу себе представить, иногда мне просто не хочется уходить из больницы». По ее словам, материальная помощь поможет таким пациентам завершить курс лечения. Говоря о том, как дорого обходится болеть (даже если лечение предоставляется бесплатно), она сказала, что даже пребывание в больнице стоит больших денег. «К этому надо готовиться»: собирать деньги на проезд, питание и одежду, которую необходимо взять с собой. По ее словам, за пребывание в противотуберкулезной больнице неофициально платить ничего не надо, однако такие платежи необходимы в других местах системы здравоохранения. Одним из серьезных аспектов в истории Кристины было то, что ее первоначально поместили в палату для лекарственно-чувствительных больных ТБ и перевели в отделение МЛУ-ТБ лишь через шесть недель, когда был поставлен диагноз МЛУ-ТБ. Учитывая тот факт, что в больнице имелась установка GeneXpert, ей могли бы поставить правильный диагноз за несколько дней, вместо нескольких недель.

Сергей – тихий мужчина старше 40 лет, работавший в Кишиневе 15 лет, занимался установкой окон. Женат, живет с женой и двумя детьми (15 лет и 4 года). Не имея страховки, он не обращался за медицинской помощью два месяца после появления симптомов. По его словам, вначале он чувствовал сильную слабость и сильно потел по ночам. Когда он обратился к врачу, он уже потерял 13 кг веса. После того как он начал лечение по поводу МЛУ-ТБ, он не виделся с женой и детьми пять месяцев. Он боится, что он их заразит.

Мирча – мужчина 28 лет, проживает в районе Штефан-Водэ. Живет с женой и пожилыми родителями. С 18 лет работает на стройке – вначале в Румынии, а затем в Российской Федерации. Его семья бедная, хотя их дом один из лучших в деревне, поскольку он обложил его камнем, во дворе выложил мозаику из кирпича и поставил новые ворота. Он гордится тем, что он сделал дома, чему способствовали доходы от работы в Российской Федерации. По его словам, работая в Российской Федерации, он жил в квартире с четырьмя другими строителями; затем у него появились боли в груди. Там он не обращался за медицинской помощью. Вернувшись домой в Молдову, даже не имея медицинской страховки, он обратился в клинику в ближайшем городе и ему

поставили диагноз пневмония. Он прошел курс лечения антибиотиками (платил из своего кармана), но боли в груди не исчезли. Он обращался к врачам еще два раза, и каждый раз его лечили антибиотиками по поводу пневмонии и он платил из своего кармана. Когда он обратился к врачу в третий раз, его попросили сдать мокроту, но результат был отрицательным. Врач рекомендовал сделать бронхоскопию в частной клинике (что обошлось ему в 235 леев, или около 20 долларов США). Результат оказался положительным – у него нашли лекарственно-чувствительный ТБ. Мирча ничего не знал о ТБ, когда ему поставили этот диагноз, а сейчас, по его словам, он знает очень много. Вначале он спал в отдельной комнате, и по-прежнему пользуется отдельной посудой (как было рекомендовано в больнице). Он почти что закончил лечение и очень хочет вернуться на работу. Во время болезни ему пришлось часто занимать деньги у друзей, чтобы выжить. Он считает, что ему сильно повезло с этим, но ему надо вернуться на работу, на стройку, чтобы выплатить долги.

Ольга – молодая, модно одетая женщина, примерно 25 лет, из Кишинева. Работает кассиром в продуктовом магазине. Вернувшись после отдыха на море в августе 2012 года, прошла ежегодную флюорографию (обязательную для всех работающих в питании), и у нее был обнаружен ТБ. Ольга из семьи среднего класса, у нее двое маленьких детей, хорошее образование и относительно комфортная жизнь. В последние 5,5 месяцев она принимала противотуберкулезные препараты первого ряда, которые выдавало территориальное медицинское объединение. С самого начала она настаивала на амбулаторном лечении, чтобы иметь возможность ухаживать за своими детьми. Когда мы с ней встретились, она принимала лекарства, запивая газированной водой. По ее словам, она не знала, как она могла заболеть, потому что у нее никогда не было симптомов. Она очень расстраивалась по поводу того, что ей пришлось оставить работу, и очень хотела побыстрее закончить курс лечения. У нее все результаты анализов были отрицательными, но флюорография показала «инфильтраты» с отклонениями. Как указано в ее медицинской карточке, в течение всего курса лечения результаты анализа мазка, культуры и тестов на установке GeneXpert были отрицательными. Возможно, у нее вообще никогда не было ТБ.

Штефан – высокий мужчина, 33 лет, имеющий МЛУ-ТБ и ВИЧ. Проживает на севере страны. В молодости начал с мелких краж. Последние 12 лет он в основном провел в тюрьме. Находясь на свободе, работал на стройке, обычно с бетоном. В 1997 году был поставлен диагноз ВИЧ. В 2009 году у него диагностирован МЛУ-ТБ, и он проходил соответствующее лечение в тюрьме. Выйдя из тюрьмы, получил разовое пособие в 1510 леев (примерно 128 долларов США), через Министерство юстиции, но после тюрьмы ему не было куда идти. По его словам, он не знает, куда он направится или что он будет делать после освобождения, но надеется завершить курс лечения по поводу МЛУ-ТБ в больнице.

Михай – механик и музыкант на свадьбах, чуть старше 40 лет, добродушный, любит пошутить и рассказать свою историю. У него МЛУ-ТБ, он проходил, но выбывал из программы лечения. В 2001 году жена уехала на работу в Италию. Домой она не вернулась и переехала в эту страну на постоянное жительство вместе с ребенком и родителями. Он чувствовал себя одиноким, впал в депрессию и пристрастился к спиртному. Это случилось, когда ему поставили диагноз. По его словам, он часто играл на свадьбах, а также на аккордеоне в винных погребах. Это была тяжелая работа. По его словам, на момент постановки диагноза «половина моих легких была заполнена

водой». Он не хотел обращаться к врачу, но мать заставила его. Его мать навещала его в больнице каждый день и приносила еду. Он очень благодарен работникам больницы и особенно за лечение противотуберкулезными препаратами второго ряда. «Эти лекарства очень хорошие. Они сильные и полезные». У него был период, когда он испытывал тяжелые побочные действия препаратов, в частности этионамида и цикloserина. У него появляется головная боль, тошнота и бессонница. Он очень хочет завершить полный курс лечения на этот раз. Отвечая на вопрос о том, чем он хочет заниматься в будущем, он сказал, что переедет к матери и, когда выздоровеет, опять начнет играть на свадьбах. По его словам, поскольку его легкие повреждены, он будет играть на аккордеоне и петь под фонограмму.

Влад – бледный мужчина малого роста, 24 лет. Говорит только по-русски; диагноз МЛУ-ТБ поставлен в 18 лет. Работал на стройке в Кишиневе, где контактировал с больным ТБ. Он начал свое лечение поздно и затем прервал лечение, поскольку ему нужно было ухаживать за матерью, которая была инвалидом. Сейчас он опять лечится в больнице по поводу МЛУ-ТБ, а его младшая сестра ухаживает за его матерью и бабушкой. По словам Влада, он «очень трудный пациент»; его пришлось госпитализировать, поскольку он был тяжело болен и потерял 10 кг после постановки диагноза. Он прервал свой первый курс лечения уже через две недели, поскольку он был единственным, кто мог ухаживать за матерью, и не мог позволить себе оставаться в больнице 6 месяцев. Сейчас, по его словам, его легкие сильно повреждены и он быстро начинает задыхаться.

Раду – юрист, около 35 лет, голубые глаза, носит короткую бороду. Проживает на севере страны. У него диагностирован МЛУ-ТБ, после того как он прервал предыдущий курс лечения. Ранее он часто ездил в различные страны региона, а также в пределах Республики Молдовы и Приднестровья, занимаясь продажей. По его словам, он не мог продолжать амбулаторное лечение из-за своей разъездной работы. Кроме того, он утверждает, что раньше врачи не соблюдали конфиденциальность при лечении. Он хотел, чтобы его статус больного ТБ не разглашался, но это стало известно многим, поскольку ему приходилось ежедневно посещать противотуберкулезное отделение для лечения. Он быстро раздражается. По его словам, людям, которым приходится много ездить, необходимо давать какую-то карточку с указанием основного курса лечения. Это позволит им продолжать лечение по месту нахождения семьи или по месту работы. Однако это сделать трудно, учитывая диагноз МЛУ-ТБ.

Георге – мужчина, чуть старше 50 лет, имеет диагноз МЛУ-ТБ, несколько раз прерывал лечение. Он бывший военный, который по-прежнему с гордостью показывает свои медали за войну в Чечне и Приднестровье. Он несколько раз прерывал свое лечение и считает, что он трудный пациент. У него имеются психологические проблемы, и он легко расстраивается. По его словам, он ветеран и ему полагается большая пенсия. Он также утверждает, что питание в больнице недостаточно хорошее. С ним трудно вести беседу. Участвуя в фокус-группе, он доминирует во время разговора, но не может точно описать свои основные проблемы. Он не получает никакой психологической помощи при прохождении курса лечения в связи с МЛУ-ТБ, хотя очевидно, что такая психологическая помощь ему очень нужна.

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

WHOLIS: e96959

Оригинал: английский