



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро



By: Viiklepp P
de Colombani P
Курбатова А
Sandgren A
Lonnroth K

Совместные действия в связи с туберкулезом и злоупотреблением алкоголем в Эстонии

Первый отчет по
демонстрационному проекту



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Совместные действия в связи с туберкулезом и злоупотреблением алкоголем в Эстонии

Первый отчет по демонстрационному проекту

**Авторы: Viiklepp P
de Colombani P
Курбатова А
Sandgren A
Lonnroth K**

АННОТАЦИЯ

В Эстонии самое высокое в Европе потребление алкоголя на душу населения. Потребление алкоголя и связанные с ним расстройства рассматриваются как основные препятствия для повышения эффективности лечения, достигнутой в рамках национальной программы борьбы с туберкулезом. Национальный Институт развития здоровья, Всемирная организация здравоохранения и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний совместно работали над демонстрационным проектом, направленным на улучшение приверженности пациентов лечению и результатов лечения пациентов с туберкулезом, в том числе с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, путем сотрудничества служб противотуберкулезной, психиатрической и социальной помощи. Для сотрудничества была разработана специфическая концептуальная схема.

Некоторые достижения демонстрационного проекта: внедрение необходимых инструкций и инструментария; обеспечение специальной подготовки персонала; введение рутинного лечения пациентов с туберкулезом от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; рассмотрение включения проектных мероприятий в действующую программу «Зеленого документа» национальной антиалкогольной политики наряду с компенсацией расходов на лечение расстройств здоровья, связанных с употреблением алкоголя. Однако некоторые из целей проекта не достигнуты: сотрудничеству со службами психиатрической помощи препятствовала нехватка у них кадров и финансовых стимулов; обследование на предмет расстройств, связанных с употреблением алкоголя, не предлагалось в плановом порядке всем пациентам с туберкулезом; сжатые временные рамки проекта и небольшое число вовлеченных пациентов ограничивали возможность оценки воздействия мероприятий на результаты лечения. Тем не менее, имеющиеся результаты оценки обнадеживают.

Понятия

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

ТУБЕРКУЛЕЗ

ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

С запросами на публикации Европейского регионального бюро ВОЗ обращайтесь:

Publications (Публикации)

WHO Regional Office for Europe (Европейский региональный офис ВОЗ)

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Либо заполните электронную форму запроса на документацию, медицинскую информацию либо о разрешении на цитирование или перевод на сайте регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Ответственность за точность перевода возлагается на переводчика данной публикации.

Ссылка на исходный документ:

Viiklepp P, de Colombani P, Kurbatova A, Sandgren A, Lonnoth K:

Collaborative action on tuberculosis and alcohol abuse in Estonia. First report of a demonstration project. World Health Organization, 2013.

СОДЕРЖАНИЕ

Списки авторов и соавторов	vi
Благодарности.....	vi
Списки иллюстраций.....	vii
Сокращения и аббревиатуры	viii
История вопроса	1
Организация помощи в Эстонии	3
Система общественного здравоохранения	3
НПТ	4
Психиатрическая помощь	6
Социальная помощь.....	6
Концептуальная схема	8
Противотуберкулезная помощь при ТБ и МЛУ-ТБ.....	9
Помощь при AUD	9
Социальная помощь.....	9
Координация	10
Мониторинг и оценка	10
Выполненные мероприятия	11
Противотуберкулезная помощь при ТБ и МЛУ-ТБ.....	11
Помощь при AUD	11
Социальная помощь.....	12
Координация	13
Мониторинг и оценка	13
Результаты.....	14
Извлеченные уроки и дальнейшие шаги	18
Библиография	20
Приложение 1. Проектные мероприятия	22
Приложение 2. AUDIT	24

СПИСКИ АВТОРОВ И СОАВТОРОВ

Авторы

Piret Viiklepp, Институт развития здоровья, Таллинн, Эстония

Pierpaolo de Colombani, медицинский специалист по туберкулезу и туберкулезу с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Алена Курбатова, Институт развития здоровья, Таллинн, Эстония

Andreas Sandgren, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Стокгольм, Швеция

Knut Lonngroth, Департамент «Остановить ТБ», ВОЗ, Женева, Швейцария

Соавторы

Anu Kurve, Северо-Эстонская региональная больница, Таллинн, Эстония

Manfred Danilovits, медицинский факультет Тартуского университета, Тарту, Эстония

Andres Lehtmets, Эстонское общество психиатров, Таллинн, Эстония

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают благодарность фонду Eli Lilly and Company за оказанную проекту финансовую поддержку. Они также благодарны д-ру Maris Jesse, директору национального Института развития здоровья, за сотрудничество и поддержку со стороны института.

СПИСКИ ИЛЛЮСТРАЦИЙ

Таблицы

Таблица 1. Результаты лечения пациентов с лекарственно-чувствительным ТБ в зависимости от степени тяжести и лечения AUD, с января по июнь 2012 г. 15

Рисунки

Схема 1. Ведение пациентов с лекарственно-чувствительным ТБ 16

Схема 2. Ведение пациентов с МЛУ-ТБ 17

СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ

АА	Анонимные алкоголики
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
AUD	расстройства, связанные с употреблением алкоголя
AUDIT	тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя
DOT	лечение под непосредственным наблюдением
ЕЦПКЗ	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
БКЭ	Больничная касса Эстонии
СВ	семейный врач
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
МКБ	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
СЭРБ	Северо-Эстонская региональная больница
ИРЗ	Институт развития здоровья
НПТ	национальная программа борьбы с туберкулезом
ПМП	первичная медицинская помощь
ССС	консультация по отказу от курения
ТБ	туберкулез

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

По последним оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2011 г. в Эстонии заболеваемость туберкулезом (ТБ), распространенность и смертность от ТБ составили, соответственно, 25 случаев (доверительный интервал (ДИ) 95%: 22–28), 29 случаев (ДИ 95%: 12–3) и 2,7 (ДИ 95%: 2,6–2,7) случая летального исхода на 100 000 человек (1). Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) установлен в 23% случаев (ДИ 95%: 17–29%) впервые выявленного ТБ и в 58% случаев (ДИ 95%: 43–71%) ранее леченного ТБ – это одни из самых высоких показателей в мире (2). В 2011 г. был проведен анализ на ВИЧ 92% всех пациентов с ТБ, и 15% из них оказались ВИЧ-положительными (1). С другой стороны, в последние годы наблюдается положительная тенденция к устойчивому заметному снижению регистрируемой заболеваемости ТБ и МЛУ-ТБ, чем подтверждается продвижение Эстонии в достижении таких целей, как низкая заболеваемость ТБ и сокращение доли МЛУ-ТБ.

В Эстонии самое высокое в Европе потребление алкоголя на душу населения (в 2005 г. – 15,6 литра абсолютного спирта на душу населения) (3). Прочная связь между потреблением алкоголя, риском заболевания ТБ и неблагоприятным клиническим исходом ТБ хорошо описана в соответствующей литературе (4, 5). Потребление алкоголя и связанные с ним расстройства также рассматриваются как основные препятствия для дальнейшего повышения эффективности лечения, достигнутой в рамках Национальной программы борьбы с туберкулезом. Согласно отчету Национальной программы борьбы с туберкулезом, в 2010 г. были успешно излечены только 68% новых пациентов с легочным ТБ (положительным по мазку), 39% пациентов, поступивших на повторное лечение ТБ, и 35% пациентов с МЛУ-ТБ (1). Последнее проведенное в Эстонии исследование показало, что отрыв от лечения ТБ был тесно связан со злоупотреблением алкоголем (6). Злоупотребление алкоголем¹ было установлено у 43% новых пациентов с легочным ТБ (положительным по мазку), у 61% проходящих повторное лечение пациентов с ТБ, у 54% пациентов с МЛУ-ТБ и у 77% пациентов, прервавших лечение от МЛУ-ТБ.

В случае МЛУ-ТБ скорректированный относительный риск прерывания лечения составил 3,8 у злоупотребляющих алкоголем пациентов в сравнении с остальными пациентами.

В марте 2010 г. в рамках пилотного проекта, финансируемого Европейским социальным фондом и проведенного в шести центрах оказания первичной медицинской помощи (ПМП), Институт развития здоровья (ИРЗ) впервые ввел тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) (7). Данная мера, наряду с документальными доказательствами отрицательного влияния злоупотребления алкоголем при ТБ, убедила работников НПТ во время встречи по ТБ и социальным детерминантам, состоявшейся в мае в Афинах, запросить поддержку ВОЗ (8). Представители ВОЗ и Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ЕЦПКЗ) в августе 2010 г. нанесли в страну совместный визит, уделив особое внимание профилактике ТБ и контролю над ТБ среди уязвимых групп

¹ Злоупотребление алкоголем определяется как зарегистрированный алкоголизм либо потребление за последний год не менее 14 стандартных порций алкоголя (одна порция соответствует приблизительно 10 г абсолютного спирта) в неделю для мужчин и не менее семи стандартных порций для женщин.

населения, в частности людей с AUD (9). Визит в страну послужил катализатором обеспечения поддержки и финансирования ВОЗ (плюс вышеупомянутые целевые средства фонда Eli Lilly and Company) и участия ЕЦПКЗ и ИРЗ в демонстрационном проекте, нацеленном на повышение согласованности и улучшение результатов лечения ТБ и МЛУ-ТБ путем сотрудничества противотуберкулезной и психиатрической служб (последняя отвечает в Эстонии за диагностику и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя). Сотрудничество с социальными службами считалось важным как для рассмотрения социально-экономических детерминант несоблюдения режима и конечного результата лечения, так и для обеспечения пациентам доступа к существующим схемам социальной защиты.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ В ЭСТОНИИ

Система общественного здравоохранения

Ответственность за здравоохранение в Эстонии (исключая пенитенциарную систему и вооруженные силы, являющиеся сферой ответственности, соответственно, Министерства юстиции и Министерства обороны) несет Министерство социальных дел.

Министерству социальных дел подчинены три учреждения здравоохранения: Департамент здоровья, Департамент лекарственных средств и Институт развития здоровья (ИРЗ). Департамент здоровья осуществляет координацию и консультирование в сфере медицинской помощи, здравоохранения и безопасности химических веществ. Государственный Департамент лекарственных средств осуществляет надзор за использованием в Эстонии медицинских и биологических препаратов, а также занимается развитием фармацевтических исследований и предпринимательства. ИРЗ координирует исследования для научного обоснования политики в области здравоохранения, ведет национальные медицинские базы данных², реализует национальные программы здравоохранения, такие как программы борьбы с ВИЧ, употреблением наркотиков и злоупотреблением алкоголем, лечения и профилактики ТБ, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, рака и т.д. Независимое правительственное учреждение (Больничная касса Эстонии) отвечает за закупку медицинских услуг для Министерства социальных дел, в частности заключает договоры с поставщиками медицинских услуг, оплачивает их услуги, возмещает расходы на лекарственные средства и выплачивает компенсацию по временной нетрудоспособности работников.

Законом об организации оказания медицинских услуг (май 2001 г.) установлены четыре вида медицинской помощи: первичная медицинская помощь (ПМП), оказываемая семейными врачами; неотложная медицинская помощь; специализированная (вторичная и третичная) помощь; уход за больными и престарелыми. Министерство социальных дел разрабатывает все стандарты, включая государственное финансирование (10). Однако БКЭ приобретает услуги независимым образом как у частных лиц, так и у организаций, только если они действуют в качестве частных юридических лиц, таких как товарищество с ограниченной ответственностью, фонд или физическое лицо – предприниматель. В ответ на это больницы стали товариществами с ограниченной ответственностью, принадлежащими местным самоуправлениям или фондам, созданным государством либо органами местного самоуправления. Большинство амбулаторных медицинских учреждений являются частными, врачи и медицинские сестры в них действуют как частные предприниматели либо как наемные работники частной компании; деятельность этих учреждений ограничена только первичной и сестринской медицинской помощью. Строго государственными амбулаторными учреждениями являются те, которые для обеспечения полного охвата и доступа находятся в ведении уездных старейшин или непосредственно Министерства социальных дел.

С начала реформы здравоохранения (начало 1990-х) многие больницы были объединены или преобразованы в дома престарелых и центры первичной

² Медицинский регистр рождений, регистр онкологических больных, регистр туберкулеза, регистр причин смерти.

медицинской помощи. В настоящее время работают три региональные больницы: больница Тартуского университета (оказывающая все специализированные услуги для южной части страны), Северо-Эстонская региональная больница (предоставляющая только некоторые специальные услуги, остальные обеспечивают две центральные больницы) и Таллиннская детская больница (охватывающая северные и западные регионы Эстонии, в то время как Южную Эстонию обслуживает Детская клиника Тартуского университета). Имеются также четыре центральные больницы, оказывающие в основном услуги вторичной медицинской помощи, две из которых расположены в Таллинне, а другие две – на северо-востоке и юго-западе Эстонии. Почти во всех остальных уездах имеются отделения республиканских больниц или местные больницы. Согласно плану Estonia's Hospital Master Plan 2015 («План развития больничной сети Эстонии до 2015 г.»), количество больниц должно быть сокращено до всего 19 больниц неотложной помощи, то есть до эквивалента двух койко-мест в отделении неотложной медицинской помощи на 1000 человек населения. Стандарты кадрового обеспечения, установленные Министерством социальных дел, составляют три врача и восемь медсестер на 1000 человек населения (запланировано к 2020 г.).

НПТ

Противотуберкулезную помощь в Эстонии предоставляет Министерство социальных дел через НПТ, вводя стратегию «Остановить ТБ» в Национальную программу здравоохранения 2009–2020 (которая включает также обновленный в 2012 г. план борьбы с ТБ). Общая цель программы – снизить заболеваемость ТБ в стране ниже базового уровня 2006 г. и, возможно, ниже уровня 20 новых случаев заболевания ТБ на 100 000 населения (максимально допустимый уровень для статуса страны с низкой заболеваемостью) к 2012 г. Противотуберкулезная помощь бесплатна, независимо от правового и страхового статуса пациентов. Услуги финансируются либо БКЭ (например, стационарная медицинская помощь), либо непосредственно государством. Министерство социальных дел организует централизованные закупки противотуберкулезных препаратов (в том числе для больных в пенитенциарной системе), в то время как ИРЗ распределяет бюджет других программных мероприятий, таких как централизованное управление, диагностика, вспомогательные препараты амбулаторной помощи, стимулирование пациентов и его реализация (продуктовые пакеты и транспортные ваучеры), надзор, учет и отчетность, профилактика и прослеживание контакта.

Противотуберкулезную помощь оказывают Северо-Эстонская региональная больница (СЭРБ) в Таллинне и Коэе (охватывающие полмиллиона населения Северной Эстонии) и Клиникум Тартуского университета (охватывающий население юга), а также шесть других туберкулезных больниц в общей сложности на 230 койко-мест:

- СЭРБ, Коэе, туберкулезное отделение (100 койко-мест, включая койки для больных МЛУ-ТБ);
- психиатрическая клиника Вильяндиской больницы в Ямеяла, туберкулезное отделение (30 коек, включая специальную палату для принудительной изоляции больных ТБ);
- Клиникум Тартуского университета, Тарту, клиника пульмонологии (25 коек, девять из которых для больных МЛУ-ТБ);

- Ида-Вируская центральная больница, Кохтла-Ярве, туберкулезное отделение (25 коек);
- Нарвская больница, Нарва, туберкулезное отделение (20 коек);
- Центральная тюремная больница, Маарду, туберкулезное отделение (30 коек);

В 15 уездах также работают амбулаторные туберкулезные отделения. Кроме того, работают пять туберкулезных кабинетов: три в Таллинне, один в Тарту и один в Кохтла-Ярве.

Диагностика и направления по случаям ТБ входят в состав ПМП. Пациентов с респираторными расстройствами пульмонолог может осматривать непосредственно или по направлению семейного врача. Все случаи МЛУ-ТБ обсуждаются врачебным консилиумом. Большинство случаев ТБ приводят к лечению в специализированных туберкулезных больницах. Госпитализация может продлиться от одного до двух месяцев или, в серьезных случаях МЛУ-ТБ, несколько дольше. При принятии решения о продолжительности госпитализации принимаются во внимание как клиническое состояние, так и социально-бытовые условия пациентов. После выписки пациенты продолжают лечение от ТБ под непосредственным наблюдением (DOT), посещая туберкулезный кабинет, уездного пульмонолога, амбулаторное отделение либо учреждение ПМП; некоторые пациенты могут самостоятельно принимать противотуберкулезные препараты и посещать туберкулезный кабинет только для еженедельного осмотра и пополнения запасов лекарственных средств. Семейные врачи получают по схеме DOT вознаграждение за каждого пациента (300–500 эстонских крон, что эквивалентно € 19–32 в месяц). Если пациент прерывает лечение или уклоняется от него, семейный врач сообщает об этом в туберкулезный кабинет, который пытается найти пациента по телефону или посетив его на дому.

Употребление алкоголя запрещено во всех медицинских учреждениях, включая туберкулезные больницы. Однако пациенты могут легко раздобыть алкоголь вне больницы, а больничные правила выполняются не слишком строго, поскольку такой подход может привести к самовольному уходу из больницы. Употребление алкоголя еще труднее контролировать после выписки из больницы, и многие пациенты прерывают лечение ТБ. До проведения демонстрационного проекта в медицинских учреждениях Эстонии (за исключением некоторых психиатрических больниц) не существовало стандартного метода оценки пагубного употребления алкоголя и/или AUD и специальных методов борьбы с ними. Фтизиатры неоднократно описывали свои трудности в лечении пациентов, у которых имеются проблемы с алкоголем. Законом допускается принудительная изоляция (с добровольным лечением ТБ), но только в качестве крайней меры, в судебном-исполнительном порядке и ограничивается пребыванием в течение 182 дней в специализированной палате Вильяндиской больницы.

Министерство социальных дел также обеспечивает оказание государственной помощи при ВИЧ через правительственную комиссию по ВИЧ и СПИД, реализуя национальную стратегию борьбы с ВИЧ и СПИД на 2006–2015 гг. (также включенную в Национальную программу здравоохранения на 2009–2020 гг). Сотрудничество с НПТ обеспечивает ИРЗ. Ряд неправительственных организаций, изначально действовавших только по вопросам ВИЧ, также включился в борьбу против сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ; кроме того, были предприняты шаги в совместной деятельности по обеспечению опиоидной заместительной терапии больных с ТБ.

Психиатрическая помощь

Диагностику и лечение психических расстройств, согласно Закону о психиатрической помощи (12 февраля 1997 г.), обеспечивают психиатрические службы. Судебная и тюремная психиатрия финансируются Министерством юстиции. Лечение наркотической зависимости финансируется Министерством социальных дел в рамках Национальной программы здравоохранения на 2009–2020 гг.; Министерство социальных дел выделяет средства ИРЗ, который затем заключает договор с поставщиками услуг. В принципе, диагностику и лечение AUD должен проводить также сектор психиатрической помощи. На практике, однако, диагностика и лечение AUD исключены из его финансирования, поскольку затраты на них не возмещаются БКЭ и потребности этой группы пациентов конкурируют с высокой нагрузкой очень ограниченной сети психиатров и психологов и широко распространенной культурной и социальной толерантностью к употреблению алкоголя в больших количествах. Более того, заболевание ТБ и МЛУ-ТБ ассоциируется с социальной маргинализацией и отверженностью. Только в Вильяндиской больнице, где есть туберкулезное отделение в составе психиатрической амбулатории, может быть организовано лечение от AUD. В Эстонии не существует современных государственных инструкций по диагностике и лечению от AUD.

Социальная помощь

За организацию социальной помощи несет ответственность местное самоуправление (региональное, городское, городского района). Все постоянные жители Эстонии, как и все легально проживающие в стране эмигранты и беженцы³, имеют право на получение такой помощи. Нижеперечисленные услуги финансирует государство через Департамент социального страхования (в подчинении Министерства социальных дел).

- Людям трудоспособного возраста (от 16 лет до пенсионного возраста) с ограничениями в повседневной жизнедеятельности и активной социальной жизни предоставляется пособие по нетрудоспособности. Это пособие выплачивается ежемесячно и основано на степени тяжести недуга (глубокий, тяжелый, средний) и связанных с ним дополнительных расходах, которые могут составлять 65–210% месячного социального пособия (в 2012 г. соответствовало € 25,57).
- Доступно консультирование, предоставление лицам информации об их правах (возможности обратиться за помощью), а также помощь в решении конкретных проблем.
- Существуют дневные центры для досуга пожилых людей и помощи им.
- Для содействия самостоятельной жизни и занятости составляется личный план реабилитации, на основании которого нуждающемуся лицу предоставляются другие необходимые услуги и наставничество.
- Уход за больным и оказание помощи осуществляются на дому либо в учреждении социального обеспечения.
- Для ухода за инвалидом может быть выделен личный помощник, снижающий нагрузку на членов семьи.
- Детям, семьи которых не в состоянии заботиться о них, предоставляется замена семейного ухода, такая как опека, детский дом или семейное попечительство.

³ На основании международного законодательства.

- Родителям, которые работают, учатся или не могут справиться самостоятельно по другим причинам, предоставляется уход за ребенком на дому.
- Лицам и семьям, неспособным самостоятельно решить жилищный вопрос, предоставляется социальное жилье.
- Различным группам людей по мере необходимости (в случае физического недостатка, нарушения зрения, психических расстройств и т.д.) предоставляется транспорт.
- Могут предоставляться протезы, ортопедические и другие аппараты.
- Жилье может быть приспособлено под нужды людей с ограниченными физическими возможностями.

Органы регионального или городского самоуправления могут также оказывать другие, дополнительные социальные услуги.

Медсестры и социальные работники туберкулезных учреждений после выписки пациентов из больницы могут направлять их за социальной поддержкой в местное самоуправление⁴; однако, хотя обе службы подчиняются Министерству социальных дел, сотрудничество практикуется без официального договора между этими службами. Данные по Эстонии говорят о значительной потребности в социальной защите, учитывая, что только 25% больных ТБ работают на регулярной основе, 6,1% составляют бездомные, 6,1% имеют только временное место жительства и 7% употребляют запрещенные наркотики (11).

⁴ На данный момент пациенты обращаются за помощью в органы местного самоуправления.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ СХЕМА

В Таллинне 6–7 октября 2011 г. был проведен семинар (12) для обмена опытом со странами Европы (в частности, Финляндией, Латвией, Литвой и Российской Федерацией (13)) и формирования концептуальной схемы сотрудничества между службами лечения ТБ, психиатрической помощью и социальными службами, которую нужно было отработать в рамках демонстрационного проекта. Принимая во внимание ожидаемый объем работы и логистику, проект был разработан так, чтобы охватить город Таллинн и Харьюский уезд, где наблюдалось более половины случаев ТБ и МЛУ-ТБ в Эстонии, и должен быть реализован в течение первого полугодия (с января по июнь) 2012 г.

Целями проекта были:

- утверждение эпидемиологической и программной связи между ТБ (особенно МЛУ-ТБ) и AUD;
- налаживание координации между противотуберкулезной помощью (ТБ/МЛУ-ТБ), психиатрической помощью и социальными службами для обеспечения диагностики и лечения AUD, включая обследование для обоих состояний и обеспечение перекрестных направлений между службами для соответствующего клинического ведения и социальной поддержки;
- отработка схемы сотрудничества и ее утверждение для расширения на всю страну.

Ожидаемыми результатами проекта были:

- разработка перспективной схемы сотрудничества противотуберкулезной помощи (ТБ/МЛУ-ТБ), психиатрической и социальной помощи;
- успешное проведение, мониторинг и оценка демонстрационного проекта;
- организация субрегионального семинара и конференции с участием стран Балтии, Финляндии и Российской Федерации;
- повышение уровня информированности Министерства социальных дел о двойной проблеме МЛУ-ТБ и AUD для рассмотрения развития национальной программы действий по сокращению пагубного употребления алкоголя.

Принятая для проекта схема деятельности включает:

- установление и полевые испытания объединенного обеспечения лечением ТБ/МЛУ-ТБ, связанной с AUD психиатрической помощью и социальной помощью с целью повышения приверженности лечению ТБ и МЛУ-ТБ и улучшения его результатов;
- обследование больных ТБ и МЛУ-ТБ на AUD и доступ нуждающихся к соответствующему лечению AUD;
- исследование социально-экономических условий больных ТБ и МЛУ-ТБ, соответствующая поддержка социального обеспечения; запись диагностики и лечения ТБ и AUD, адекватная социальная поддержка для каждого пациента, мониторинг распространенности AUD, а также влияния лечения от AUD и социальной поддержки на результат лечения ТБ; оценка демонстрационного проекта в течение шести месяцев с его начала, документирование результатов. Внутри этой схемы были разработаны новые формы сотрудничества между разными службами, как описано в следующем разделе.

Противотуберкулезная помощь при ТБ и МЛУ-ТБ

Пациенты, обратившиеся к врачу ПМП с подозрением на ТБ, направляются в амбулаторное туберкулезное отделение СЭРБ в Таллинне (микрорайон Хийу) или в туберкулезное отделение СЭРБ в Козе (40 км от Таллинна) для диагностирования ТБ и, при необходимости, лечения в стационаре. Лечение ТБ может продолжаться как внебольничная медицинская помощь в амбулаторном отделении СЭРБ или одном из двух других туберкулезных кабинетов (в городских районах Ласнамяэ и Копли), в результате чего медсестры фтизиатрии могут обеспечить DOT в соответствующем медицинском учреждении или на дому у пациента. В случаях принудительной изоляции и лечения от ТБ пациентов направляют в Вильяндискую больницу, где психиатрическая амбулатория включает туберкулезное отделение.

Помощь при AUD

Существующие инструкции по AUDIT, изначально разработанные для специалистов ПМП, были пересмотрены, и теперь их применению обучают и службы ПМП, и службы ТБ.

Проведение теста AUDIT выполняется либо специалистами ПМП, либо сестрами фтизиатрии СЭРБ. По результатам теста AUDIT пациентов направляют на диагностику и лечение в психиатрическое отделение СЭРБ в Таллинне.⁵ Психиатр и психолог психиатрического отделения СЭРБ наносят еженедельные визиты в туберкулезное отделение СЭРБ в Козе для стационарного обследования и лечения пациентов с AUD. Подобным образом организованы услуги и в туберкулезном отделении психиатрической амбулатории Вильяндиской больницы.

После выписки из туберкулезного отделения СЭРБ или Вильяндиской больницы пациенты продолжают AUD-специфическое мотивационное консультирование у сестер фтизиатрии СЭРБ, в то время как лечение AUD организует амбулаторное отделение психиатрической больницы Висмари. Сестры фтизиатрии несут ответственность за ведение каждого пациента, проходящего одновременное лечение от ТБ/МЛУ-ТБ и AUD, и они же ответственны за непрерывность лечения.

Для того чтобы обеспечить пациентам с ТБ и МЛУ-ТБ диагностику и лечение от AUD, ИПЗ заключает договоры с психиатрической больницей Висмари и психиатрической амбулаторией Вильяндиской больницы. Их услуги, включая лекарственные препараты, оплачиваются ИПЗ в пределах временных рамок проекта, но Министерству социальных дел было предложено включить эти расходы в число возмещаемых БКЭ.

Социальная помощь

В начале стационарного или амбулаторного лечения новых пациентов с ТБ и МЛУ-ТБ социальный работник выясняет их социально-экономическое положение. Пациентов, определенных в туберкулезное отделение в Козе, социальный работник посещает дважды в неделю. Для этого первоначального исследования был составлен новый опросник, который может мотивировать социальных работников инициировать все

⁵ При суммарном балле AUDIT 0–7 далее действует медицинская сестра, информирующая пациента о пагубных последствиях употребления алкоголя; при результате 8–19 назначается краткосрочное консультирование у психолога или врача, пациента снабжают материалами по самопомощи; при результате ≥ 20 проводится консультирование у психиатра и принимается решение о назначении лекарств, таких как налтрексон и дисульфирам.

необходимые административные шаги для того, чтобы пациент получил доступ к наиболее соответствующим правам в соответствии с местным законодательством (пенсия по нетрудоспособности, пособие на проживание, сестринский уход на дому) и обеспечить координацию действий с социальным работником административной единицы по месту жительства пациента.

Координация

Для обеспечения координации действий всех служб со стороны СЭРБ был назначен координатор проекта. Социальный работник внутри СЭРБ обеспечивал координацию с социальными службами административных единиц. За ведение пациента отвечали сестры фтизиатрии совместно с социальным работником, включая отслеживание пациентов, прерывающих лечение от ТБ и AUD, и управление другими программами помощи, организованными социальными службами.

Мониторинг и оценка

Для мониторинга и оценки проекта данные по оказанной помощи (в связи с AUD и социальной) анализируются в соответствии с состоянием больного ТБ и МЛУ-ТБ, соблюдением режима лечения и результатами лечения. Регулярные визиты для наблюдения за проектом осуществляли представители ИРЗ, ВОЗ и ЕЦПКЗ.

ВЫПОЛНЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Внутри этой схемы были впервые разработаны и затем налажены в течение фазы реализации новые формы сотрудничества между разными службами. Перечень выполненных проектных мероприятий приводится в Приложении 1.

Противотуберкулезная помощь при ТБ и МЛУ-ТБ

В течение демонстрационного проекта помощь при ТБ и МЛУ-ТБ оказывалась согласно изначально разработанной схеме; а именно, диагностика и стационарное лечение – в туберкулезном отделении СЭРБ в Козе, амбулаторное лечение – в амбулаторном отделении СЭРБ в Таллинне (микрорайон Хийу) и двух туберкулезных кабинетах (в районах Ласнамяэ и Копли).

Помощь при AUD

Имеющиеся инструкции по AUDIT были расширены, чтобы включить ориентацию на туберкулезные и социальные детерминанты лечения от ТБ и AUD (14, 15). Они были дополнены инструментарием AUDIT (см. Приложение 2). В дополнение к инструкциям также были выпущены информационные буклеты (на эстонском и русском языках) для просвещения пациентов. Имеющийся в Эстонии перевод пособия (16, 17) по мотивационному консультированию при AUD был переиздан. Противотуберкулезные службы были обучены обследованию на AUD и мотивационному консультированию при AUD в ходе серии учебных курсов.⁶

Для обеспечения стандартизации и обновления подхода к консультированию и лечению при AUD ИПЗ организовал для группы экспертов ознакомительную поездку в Финляндию.⁷ Были организованы две встречи Национальной рабочей группы по консультированию и лечению AUD⁸ с участием экспертов из 15 различных учреждений, включая среди прочих Министерство социальных дел, Министерство юстиции, БКЭ, ИПЗ, Союз психиатров Эстонии и Общество семейных врачей Эстонии. По итогам этих встреч протокол консультирования и лечения AUD был подготовлен для внедрения и возможного включения в «Зеленую книгу» национальной алкогольной политики, которую готовит Министерство социальных дел. По протоколу консультирования и лечения AUD ИПЗ был организован национальный практический семинар.⁹

В отличие от того, что планировалось изначально, не все пациенты были исследованы с помощью теста AUDIT, а только часть из них на основании решения лечащего врача (дальнейшее разъяснение см. в следующем разделе о результатах). Для прошедших исследование пациентов были проведены различные мероприятия в соответствии с их суммарным баллом AUDIT и согласованной схемой вмешательства.

⁶ В Таллинне были проведены пять учебных курсов: 23 и 29 ноября 2011 г.; 27 марта, 10 и 20 апреля 2012 г.

⁷ Группа в составе 10 участников из разных регионов и организаций Эстонии за два дня (с 30 ноября по 2 декабря 2011 г.) посетила различные амбулатории Финляндии, в том числе Järvenpää Clinic и A-Clinic в Южном Эспоо.

⁸ Эти координационные встречи прошли в Таллинне 3 февраля и 9 марта 2012 г.

⁹ «Практический семинар для психиатров по лечению AUD», проведенный в Вильяндиской больнице 23 марта 2012 г.

Психиатрическая помощь при лечении как стационарных, так и амбулаторных пациентов с AUD также была пересмотрена. Планировалось, что стационарную психиатрическую помощь будет оказывать психиатрическая амбулатория СЭРБ, но это оказалось невозможным из-за отсутствия психиатров и – шире – отсутствия заинтересованности. Несмотря на все усилия, ИРЗ не смог найти альтернативного партнера, поэтому СЭРБ решила привлечь в рамках своего туберкулезного отделения дополнительного врача с психиатрическим образованием, способного координировать исследование AUDIT и мотивационное консультирование при AUD. Пациенты, имеющие высокий балл AUDIT, очевидные AUD и/или злоупотребление наркотиками, должны были направляться в Вильяндскую больницу для продолжения лечения ТБ при надлежащей психиатрической и психологической помощи. Договор об амбулаторной помощи при AUD планировалось заключить с психиатрической больницей Висмари. Однако из-за малочисленности пациентов и низкой доходности услуг психиатрическая больница Висмари отклонила предлагаемый ИРЗ договор. Следовательно, после выписки из больниц Козе и Вильянди пациенты должны были продолжать проходить мотивационное консультирование у сестер фтизиатрии СЭРБ в Таллинне и Харьумаа, а начатый прием любых лекарств от AUD, если он имел место, пришлось прекратить. Дополнительные расходы пациентов на проезд покрывались как часть лечения ТБ.

Наряду с вкладом в проект «Зеленой книги» национальной алкогольной политики, проект также пытался создать предпосылки устойчивого развития концепции путем проведения переговоров с БКЭ о возмещении расходов в целях обеспечения помощи при AUD для пациентов с ТБ. Совместно с ИРЗ, Союзом пульмонологов Эстонии и Эстонским обществом психиатров было подготовлено конкретное ходатайство и подано в БКЭ.

К сожалению, БКЭ отклонила ходатайство. Новые переговоры были начаты в 2013 г., и при поддержке Министерства социальных дел в декабре 2103 г. ходатайство было удовлетворено.

С 1 января 2014 г. БКЭ взяла на себя возмещение расходов на стационарное лечение пациентов с двойным диагнозом (ТБ и зависимости) при условии, что осуществляющее лечение учреждение здравоохранения имеет команду соответствующих специалистов (включая несколько психиатров, психологов, эрготерапевтов и социальных работников) в дополнение к требуемой в настоящее время команды из пульмонолога, медсестры и сиделки, а это означает, что, помимо койко-дней, БКЭ возместит также расходы на лечение зависимостей (как AUD, так и наркозависимости).

Социальная помощь

Для оценки социально-экономического положения и потребности в поддержке пациентов с ТБ и МЛУ-ТБ социальными работниками СЭРБ, Западно-Таллиннской центральной больницы и ИРЗ был разработан специальный опросник. Протестированный в двух больницах (СЭРБ и Ляэне-Вируская центральная больница), опросник был распространен между всеми службами противотуберкулезной помощи. На основании суммарного балла по опроснику пациентов относили к одной из следующих трех групп социального риска: низкий уровень риска (<7 баллов) с адекватной способностью к самообслуживанию, способностью самостоятельно обратиться за социальной помощью, должным образом сотрудничать, получать

поддержку семьи/друзей/опекунов, получать постоянный доход; (2) средний уровень риска (8–19 баллов), с частичной способностью к самообслуживанию, с потребностью в помощи в разных сферах жизни, способностью увидеть проблемы, но не решения, пассивно сотрудничать; (3) высокий уровень риска (>20 баллов), с ограниченным самообслуживанием, потребностью в помощи во всех сферах жизни.

Был организован¹⁰ курс подготовки по ТБ для социальных работников города Таллинна и Харьюского уезда, обсуждалось сотрудничество между службами противотуберкулезной и социальной помощи.

В вопросе психологической поддержки пациентов нужно учитывать длительный срок госпитализации, а также их изоляцию от любого социального контекста. Поэтому в каждой палате туберкулезной больницы СЭРБ в Козе был установлен компьютер с беспроводным доступом в интернет. Несмотря на устаревшие (но строго соблюдающиеся) правила дезинфекции поверхностей в больницах, пациенты также могли играть в настольные игры.

Координация

Для обеспечения координации между всеми службами был назначен координатор проекта – один из фтизиатров амбулаторного отделения СЭРБ. Социальные работники амбулаторного отделения СЭРБ эффективно работали со всеми медсестрами DOT и муниципальными социальными работниками, чтобы обеспечить продолжение лечения туберкулеза по амбулаторной схеме, отслеживать прервавших лечение ТБ пациентов, предоставлять мотивационное консультирование в связи с AUD и эффективные связи с социальными работниками местного самоуправления.

Мониторинг и оценка

Для сведения информации по каждому пациенту с ТБ или МЛУ/ТБ из трех источников – а именно: национального туберкулезного регистра (электронного), обработки записей AUDIT (рукописных) и различных мер, реализуемых службами социальной помощи, – была создана простая таблица Microsoft Excel.

¹⁰ Он проходил 6 марта 2012 г. в Таллинне.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В проектный период (с января по июнь 2012 г.) на лечение ТБ было зарегистрировано шестьдесят пять пациентов с ТБ. Среди этих пациентов у 51 был установлен лекарственно-чувствительный ТБ (47 новых случаев ТБ и 4 рецидива) и у 14 – МЛУ-ТБ (11 новых случаев, 2 рецидива, 1 возобновление лечения после отрыва).

Из 51 пациента с лекарственно-чувствительным ТБ (см. Схему 1) 21 не проходил тест AUDIT, поскольку лечащий врач исключил проблему алкоголизма и считал нецелесообразным следовать данному протоколу. 22 пациента прошли исследование с помощью AUDIT, и у 17 из них результат превысил 8 баллов (3 пациента с 8–19 баллами и 14 пациентов с ≥ 20 баллами). В общей сложности 16 из этих пациентов прошли краткосрочное консультирование по алкоголю в туберкулезной больнице в Козе, а один пациент консультировался у психиатра и был направлен на лечение от AUD с принудительной изоляцией в Вильяндиской больнице. Восемь пациентов с историей злоупотребления алкоголем и/или наркотиками отказались от AUDIT; двое из них начали амбулаторное лечение, шестеро начали лечение в туберкулезной больнице в Козе, где прошли краткосрочное консультирование в связи с алкоголем. После выписки из больницы консультирование и психиатрическая помощь для всех пациентов прекращались, и оставалось только мотивационное консультирование сестрами DOT.

Из 14 пациентов с МЛУ-ТБ (см. Схему 2) трое не проходили AUDIT, поскольку лечащий врач исключил проблему алкоголизма и считал нецелесообразным следовать данному протоколу. AUDIT прошли 11 пациентов, и у 10 результат превысил 8 баллов (трое пациентов с 8–19 баллами и семь с ≥ 20 баллов); из этих пациентов семеро прошли краткосрочное консультирование по алкоголю в туберкулезной больнице в Козе и трое консультировались у психиатра и были направлены на лечение от AUD с принудительной изоляцией в Вильяндиской больнице. За исключением двух прервавших лечение пациентов, все остальные по-прежнему проходят курс лечения в больнице.

С точки зрения социальной поддержки, только 28 (43%) из 65 пациентов, зарегистрированных на лечение ТБ в течение проекта, рассматривались как нуждающиеся в социальной помощи и были официально опрошены для установления их социального положения социальным работником, посещавшим туберкулезное учреждение. У шестерых из них был установлен «высокий уровень социального риска», у 19 – «средний уровень социального риска» и у троих – «низкий уровень социального риска». По этим результатам 25 пациентов получили официальное консультирование социального работника в туберкулезном учреждении, и семерым из них была предоставлена пенсия по нетрудоспособности.

В настоящее время результаты лечения ТБ, достигнутые в рамках схемы проектной деятельности, могут быть оценены только для 51 пациента, зарегистрированного на лечение лекарственно-чувствительного ТБ (см. Таблицу 1). Из 14 пациентов, направленных в рамках проекта на лечение МЛУ-ТБ, 12 проходят лечение и двое его прервали.

Таблица 1. Результаты лечения пациентов с лекарственно-чувствительным ТБ в зависимости от степени тяжести и лечения AUD, с января по июнь 2012 г.

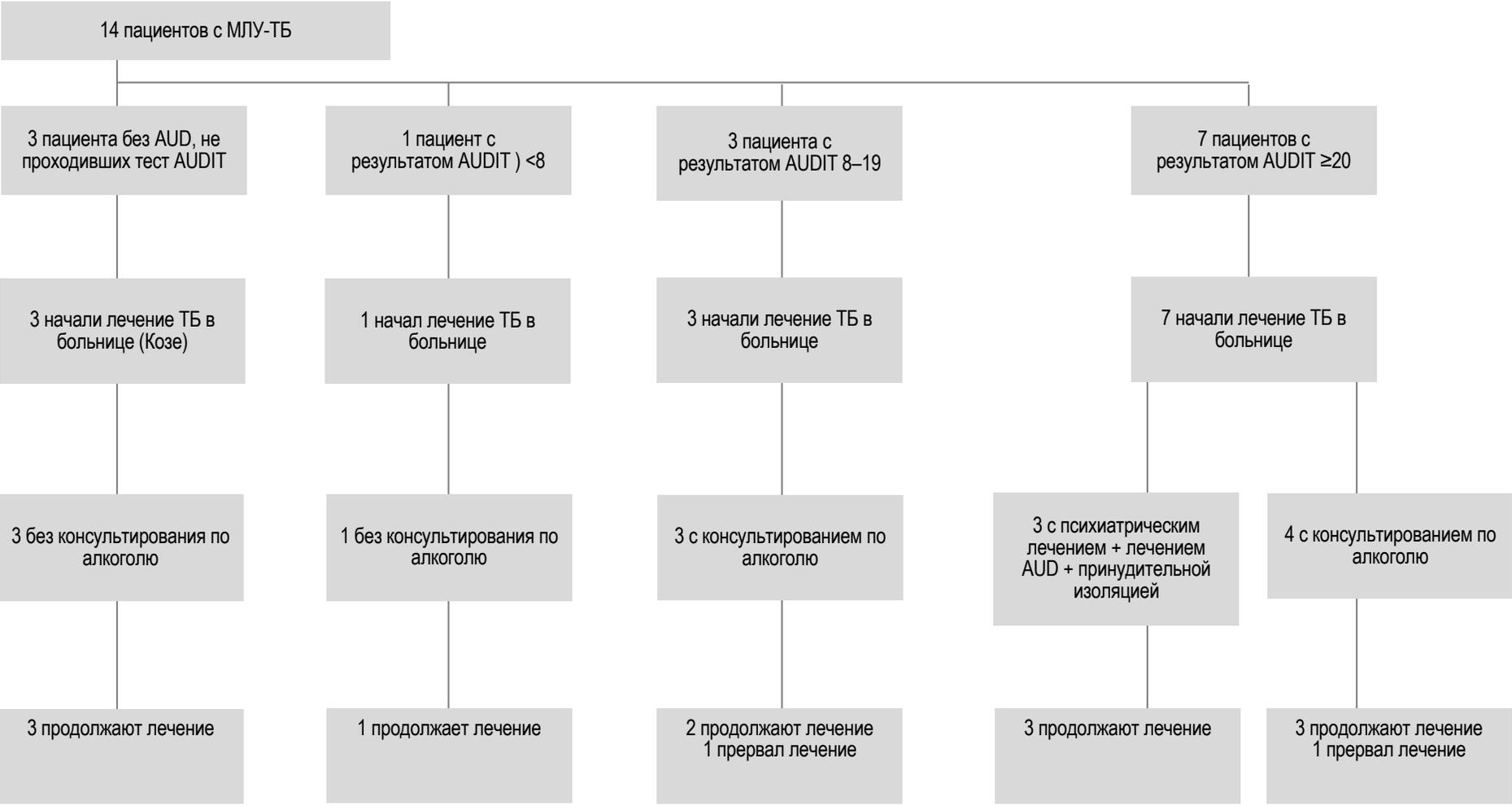
AUDIT	Пациенты, зарегистрированные на лечение ТБ (кол-во)				Показатель эффективности лечения (%)
	Всего	Излечено	Прервали	Умерло	
Подсумма без злоупотребляющих алкоголем	26	23	1	2	88%
Со сводным баллом AUDIT <8	5	4	1	0	80%
Без AUDIT, злоупотребление алкоголем исключено	21	19	0	2	90%
Подсумма со злоупотребляющими алкоголем	25	17	5	3	68%
Со сводным баллом AUDIT 8–19	3	3	0	0	100%
Со сводным баллом AUDIT ≥20	14	10	1	2	71%
Без AUDIT, предполагается злоупотребление алкоголем	8	4	3	1	50%
Итого	51	40	6	5	78%

Среди 26 пациентов без проблем с алкоголем (по мнению лечащего врача или с результатом AUDIT менее 8 баллов) 23 (88%) пациента были излечены, двое умерли и один пациент прервал лечение (лечение было возобновлено после отрыва, длившегося более двух месяцев). Среди 25 пациентов, имеющих проблемы с алкоголем (по мнению лечащего врача или с результатом AUDIT от 8 баллов и больше), 17 (68%) пациентов были излечены, двое умерли, пятеро прервали лечение (четверо возобновили лечение после отрыва, длившегося более двух месяцев).

Схема 1. Ведение пациентов с лекарственно-чувствительным ТБ



Схема 2. Ведение пациентов с МЛУ-ТБ



ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ

Данный демонстрационный проект принес ряд достижений. Необходимые инструкции и инструментарий были совместно разработаны, протестированы соответствующими специалистами и теперь готовы поддержать последовательное и быстрое распространение помощи при AUD, а также социальной помощи на всю Эстонию. Проведена соответствующая подготовка фтизиатрического персонала, предложено ее продолжение. При использовании накопленного в ходе проекта опыта лечение от AUD станет рутинной процедурой для пациентов с ТБ, и с этого момента национальный туберкулезный регистр начнет собирать данные. Система здравоохранения была значительно усилена определением лучших практик в области лечения AUD и включением их в действующую программу «Зеленой книги» национальной алкогольной политики. Кроме того, ИПЗ разработал схему возмещения БКЭ расходов на помощь в связи с AUD. Несмотря на то, что уже имеется целый ряд контрольных списков и опросников для оценки прав пациента на социальную поддержку согласно местному законодательству, разработанный в ходе проекта опросник по общей оценке социального положения и потребностей пациентов заслужил самых высоких оценок и впоследствии был принят некоторыми службами (например, службами по снижению вреда, работающими с людьми, употребляющими инъекционные наркотики).

Однако, вопреки хорошо продуманному плану и подготовке проекта, некоторые из целей оказались слишком амбициозными и не могли быть достигнуты за проектный период. Местом запуска проекта стала страна со все еще слабо развитой и мало доступной помощью при AUD. Команда проекта основывалась на предположении, что медицинские учреждения, работающие вне НПТ, могут быть достаточно мотивированы (посредством финансовой и прочей поддержки) для того, чтобы произвести необходимые изменения. Однако было решено, что в помощи нуждается малое количество пациентов с ТБ: нагрузка, составляемая другими пациентами, часто воспринимаемыми сотрудниками здравоохранения как «трудные», сделала финансовое стимулирование, предложенное за их помощь в связи с AUD, недостаточно привлекательным для служб психиатрической помощи, которые в то же время страдают от серьезной нехватки персонала. Демонстрационный проект показал, что эта помощь пациентам с ТБ не может устойчиво совершенствоваться без глубокой согласованности работы СЭРБ и БКЭ. Ясно, что Министерство социальных дел оказалось между двух огней – ограниченностью ресурсов и необходимостью решения проблемы потребления алкоголя, которая оказывает существенное влияние на здоровье населения.

Проект также не смог ввести систематическое проведение теста AUDIT для всех пациентов с ТБ. Ряд лечащих врачей предварительно отбирал пациентов для прохождения AUDIT на основе субъективной оценки вероятности наличия пагубного потребления алкоголя или AUD. В будущем понадобится дальнейшая подготовка и мотивирование персонала.

Данная инициатива не разрабатывалась как исследовательский проект, и потому очень сложно оценить влияние вновь введенных помощи при AUD и социальной помощи на результаты лечения ТБ. Окончательную оценку данному проекту можно будет дать только после того, как все пациенты, включая пациентов с МЛУ-ТБ, завершат лечение от ТБ. И даже после этого небольшая часть участвовавших

пациентов не сможет обеспечить надлежащий анализ результатов проекта по разным видам мероприятий (к которым относятся стационарное/амбулаторное лечение ТБ, консультирование при AUD, принудительная изоляция в больнице, социальная поддержка). Тем не менее, имеющиеся оценочные данные обнадеживают. Показатель успешности лечения ТБ, достигнутый в проектный период по всем новым случаям легочного ТБ (положительного по мазку), составил 78%, что превышает 68% успешности лечения в отчете за 2010 г., до того, как была предложена поддержка в связи с AUD и организация социальной помощи. Из 17 пациентов, согласившихся на тестирование AUDIT, в ходе которого было установлено их пристрастие к пагубному употреблению алкоголя и проведено алкогольное консультирование, только 1 прервал лечение, несмотря на то, что интенсивность действий в связи с AUD была скромной, а сотрудничество с психиатрическими службами недостаточным. Большинство из прервавших лечение пациентов относились к группе отказавшихся от прохождения теста AUDIT при подозрении на AUD. Возможно, это – группа пациентов, не желающих решать базовую проблему с алкоголем, что также может служить маркером для слабой приверженности лечению ТБ. Таким пациентам может понадобиться более интенсивное лечение AUD, а также социальная поддержка.

Необходима большая выборка и более длительный срок наблюдения (в особенности пациентов с МЛУ-ТБ) и, предпочтительно, надлежащий дизайн исследования, прежде чем можно будет сделать окончательный вывод об эффективности действий, проверенных в рамках данной инициативы. Полученные данные послужат основой для дальнейшего обсуждения того, чтобы БКЭ возмещала расходы на консультирование по AUD, их лечение и социальную поддержку, что будет способствовать их распространению на всю страну, а также потенциальному улучшению результатов лечения ТБ в Эстонии. С другой стороны, решение БКЭ о возмещении расходов по лечению AUD должно быть основано в первую очередь на доказательствах эффективности и экономической целесообразности мероприятий в связи с AUD как для пациентов с ТБ, так и для других пациентов.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Global tuberculosis report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (WHO/HTM/TB/2012.6) (http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf, accessed 2 October 2013).
2. Tuberculosis (TB). Download data as CSV files. WHO MDR-TB burden estimates for 2011 [website]. Geneva, World Health Organization Tuberculosis Monitoring and Evaluation Team, 2012 (https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=mdr_estimates, accessed 3 March 2013).
3. *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, accessed 2 October 2013).
4. Lonroth K et al. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health*, 2008, 8:289.
5. Rehm J et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis. A systematic review. *BMC Public Health*, 2009, 9:450.
6. Kliiman K, Altraja A. Predictors and mortality associated with treatment default in pulmonary tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2010, 14(4):454–463.
7. Babor TF et al. *AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Second edition*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/MSD/MSB/01.6a) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf, accessed 2 October 2013).
8. Greek National School of Public Health, WHO Regional Office for Europe, Hellenic Centre for Disease Control and Prevention, Greek Ministry of Health and Social Solidarity. *Conference and workshop. Addressing ethical issues in tuberculosis programmes with a special focus on social determinants. Athens, Greece, 10–12 May 2010. Meeting report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2010/conference-and-workshop-on-addressing-ethical-issues-in-tuberculosis-programmes-with-a-special-focus-on-social-determinants>, accessed 8 April 2013).
9. *Joint ECDC/WHO TB country visit 2010, Estonia. Report*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010.
10. Koppel A et al. Estonia. Health system review. *Health Systems in Transition*, 2008, 10(1):1–230.
11. *Tuberkuloosihigestumus Eestis 2008–2009 [Tuberculosis yearbook 2008–2009]*. Tallinn, National Institute for Health Development, 2010 (https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130097303485_Tuberkuloosihigestumus_eestis_2008_2009_est.pdf, accessed 16 October 2013).
12. Improving MDR-TB/TB treatment adherence by treating alcoholism: development of an innovative collaborative framework. Workshop in Tallinn, 6–7 October 2011. Tallinn,

- National Institute for Health Development, 2011
(https://intra.tai.ee/images/eventlist/schedule_pdf/workshop_programme_06-07oct11_1366797231.pdf, accessed 2 October 2013).
13. Galmanova IY et al. 'Sputnik': a programmatic approach to improve tuberculosis treatment adherence and outcome among defaulters. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15(10):1373–1379.
 14. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Metoodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõdedele [Early identification of excessive alcohol use and counselling in primary care. Methodological tool for primary care doctors and nurses]. Tallinn, National Institute for Health Development, 2012
(<http://www.terviseinfo.ee/et/truekised/download/59>, accessed 16 October 2013).
 15. Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja patsiendi nõustamine. Metoodiline juhend tuberkuloosi raviastutuste meditsiini-ja sotsiaaltöötajatele ja teistele tervishoiutöötajatele [Early detection of alcohol abuse and patient counselling. Methodological tool for the healthcare and social workers of the tuberculosis institutions and other health care workers]. Tallinn, National Institute for Health Development, 2012
(https://intra.tai.ee/images/prints/documents/134251977648_Alkoholi_liigtarvitamise_TUB_est.pdf, accessed 16 October 2013).
 16. Rollnick S, Miller WR. Motivational interviewing in health care: helping patients change behaviour. New York, NY, The Guilford Press, 2008.
 17. Rollnick S, Miller WR. Motiveeriv Intervjueerimine tervishoius. Kuidas aidata patsientidel käitumist muuta [Motivational interviewing in health care. Helping patients change behaviour]. Tallinn, National Institute for Health Development, 2012
(https://intra.tai.ee/images/prints/documents/132196115994_MI_print.pdf, accessed 16 October 2013).
 18. *Nõuandeid alkoholitarvitamise vähendamiseks [Tips for reducing alcohol consumption]*. Tallinn, National Institute for Health Development, 2013
(https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130155880660_Nouandeid_alkoholitarvitamise_vahendamiseks_est.pdf, accessed 5 Dec 2013)
 19. Много – это сколько? Советы по снижению употребления алкоголя [How much is much? Tips for reducing quantities of alcohol consumption]. Tallinn, National Institute for Health Development, 2013
(https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130155883296_Nouandeid_alkoholitarvitamise_vahendamiseks_rus.pdf, accessed 5 Dec 2013).
 20. *Kui palju on palju? Tea oma tarvitatud alkoholikoguseid [How much is much? Know the quantities of your alcohol consumption]*. Tallinn, National Institute for Health Development, 2013
(https://intra.tai.ee/images/prints/documents/13008835287_Kui_palju_on_palju_est.pdf, accessed 5 Dec 2013).
 21. Много – это сколько? Знай количество употребленного тобой алкоголя [How much is much? Know the quantities of your alcohol consumption]. Tallinn, National Institute for Health Development, 2013
(https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130088346551_Kui_palju_on_palju_rus.pdf, accessed 5 Dec 2013).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПРОЕКТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Дата	Действие
2011	
15 сентября	Подписан договор на выполнение работ между Европейским региональным бюро ВОЗ и национальным Институтом развития здоровья (ИРЗ).
5 октября	Отпечатаны материалы для пациентов (перепечатка ранее разработанных для пациентов первичной медицинской помощи (ПМП) материалов о пагубном употреблении алкоголя, единиц алкоголя, а также материалы для консультирования: Nõuandeid alkoholitarvitamise vähendamiseks [Советы по сокращению употребления алкоголя] (18). Много – это сколько? Советы по снижению употребления алкоголя (19). Kui palju on palju? Tea oma tarvitatud alkoholikoguseid [Много – это сколько? Знай количество употребленного тобой алкоголя] (20). Много – это сколько? Знай количество употребленного тобой алкоголя (21).
6–7 октября	В Таллинне проведен семинар «Повышение приверженности лечению МЛУ-ТБ/ТБ путем лечения алкоголизма: выработка инновационной схемы сотрудничества» (12). Обмен опытом в лечении туберкулеза (ТБ) / расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUD), между Российской Федерацией, Латвией, Литвой и Эстонией. Обсуждение схемы сотрудничества.
17 февраля – 23 ноября	Фтизиатрический персонал обучен тесту на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT), и мотивационному консультированию: двухдневные семинары в Вильяндской больнице (17 февраля 2011 г. и 19 мая 2011 г.) и в отделении Козе Северо-Эстонской региональной больницы (СЭРБ) (2 марта 2011 г. и 23 ноября 2011 г.).
9 ноября	В ходе координационного совещания обсуждена и согласована схема сотрудничества.
22 ноября	В национальной конференции по алкоголю под названием Nordic footsteps («Скандинавский путь») для подготовки Стратегического плана Эстонии по алкоголю участвовали двое международных консультантов (Håkan Leifman из Центра психиатрических исследований Медицинского института Каролинска, Швеция, (Centre for Psychiatry Research of Karolinska Institutet in Sweden) и Thomas Karlsson из Отделения алкоголя, наркотиков и зависимости Национального института здоровья и социального обеспечения, Финляндия (Department of Alcohol, Drugs and Addiction of the National Institute for Health and Welfare in Finland).
Ноябрь	В больницу СЭРБ в Козе нанят дополнительный врач психиатрического профиля.
1–2 декабря	Состоялась учебная поездка в Финляндию, в больницы Järvenpää Social Rehabilitation Substance Abuse Hospital и Espoo A-Clinic. Участвовали представители Эстонского общества психиатров, Национальной программы борьбы с туберкулезом (НПТ) и ИРЗ.
Декабрь	Разработан опросник для оценки социального положения пациентов.
Декабрь	Разработана и отпечатана практическая методика по AUDIT для фтизиатрического персонала (тест, примеры блоков теста и суммарный балл).
Декабрь	В Больничную кассу Эстонии (БКЭ) подано ходатайство о включении в преискурант новой позиции: Лечение пациентов с ТБ при AUD и/или наркотической зависимости (включая социальную поддержку и трудотерапию) в туберкулезных отделениях.
Декабрь	СЭРБ разработан инструмент для сбора данных на базе Microsoft Excel.
2012	
1 января	Начато включение пациентов.
3 февраля	Проведен круглый стол для заинтересованных лиц по плану лечения и консультированию пациентов с AUD в Эстонии.
6 марта	Координационное совещание с социальными работниками, представителями НПТ и СЭРБ по вопросу подготовки социальных работников Таллинна и Харьюского уезда к работе с больными ТБ.

Дата	Действие
9 марта	Проведен круглый стол для заинтересованных лиц по плану лечения и консультированию пациентов с AUD в Эстонии.
14 марта	Координационное совещание с представителями НПТ, СЭРБ и ИРЗ по разработке НПТ на 2013–2016 г. и плану расширения лечения ТБ/AUD.
23 марта	Семинар по лечению AUD для психиатров в Вильяндиской больнице.
27 марта	Осуществлена подготовка социальных работников по раннему выявлению AUD, мотивационному консультированию и краткосрочному вмешательству.
Март	Изменены механизмы социальной поддержки, введены новые (в отделение СЭРБ в Козе принесены настольные игры для пациентов с ТБ).
Март – май	Отредактированы инструкции по AUDIT для фтизиатрического персонала (социальные аспекты и лечение ТБ/AUD), на июнь 2012 г. запланирована печать.
10 апреля	Проведена подготовка социальных работников по раннему выявлению AUD, мотивационному консультированию и краткосрочному вмешательству.
20 апреля	Проведена подготовка туберкулезного персонала в Вильянди по лечению ТБ/AUD, мотивационному консультированию и предотвращению профессионального выгорания.
Май	Изменены механизмы социальной поддержки, введены новые (в отделение СЭРБ в Козе установлены компьютеры для пациентов с беспроводным доступом в интернет).
Июнь	Отпечатаны инструкции по AUDIT: Раннее выявление злоупотребления алкоголем и консультирование пациентов. Методический инструмент для медицинских и социальных работников туберкулезных учреждений, а также для других медицинских работников.
Июнь	Переиздан практический инструмент по AUDIT (первая редакция для фтизиатрического персонала отпечатана в декабре 2011 г.) для применения во всех подразделениях первичной медицинской помощи (тест, примеры блоков теста и оценка суммарного балла).
30 июня	Данные по 105 пациентам с ТБ внесены в форму мониторинга.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. AUDIT

AUDIT (версия для самостоятельного представления информации)

ПАЦИЕНТ: Употребление алкоголя может влиять на ваше здоровье и препятствовать действию определенных лекарств и процедур, поэтому ответы на вопросы об алкоголе имеют для нас важное значение. Ваши ответы останутся конфиденциальными, так что, пожалуйста, будьте честны.

Проставьте X в те клетки, ответ в которых наиболее точно описывает вашу ситуацию.

Вопросы:	0	1	2	3	4
1. Как часто вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?	Никогда	Раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще
2. Сколько стандартных доз / порций алкогольных напитков вы обычно употребляете в день, когда выпиваете?	1 или 2	3 или 4	5 или 6	от 7 до 9	10 и более
3. Как часто Вы выпиваете 6 или более доз/порций алкоголя в течение одной выпивки?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
4. Сколько раз за последний год вы обнаруживали, что не можете остановиться, если начали пить?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
5. Сколько раз за последний год вы под воздействием алкоголя делали то, чего не сделали бы в нормальном состоянии?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
6. Как часто в течение последнего года с утра вам нужна была порция алкоголя, чтобы прийти в себя после запоя?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
7. Сколько раз за последний год, выпив, вы испытывали чувство вины или угрызения совести?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
8. Как часто в течение последнего года в результате употребления алкоголя вы были неспособны вспомнить, что происходило ночью?	Никогда	Реже одного раза в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
9. Становилась ли выпивка причиной вреда для вас или кого-то еще?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года
10. Случалось ли, что родственник, друг, врач или другой медицинский работник были обеспокоены тем, что вы употребляете алкоголь, или советовали бросить пить?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года

Всего

Источник: Babor et al., 2001 (7).

**The WHO Regional
Office for Europe**

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Denmark
Estonia
Finland
France
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Israel
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Latvia
Lithuania
Luxembourg
Malta
Monaco
Montenegro
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
San Marino
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
The former Yugoslav
Republic of Macedonia
Turkey
Turkmenistan
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan

**World Health Organization
Regional Office for Europe
WHO Country Office, Estonia**

29, Gonsiori Str, 10147 Tallinn, Estonia
Tel.: +372 626 9350. Fax: +372 626 9353. Email: whoest@euro.who.int
Website: www.euro.who.int/Estonia