



**World Health  
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

**Европейский региональный комитет**  
Шестьдесят первая сессия

EUR/RC61/Inf.Doc./3

**Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.**

11 августа 2011г.

Пункт 6(f) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## **Дорожная карта для реализации**

### **Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг.**

В ответ на тревожную проблему туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ и для развертывания комплексных ответных действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ для всех 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ и партнеров был разработан Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. План имеет шесть стратегических направлений и семь областей вмешательства. Стратегические направления, охватывающие целый ряд аспектов, выводят на первый план корпоративные приоритеты региона. Области вмешательства определены в соответствии с Глобальным планом «Остановить ТБ на 2001-2015 гг. и включают в себя те же целевые показатели, что были установлены Глобальным планом и резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.15 для обеспечения всеобщего доступа к услугам диагностики и лечения МЛУ-ТБ. Реализация комплексного плана действий будет означать предотвращение появления 250 000 новых больных МЛУ-ТБ и 13 000 больных ШЛУ-ТБ, диагностирование расчетных 225 000 больных МЛУ-ТБ и из них успешное лечение, как минимум, 127 000, и соответственно - прерывание распространения МЛУ-ТБ, спасение 120 000 жизней и экономию 5 миллиардов долларов США.

## Содержание

	страница
Выражение благодарности .....	3
Список сокращений .....	4
Исполнительное резюме .....	5
Введение и предпосылки .....	6
Краткий обзор комплексного плана действий .....	13
Цель .....	13
Целевые показатели .....	13
Стратегические направления .....	13
Области вмешательств .....	14
Промежуточные результаты .....	14
Стоимость реализации плана .....	15
Ожидаемые достижения .....	16
Региональный анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз в отношении М/ШЛУ-ТБ .....	17
Сильные стороны .....	17
Слабые стороны .....	18
Возможности .....	22
Угрозы <sup>22</sup> .....	22
Области вмешательств (адаптировано из задач Глобального плана 2011–2015) .....	24
1. Предотвращение развития случаев МЛУ-ТБ .....	24
2. Расширение доступа к услугам тестирования устойчивости к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда и тестирования и консультирования на ВИЧ для больных ТБ .....	28
3. Расширение доступа к эффективному лечению всех форм лекарственно- устойчивого туберкулеза .....	29
4. Нарращивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля ...	33
5. Усиление эпиднадзора, включая учет и отчетность по данным о лекарственно- устойчивом ТБ .....	35
6. Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса .....	37
7. Учет потребностей особых групп населения .....	46
Ссылки .....	49
Библиография .....	50
Приложение 1. Система мониторинга исполнения Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ .....	53
Приложение 2. Области вмешательств, обозначенные в Комплексном плане действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ .....	65
Приложение 3. Расчет стоимости реализации Комплексного плана по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью ..	70

## Выражение благодарности

Европейское региональное бюро ВОЗ благодарит нижеперечисленных людей за их работу по подготовке этого документа:

Dr Gunta Dravniece, KNCV Tuberculosis Foundation, Netherlands  
Dr Philipp Du Cros, Médecins Sans Frontières, United Kingdom  
Dr Peter Gondrie, KNCV Tuberculosis Foundation, Netherlands  
Dr EinarHeldal, International Union against Tuberculosis and Lung Disease, Norway  
Professor Sven Hoffner, Swedish Institute for Infectious Disease Control, Sweden  
Dr Barbara Hauer, Robert Koch Institute, Germany  
Ms Ineke Huitema, KNCV Tuberculosis Foundation, Netherlands  
Ms Sandra Irbe, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Switzerland  
Д-р Андрей Марьяндышев, Северный государственный медицинский университет, Российская Федерация  
Dr Andrei Mosneaga, Center for Health Policies and Studies, Republic of Moldova  
Mr Paul Sommerfeld, TB Alert, United Kingdom  
Dr SoerenThybo, Rigshospital, Denmark  
Д-р Гульноз Узаква, Министерство здравоохранения, Узбекистан  
Mr WimVandavelde, European AIDS Treatment Group, Belgium  
Mr NimnathWithanachchi, Royal Tropical Institute, Netherlands  
Д-р Аскар Едильбаев, Партнеры во имя здоровья, Казахстан  
Dr Andrei Zagorsky, Management Sciences for Health, United States of America

Многие представители стран и эксперты со всего региона, а также сотрудники штаб-квартиры ВОЗ поделились своим мнением и комментариями в отношении этого документа.

Доктор Masoud Dara, менеджер программы ЕРБ ВОЗ по туберкулезу и туберкулезу с множественной и широкой лекарственной устойчивостью подготовил первый проект Плана действий и возглавил весь процесс подготовки. Доктор Hans Kluge, специальный представитель регионального директора по вопросам предотвращения МШЛУ ТБ и борьбы с этими формами заболевания в Европейском регионе ВОЗ, руководил работой над этим документом и предоставлял необходимые рекомендации, а доктор Огтай Гёзалов, сотрудник отдела инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды Европейское региональное бюро ВОЗ, включал в документ комментарии рецензентов. Доктор Андрей Даду (Andrei Dadu), сотрудник и Доктор Кристин Кремер (Kristin Kremer), научный сотрудник отдела инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды Европейское региональное бюро ВОЗ провели ревизию ожидаемых результатов и главу по эпидемиологии.

## Целевая аудитория

Этот документ написан, главным образом, для тех, кто отвечает за борьбу с туберкулезом в министерствах здравоохранения и других органах государственной власти, ответственных за здравоохранение в пенитенциарных службах, за финансирование здравоохранения, за санитарно-просветительскую работу и социальное обеспечение в государствах-членах Европейского региона ВОЗ. Он также побуждает и поддерживает более активное участие гражданского общества и сообществ, пострадавших от заболевания, профессиональных обществ, партнеров и доноров, национальных и международных технических организаций, включая Европейское региональное бюро ВОЗ, и всех заинтересованных сторон, участвующих в борьбе с туберкулезом в регионе.

## Список сокращений

АИВСМ	Адвокация, информационное взаимодействие и социальная мобилизация
АМР	Агентство США по международному развитию
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЕС	Европейский союз
ЕЦКЗ	Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний
ЕЭЗ	Европейская экономическая зона
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (устойчивость, как минимум, к изониазиду и рифампицину)
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ТБ	Туберкулез
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
DOTS	Первый компонент и основной элемент стратегии «Остановить ТБ», рекомендованной ВОЗ
EXPAND TB	Расширение доступа к новым средствам диагностики (проект)
XDR-TB	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, а также к любому фторхинолону и, как минимум, к одному из трех инъекционных препаратов второго ряда (амикацину, капреомицину или канамицину)
Xpert MTB/rifampicin	Автоматический диагностический тест на картриджной основе, который способен выявлять микобактерии туберкулеза и устойчивость к рифампицину (RIF)

## Исполнительное резюме

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

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

Для развертывания комплексных ответных действий по предотвращению и контролю М/ШЛУ-ТБ для всех 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ и партнеров был разработан Комплексный план действий. План имеет шесть стратегических направлений и семь областей вмешательства. Стратегические направления, охватывающие целый ряд аспектов, выводят на первый план корпоративные приоритеты Европейского региона ВОЗ. Области вмешательства определены в соответствии с Глобальным планом «Остановить ТБ на 2001-2015 гг. и включают в себя те же цели, что были установлены Глобальным планом и резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.15 для обеспечения всеобщего доступа к услугам диагностики и лечения МЛУ-ТБ.

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

Европейское региональное бюро ВОЗ разработало и включило в Комплексный план действий основу для мониторинга и оценки мероприятий. Для успешного выполнения и помощи в реализации комплексного плана действий в сотрудничестве с партнерами будет разработана общая платформа действий. В основе Комплексного плана действий лежат основные принципы стратегии Здоровье-2020, в которой отражена концепция равноправного доступа к услугам здравоохранения.

Комплексный план действий вместе с сопроводительной резолюцией представлен для утверждения Европейским региональным комитетом ВОЗ на его шестьдесят первой сессии, которая пройдет в Баку, Азербайджан, в сентябре 2011 г. Краткая версия Плана разработана для принятия государствами-членами.

Европейское региональное бюро ВОЗ оказывало помощь государствам-членам с высоким бременем МЛУ-ТБ при разработке национальных планов ответных действий в отношении МЛУ-ТБ, основанных на обязательствах, принятых министрами 27 стран мира с высоким бременем М/ШЛУ-ТБ, на совещании в Пекине в 2009 г. Комплексный

план действий направит государства-члены на путь дальнейшего развития и интегрирования их национальных планов ответных действий в отношении МЛУ-ТБ в национальные планы борьбы с ТБ и/или национальные стратегические планы здравоохранения.

Целями Плана является 20% снижение доли МЛУ-ТБ среди ранее леченных больных, диагностирование, как минимум, 85% всех расчетных больных МЛУ-ТБ и успешное лечение, по крайней мере, 75% всех зарегистрированных больных с МЛУ-ТБ к концу 2015 года.

В результате успешной реализацией Комплексного плана действий будет предотвращено появление около 250 000 новых больных МЛУ-ТБ и 13 000 больных ШЛУ-ТБ, 225 000 расчетных больных МЛУ-ТБ будет диагностировано и, как минимум, 127 000 из них будет успешно пролечено, что в свою очередь прервет распространение МЛУ-ТБ, будет спасено около 120 000 жизней и сэкономлено 5 миллиардов долларов США

## **Введение и предпосылки**

Туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) – это явление, порожденное самими людьми, которое возникает как результат несоответствующего лечения туберкулеза и/или неудовлетворительного инфекционного контроля, осуществляемого в отношении инфекций, передающихся воздушным путем, в медицинских учреждениях и местах большого скопления людей. В 2009 году в Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано почти 330 000 новых и рецидивных случаев ТБ (5,6% мирового бремени) и более 46 000 смертей от ТБ, большая часть которых приходилась на 18 стран региона. Это сделало задачу борьбы с ТБ высокоприоритетной(1).<sup>1</sup> Несмотря на то, что с 2005 года отмечается тенденция на снижение количества случаев регистрации ТБ, показатели регистрации впервые выявленных случаев и рецидивов ТБ в 18 странах высокого приоритета остаются в восемь раз выше, чем в других странах региона (73 по сравнению с 9 случаями на 100 000) и в два раза выше, чем средний показатель по региону (37 на 100 000 населения) (2).

Из 440 000 (диапазон 390 000–510 000) расчетных случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в мире, как первичных, так и приобретенных, предполагается, что 81 000 (диапазон 73 000–90 000) сосредоточена в Европейском регионе (18.4% мирового бремени). В регион также входит 15 первых стран мира с наивысшими долями МЛУ-ТБ среди впервые выявленных и ранее леченных случаев ТБ (Рис. 1,2) (3).<sup>2</sup> Из 27 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ, 15 расположены в Регионе (4). Кроме этого сообщалось о том, что МЛУ-ТБ в регионе связан с большим количеством первичных детерминантов здоровья, таких как низкий социально-экономический статус,

---

<sup>1</sup> Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Румыния, Россия, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украина и Узбекистан, Эстония.

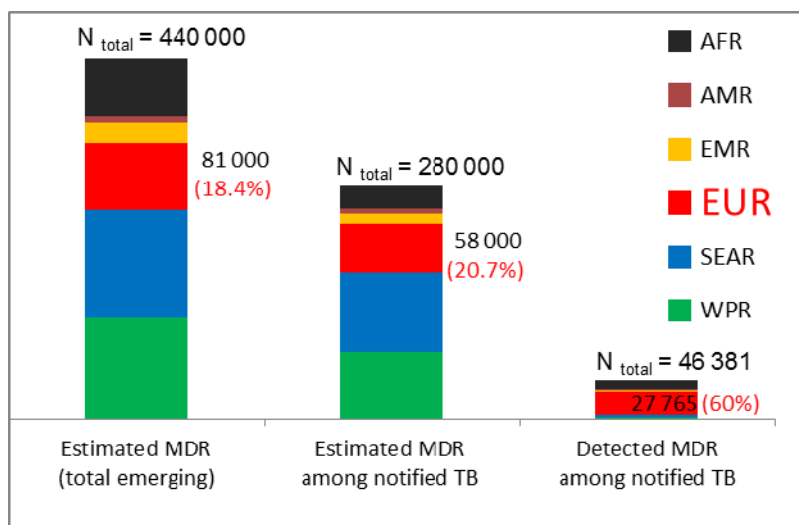
<sup>2</sup> Страны с высоким бременем МЛУ-ТБ были отобраны на основании расчетного абсолютного количества (как минимум, 4000) ежегодно появляющихся случаев МЛУ-ТБ и, как минимум, 10% всех впервые зарегистрированных случаев ТБ с предполагаемым МЛУ-ТБ по данные на 2008 г. Пятнадцать стран Европейского региона ВОЗ с высоким бременем МЛУ-ТБ: Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украина и Узбекистан, Эстония..

миграция и урбанизация, которые ведут к возникновению вторичных факторов риска, таких как плохие условия жизни (плохие санитарные условия, недостаточное питание) нахождение в местах лишения свободы, особый тип поведения, который сказывается на состоянии здоровья или особые состояния (табакокурение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, диабет) и ВИЧ-инфекция, которые вызывают беспокойство в большинстве стран региона вне зависимости от их бремени туберкулеза.

Как на мировом, так и на региональном уровне наблюдается несомерно высокое количество случаев ТБ и МЛУ-ТБ среди мужчин, так как они с большей вероятностью оказываются по воздействию факторов риска, таких как табакокурение и употребление алкоголя или тюремное заключение. Однако гендерные различия в показателях регистрации ТБ в некоторых Европейских странах оказываются более значительными, чем ожидалось, что указывает на вероятность несвоевременного обращения за услугами диагностики и медицинской помощи некоторых женщин.

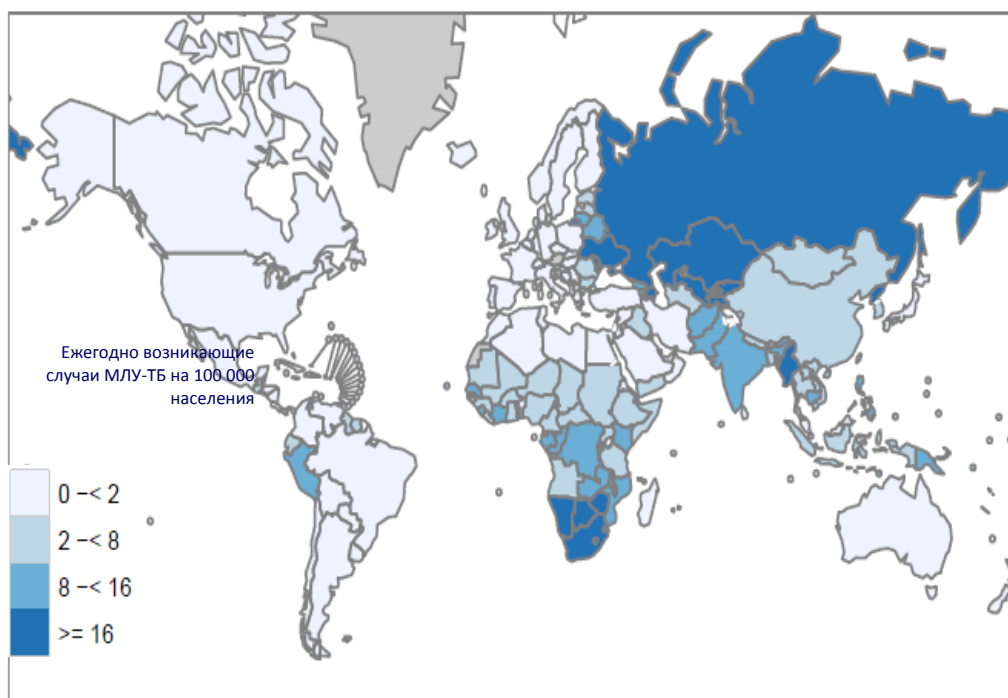
МЛУ-ТБ – это результат несоответствующего лечения туберкулеза, который затем может распространяться в обществе, и/или неудовлетворительного инфекционного контроля, осуществляемого в отношении инфекций, передающихся воздушным путем, в медицинских учреждениях и местах большого скопления людей. Кроме того, это результат разного воздействия перечисленных выше факторов риска и неравноправного доступа к услугам системы здравоохранения и социальной защиты.

Рис.1. Доля случаев МЛУ-ТБ, появившихся и зарегистрированных в Европейском регионе ВОЗ по сравнению с другими регионами ВОЗ, 2009



Источник: Всемирная Организация Здравоохранения (3).

Рис.2. Расчетная заболеваемость МЛУ-ТБ в мире, 2009



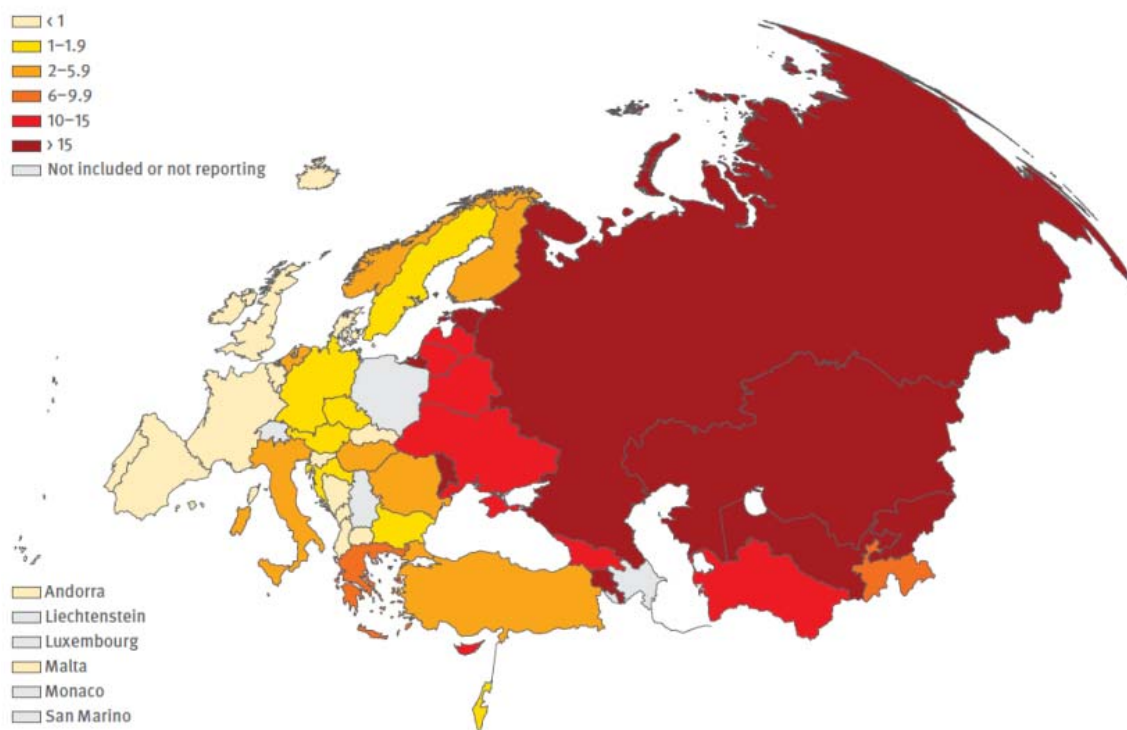
Источник: Всемирная Организация Здравоохранения (3).

Доля МЛУ среди впервые выявленных и ранее леченных больных ТБ в 2009 году была весьма тревожной и составила 11,7% и 36,6% соответственно (Рис.3). Кроме того, многие страны в регионе, включая страны Евросоюза/Европейской экономической зоны (ЕС/ЕЭЗ),<sup>3</sup> сообщают о появлении случаев туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). Несмотря на все еще очень низкий охват тестированием лекарственной чувствительности к препаратам второго ряда, особенно в Восточной Европе, общее количество больных ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ), зарегистрированных в регионе, увеличилось почти в три раза - с 132 в 2008 году до 344 в 2009 году, подавляющее большинство этих больных (81%) было зарегистрировано в странах, не принадлежащими к Европейскому союзу /ЕЭЗ. Для диагностики ШЛУ-ТБ необходимо иметь доступ к определению лекарственной чувствительности к препаратам второго ряда, которое еще не является широкодоступным для всех пациентов.

<sup>3</sup> 30 стран Европейского союза и Европейской экономической зоны: Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Исландия, Кипр, Ирландия, Испания, Италия, Латвия, Лихтенштейн, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Соединённое Королевство, Финляндия, Франция, Чешская республика, Швеция, Эстония. Остальные 24 страны в Европейском регионе ('не-ЕС/ЕЭЗ'): Албания, Андорра, Армения, Азербайджан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Израиль, Казахстан, Кыргызстан, бывшая Югославская Республика Македония, Молдова, Монако, Россия, Сан-Марино, Сербия, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украина, Узбекистан, Хорватия, Черногория, Швейцария



Рис. 3. Количество зарегистрированных случаев ТБ с первичной лекарственной устойчивостью, Европа, 2009 г. (%)



*Источник:* Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний/ Европейское региональное бюро ВОЗ (2).

*Примечание.* Данные из Косово (в соответствии с резолюцией Совет Безопасности ООН 1244 (1999) не включены в отчетные данные по Сербии.

В 2009 г. из 81 000 (разброс 73 000–90 000) предполагаемых больных МЛУ-ТБ было зарегистрировано лишь 27 765 случаев (34%) вследствие ограниченного лабораторного потенциала (Таблица 1) (2,3). Из них лишь 61.8% (17 169 случаев), как сообщалось, получали соответствующее лечение качественными препаратами второго ряда.

Таблица 1. Пятнадцать стран с высоким бременем МЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ с расчетной заболеваемостью более 4000 случаев МЛУ-ТБ в год и/или, как минимум, 10% впервые зарегистрированных случаев МЛУ-ТБ

Страны	Расчетная ежегодная заболеваемость МЛУ-ТБ, случаи (95% ИД)	Расчетные случаи МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ (%) (95% ИД)	Случаи МЛУ-ТБ по отчетам за 2009
Армения	480 (380–580)	9.4 (7.3–12.1)	156
Азербайджан	4 000 (3300–4700)	22.3 (19.0–26.0)	–
Беларусь	800 (260–1300)	12.5 (0.0–25.3)	867
Болгария	460 (99–810)	12.5 (0.0–25.3)	43
Грузия	670 (550–780)	6.8 (5.2–8.7)	369
Казахстан	8 100 (6400–9700)	14.2 (11.0–18.2)	3644
Кыргызстан	1 400 (350–2400)	12.5 (0.0–25.3)	785
Латвия	170 (140–200)	12.1 (9.9–14.8)	131
Литва	330 (270–390)	9.0 (7.5–10.7)	322
Республика Молдова	2 100 (1700–2400)	19.4 (16.8–22.2)	1069
Российская Федерация	38 000(30 000–45 000)	15.8 (11.9–19.7)	14 686
Таджикистан	4 000 (2900–5100)	16.5 (11.3–23.6)	319
Украина	8 700 (6800–11 000)	16.0 (13.8–18.3)	3482
Узбекистан	8 700 (6500–11 000)	14.2 (10.4–18.1)	654
Эстония	94 (71–120)	15.4 (11.6–20.1)	86

Источник: Всемирная организация здравоохранения (5).

Лечение больных МЛУ-ТБ требует большого количества времени, до двух лет. Оно проходит с использованием препаратов второго ряда и иногда хирургических вмешательств, часто сопровождается побочными эффектами, которые становятся дополнительным бременем для пациентов и их семей. В 2008 в Регионе показатель успешного лечения среди больных МЛУ-ТБ препаратами второго ряда гарантированного качества составил 57,4%, в то время как другая треть зарегистрированных больных МЛУ-ТБ не имела доступа (или о них не сообщалось, как об имеющих доступ) к качественному лечению. Доступ к качественным препаратам второго ряда для лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ ограничен во многих государствах-членах. Некоторые из этих препаратов оказываются слишком дорогостоящими и/или не доступными для всех больных

Часто система снабжения лекарственными препаратами оказывается неспособной обеспечить лечение на протяжении всего курса терапии. Стационары испытывают серьезные задержки с поставками, что в некоторых случаях способствует развитию М/ШЛУ-ТБ, в то время как амбулаторные службы сталкиваются со значительными проблемами по обеспечению непрерывности оказания медицинской помощи и доступа к медицинским услугам для социально уязвимых групп населения.

Несмотря на хорошие результаты, достигнутые в нескольких странах, система контроля ТБ еще полностью не включила пенитенциарную систему. Во многих странах все еще существуют различия в политике и администрировании, в том числе и в финансовых возможностях министерств здравоохранения и руководителей здравоохранения пенитенциарной системы, что ведет к неодинаковому состоянию служб систем здравоохранения.

В настоящее время в большинстве диагностических и лечебных учреждений не реализован рекомендованный ВОЗ комплекс мер инфекционного контроля за

распространением инфекций, передающихся воздушным путем. Последние имеющиеся данные, полученные из 15 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ, указывают на то, что реализация мероприятий по противотуберкулезному инфекционному контролю носит все еще ограниченный характер. Оценка противотуберкулезного инфекционного контроля была проведена в десяти странах с высоким бременем МЛУ-ТБ. Национальные планы противотуберкулезного инфекционного контроля существуют лишь в четырех странах, а шесть стран сообщили о том, что их планы находятся в стадии разработки.

В ответ на тревожную проблему М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ региональный директор учредил Специальный проект по предотвращению и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в государствах-членах. Региональное бюро в сотрудничестве и при координации действий с другими партнерами предоставило руководящие указания и техническую помощь государствам-членам для повышения уровня профилактики и контроля ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ, медицинской помощи, включая планирование и управление программами, инфекционный контроль в отношении инфекций, передаваемых воздушным путем, эпиднадзор, мониторинг и оценку, развитие кадрового потенциала, лабораторную диагностику гарантированного качества, разработку руководств и стратегий, предоставление качественных лекарственных препаратов через Глобальную службу обеспечения противотуберкулезными препаратами (GDF) и Комитет Зеленого света (КЗС), включая также адвокацию, обмен информацией и социальную мобилизацию. Необходимо повысить институциональный потенциал систем здравоохранения для проведения устойчиво развивающихся и эффективных мероприятий по профилактике и контролю М/ШЛУ-ТБ.

Бацилла Кальмета-Герена (БЦЖ) – единственная имеющаяся в настоящее время в распоряжении вакцина от туберкулеза – впервые использовалась в 1921 г.; она имеет ограниченную эффективность для защиты от заболевания и не может использоваться применительно к людям, живущим с ВИЧ инфекцией, однако она может до некоторой степени уберечь детей от развития у них тяжелых форм туберкулеза. Самые эффективные препараты, используемые для лечения туберкулеза, были открыты в 1950-е годы, после чего в практику были введены другие лекарственные средства, зачастую имеющие более частые и тяжелые побочные эффекты. В настоящее время срочно необходимы более эффективные лекарственные препараты и вакцины, в том числе для детей и людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, и европейские научно-исследовательские институты могут сыграть важную роль в изучении и разработке новых лекарств и вакцин.

Недавно Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала быстрый тест амплификации нуклеиновых кислот для диагностики туберкулеза и устойчивости к рифампицину; однако эта технология и другие утвержденные ВОЗ диагностические методы еще не нашли широкого применения в большинстве стран региона с высоким бременем МЛУ-ТБ, в то время как требуется их безотлагательное внедрение.

Берлинская декларация по туберкулезу, принятая в 2007 году, обязывает все государства, являющиеся членами Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), бороться с туберкулезом и должным образом решать проблемы, связанные с М/ШЛУ-ТБ (6). Соответствующие вмешательства, направленные на решение проблемы лекарственно-устойчивого туберкулеза, требуют надлежащего планирования работы и ее эффективной реализации на национальном уровне, всесторонних подходов в странах и между странами, сильной поддержки со стороны национальных и международных партнеров. Поэтому они зависят от сильного институционального потенциала на национальном, субнациональном и транснациональном уровнях. Министры 27 стран мира с высоким бременем М/ШЛУ-ТБ с 1 по 3 апреля 2009 года провели встречу в Пекине, Китай, для безотлагательного решения вопроса угрозы М/ШЛУ-ТБ. Это нашло свое отражение в Призыве к действиям в отношении М/ШЛУ-ТБ для оказания помощи в

усилении программы работы в здравоохранении и гарантии того, что будут приняты безотлагательные и необходимые обязательства действовать и выделять финансовую помощь для предотвращения грядущей эпидемии (7). В мае 2009 г. резолюция 62.15 Всемирной ассамблеи здравоохранения призвала все государства, являющиеся членами Европейского региона ВОЗ, добиться к 2015 году обеспечения всеобщего доступа к диагностике и лечению МЛУ-ТБ в качестве перехода к всеобщему охвату населения услугами здравоохранения, таким образом, спасая жизни людей и защищая сообщества (8). Пятнадцать Европейских стран с высоким бременем МЛУ-ТБ уже разработали свои национальные планы ответных действий в отношении М/ШЛУ-ТБ на 2011-2015 гг. Теперь им необходимо сверить свои утвержденные национальные планы по ТБ с новыми обязательствами по предотвращению и контролю М/ШЛУ-ТБ.

Директор Европейского регионального бюро подтвердила решительную приверженность ВОЗ борьбе с ТБ и М/ШЛУ-ТБ как региональному приоритету и поддержала разработку плана действий для предотвращения и борьбы с М/ШЛУ-ТБ и борьбы с этими формами заболевания в регионе. Такая позиция была утверждена на шестнадцатой сессии Регионального комитета в Москве в сентябре 2010 г.

Для развертывания комплексных ответных действий по предотвращению и контролю М/ШЛУ-ТБ для всех 53 государств-членов, Европейского регионального бюро ВОЗ и партнеров был разработан Комплексный план действий. План имеет шесть стратегических направлений и семь областей вмешательства. Стратегические направления, охватывающие целый ряд аспектов, разработаны для защиты ценностей стратегии «Здравоохранение 2020» и выводят на первый план корпоративные приоритеты Европейского региона ВОЗ. Области вмешательства определены в соответствии с Глобальным планом «Остановить ТБ на 2001-2015 гг. и включают в себя те же цели, что были установлены Глобальным планом и резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.15 для обеспечения всеобщего доступа к услугам диагностики и лечения МЛУ-ТБ.

Комплексный план действий разработан под руководством независимой координационной группы, которая включала представителей государств - членов, технических агентств и гражданских обществ, принимающих участие в борьбе с ТБ в Европе.<sup>4</sup> Комплексный план действий следует Пекинским обязательствам и Берлинской декларации.

Координационная группа, работу которой возглавляло Региональное бюро, разработала основу для мониторинга и оценки мероприятий для документального подтверждения успехов в реализации Плана (Приложение 1).

---

<sup>4</sup>Координационная группа включала в себя Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)), Европейскую комиссию, Европейское респираторное общество, Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких, Нидерландскую королевскую ассоциацию по борьбе с туберкулезом (KNCV), организацию «Партнеры во имя здоровья» (Partners in Health), Агентство США по международному развитию (USAID), Штаб-квартиру ВОЗ и ВОЗ/ЕРБ. В октябре 2010 г. Координационная группа расширила свой состав для включения представителей гражданского общества. В группу были приглашены англоговорящие координаторы из следующих государств – членов: Германии, Нидерландов, Румынии, Российской Федерации, Словакии и Узбекистана.

## Краткий обзор комплексного плана действий

### Цель

Сдержать распространение лекарственно-устойчивого туберкулеза путем достижения всеобщего доступа<sup>5</sup> к профилактике, диагностике и лечению М/ШЛУ-ТБ во всех государствах-членах Европейского региона ВОЗ к 2015 году(8).

### Целевые показатели

Комплексный план действий нацелен на то, чтобы:

- К концу 2015 года снизить на 20% долю МЛУ-ТБ среди ранее леченых больных;<sup>6</sup>
- К концу 2015 года диагностировать, как минимум, 85% от расчетного количества больных МЛУ-ТБ;<sup>7</sup>
- К концу 2015 года успешно лечить, как минимум, 75% от расчетного количества больных, страдающих МЛУ-ТБ

### Стратегические направления

Шестью стратегическими направлениями Комплексного плана действий являются:

- (i) Выявление детерминант, содействующих появлению и распространению лекарственно-устойчивого туберкулеза, и направление усилий на эти детерминанты и лежащие в их основе факторы риска (области вмешательства 1, 4, 6 и 7).
- (ii) Усиление реагирования систем здравоохранения через предоставление общедоступных и приемлемых услуг с использованием подходов, ориентированных на пациентов. Для охвата наиболее уязвимых групп населения важно, чтобы все барьеры на пути к получению медицинских услуг были разрушены, а услуги оставались для пациентов действительно бесплатными. Необходимо внедрить инновационные механизмы для устранения препятствий на пути к достижению основанного на принципах социальной справедливости доступа к диагностике и лечению лекарственно-устойчивого ТБ и создания для пациентов системы стимулов и средств, помогающих завершить их лечение (области вмешательства 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7).
- (iii) Работа в национальных, региональных и международных партнерствах в деле профилактики, контроля и лечения ТБ (область вмешательства 6).

---

<sup>5</sup>Всеобщий доступ определяется как научно-обоснованные практики и качественные услуги, общедоступные и приемлемые для людей, вне зависимости от их возраста, пола, сексуальной ориентации, религии, происхождения, национальности, социально-экономического статуса или географических условий.

<sup>6</sup>Понятно, что за время осуществления этого Плана действий будет сложно, если вообще возможно, значительно снизить показатели первичного МЛУ-ТБ и отнести полученный результат к реализации данного плана. Независимо от совершенствования инфекционного контроля при работе с инфекциями, передающимися воздушным путем в медицинских учреждениях и местах массового скопления людей, у многих инфицированных штаммом МЛУ-ТБ в сообществе в ближайшем будущем разовьется МЛУ-ТБ, однако доля МЛУ – ТБ среди ранее леченых больных будет более точным показателем улучшения организации медицинской помощи и соответствующего лечения пациентов и, следовательно, предотвращения будущего развития МЛУ-ТБ.

<sup>7</sup> В 2009 году было зарегистрировано лишь 34.5% от расчетного количества больных МЛУ-ТБ. При наличии всеобщего доступа к диагностике можно ожидать, что большая часть больных с положительным посевом мокроты будет выявлена, зарегистрирована и включена в отчетность, в то время как многие больные с отрицательными посевами мокроты все еще могут оставаться не выявленными.

- (iv) Поощрение регионального и международного сотрудничества для разработки новых средств диагностики, лекарственных препаратов и вакцин от туберкулеза (области вмешательств 2, 3 и 6).
- (v) Содействие рациональному использованию существующих ресурсов, выявление дефицита средств и мобилизация дополнительных ресурсов для заполнения имеющихся финансовых брешей (область вмешательств 6).
- (vi) Мониторинг тенденций показателя М/ШЛУ-ТБ в Регионе и оценка воздействия мероприятий (область вмешательств 5) (Приложение 2).

## **Области вмешательств**

На основе задач Глобального плана “Остановить ТБ на 2011-2015 гг.”<sup>8</sup> – добиться сокращения бремени лекарственно-устойчивого ТБ – определено семь областей вмешательств Комплексного плана действий для:

- (i) Предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ.
- (ii) Расширение доступа к услугам тестирования лекарственной чувствительности к препаратам первого и второго ряда, к тестированию на ВИЧ инфекцию и консультированию для больных ТБ.
- (iii) Расширение доступа к эффективному лечению лекарственно-устойчивого ТБ.
- (iv) Нарастивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля.
- (v) Усиление эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ и мониторинг результатов лечения.
- (vi) Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого ТБ, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса.
- (vii) Учет потребностей особых групп населения.

## **Промежуточные результаты**

Ожидается, что будут достигнуты следующие промежуточные результаты:

- К середине 2012 г. будет создан региональный механизм координации и сотрудничества среди партнеров по предоставлению технической поддержки и наращиванию масштабов мер борьбы с М/ШЛУ-ТБ.
- К концу 2013 г. в государствах-членах быстрые тесты молекулярной диагностики МЛУ-ТБ<sup>9</sup> одобренные ВОЗ, станут доступны и будут использоваться для всех пациентов, отвечающих установленным критериям

---

<sup>8</sup>Было решено соотнести с этими задачами соответствующие “области вмешательств” и для каждой из областей определять частные задачи, которые были бы конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными и имели определенные временные рамки (“smart” – specific, measurable, achievable, realistic and time-bound).

<sup>9</sup>Быстрым называется тест, который позволяет поставить диагноз в течение 48 часов с момента постановки и, таким образом, может повлиять на выбор исходного лечения, которое назначается пациенту.

- К концу 2014 г. все страны с высоким бременем МЛУ-ТБ введут на национальном уровне электронные базы данных по уведомлению о случаях заболевания и регистрации результатов лечения больных МЛУ-ТБ.
- К концу 2013 г. все страны с высоким бременем МЛУ-ТБ будут сообщать в рамках отчетности о более чем 50% расчетных случаев МЛУ-ТБ.
- К концу 2013 г. во всех 18 европейских странах, высокоприоритетных по ТБ, будет проведено опросное исследование знаний, установок и практик (ЗУП) и сделаны оценки с акцентом на потребности систем здравоохранения в связи с ТБ и МЛУ-ТБ.
- К концу 2012 г. все 18 стран Европейского региона с высоким приоритетом по ТБ примут и обеспечат бюджетом национальные планы действий по ТБ и М/ШЛУ-ТБ, которые станут частью их национальных стратегических планов по ТБ.
- К концу 2013 г. все государства-члены обеспечат бесперебойные поставки качественных лекарственных средств первого и второго ряда для лечения всех больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- К концу 2013 г. все государства-члены будут проводить мониторинг и отчетность по результатам лечения больных М/ШЛУ-ТБ в соответствии с методами, рекомендованными на международном уровне.
- К концу 2012 г. все ранее леченные больные ТБ будут проходить тестирование устойчивости к лекарственным средствам первого и второго ряда.
- К концу 2015 г. появится, как минимум, один новый лекарственный препарат с более эффективной и короткой схемой лечения больных М/ШЛУ-ТБ.

### **Стоимость реализации плана**

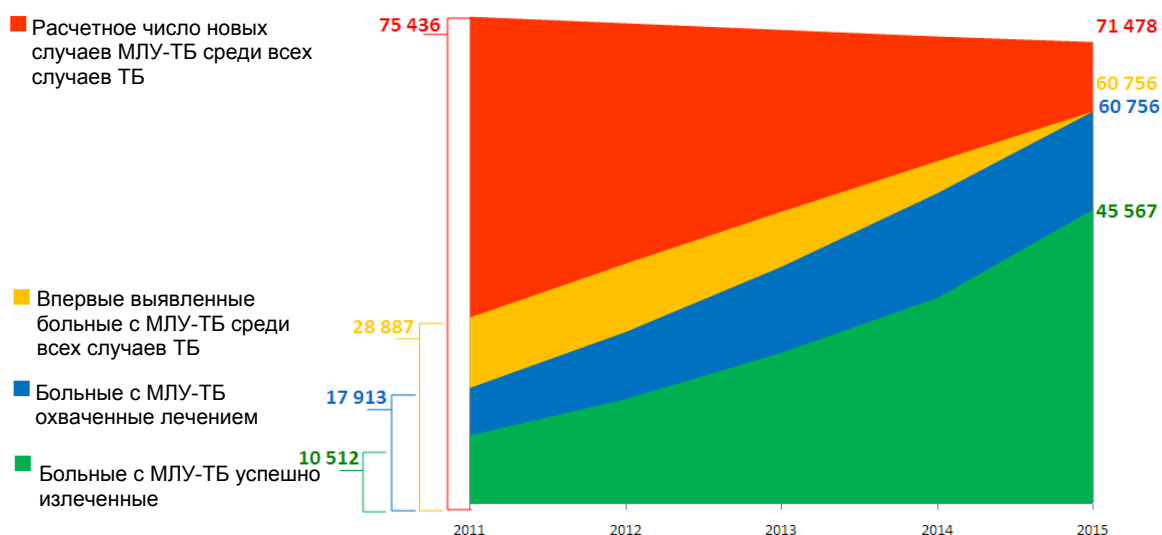
Региональный офис поручил Амстердамскому институту тропической медицины разработать детальный механизм оценки стоимости реализации Плана действий. Была рассчитана стоимость услуг первой линии, включающих выявление и лечение больных МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ. Затраты на обеспечение управления включают средства для развития кадровых ресурсов и технической помощи. По наилучшим прогнозам реализация плана обойдется в 5 миллиардов долларов США. В приложении 3 представлен обзор затрат и методологии.

## Ожидаемые достижения<sup>10</sup>

Эпидемиологическое моделирование, проведенное Региональным бюро ВОЗ с использованием метода оценки стоимости реализации Плана действий, указывает на то, что реализация Комплексного плана действий приведет к тому, что:

- 225 000 больным МЛУ-ТБ диагноз будет поставлен в течение трех дней после обращения с симптомами ТБ в службы здравоохранения;
- будет успешно пролечено 127 000 больных ЛУ-ТБ;
- будет предотвращено 250 000 случаев МЛУ-ТБ;
- будет предотвращено 13 000 случаев ШЛУ-ТБ;
- 120 000 жизней будут спасены и лечением М/ШЛУ-ТБ непосредственно будет сэкономлено 5 миллиардов долларов США (Рис. 4).

Рис. 4. Ожидаемые результаты реализации Плана действий, 2011–2015



<sup>10</sup> Метод определения ожидаемых достижений разработан совместно с Королевским тропическим институтом в Амстердаме. Для получения информации о стоимости выявления и лечения случая МЛУ-ТБ, а также о затратах на обеспечение управления в этой сфере и о взятых за основу эпидемиологических данных были использованы следующие источники: ВОЗ, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Фонд для инновационных и новых диагностических средств, ЮНЭЙДС и научные публикации. При отсутствии в этих источниках эпидемиологических данных по ТБ в Европе использовались предположения на основе экспертных оценок и линейной прогрессии целевых показателей и промежуточных результатов, которые приводятся в Плате. Средства сэкономленные внедрением Плана были определены как прямые расходы для количества сохраненных жизней.



## **Региональный анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз в отношении М/ШЛУ-ТБ**

Комплексный план действий основан на подробном анализе сильных и слабых сторон, возможностей и угроз в отношении М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе. В приложении 2 представлен обзор выявленных проблем и их решение в Плате.

### **Сильные стороны**

#### ***Руководство***

- Государства – члены продемонстрировали сильную политическую поддержку в решении проблемы туберкулеза, поддержав Берлинскую декларацию (6), Пекинское совещание стран с высоким бременем МЛУ-ТБ (7) и резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (8).
- Директор Европейского регионального бюро ВОЗ учредила специальный проект предотвращения и борьбы с М/ШЛУ-ТБ в регионе.
- Штаб-квартира ВОЗ и Европейское региональное бюро ВОЗ оказывали помощь странам с высоким бременем МЛУ-ТБ в подготовке национальных планов ответных действий по МЛУ-ТБ.
- Все 15 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ доработали свои национальные планы ответных действий по МЛУ-ТБ.
- Существует хорошее понимание лекарственно-устойчивого ТБ, основанного на данных надзора за лекарственной устойчивостью в странах, имеется в распоряжении хорошо организованная отчетность, поступающая в ВОЗ и Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний (ЕЦКЗ), проводятся операционные исследования, изучающие некоторые социальные детерминанты и факторы риска.

#### ***Национальная политика***

- Некоторые страны в регионе участвуют в программе ВОЗ по надлежащему управлению в области лекарственных средств.

#### ***Партнерства***

- Европейское региональное бюро ВОЗ и партнеры усилили поддержку государств-членов для предотвращения и контроля ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- Растущее число национальных и международных организаций выражают свое желание укреплять партнерство и усиливать координацию действий.

#### ***Реализация***

- Штаб-квартира ВОЗ, Европейское региональное бюро ВОЗ, национальные бюро ВОЗ и технические агентства предоставляют техническую помощь государствам-членам.
- GFATM оказывает действенную помощь в пилотной реализации проектов по борьбе с МЛУ-ТБ
- Десять стран региона учредили проекты борьбы с МЛУ-ТБ, используя механизм КЗС.

- В регионе, не относящемся к ЕС, две лаборатории, осуществляющие контроль за качеством лекарственных препаратов, прошли предварительную оценку на соответствие техническим условиям ВОЗ.
- Несколько производителей фармацевтической продукции в странах, не принадлежащих к ЕС, начали процесс предварительной оценки на соответствие техническим условиям своих противотуберкулезных препаратов, используя для этого механизм предквалификационного отбора ВОЗ.
- В регионе созданы сильные сотрудничающие центры ВОЗ и центры передового опыта для борьбы с МЛУ-ТБ.
- Государства-члены располагают квалифицированными работниками, участвующими в профилактике ТБ и борьбе с этим заболеванием.

## **Слабые стороны**

### ***Системы здравоохранения***

- Недостаточное участие национальных программ борьбы с ТБ в реформах систем здравоохранения (как с национальными, так и с международными организациями).
- Вертикальная структура программы борьбы с ТБ при ограниченном взаимодействии с другими уровнями систем здравоохранения, в том числе и со службами первичной медико-санитарной помощи.
- Ограниченное вовлечение других секторов (частного сектора здравоохранения, социальных служб и т.д.).
- Специалистам здравоохранения, практикующим врачам не хватает потенциала и обучения для проведения межсекторной и внутрисекторной работы.
- Неудовлетворительная координация действий между программами борьбы с ТБ и другими программами для проведения совместных мероприятий (направленных на работу с ВИЧ, злоупотребление алкоголем, наркотиками и табакокурением, на другие инфекционные и неинфекционные заболевания).
- Лечение ТБ у детей не всегда последовательно объединяется с программами лечения ВИЧ, обеспечения первичной медицинской помощи и программ защиты здоровья матери и ребенка.
- Отсутствует или оказывается недостаточным механизм сотрудничества для обеспечения непрерывности лечения между странами (трансграничный контроль за ТБ, мигрирующая рабочая сила).
- Отсутствие в некоторых территориях стимулов в механизмах финансирования (финансирование, основанное на койко-местах, а не на эффективности работы служб (и как результат – большое количество койко-мест и длительная госпитализация)).
- Разделение финансовых потоков «по программам» и несоответствующие средства поощрения сдерживают согласованные ответные действия систем здравоохранения и становятся причиной несогласованности между политикой и реализацией на местах. Нечеткие поручения и руководство в организациях (например, пенитенциарных и гражданских) и среди действующих лиц, а также нечеткие уровни медицинского ухода в случае с М/ШЛУ-ТБ, препятствующие проведению эффективных ответных действий в государствах-членах.

- Неэффективное и неравное распределение ресурсов здравоохранения (в особенности кадровых и фармацевтических ресурсов), ведущее к неэффективным ответным действиям системы здравоохранения.
- Слабая сеть учреждений медицинской помощи и система направлений, определяющие потенциал систем здравоохранения для гарантии выявления случаев, последующего медицинского наблюдения и обеспечения непрерывности лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и других амбулаторных учреждениях – вероятно, содействующие появлению М/ШЛУ-ТБ
- Укоренившаяся политическая власть в противотуберкулезных “иерархических структурах” создает сильное сопротивление переменам
- Неудовлетворительное качество реализации DOTS в некоторых странах

### ***Национальные политики***

- Устаревшие практики и руководства по ТБ в некоторых странах
- Отсутствие многосторонних подходов к решению проблем пациентов в большинстве стран (социально-экономический статус и бедность, безработица, психиатрические расстройства, алкоголизм и наркозависимость).
- Отсутствие политики в отношении схем превентивного лечения М/ШЛУ-ТБ.

### ***Выявление случаев и диагностика***

- Наблюдается гиподиагностика МЛУ-ТБ у детей, что влечет за собой риск распространения лекарственной устойчивости.
- Неудовлетворительное отслеживание контактов в некоторых территориях
- Ограниченный охват культуральными исследованиями и тестированием лекарственной устойчивости, который привел к тому, что в 2009 году было выявлено лишь 34% расчетного количества больных МЛУ-ТБ.
- Ограниченный лабораторный потенциал для проведения раннего выявления ТБ и МШЛУ-ТБ в большинстве государств-членов.
- Внешнее обеспечение качества тестов лекарственной чувствительности к препаратам второго ряда (особенно к инъекционным препаратам второго ряда и фторхинолонам) еще не распространилось в широких масштабах.
- Отсутствие хороших устоявшихся лабораторных сетей.
- Отсутствие педиатрических средств диагностики ТБ и несоответствующий надзор и отчетность по случаям туберкулеза среди детей.

### ***Лечение***

- Медицинская помощь больным М/ШЛУ-ТБ в некоторых территориях не соответствует требованиям.
- Использование несоответствующих схем лечения М/ШЛУ-ТБ в некоторых территориях.
- Отсутствие новых лекарственных средств для схем более короткого и более эффективного лечения

- Отсутствие участия или ограниченное участие национальных программ борьбы с ТБ в работе по укреплению амбулаторного лечения в некоторых территориях
- Слабая или отсутствующая профилактика отрывов и возвращения пациентов на лечение в большинстве территорий
- Отсутствие паллиативного ухода для пациентов, чье лечение МЛУ-ТБ оказывается безуспешным
- Устаревшее ведение ТБ у детей в некоторых странах

### ***Лекарственный менеджмент***

- Лишь 61.8% диагностированных больных МЛУ-ТБ с пользой прошли курс соответствующего лечения в 2009 году ввиду того, что государства-члены испытывали трудности с приобретением качественных препаратов второго ряда.
- Нехватка противотуберкулезных препаратов второго ряда гарантированного качества в некоторых странах.
- Фармацевтические нормы и инспектирование во многих странах, не принадлежащих к ЕС, оказываются слабыми, отсутствуют механизмы повсеместного гарантирования качества лекарственной продукции и предотвращения продаж антимикробных препаратов без рецептов (продажа без рецепта случается в некоторых государствах-членах).
- Слабые механизмы фармаконадзора и недостаток объективной информации о лекарственных средствах для врачей, делающих назначения, и для пациентов в большинстве стран с высоким бременем МЛУ-ТБ, возможно, способствуют нерациональному (ненадлежащему) использованию противотуберкулезных препаратов.
- Большинство стран региона не имеет закона о закупках лекарственных препаратов, который бы определял лекарственные препараты как особые виды продукции, требующие особых спецификаций и действий для обеспечения их качества.
- Отсутствуют централизованные подразделения, которые занимались бы закупкой и распределением препаратов второго ряда.

### ***Информационные системы***

- Неудовлетворительное качество отчетности и обмена информацией между международными техническими агентствами и двусторонними донорами;
- Во многих государствах-членах отсутствует надзор за М/ШЛУ-ТБ.
- Определения результатов лечения М/ШЛУ-ТБ либо отсутствуют, либо применяются иным образом, поэтому в качестве индикатора качества контроля ТБ нельзя использовать сравнение эффективности лечения.
- Механизм эпиднадзора, основанный на согласованной информации, которая поступает от лабораторий и клиницистов, не отвечает требованиям.
- Ответность по социальным детерминантам и равноправному доступу к услугам здравоохранения ограничена, поэтому трудно определить группы населения наибольшего риска за пределами обычных категорий (например, заключенных и потребителей инъекционных наркотиков).

### ***Инфекционный контроль***

- Неудовлетворительный контроль в отношении инфекций, передающихся воздушным путем, в большинстве стационарных учреждений и лабораторий;
- Неудовлетворительная инфраструктура многих противотуберкулезных стационарных и амбулаторных учреждений;
- Отсутствие политики в отношении госпитализации (от направления в стационар до подготовки к выписке на амбулаторное лечение), которая бы соответствовала эпидемиологической ситуации.

### ***Кадровые ресурсы***

- Перегруженный работой персонал (противотуберкулезные службы испытывают недостаток в рабочей силе, по крайней мере, в некоторых территориях): мотивация работников низкая, работа низкооплачиваемая;
- В некоторых территориях отсутствует надлежащая организация работы сотрудников, которая бы гарантировала получение больными М/ШЛУ-ТБ качественной медицинской помощи.

В странах с низкой распространенностью ТБ ослабевает клинический опыт работы с ТБ.

### ***Вовлечение сообществ***

- Ограниченное участие гражданского общества в мероприятиях по профилактике, контролю и лечению ТБ.
- Подходы, ориентированные на пациентов, не полностью укоренились в большинстве стран с высоким бременем МЛУ-ТБ, где отсутствуют механизмы/инициативы для проведения лечения с привлечением сил сообществ;
- Недостаточная санитарно-просветительская работа, которая приводит к распространению стигмы.
- Сложности с вовлечением больных ТБ и МЛУ-ТБ в процессы адвокации и наблюдательной деятельности.

### ***Особые группы населения***

- Слабая координация действий различных руководящих структур здравоохранения в гражданских и пенитенциарных службах, участвующих в борьбе с ТБ;
- Отсутствие доступа к соответствующей диагностике и лечению для маргинальных (бездомных, мигрантов и т.д.) и уязвимых групп населения (детей, беременных женщин)
- Стигма и дискриминация, ассоциированные с МЛУ-ТБ, ухудшают соблюдение требований лечения

## **Возможности**

### ***(Субрегиональные) партнерства***

- Сотрудничество между странами может помочь в решении вопроса трансграничного ТБ контроля и лечения, повышения возможностей использования препаратов второго ряда;
- Установление двусторонних связей между городами или организациями может содействовать ведению борьбы с ТБ;
- Возможное участие послов доброй воли и частных предпринимателей в борьбе с ТБ;
- Участие гражданского общества, ассоциаций пациентов и профессиональных обществ может быть более активным.

### ***Системы здравоохранения***

- Возможное участие частного сектора, возможная оплата услуг фондами медицинского страхования и университетскими службами здравоохранения за пределами влияния Министерства здравоохранения.
- Для ликвидации дефицита финансовых ресурсов можно повысить уровень участия двусторонних организаций и глобальных инициатив, включая GFATM , UNITAID, TB REACH и другие механизмы финансирования.

### ***Технические***

- Новый быстрый диагностический тест, который способен подтверждать наличие устойчивости к рифампицину с высокой прогностической ценностью положительного и отрицательного результата, рекомендован к использованию ВОЗ.
- ВОЗ начала проведение Европейского анализа социальных детерминантов и различий по показателям здоровья, который также будет рассматривать социальные детерминанты ТБ и их распределение, а также пути работы с ними в контексте стратегии «Здоровье 2020».

## **Угрозы**

### ***Системы здравоохранения***

- Преобладающими остаются социальные детерминанты, факторы риска и факторы системы здравоохранения, способствующие росту показателей МЛУ-ТБ.
- Системы здравоохранения, находящиеся в состоянии переходного периода, и глобальный финансовый кризис угрожают системам здравоохранения и охраны здоровья, что приводит к большим различиям в по показателях здоровья.
- Национальные руководители здравоохранения не станут возлагать на себя ответственность за мероприятия, инициированные при поддержке гранта GFATM, вследствие дефицита финансирования и финансового кризиса.

- Организации гражданского общества и ассоциации пациентов, получающие поддержку через GFATM, могут быть вынуждены сократить или закончить проведение их мероприятий, если национальное руководство здравоохранением не возьмет на себя все компоненты программы борьбы с ТБ и не продолжит их финансирование;
- Критерии отбора GFATM могут измениться, в результате чего некоторые страны с высоким бременем МЛУ-ТБ в регионе могут перестать соответствовать требованиям для получения грантов GFATM.
- Финансовый кризис и сокращения бюджета ведут к уменьшению ресурсов, имеющихся в распоряжении для борьбы с М/ШЛУ-ТБ.
- Не хватает денежных средств для наращивания масштабов профилактики, диагностики и лечения.
- Нехватка денежных средств может замедлить или даже прервать процесс разработки новых средств для борьбы с ТБ.
- Неудовлетворительная реализация DOTS и ведение случаев МЛУ-ТБ значительно содействует росту показателей М/ШЛУ-ТБ.
- Вертикальная структура программ борьбы с ТБ ведет к ограниченному взаимодействию с другими уровнями систем здравоохранения, включая службы первичной медико-санитарной помощи.
- Ограниченное участие в работе других секторов (таких как частный сектор или службы социальной поддержки).
- Слабая координация действий между программами борьбы с ТБ и другими программами для проведения совместных мероприятий (например, по ВИЧ, злоупотреблениям алкоголем, наркотиками и табакокурением, другим инфекционным и неинфекционным заболеваниям).

### ***Технические***

- Показатели ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний продолжают расти, особенно среди уязвимых групп населения.
- Использование данных по социальным детерминантам (в частности такие, как гендерные) и их влияния на М/ШЛУ-ТБ ограничено или совсем отсутствует.
- Существующие правила, нормы и практики в отношении фармацевтической продукции могут не поддерживать быстрое внедрение, принятие и ввод в практику новых противотуберкулезных средств и их соответствующее использование

### ***Международный масштаб***

- Отчетность и обмен информацией среди международных технических агентств и двусторонних доноров находится на неудовлетворительном уровне.

## **Области вмешательств (адаптировано из задач Глобального плана 2011–2015)**

### **1. Предотвращение развития случаев МЛУ-ТБ**

Для снижения бремени заболевания необходимо направить все усилия на предотвращение развития лекарственно-устойчивого туберкулеза и особенно МЛУ-ТБ.

Среди основных причин возникновения МЛУ-ТБ отмечают ненадлежащее и не отвечающее требованиям лечение. Больные ТБ должны как можно раньше начинать соответствующее лечение. На протяжении всего курса терапии больные должны получать консультирование и поддержку для лучшего соблюдения требований лечения. Некоторые области вмешательств, связанные с этой задачей, обсуждались при наращивании масштабов лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза (область вмешательства 6) и противотуберкулезного инфекционного контроля (область вмешательства 4). В этой области рассматривается проведение весьма важных вмешательств: повышение уровня соблюдения больными требований и превентивного лечения.

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

Направление работы 1.1.1 К концу 2012 г. Региональное бюро ВОЗ и партнеры в сотрудничестве с государствами-членами проведут исследование социальных детерминантов и причин отрывов от лечения М/ШЛУ-ТБ.

Направление работы 1.1.2 К концу 2013 г. все государства-члены включают в свои национальные стратегии здравоохранения деятельность, направленную на решение вопроса социальных детерминантов М/ШЛУ-ТБ, подкрепив ее национальным бюджетом.

Направление работы 1.1.3 К концу 2013 г. все государства-члены определяют меры вовлечения национального и местного руководства вместе с партнерами в процесс оказания психосоциальной поддержки больным ТБ и МЛУ-ТБ.

#### **1.2 Улучшение соблюдения больными требований лечения**

Направление работы 1.2.1 Региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с партнерами будет вести документальный учет передовых практик для создания моделей оказания медицинской помощи (стационарной, амбулаторной, лечение на дому/лечение с привлечением сил сообществ) и поддержки пациентов в разных территориях, и к концу 2012 года подготовит сборник моделей медицинского ухода и минимальных комплексов мероприятий для оказания поддержки и помощи больным в соблюдении требований лечения.

Направление работы 1.2.2 Региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с партнерами будет предоставлять постоянную техническую помощь государствам-членам в работе по разным аспектам системы здравоохранения и подходам, ориентированным на пациентов, в особенности эта помощь будет касаться вопросов управления системами здравоохранения, финансирования, оказания услуг, создания ресурсной базы и управления ресурсами. Особый акцент будет сделан на включение в работу служб первичной медико-санитарной и амбулаторной помощи, которые бы взяли на себя



ответственность за проведение мероприятий по ТБ и М/ШЛУ-ТБ, как указано в этом Плане действий, и на организацию межсекторной работы для сотрудничества пенитенциарной и гражданской служб здравоохранения с целью обеспечения непрерывности медицинской помощи.

Направление работы 1.2.3. Начиная с 2012 и далее Региональное бюро ВОЗ и другие партнеры через год будут проводить анализ и оценку вариантов моделей оказания медицинской помощи и организации лечения больных. Эта работа будет проводиться в сотрудничестве с менеджерами национальных программ борьбы с ТБ и руководителями здравоохранения.

Направление работы 1.2.4. К концу 2012 году все государства-члены усилят и/или разработают меры, направленные на улучшение работы по предотвращению отрывов от лечения и возвращению больных на лечение. Об этой работе и ее результатах будет сообщено во время совещания менеджеров НПТ в 2013 г.

Направление работы 1.2.5. К первому кварталу 2014 года государства-члены определяют стратегии и механизмы расширения амбулаторного лечения и социальной поддержки, их связи с национальными планами здравоохранения, а также меры по вовлечению национальных и местных властей в процесс обеспечения постоянного качественного амбулаторного лечения. Они также будут оказывать поддержку таким мероприятиям, как предоставление поощрений и стимулов, социальной и психосоциальной поддержки больным ТБ и МЛУ-ТБ.

### **1.3 Повышение эффективности и возможностей финансирования мероприятий борьбы с ТБ**

Направление работы 1.3.1. К концу 2013 г. Региональное бюро ВОЗ и партнеры при сотрудничестве с государствами-членами проведут глубокий финансовый анализ существующих ресурсов для проведения мероприятий по профилактике и борьбе с ТБ, включая организацию финансовых потоков, для выявления источников разделения финансирования, потенциально неправильных или несбалансированных стимулирующих выплат, связанных с разными типами мероприятий по ТБ, официальных и неофициальных выплат за наличный расчет, которые сдерживают доступ к медицинской помощи, и других финансовых и нефинансовых барьеров на пути к получению медицинских услуг, а также для выяснения роли частных и государственных учреждений и наличия финансовых поощрений для них. Будут рекомендованы меры по совершенствованию регулирования финансовых расчетов и стратегий оказания медицинских услуг, которые определены для более эффективной профилактики и борьбы с ТБ.

Направление работы 1.3.2. К концу 2013 г. Региональное бюро ВОЗ при сотрудничестве с другими международными организациями - донорами проведет ориентированное на конкретные страны операционное исследование экономической эффективности или оценки преимуществ разных вариантов практик и моделей оказания медицинских услуг, при этом особое внимание будет уделено организации лечения больных в 18 странах высокого приоритета по ТБ.

Направление работы 1.3.3. К концу 2013 г. государства-члены и партнеры изучат возможность установления механизма финансирования для лечения МЛУ-ТБ на наднациональном уровне посредством развития и создания Европейского фонда для лечения МЛУ-ТБ. Такой Фонд мог бы предоставлять финансовую поддержку странам в соответствии с количеством больных МЛУ-ТБ, находящихся на лечении.

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

Службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которые возьмут на себя обязанности в отношении мероприятий по ТБ, должны быть полностью готовыми к работе по оказанию услуг профилактики, контроля и лечения ТБ и интегрированы в систему направлений больных ТБ к врачам-специалистам, а также в цепочки диагностики и лечения. Государствам-членам требуются безотлагательные инвестиции в кадровые ресурсы, инфраструктуру и технологии для расширения возможностей служб первичной медико-санитарной помощи и обеспечения доступа к качественным услугам профилактики, контроля и лечения ТБ.

Направление работы 1.4.1. Региональное бюро ВОЗ и партнеры окажут техническую помощь государствам - членам в реализации мер усиления роли ПМСП в профилактике ТБ и борьбе с этим заболеванием.

Направление работы 1.4.2. Региональное бюро ВОЗ поддержит разработку официальных договоров о сотрудничестве между региональными центрами лечения ТБ и медицинскими центрами передового опыта с одной стороны и национальными программами борьбы с ТБ и органами здравоохранения, отвечающими за политику в отношении ТБ в Регионе. Договоры о сотрудничестве и механизмы партнерских отношений сформируют основу для крепкого партнерства между центрами, национальными программами борьбы с ТБ и соответствующими органами здравоохранения, которое потребуется для разработки среднесрочных и долгосрочных национальных стратегических планов борьбы с ТБ, повышения уровня выявления, контрольного наблюдения и лечения ТБ и МЛУ-ТБ в каждой из 18 стран высокого приоритета по ТБ к 2012 году.

Направление работы 1.4.3. Региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с региональными центрами лечения ТБ, медицинскими центрами передового опыта и национальными программами борьбы с ТБ подготовит руководство для расширенного и ускоренного качественного выявления, диагностики и лечения ТБ в службах первичной медико-санитарной помощи и амбулаторных учреждениях к 2012 году.

Направление работы 1.4.4. К 2013 году Региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с региональными центрами лечения ТБ, медицинскими центрами передового опыта и национальными программами борьбы с ТБ разработает трехлетний план развития служб первичной медико-санитарной помощи для проведения более эффективных мероприятий по профилактике, контролю и лечению ТБ для каждой из 18 стран высокого приоритета по ТБ.

Направление работы 1.4.5. Региональное бюро ВОЗ и партнеры будут предоставлять техническую помощь странам высокого приоритета в деле реализации практического подхода к здоровью легких.

Направление работы 1.4.6. Региональное бюро ВОЗ будет оказывать поддержку центрам лечения ТБ, медицинским центрам передового опыта и сотрудничающим национальным программам борьбы с ТБ в предоставлении технической помощи руководителям здравоохранения для более быстрого принятия наилучших практик выявления, контрольного лечения и завершения курса лечения ТБ, получивших поддержку ВОЗ, посредством использования новых и давно существующих механизмов финансирования, включая проект EXPAND-ТБ и Глобальный фонд к 2012 г.

Направление работы 1.4.7. Региональное бюро ВОЗ будет оказывать поддержку центрам лечения ТБ, медицинским центрам передового опыта и сотрудничающим национальным программам борьбы с ТБ в (i) наращивании кадрового потенциала посредством регулярных визитов в страны для мониторинга работы органов здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях и учреждений ПМСП, участвующих в профилактике, контроле и лечении ТБ и (ii) в предоставлении технической помощи в стране и через стажировки в течение одного-двух месяцев в референс-центрах передового опыта и партнерских программах борьбы с ТБ.

Направление работы 1.4.8. Государства - члены определяют стратегии и механизмы интеграции амбулаторного лечения в работу службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) к концу 2012.

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

В настоящее время профилактическая терапия для лиц, недавно инфицированных штаммами М/ШЛУ-ТБ или находившихся под их воздействием, не проводится.

Направление работы 1.5.1 К концу 2012 года Региональное бюро ВОЗ и партнеры проведут анализ экономической эффективности существующих практик ведения лиц, находившихся в контакте с больными М/ШЛУ-ТБ.

Направление работы 1.5.2 К середине 2013 года Региональное бюро ВОЗ при сотрудничестве с другими партнерами представит ряд рекомендаций по ведению и профилактическому/превентивному лечению лиц, находившихся в контакте с больными М/ШЛУ-ТБ.

Направление работы 1.5.3 К началу 2014 года государства-члены начнут реализацию новых рекомендаций регионального бюро по профилактическому лечению лиц, находившихся в контакте с больными М/ШЛУ-ТБ.

### **Примеры лучших практик**

#### *Норвегия*

Для предотвращения возникновения, случаев смерти и развития М/ШЛУ-ТБ среди мигрантов в Норвегии были внедрены правила по защите права для всех нелегальных мигрантов оставаться в стране на время проведения обследований на предмет возможного наличия ТБ или до завершения лечения. Лечение бесплатное и включает в себя покрытие стоимости проезда. Для больных, не имеющих национальной или частной медицинской страховки, больницы, где они проходят лечение, и/или муниципалитеты, где они проживают, обязаны покрыть расходы на их лечение.

#### *Российская Федерация*

Подход, при котором во главу угла ставятся интересы и потребности пациента, реализуемый в рамках Томской областной программы по борьбе с ТБ в России, был введен при поддержке организации «Партнеры во имя здоровья» и финансировании GFATM в 2004 году. Различные стратегии, нацеленные на решение проблемы несоблюдения требований лечения больными ТБ и МЛУ-ТБ, позволили снизить показатели отрывов от лечения с 28% до 8,9%. Эти стратегии включают усиленную социальную поддержку на всем протяжении курса химиотерапии, разработку и введение различных моделей лечения на уровне сообщества.

Опыт, полученный в Томской области, был применен в соседних территориях России и Казахстана.

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

Несмотря на улучшение охвата микобактериологическими культуральными исследованиями и тестированием лекарственной чувствительности, в 2009 году было зарегистрировано лишь 34% расчетных больных МЛУ-ТБ. Государствам-членам требуются безотлагательные инвестиции в кадровые ресурсы, инфраструктуру и технологии для наращивания потенциала и расширения доступа к диагностике МЛУ-ТБ, а также для осуществления мониторинга ответной реакции на лечение.

Глобальная лабораторная инициатива (ГЛИ) под руководством ВОЗ разработала план действий для укрепления потенциала лабораторий, занимающихся исследованиями на ТБ, который нацелен на обеспечение качества диагностики ТБ в соответствующих лабораторных службах в рамках контекста национальных лабораторных стратегических планов. Кроме этого ГЛИ разработала лабораторный инструментарий для стандартизации лабораторных методов, включающий стандартные рабочие процедуры, спецификации оборудования, руководства по проведению закупок лабораторного оборудования и расходных материалов, обучающие комплекты для микроскопии и культуральных исследований, а также способы составления сметы/бюджета для облегчения управления цепочкой поставок и управления запасами на уровне страны (10, 11).

ВОЗ разработала основу политики по обеспечению выполнения диагностических исследований на ТБ для содействия реализации этой работы на уровне стран.

### **2.1 Укрепление сети лабораторий, занимающихся исследованиями на ТБ**

Направление работы 2.1.1. Региональное бюро поддержит разработку официального договора о сотрудничестве между сетью наднациональных ТБ референс-лабораторий (ННРЛ) и национальными референс-лабораториями (НРЛ) в регионе. Договоры о сотрудничестве заложат основу крепкого партнерства между ННРЛ и НРЛ для разработки среднесрочных и долгосрочных стратегических планов национальных ТБ лабораторий в целях проведения диагностики и мониторинга ответных реакций на лечение в каждой из 18 стран высокого приоритета по ТБ к 2012 году.

Направление работы 2.1.2. К 2012 году Региональное бюро в сотрудничестве с наднациональными референс-лабораториями подготовит план действий в отношении использования расширенных и ускоренных диагностических методов гарантированного качества, включая быстрый автоматизированный тест амплификации нуклеиновых кислот для определения устойчивости микобактерий туберкулеза к рифампицину, и сети ТБ лабораторий для проведения диагностики и мониторинга лечения. Прочие неутвержденные ВОЗ ускоренные диагностические методы могут внедряться в НПТ только после соответствующей оценки Глобальной лабораторной инициативой или лабораторными экспертами в других местах

Направление работы 2.1.3. К 2013 г. Региональное бюро и наднациональные референс-лаборатории в сотрудничестве с национальными ТБ референс-лабораториями подготовят трехлетний план развития ТБ лабораторий для каждой из 18 стран высокого приоритета по ТБ.

Направление работы 2.1.4. К 2012 г. Региональное бюро поддержит сеть наднациональных референс-лабораторий в предоставлении технической помощи НРЛ для ускоренного освоения методов диагностики гарантированного качества,

рекомендованных ВОЗ, используя для этого новые и существующие механизмы финансирования, которые включают в себя проект EXPAND-TB и Глобальный Фонд.

Направление работы 2.1.5. Региональное бюро поддержит сеть наднациональных референс-лабораторий в развитии кадрового потенциала посредством регулярных посещений стран для мониторинга работы лабораторных сетей и в предоставлении технической помощи в странах и во время стажировок на один или два месяца в наднациональных референс-лабораториях

Направление работы 2.1.6. Государства-члены и доноры будут уделять приоритетное внимание выделению финансирования для внедрения новых методов диагностики М/ШЛУ-ТБ, включая быстрый автоматизированный тест амплификации нуклеиновых кислот для определения устойчивости микобактерий туберкулеза к рифампицину.

Направление работы 2.1.7. К 2013 году государства-члены будут гарантировать наличие схем обеспечения качества для всех уровней диагностического тестирования в ТБ лабораториях, которые соответствуют, по крайней мере, минимальным требованиям ВОЗ по биобезопасности.

Направление работы 2.1.8. Все страны высокого приоритета по ТБ обеспечат наличие быстрых автоматизированных тестов амплификации нуклеиновых кислот для определения устойчивости микобактерий туберкулеза к рифампицину (Xpert MTB/rifampicin), используя для этого национальные ресурсы, а также ресурсы GFATM, UNITAID и другие финансовые средства, получаемые от агентств развития и технической помощи, включая Агентство США по международному развитию (AMR).

## **2.2 Диагностическое тестирование и консультирование в отношении ВИЧ для всех больных ТБ**

Направление работы 2.2.1. Региональное бюро и другие партнеры будут непрерывно предоставлять техническую помощь странам высокого приоритета по ТБ в проведении совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ, основанных на регулярном мониторинге и оценке потребностей .

Направление работы 2.2.2. К 2012 году государства-члены обеспечат обучение сотрудников, работающих с больными ТБ и М/ШЛУ-ТБ, по вопросам консультирования и тестирования на ВИЧ.

Направление работы 2.2.3. К концу 2012 года государства-члены сделают все необходимое для того, чтобы консультирование и тестирование на ВИЧ предлагалось всем больным ТБ и проводилось по инициативе медработника на основе, допускающей возможность пациента отказаться от предложенного.

## **3. Расширение доступа к эффективному лечению всех форм лекарственно-устойчивого туберкулеза**

В настоящее время в Европейском регионе ВОЗ лишь одна треть зарегистрированных больных М/ШЛУ-ТБ имеет доступ к соответствующему лечению. Отсутствие надлежащего лечения пациентов с МЛУ-ТБ ведет к распространению МЛУ-ТБ, возможному нарастанию устойчивости и возникновению ШЛУ-ТБ.

### **3.1 Обеспечение бесперебойных поставок и рационального использования качественных лекарственных препаратов**

Направление работы 3.1.1. К концу 2013 года Региональное бюро окажет поддержку государствам-членам и другим партнерам в сборе информации, которая поможет разработать надежные расчетные данные о потребностях в противотуберкулезных препаратах второго ряда в регионе и тенденциях их увеличения.

Направление работы 3.1.2. К концу 2012 года Региональное бюро предложит странам основанный на показателях стандартный метод проведения непрерывного анализа использования лекарственных препаратов, как часть регулярного мониторинга осуществления программ.

Направление работы 3.1.3. К концу 2012 года Региональное бюро и партнеры создадут благоприятные условия для продвижения механизма предквалификационной программы для проведения предквалификационного отбора, по крайней мере, для всех инъекционных препаратов, и запросят у государств-членов проведение быстрой регистрации продукции, прошедшей предквалификацию ВОЗ, в странах.

Направление работы 3.1.4. Региональное бюро будет оказывать помощь странам в разработке законодательства, процедур закупки продукции медицинского назначения с упором на обеспечение качества (со спецификациями для противотуберкулезных препаратов к 2014 г.)

Направление работы 3.1.5. К 2012 году Региональное бюро и партнеры проведут анализ пробелов в фармацевтическом законодательстве и нормативной базе и будут содействовать их доработке.

Направление работы 3.1.6. Региональное бюро и партнеры привлекут страны к участию в программе по надлежащему управлению в области лекарственных средств (Good Governance for Medicines (GGM)) (пять стран к 2014 г.) и фармакологическом надзоре.

Направление работы 3.1.7. Региональное бюро и партнеры будут содействовать разработке противотуберкулезных препаратов второго ряда в педиатрических дозировках к концу 2012 году.

Направление работы 3.1.8. К концу 2012 года государства-члены официально примут и расширят использование комбинированных препаратов с фиксированной дозой для лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза

Направление работы 3.1.9. К 2012 году государства-члены обеспечат наращивание потенциала по планированию, закупкам и управлению поставками противотуберкулезных препаратов на всех уровнях системы здравоохранения в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Направление работы 3.1.10. Государства-члены разработают Европейскую сертификацию всех препаратов первого и второго ряда для лечения ТБ, действительную для всех стран региона.

### **3.2 Лечение побочных эффектов**

Направление работы 3.2.1. К середине 2012 г. Региональное бюро подготовит общее региональное справочное руководство по лечению побочных действий и реакций и отчетности по этим данным.

Направление работы 3.2.2. К концу 2013 года Региональное бюро с партнерами подготовит региональные источники получения объективной информации по лекарственным препаратам для врачей, делающих назначения, и пациентов.

Направление работы 3.2.3. К концу 2011 года государства-члены обеспечат наличие мероприятий по скринингу и/или диагностике и предотвращению или лечению побочных эффектов для всех больных ТБ.

### **3.3 Разработка новых лекарственных средств**

Направление работы 3.3.1. К 2013 году Региональное бюро в сотрудничестве с партнерством «Остановить ТБ», Всемирным альянсом по разработке противотуберкулезных препаратов (Global TB Alliance) и партнерами разработает долгосрочную региональную стратегию развития рынка противотуберкулезных лекарственных препаратов.

Направление работы 3.3.2. Региональное бюро и государства-члены будут непрерывно содействовать проведению исследований и разработок новых противотуберкулезных лекарственных препаратов, включая препараты в детской дозировке, и систематическому проведению клинических испытаний, отчитываясь о ходе работ на ежегодных заседаниях Регионального комитета, начиная с 2013 года и далее.

### **3.4 Расширение доступа к лечению**

Направление работы 3.4.1. К 2012 г. Региональное бюро и партнеры, включая сотрудничающие центры ВОЗ, при проведении подробных консультаций со странами высокого приоритета разработают совместный план оказания технической помощи государствам-членам в достижении всеобщего доступа к лечению (включая лечение детей).

Направление работы 3.4.2. Региональное бюро в сотрудничестве с государствами-членами и другими партнерами разработает ряд научно обоснованных критериев для хирургического лечения больных М/ШЛУ-ТБ.

Направление работы 3.4.3. К 2012 г. государства-члены обеспечат наличие ресурсов для всеобщего доступа к лечению и, начиная с 2012 г., будут ежегодно отчитываться о ходе работы на сессиях Регионального комитета.

Направление работы 3.4.4. Государства-члены обеспечат наличие институционального потенциала систем здравоохранения для разработки, внедрения, анализа и адаптации политики в отношении ТБ; организуют и выделяют ресурсы для обеспечения всеобщего доступа к лечению.

Направление работы 3.4.5. К 2012 г. государства-члены обеспечат обновление своих руководств по лечению в соответствии с последними имеющимися данными и рекомендациями ВОЗ.

Направление работы 3.4.6. К середине 2012 года государства-члены закупят и предоставят соответствующие качественные лекарственные препараты для лечения

больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ во время курса терапии, проводимой под непосредственным наблюдением (DOT).

Направление работы 3.4.7. К концу 2011 г. государства-члены обеспечат проведение соответствующего обучения, наставничества и поддержки медицинских работников в целях наращивания масштабов лечения больных М/ШЛУ-ТБ.

Направление работы 3.4.8. К 2012 году государства-члены обеспечат проведение соответствующего обучения, наставничества и оказание поддержки руководству систем здравоохранения на национальном и наднациональном уровне для наращивания масштабов лечения больных М/ШЛУ-ТБ.

Направление работы 3.4.9. Государства-члены обеспечат возможность проведения хирургического лечения больных М/ШЛУ-ТБ, отвечающих установленным критериям.

### **Примеры лучших практик**

#### *Проект EXPAND-TB*

Целью проекта EXPAND-TB (Расширение доступа к новым методам диагностики ТБ), созданного в 2008, является ускорение интеграции новых технологий диагностики ТБ (коммерческие системы на жидких средах, методы быстрой спецификации и молекулярные линейные зонд-анализы, недавно одобренные ВОЗ(12)) в эффективную работу лабораторных служб в 27 странах-реципиентах. Партнеры проекта включают: ВОЗ, ГЛИ, Фонд для инновационных и новых диагностических средств (FIND) (13) и Глобальную службу обеспечения противотуберкулезными препаратами Партнерства «Остановить ТБ» (GDF) (14). Финансирование проекта осуществляется UNITAID и другими донорами. В течение первых 18 месяцев проекта EXPAND была начата реализация широкого спектра мероприятий в 23 из 27 стран - реципиентов. Эти мероприятия включают в себя оценку потребностей лаборатории и анализ недостатков, совершенствование и реновацию инфраструктуры лаборатории, обучение персонала, реформирование диагностических практик и национальную валидацию новых методов. В Европейском регионе подобный перенос технологии произошел в 8 странах высокого приоритета по МЛУ-ТБ, включающих: Азербайджан, Белоруссию, Грузию, Казахстан, Киргизстан, Молдову, Таджикистан и Узбекистан. В рамках проекта странам будет оказываться помощь в стандартной диагностике больных МЛУ-ТБ, а также будет заложена основа для дальнейшего регулярного надзора за лекарственной устойчивостью.

#### *Грузия*

В 2007 при поддержке Глобального Фонда республика Грузия начала проект по борьбе с МЛУ-ТБ. Всемирная организация здравоохранения оказывала помощь в рамках механизма Комитета зеленого света. Располагая значительной поддержкой властей, полноценным вовлечением в проект высоко мотивированных сотрудников в стране и имея постоянную поддержку со стороны ВОЗ, Грузия продвинулась на пути к интегрированному программному ведению лекарственно-устойчивого ТБ. За двухлетний период успешный проект разросся до масштабов всей страны, и Грузия достигла всеобщего доступа к услугам лечения МЛУ-ТБ.

ЕРБ ВОЗ вместе с другими партнерами, включая Нидерландскую королевскую ассоциацию по борьбе с ТБ - KNCV, обучала медицинский персонал ведению случаев МЛУ-ТБ, предоставляла консультативную и техническую помощь в перерывах между посещениями страны. Были обновлены клинические руководства по ТБ и МЛУ-ТБ и руководства по эксплуатации. Был создан региональный центр обучения.

Руководство национальной программы борьбы с ТБ играло ключевую роль в наделении полномочиями медицинских работников и в вовлечении их в каждый этап принятия



решений. Это создало атмосферу поддержки. Хорошо спланированные и реализованные мероприятия адвокации, а также участие супруги Президента государства в программе борьбы с ТБ позволило привлечь к проблеме МЛУ-ТБ внимание на самом высоком уровне и сделать ее приоритетной для Министерства здравоохранения и для правительства в целом. Правительство полностью финансировало строительные работы новой ТБ больницы с современными мерами инфекционного контроля. Для решения проблем особых групп населения была организована социально-ориентированная программа.

При технической поддержке наднациональной референс-лаборатории, ВОЗ и университета Эмори (Emory University), штат Джорджия, Грузия оказалась среди первых стран с высоким бременем МЛУ-ТБ в регионе, где методы молекулярной диагностики МЛУ-ТБ были полностью внедрены в работу. С 2007 года 1740 больных ЛУ-ТБ было включено в программу лечения качественными препаратами второго ряда. В феврале 2011 года на лечении одновременно находилось 950 больных ЛУ-ТБ.

#### **4. Нарастивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля**

Важность противотуберкулезного инфекционного контроля переоценить невозможно. Несколько Европейских высокоприоритетных стран еще не доработали окончательно свои планы по инфекционному контролю. Многие противотуберкулезные амбулаторные и стационарные медицинские учреждения в Европейских странах высокого приоритета имеют неудовлетворительный инфекционный контроль. Были получены доказательства нозокомиального распространения инфекции, а риск развития ТБ среди медицинского персонала часто оказывается в несколько раз выше, чем среди населения в целом. Риск распространения ТБ в местах массового скопления людей (таких как учреждения пенитенциарной службы) еще выше вследствие перенаселенности и плохой вентиляции. Во многих государствах-членах сотрудники медицинских учреждений подчас не полностью осведомлены о мерах инфекционного контроля в отношении инфекций, передающихся воздушным путем.

#### **4.1 Совершенствование аспектов административного и управленческого противотуберкулезного инфекционного контроля**

Направление работы 4.1.1. Региональное бюро и другие партнеры предоставят техническую помощь государствам-членам для окончательной доработки национальных планов противотуберкулезного инфекционного контроля, интегрированных в их национальные стратегические планы по ТБ или национальные стратегии здравоохранения или инфекционного контроля к концу 2012 года.

Направление работы 4.1.2. К концу 2012 г. Региональное бюро и партнеры разработают совместный план оказания технической помощи государствам-членам для улучшения противотуберкулезного инфекционного контроля, включающий посещения стран, оценку риска и обучение сотрудников.

Направление работы 4.1.3. К середине 2013 года государства-члены введут или усилят надзор за туберкулезной инфекцией и заболеванием туберкулезом среди медицинских работников.

Направление работы 4.1.4. К концу 2013 года государства-члены обеспечат наличие обоснованных стандартных рабочих процедур по инфекционному контролю во всех учреждениях здравоохранения, оказывающих услуги больным ТБ или людям, у которых подозревают наличие этого заболевания.

Направление работы 4.1.5. К концу 2012 года государства-члены подготовят и распространят санитарно-просветительские сообщения и материалы для больных и медицинских работников.

Направление работы 4.1.6. К первому кварталу 2012 года государства-члены обеспечат отслеживание контактов больных ТБ для проведения ранней диагностики инфицирования и заболевания.

Направление работы 4.1.7. К концу 2012 года государствам-членам начать обучение сотрудников по вопросам противотуберкулезного инфекционного контроля перед началом и в процессе работы.

## **4.2 Усиление мер контроля над состоянием среды обитания в рамках противотуберкулезного инфекционного контроля**

Направление работы 4.2.1. К концу 2012 г. Региональное бюро и партнеры организуют обучение для инструкторов, посвященное мерам контроля за состоянием среды обитания, включая инженерные аспекты и вопросы проектирования учреждений для осуществления контроля за распространением инфекций, передающихся воздушным путем.

Направление работы 4.2.2. К концу 2013 г. государства-члены проведут каскадное обучение сотрудников, ответственных за аспекты защиты среды обитания в рамках контроля за распространением инфекций, передаваемых воздушным путем.

Направление работы 4.2.3. К концу 2013 г. правительства государств-членов, являющихся странами высокого приоритета по ТБ, обеспечат наличие профилактических мер контроля за состоянием среды обитания в противотуберкулезных учреждениях высокого риска и местах массового скопления людей.

## **4.3 Обеспечение доступа к индивидуальным средствам защиты**

Направление работы 4.3.1. К середине 2012 г. Региональное бюро предоставит государствам-членам технические условия проведения закупок оборудования для осуществления противотуберкулезного инфекционного контроля.

Направление работы 4.3.2. К середине 2012 г. государства-члены обеспечат наличие программ индивидуальной респираторной защиты, которые будут доступны для противотуберкулезных служб, работающих с больными ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

### **Примеры лучших практик**

#### *Российская Федерация*

Владимирская область Российской Федерации может считаться моделью улучшения противотуберкулезного инфекционного контроля в условиях значительного распространения ТБ/МЛУ-ТБ. При поддержке Центров по контролю и профилактике инфекционных заболеваний США (CDC-USA) в 2002 была обучена группа ключевых сотрудников. После окончания обучения сотрудники диспансера разработали программу по инфекционному контролю. План включал меры административного контроля, инженерного контроля и защиту органов дыхания. Три основные меры административного контроля включали: разделение больных на основании статуса микроскопии мазка мокроты и результата ТЛЧ; ограничение необоснованного доступа персонала и посетителей в зоны высокого риска и незамедлительный перевод больных из других лечебных учреждений в противотуберкулезный диспансер сразу после получения

положительных результатов микроскопии мазка мокроты. Ключевые меры инженерного контроля включали: обновление и совершенствование системы приточно-вытяжной принудительной вентиляции и приведение ее в соответствие с действующими Российскими и международными стандартами, установку оборудования для обеспечения биобезопасности, установку экранированных ламп УФБИ, обеспечивая их непрерывное использование, и применение специально сконструированных кабин для сбора мокроты. Программа защиты органов дыхания предусматривала обучение персонала, проведение тестов плотности прилегания респираторов и использование сертифицированных респираторов сотрудниками при работе в зонах существенного риска воздействия ТБ.

В результате реализации данных мероприятий инфекционного контроля было достигнуто существенное снижение профессиональной заболеваемости туберкулезом среди сотрудников Областного противотуберкулезного диспансера (с 1083 до 166 новых случаев на 100 000 в течение первых пяти лет реализации программы, в течение 2008 – 2010 новых случаев заболеваний ТБ среди сотрудников диспансера зарегистрировано не было). В 2005 – 2006 были выделены средства областного бюджета на реконструкцию системы вентиляции и на закупку респираторов. Меры инфекционного контроля стали важной частью Областных целевых программ по борьбе с ТБ (2004-2006, 2007-2009, 2010-2012). Несмотря на невозможность полного устранения риска распространения инфекции *M. tuberculosis* во всех учреждениях здравоохранения, реализация и соблюдение мер, признанных на международном уровне, позволила существенно снизить риск нозокомиального распространения ТБ. В октябре 2008 был создан Владимирский клинический демонстрационный центр по инфекционному контролю. Центр представляет собой партнерство Владимирской областной администрации, USAID, CDC/DTBE, Центрального научного - исследовательского института ТБ (ЦНИИТ РАМН, Москва), Московского офиса ВОЗ. Этот центр расположен во Владимирском областном противотуберкулезном диспансере. Центр участвует в мониторинге и реализации мер инфекционного контроля. Владимирский клинический демонстрационный центр по инфекционному контролю служит обучающей базой для России и других русскоговорящих стран (15).

## **5. Усиление эпиднадзора, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ**

С 1 января 2008 года Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний (ЕЦКЗ) совместно координируют сбор данных надзора за туберкулезом в Европе. Их цель состоит в обеспечении высокого качества стандартизированных данных по ТБ во всех 53 странах Европейского региона ВОЗ. Несмотря на то, что во многих странах было собрано большое количество информации, данные по некоторым странам все еще остаются фрагментарными и/или устаревшими

### **5.1 Усиление эпиднадзора**

Направление работы 5.1.1. К середине 2012 года Региональное бюро подготовит основу мониторинга для отслеживания результатов реализации Берлинской декларации.

Направление работы 5.1.2. К концу 2012 года Региональное бюро и партнеры проведут подготовку и обучение менеджеров национальных программ в странах высокого приоритета по мониторингу, оценке и использованию данных для повышения эффективности программ

Направление работы 5.1.3. К 2013 году Региональное бюро окажет помощь высокоприоритетным странам в организации эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая препараты второго ряда.

Направление работы 5.1.4. Региональное бюро и партнеры организуют обучение и окажут помощь менеджерам программ и сотрудникам, занимающимся эпиднадзором, в работе по сбору минимального набора показателей по МЛУ-ТБ, включая показатели для надзора за равноправным доступом к услугам здравоохранения (16).

Направление работы 5.1.5. Региональное бюро вместе с партнерами и государствами-членами разработает характеристики социальных детерминант (включая гендерные) М/ШЛУ-ТБ в Европе и их распределение в Европейских государствах-членах для получения более конкретных данных о группах населения, имеющих большую вероятность контакта с М/ШЛУ-ТБ и восприимчивости к этой форме заболевания, а также для получения примеров действий, которые можно предпринимать для обеспечения равноправного доступа к услугам здравоохранения.

Направление работы 5.1.6. К концу 2012 г. государства-члены обеспечат проведение классификации случаев ТБ на основании тестирования лекарственной чувствительности, что позволит проводить надлежащее лечение и отчетность по когортам.

Направление работы 5.1.7. К концу 2012 г. государства-члены подключат меры для дезагрегирования и анализа данных по М/ШЛУ-ТБ по полу, возрасту, месту проживания (город/сельская местность) и другим социальным детерминантам, таким как уровень образования, социально-экономические квантили и статус занятости.

## **5.2 Совершенствование учета и отчетности**

Направление работы 5.2.1. К концу 2013 г. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами завершит разработки и будет поддерживать использование электронных средств для проведения учета и отчетности, включая использование современных методов передачи данных (веб, портативные и спутниковые устройства).

Направление работы 5.2.2. К концу 2013 г. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами окажет помощь государствам-членам в разработке электронных систем для улучшения систем учета и отчетности с базами данных, совместимыми с электронными базами данных Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний (ЕЦКЗ) и ЕРБ ВОЗ (например, использовать открытое программное обеспечение, «таблицы индикаторов»).

Направление работы 5.2.3 Региональное бюро и ЕЦКЗ будут ежегодно проводить координационные совещания по ТБ эпиднадзору и совещания координаторов работы по ТБ эпиднадзору из разных стран.

### **Пример лучших практик**

В последние годы были предприняты большие усилия по переводу управления данными с бумажных носителей к электронным системам. Из 18 стран высокого приоритета по ТБ в Регионе 13 в настоящее время работают на национальном уровне с данными в электронном виде, используя для этого автономные (7), базирующиеся на Интернет-технологиях (2) и смешанного типа базы данных. Армения, Украина и Узбекистан используют комплексное средство управления данными по ТБ, основанное на Интернет-технологиях для ведения эпиднадзора, учета и отчетности по случаям чувствительного и лекарственно-устойчивого туберкулеза, мониторинга результатов лечения, управления

лабораторными данными, поставок и использования противотуберкулезных препаратов. В Республике Молдова данные в электронном виде, собранные через Веб-интерфейс в течение пяти лет, позволили провести подробный анализ данных по больным ТБ и выявить определяющие факторы распространения и приобретения лекарственно-устойчивого ТБ.

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

Для эффективного использования кадровых и финансовых ресурсов очень важно обеспечить оптимальное управление программами/мероприятиями борьбы с ТБ. В настоящее время существует множество возможностей совершенствования партнерства, улучшения координации действий и вовлечения национальных и международных организаций, в том числе и гражданского общества, в борьбу с ТБ. Во многих территориях не решаются вопросы оказания медицинской помощи пациентам, лечение которых не дает желаемых результатов. Все страны высокого бремени доработали свои краткие планы ответных мер на МЛУ-ТБ, однако они должны быть обновлены, утверждены и реализованы государствами-членами.

### **6.1 Совершенствование управления программами**

Направление работы 6.1.1. К концу 2012 г. Региональное бюро окажет помощь странам высокого приоритета по ТБ в обновлении и окончательной доработке национальных планов ответных мер в отношении МЛУ-ТБ. План будет включать органограммы, утвержденные системами здравоохранения и национальными программами борьбы с туберкулезом, в которых четко прописаны (административными решениями и распоряжениями) роли и ответственность, подведомственность и рабочие планы вплоть до уровня оказания конкретных услуг. План также будет гарантировать, что в центре внимания программ будут находиться все мероприятия, относящихся к борьбе с ТБ, а не только те, что финансируются или внедряются программами (а именно, включая первичную медико-санитарную помощь, медицинскую работу в пенитенциарных учреждениях, противотуберкулезных учреждениях больницах общего профиля, а также работу, проводимую общественными организациями и частным сектором, и т.д.).

Направление работы 6.1.2. К концу 2013 г. Региональное бюро в координации с государствами-членами придаст официальный статус двусторонним связям между городами и программами по ТБ и болезням легких по всему Региону и будет способствовать сотрудничеству и координации действий между государствами-членами.

Направление работы 6.1.3. К концу 2012 года Региональное бюро разработает и распространит контрольный перечень вопросов по оценке программной деятельности для использования руководителями здравоохранения государств-членов и порекомендует государствам-членам меры по улучшению программных аспектов профилактики, контроля и лечения ТБ.

Направление работы 6.1.4. К концу 2012 г. Региональное бюро и национальные бюро ВОЗ в сотрудничестве с другими партнерами представит практические рекомендации для претворения в жизнь политических заявлений высокого уровня и будет проводить регулярную оценку проделанной работы.

Направление работы 6.1.5. Региональное бюро вместе с другими партнерами будет регулярно совершенствовать потенциал управления программами (как в гражданском, так и пенитенциарном секторах), ежегодно проводя современное обучение и подготовку персонала, особенно по вопросам эффективного использования ресурсов, анализа и интерпретации данных, применения новых диагностических и программных средств, а также постоянно обеспечивая непрерывность лечения пациентов при переходе из пенитенциарного в гражданский сектор.

Направление работы 6.1.6. К концу 2012 г. Региональное бюро проведет анализ успешно работающих моделей управления программами и подготовит рекомендации для использования в качестве критериев для предстоящей учебной “сертификации программ”, которая будет проведена ВОЗ с использованием сертифицированных стандартов управления проектами ISO 9001.

Направление работы 6.1.7. С конца 2012 года Региональное бюро и основные партнеры будут предлагать наставничество неудовлетворительно работающим национальным программам борьбы с ТБ.

Направление работы 6.1.8. При рассмотрении социальных детерминант ТБ и МЛУ-ТБ Региональное бюро будет выстраивать свою работу на основании данных, полученных от специальной рабочей группы по проведению анализа в Европе, организовав в государствах-членах сеть для обмена многообещающими практиками работы с социальными детерминантами (особенно первичными) ТБ и МЛУ-ТБ и для обеспечения соответствующего уровня ухода за неизлечимыми пациентами.

Направление работы 6.1.9. Региональное бюро создаст платформу для мониторинга реализации этого документа вместе с государствами-членами и партнерами. Сводный отчет о результатах проводимой работы будет ежегодно представляться на совещании менеджеров национальных программ борьбы с ТБ, начиная с 2012 года.

Направление работы 6.1.10. К концу 2012 г. во всех государствах-членах будет существовать специальное отделение или персонал по ведению пациентов с М/ШЛУ-ТБ (в соответствии с необходимостью).

Направление работы 6.1.11. К концу 2012 года все страны высокого приоритета по ТБ разработают, утвердят и начнут реализацию своих национальных планов ответных мер в отношении МЛУ-ТБ.

Направление работы 6.1.12 Государства-члены обеспечат проведение обзора их национальных программ/мероприятий по ТБ внешними экспертами каждые три-пять лет. Эта работа будет проходить под руководством Регионального бюро и/или ЕЦКЗ с привлечением партнеров и организаций гражданского общества для прозрачной и объективной оценки недостатков программ, обновления органграмм, административных решений, административных органов и рабочих планов.

Направление работы 6.1.13. К концу 2012 г. государства-члены обеспечат включение представителей организаций пациентов и/или сообществ, пострадавших от заболевания, в процесс планирования программ и оценки качества оказываемых услуг.

Направление работы 6.1.14. С 2011 года государства-члены будут использовать интернет и другие средства информации для повышения уровня осведомленности общества о ТБ и М/ШЛУ-ТБ, снижения стигмы, ассоциированной с заболеванием, и информировании о возможностях лечения.

Направление работы 6.1.15. Руководители здравоохранения будут постоянно вовлекать сотрудников противотуберкулезной сети и/или программы в инициативы реформы системы здравоохранения.

Направление работы 6.1.16. К концу 2012 года государства-члены установят механизмы оказания паллиативного ухода для больных М/ШЛУ-ТБ, лечение которых оказывается неэффективным.

## **6.2 Развитие кадровых ресурсов**

Большинство государств-членов не имеет стратегических планов развития кадровых ресурсов (РКР) для борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Для эффективной профилактики М/ШЛУ-ТБ и борьбы с этими формами заболевания необходимо иметь мотивированных и обученных сотрудников, защищенных от туберкулезной инфекции и получающих поддержку со стороны современного механизма управления. В некоторых государствах-членах наблюдается неравномерное распределение медицинских работников на разных уровнях оказания медицинской помощи. Большинство обучающих курсов, проходящих без отрыва от работы, не основывается на практических потребностях или не сопровождается инструктированием на рабочем месте для получения знаний и навыков и применения изученного на практике.

Направление работы 6.2.1. Региональное бюро и партнеры учредят новые учебные центры и /или будут совершенствовать потенциал существующих центров передового опыта. К концу 2012 года ВОЗ установит механизм аккредитации сотрудничающих центров ВОЗ. С конца 2012 года ВОЗ и партнеры будут обеспечивать техническую помощь центрам передового опыта и создавать им возможности для предоставления технической помощи тем областям и странам, которые они поддерживают.

Направление работы 6.2.2. К концу 2011 г. Региональное бюро завершит адаптацию и перевод учебных модулей “Ведение лекарственно-устойчивого туберкулеза” для сотрудников специализированных центров МЛУ-ТБ, разработанных сотрудниками штаб-квартиры ВОЗ.

Направление работы 6.2.3. Начиная с 2012 г. и далее Региональное бюро обеспечит наличие и обновление виртуальной библиотеки и учебных материалов по ТБ на русском языке.

Направление работы 6.2.4. К концу 2013 г. государства-члены разработают и внедрят стратегические планы развития кадровых ресурсов (РКР) для реализации всех компонентов стратегии «Остановить ТБ». Планы развития кадровых ресурсов будут включать кадровую политику, финансирование, обучение, руководство, должностные инструкции и оценку рабочей нагрузки; они будут определять потребности в сотрудниках, курацию и мониторинг, и оценку их работы, а также вознаграждение сотрудников (как материальное, так и нематериальное).

## **6.3 Направляющее руководство в разработке политики**

Увеличение потенциала стран в борьбе с лекарственно-устойчивым ТБ потребует руководства и участия со стороны руководителей органов здравоохранения на национальном и наднациональном уровнях в различных аспектах основных областей деятельности систем здравоохранения. Эти мероприятия будут зависеть от основных функций систем здравоохранения. Государства-члены, Региональное бюро и партнеры будут поддерживать формирование институционального потенциала и совершенствование систем здравоохранения, необходимые для осуществления таких

ключевых видов деятельности, критически выявлять суть возникающих проблем в каждой стране и разрабатывать соответствующие стратегии для их устранения.

Направление работы 6.3.1. К концу 2013 года Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами предоставит рекомендации для системы направления пациента с одного уровня противотуберкулезных учреждений на другой.

Направление работы 6.3.2. К концу 2013 года Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами предоставит техническую помощь в развитии потенциала систем здравоохранения для оптимизации финансирования мероприятий, направленных на усиление контроля за распространением ТБ.

Направление работы 6.3.3. К концу 2013 года Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами составит рекомендации по использованию лучших практик в отношении наращивания, более эффективного управления и распределения ресурсов здравоохранения, в особенности, кадровых ресурсов.

Направление работы 6.3.4. К концу 2013 года Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами предоставит техническую помощь с целью улучшения институционального потенциала для анализа стратегий, развития, внедрения и оценки, а также для управления ресурсами (руководство/управление).

Направление работы 6.3.5. К концу 2012 года Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами окажет помощь государствам-членам в принятии/адаптации международных стратегий борьбы с ТБ.

Направление работы 6.3.6. К концу 2012 года государства-члены примут/адаптируют последние имеющиеся данные в свои национальные стратегии борьбы с ТБ.

Направление работы 6.3.7. Государства-члены обеспечат постоянное использование результатов операционных и других исследований при разработке стратегий борьбы с ТБ.

#### **6.4 Партнерство и координация**

Направление работы 6.4.1. К концу 2012 года Региональное бюро будет использовать успешную модель проекта «Охрана здоровья в тюрьмах» (17) для оказания помощи государствам-членам в совершенствовании контроля ТБ в пенитенциарных службах.

Направление работы 6.4.2. К концу 2012 г. Региональное бюро учредит механизм координации деятельности и сотрудничества национальных и международных партнеров.

Направление работы 6.4.3. Региональное бюро и партнеры будут выступать за дальнейшее привлечение научно-исследовательских институтов Европы к разработке диагностических средств, лекарственных препаратов и вакцин, изучению основных механизмов устойчивости и т.д.

Направление работы 6.4.4. Региональное бюро и партнеры будут оказывать содействие государствам-членам в учреждении и укреплении их национальных партнерств «Остановить ТБ» к концу 2013 году.

Направление работы 6.4.5. К концу 2013 г. государства-члены, принадлежащие к группе высокоприоритетных стран, учредят национальные партнерства «Остановить ТБ» или аналогичные механизмы для обеспечения надлежащей координации действий и согласованной работы всех заинтересованных сторон, включая организации гражданского общества, ассоциации пациентов и благотворительные организации.



Направление работы 6.4.6. К концу 2013 г. государства-члены обеспечат наличие надежного механизма осуществления совместной деятельности для проведения улучшенной диагностики и лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ в местах лишения свободы, лагерях беженцев или других соответствующих местах пребывания людей, а также для обеспечения непрерывного и преемственного оказания помощи в службах здравоохранения.

### **6.5 Адвокация, информационное взаимодействие и социальная мобилизация (ACSM)/участие гражданского общества**

Несмотря на то, что потенциальная ценность адвокации, информационного взаимодействия и социальной мобилизации в целом хорошо понимается на уровне национальных программ борьбы с ТБ, часто наблюдается недостаток возможностей для осуществления мероприятий АИВСМ. Таким образом, первый комплект рекомендаций для усиления работы, направленной на борьбу с ТБ для противостояния угрозе МЛУ-ТБ, нацелен на укрепление потенциала национальных программ и их партнеров для проведения работы в области адвокации, информационного взаимодействия и социальной мобилизации.

Направление работы 6.5.1. Страны высокого приоритета по ТБ разработают (в случае их отсутствия) национальные стратегии и планы работы по ACSM к концу 2012 года, уделив в них особое внимание проблемам МЛУ-ТБ. Для содействия выполнению этой работы будут предприняты шаги, перечисленные в нижеследующих направлениях работы.

Направление работы 6.5.2. К концу 2013 г. Региональное бюро и партнеры будут содействовать в адаптации и разработке материалов ACSM, соответствующих региону, сделав их доступными, как минимум, на русском и английском языках.

Направление работы 6.5.3. К концу 2013 года в каждой стране или субрегионе будут проведены исследования знаний, установок и практик (ЗУП) и оценки потребностей с акцентом на МЛУ-ТБ для определения задач изменения поведения, целевых групп, потребностей в адвокации и того, на что должны быть нацелены мероприятия ACSM. Результаты исследований будут подпитывать стратегии и задавать направления для первоочередных действий.

Направление работы 6.5.4. К концу 2012 г. государства-члены выявят и сведут воедино в целях общего планирования мероприятий по ACSM и МЛУ-ТБ все организации гражданского общества, проявляющие интерес к проблемам туберкулеза. Сюда будут входить организации, работающие с ВИЧ, а также многие другие организации, работа которых нацелена на социальное обеспечение и права человека, включая профессиональные ассоциации врачей, медицинских сестер, фармацевтов и т.д. Религиозные организации также будут включены в этот процесс: инициативы, проводимые церквями и мечетями, могут иметь большое влияние. Будет установлена связь между национальными программами и гражданским обществом, религиозными организациями и сетями.

Направление работы 6.5.5. Для организаций гражданского общества и специалистов по ACSM в национальных программах борьбы с ТБ будут организованы рабочие семинары по аспектам множественной лекарственной устойчивости туберкулеза и соответствующим потребностям в проведении мероприятий ACSM на национальном и субнациональном уровнях.

Направление работы 6.5.6. Страны высокого приоритета по ТБ пересмотрят потребности в основных специалистах в области ACSM в национальных программах борьбы с ТБ в соответствии с рабочим планом ACSM.

Направление работы 6.5.7. Государства-члены и партнеры будут регулярно поддерживать подготовку и вовлечение в работу активистов из среды пациентов и людей, оказывающих больным помощь в лечении.

#### ***Адвокация***

Целый ряд скоординированных мероприятий, разработанных для того, чтобы ТБ занял первоочередное место в политической программе работы и в программе развития для побуждения политической воли с целью повышения и поддержания финансирования и других ресурсов.

Направление работы 6.5.8. К концу 2012 года государства-члены разработают национальные планы по проведению адвокативной работы в области борьбы с ТБ, с целью инициирования изменений в политике и сохранения политической приверженности и финансовой поддержки.

#### ***Информационное взаимодействие***

Средства информации будут использоваться во всех их формах для информирования, убеждения и вызова ответных действий со стороны всего населения или целевых групп населения на проблему ТБ, формировать знание о проблеме М/ШЛУ-ТБ и, соответственно, о важности профилактики, усиленного и ускоренного выявления заболевания и завершения курса лечения.

Направление работы 6.5.9. Государства-члены на регулярной основе будут регулярно обучать работников здравоохранения применению ориентированных на пациентов подходов при оказании медицинской помощи и обмену информацией, чтобы дать им возможность выработать необходимые навыки общения и соответствующее отношение.

Направление работы 6.5.10. Государства-члены разработают такие материалы, как придорожные плакаты или плакаты для клиник, которые будут широко применяться к 2013 году. Эта работа будет основана на результатах оценки потребностей для поддержки задач национальных программ борьбы с ТБ.

#### ***Социальная мобилизация***

Активное вовлечение сообществ и людей, пострадавших от заболевания, в борьбу с ТБ и МЛУ-ТБ, а также вовлечение этих людей в процесс ускоренного выявления и оказания поддержки больным в течение длительного лечения, сокращает, таким образом, существующие высокие показатели отрывов от лечения у больных МЛУ-ТБ.

Направление работы 6.5.11. К концу 2013 году государства-члены при технической поддержке партнеров разработают планы действий, которые будут основаны на данных по информационным посланиям, целевым сообществам и сферам деятельности, выявленных во время оценки потребностей, исследований знаний, установок и практик и общих дискуссий.

Направление работы 6.5.12. Государства-члены определяют наличие организаций гражданского общества на национальном, субнациональном и местном уровне, выявляя те, которые проявляют или могут проявить интерес к ТБ, и установят рабочие отношения с наиболее активными и подходящими для этой работы организациями.

Направление работы 6.5.13. Государства-члены будут оказывать помощь местным организациям гражданского общества в работе с их национальными программами борьбы с ТБ по разработке и реализации эффективных планов, следя за тем, чтобы свою

собственную деятельность они выстраивали в соответствии с принципами и приоритетами НПТ для:

- вовлечения в процессы планирования, принятия решений, реализации намеченного, мониторинга и оценки;
- работы над социальными детерминантами, которые повышают восприимчивость к ТБ, такими как неудовлетворительные жилищные условия, неполноценное питание, злоупотребление наркотическими веществами, дискриминация и безработица;
- повышения уровня осведомленности общества о ТБ в целом и МЛУ-ТБ в частности и мобилизации ресурсов;
- направления людей с симптомами заболевания в противотуберкулезные клиники для постановки диагноза;
- предоставления социальной поддержки пациентам на протяжении долгих месяцев лечения (обычно 2 года или более для больных МЛУ-ТБ);
- в контексте высоких показателей отрывов от лечения МЛУ-ТБ – для предоставления поддержки организациям гражданского общества и медицинским работникам в подготовке наделенных полномочиями пациентов, которые понимают и принимают необходимость лечения в течение двух и более месяцев;
- тесного сотрудничества между медицинскими работниками и службами социального обеспечения, включая службы пробации, реабилитации и предоставления приюта;
- совершенствования практического опыта в гражданском обществе в целом, предоставляя знания и информацию о ТБ, в особенности, организациям, работающим в сообществах, где есть риск развития ТБ.

Направление работы 6.5.14. Государства-члены будут поддерживать и поощрять создание ассоциаций пациентов, находящихся на лечении в настоящее время или пролечившихся ранее с целью повышения уровня осведомленности о ТБ в обществе.

Направление работы 6.5.15 Государства-члены в сотрудничестве с партнерами будут содействовать в оказании трансграничной противотуберкулезной помощи, поддерживать создание организаций гражданского общества в сообществах мигрантов и оказывать содействие уже существующим организациям. Они могут сделать многое на пути повышения уровня осведомленности о ТБ и знаний среди сотрудников местных служб здравоохранения для того, чтобы люди, испытывающие симптомы заболевания, имели возможность благополучно самостоятельно обращаться за медицинской помощью.

## **6.6 Этика и права человека**

Выявлен целый ряд случаев, при которых внимание к правам человека при лечении ТБ также способствует расширению масштабов эффективного лечения МЛУ-ТБ.

Направление работы 6.6.1. К концу 2012 г. Региональное бюро предоставит государствам-членам рекомендаций по проведению пересмотра системы взглядов на вопросы этики и прав человека при работе с ТБ и другими инфекционными заболеваниями.

Направление работы 6.6.2. К концу 2013 г. Региональное бюро предоставит государствам-членам рекомендаций по проведению паллиативного ухода, включая модели оказания медицинской помощи на дому.

Направление работы 6.6.3. К концу 2012 года ВОЗ и партнеры проведут операционное исследование, посвященное моделям оказания паллиативного ухода (потребности пациентов, стоимость, ресурсы).

Направление работы 6.6.4. К концу 2012 г. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами разработает показатели ориентированной на пациентов медицинской помощи.

Направление работы 6.6.5. К концу 2012 г. ВОЗ издаст для государств-членов рекомендации по разработке инструкций по использованию незарегистрированных препаратов в связи с исключительными обстоятельствами.

Направление работы 6.6.6. К концу 2013 г. Региональное бюро в сотрудничестве с партнерами организует региональную конференцию по ориентированной на пациентов медицинской помощи и правам человека при работе с ТБ и ВИЧ.

Направление работы 6.6.7. К концу 2012 г. Региональное бюро, государства-члены и партнеры включают вопросы этики и прав человека в академические учебные программы курсов по ТБ/МЛУ-ТБ для всех групп медицинских работников.

Направление работы 6.6.8. Государства-члены внесут в свои национальные планы и руководства четкие инструкции по организации оказания услуг, принимая во внимание вопросы этики и прав человека, а также международные рекомендации и обязательства.

Направление работы 6.6.9. К концу 2013 года государства-члены укрепят свой потенциал для оказания ухода за больными М/ШЛУ-ТБ, отвечающими соответствующим критериям.

Направление работы 6.6.10. К концу 2013 года государства-члены вовлекут организации гражданского общества в проведение оценки качества обслуживания пациентов в противотуберкулезных службах.

Направление работы 6.6.11. К концу 2013 года государства-члены обеспечат наличие механизмов, позволяющих принимать жалобы или применять санкции по фактам коррупции или неэтичного поведения.

### **Примеры лучших практик**

#### *Нидерланды*

В Нидерландах, как и в других странах с низкой заболеваемостью ТБ, туберкулез в основном является заболеванием людей, рожденных и инфицированных за рубежом. Сложность состоит в раннем выявлении случаев (МЛУ) ТБ и ограничение распространения инфекции. Кроме того, так же как и в других странах, важно соответствующее лечение всех случаев ТБ для предотвращения возникновения МЛУ-ТБ.

В Нидерландах в 1993 – 2009гг. около 1% штаммов *M. tuberculosis* имел множественную лекарственную устойчивость. За эти 17 лет было зарегистрировано 187 случаев МЛУ-ТБ, из которых 7 характеризовались наличием штамма с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). Один из трех случаев МЛУ-ТБ выявлялся в ходе скрининга, особенно в ходе программ массового обследования иммигрантов, въезжающих в Нидерланды. В 9 случаях (5%) болезнь была результатом недавнего заражения непосредственно в Нидерландах, что подтвердилось фингерпринтингом ДНК и исследованием эпидемиологических кластеров. В 5 случаях МЛУ-ТБ был приобретен после предшествующего лечения (не-МЛУ) в Нидерландах.

Таким образом, упор в работе делается на раннее выявление случаев заболевания ТБ и МЛУ-ТБ путем усиленного и активного поиска. В то же время, для предотвращения развития лекарственной устойчивости и, в особенности, возникновения приобретенного МЛУ-ТБ, важны соответствующее лечение, управление и курация, даже в странах с низким уровнем заболеваемости. Продолжение лечения гарантировано наблюдением медицинских сестер. Пациенты получают психологическую поддержку, а модели лечения приняты на основании оценки потребностей пациентов.

### *Соединенное Королевство*

Хорошим действующим примером ACSM является Лондонская программа «Найди и лечи» (Find and Treat), Соединенное Королевство(18).

Невозможно эффективно бороться с распространением ТБ в большом городе без особых мер по поиску и лечению наиболее уязвимых и социально незащищенных больных. Предположение о том, что все больные незамедлительно обратятся за медицинской помощью и пройдут весь курс лечения, длящийся, минимум, шесть месяцев, более не является основой эффективной стратегии борьбы с ТБ (18). Показатели ТБ в Лондоне продолжают расти повсеместно, при этом один из шести заболевших является представителем социальной группы, с которой сложно установить контакт: лица без определенного места жительства, лица, злоупотребляющие алкоголем и наркотическими веществами и заключенные. Для этих групп с высоким риском развития лекарственно-устойчивых форм ТБ с бактериовыделением характерно позднее обращение, дальнейшее распространение инфекции и смертельный исход (18).

Программа «Найди и лечи» (Find&Treat) была организована в октябре 2007 Департаментом здравоохранения Соединенного Королевства для реализации рекомендаций оценки передвижной рентгеновской станции Агентства по защите здоровья (ПРС) (18) и усиления борьбы с ТБ в Лондоне среди труднодоступных групп.

Небольшая команда специалистов разных областей здравоохранения и социальной защиты, работающая совместно с обученными бывшими пациентами, имеющими личный опыт лечения туберкулеза и отсутствия места жительства, соединяет 30 центров по лечению ТБ в Лондоне с большинством больных.

Отсутствие определенного места жительства является независимым фактором риска наличия МЛУ-ТБ. У одной трети больных активной формой ТБ, с которыми работает программа «Найди и лечи», выявлена монорезистентность, а у 11% из них был выявлен МЛУ-ТБ. За последние три года в программу «Найди и лечи» поступили просьбы по поиску более 225 больных активной формой ТБ, потерянных для медицинской службы, более 75% этих больных были найдены и возвращены на лечение.

В рамках программы «Найди и лечи» с помощью передвижной рентгенологической станции (ПРС) также проводится ежегодный скрининг на ТБ среди, примерно, 10 000 бездомных и наркоманов. По данным ПРС за прошедшие 6 лет показатель заболеваемости ТБ легких стабильно составляет 250 на 100 000; при этом такие больные с меньшей вероятностью являются бактериовыделителями в момент выявления по сравнению с теми, кто пассивно диагностируется основной противотуберкулезной службой. Разработанная multidисциплинарная модель работы с больными, позволяющая избежать традиционных административных и географических барьеров и работающая с более чем 200 различными правительственными и общественными организациями, является важнейшим компонентом программы по борьбе с ТБ в Лондоне. Эти успехи оказались возможными только благодаря усилиям, предпринимаемым в области адвокации, информационного взаимодействия и социальной мобилизации.

## **7. Учет потребностей особых групп населения**

Региональное бюро и другие партнеры выступают за обеспечение всеобщего доступа к услугам диагностики и лечения М/ШЛУ-ТБ, включая среди прочих наиболее уязвимые группы населения, такие как ВИЧ-инфицированные, дети и беременные женщины, и социально-неблагополучные группы населения, такие как мигранты, бездомные, люди, страдающие наркотической и алкогольной зависимостью. В свои планы страны должны включить мероприятия по устранению барьеров на пути получения медицинской помощи этими группами населения.

### **7.1 Совершенствование совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ**

Направление работы 7.1.1. Региональное бюро будет документировать наилучшие практики и опыт по эффективной интеграции и моделям предоставления услуг (по принципу комплексного получения услуг в случае с ТБ/ВИЧ, наркотической зависимости).

Направление работы 7.1.2. Региональное бюро и другие партнеры окажут поддержку в проведении регулярного обучения специалистов здравоохранения, занимающихся вопросами ВИЧ и ТБ.

Направление работы 7.1.3. Региональное бюро и другие партнеры окажут поддержку в пересмотре национальных политик в отношении ТБ/ВИЧ к концу 2012 года.

Направление работы 7.1.4. К концу 2013 года государства-члены учредят действующие координационные механизмы по ТБ/ВИЧ для содействия в предоставлении интегрированных услуг по ТБ, ВИЧ (злоупотреблениям наркотиками/наркология) в пределах одних и тех же учреждений, включая пенитенциарные).

Направление работы 7.1.5. К концу 2012 года государства-члены подготовят распоряжения о проведении антиретровирусной терапии в противотуберкулезных диспансерах и лечения ТБ в центрах СПИД (или соответствующих учреждениях), где эта работа еще не осуществлялась.

Направление работы 7.1.6. Всем полномочным органам Министерств здравоохранения и юстиции в странах расширять доступ к услугам снижения вреда, имеющим под собой научное обоснование, включая профилактику, диагностику и лечение ТБ и ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ или имеющих риск ВИЧ в регионе, и особенно для тех, кто пользуется наркотиками или потребляет инъекционные наркотики.

Направление работы 7.1.7. К середине 2013 года государства-члены расширят масштабы предоставления профилактического лечения ТБ во всех центрах СПИД в качестве основного мероприятия, направленного на ВИЧ, в соответствии с научно-обоснованными практиками, рекомендованными на международном уровне.

Направление работы 7.1.8. Региональное бюро разработает руководства по профилактическому лечению ТБ в Регионе в условиях высокой распространенности МЛУ/ШЛУ-ТБ.

Направление работы 7.1.9. К концу 2012 года Министерством здравоохранения обеспечить наличие изониазида в центрах СПИД, как часть программных мероприятий по работе с ВИЧ. Предварять это должны рекомендации ВОЗ для регионов с высокой устойчивостью к изониазиду и с широким распространением МЛУ-ТБ.

Направление работы 7.1.10. Неправительственные организации, работающие в области ТБ или ВИЧ в регионе, примут совместные мероприятия по ТБ/ВИЧ в качестве своей основной работы.

Направление работы 7.1.11. Национальные программы борьбы с ТБ и ВИЧ, а также диспансеры будут поддерживать активные контакты с партнерами из гражданского общества для улучшения доступа к интегрированным услугам ТБ/ВИЧ и, где это возможно, к службам по снижению вреда для групп особого риска и уязвимых категорий населения.

## **7.2 Усиление борьбы с МЛУ-ТБ в пенитенциарных учреждениях**

Направление работы 7.2.1. К первому кварталу 2013 года государства-члены обеспечат доступность проведения ранней диагностики и эффективного лечения М/ШЛУ-ТБ во всех пенитенциарных службах региона.

Направление работы 7.2.2. К концу 2012 года государства-члены сформируют механизм непрерывного оказания медицинской помощи для выходящих на свободу заключенных, находящихся на лечении ТБ.

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

Направление работы 7.3.1. Региональное бюро и государства-члены к середине 2012 г. разработают специальные ответные меры по профилактике и борьбе с ТБ у детей и будут способствовать скорейшей адаптации в странах обновленного варианта руководства по лечению детского туберкулеза.

Направление работы 7.3.2. Государства-члены улучшат доступ к профилактике, контролю и лечению ТБ для трудно идущих на контакт и уязвимых групп населения, особенно для мигрантов, бездомных и людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, разрабатывая для этого программы активного охвата с участием организаций гражданского общества и медицинских работников из сообществ для установления контактов с пациентами в их собственном социальном контексте.

Направление работы 7.3.3. К концу 2013 года Региональное бюро и государства-члены установят механизм трансграничного контроля за ТБ и оказания медицинской помощи больным ТБ, который обеспечит непрерывность лечения для мигрантов.

Направление работы 7.3.4. Национальные программы борьбы с ТБ включают вопросы детского ТБ в их национальные стратегические планы или национальные планы здравоохранения и будут уделять им первостепенное внимание.

### **Примеры лучших практик**

#### *Азербайджан*

Главное медицинское управление Министерства юстиции Республики Азербайджан в рамках Проекта по контролю за распространением туберкулеза в учреждениях пенитенциарной системы регулярно проводит скрининг среди заключенных и находящихся под следствием граждан, начиная работу со следственных изоляторов. Обязательный алгоритм диагностики включает заполнение анкеты и проведение рентгенологического исследования. Образцы мокроты проходят трехкратное исследование микроскопии мазка и посева. Быстрые диагностические тесты на чувствительность в рамках ускоренной диагностики проводятся регулярно с использованием технологий VASTEC, GeneXpert и HAIN. Лица с подозрением на ТБ и/или выявленным ТБ незамедлительно изолируются в отдельных палатах и в течение

нескольких дней (не позднее, чем через неделю) переводятся в специализированный лечебный центр Министерства юстиции, где осуществляется лечение всех форм ТБ, включая лекарственно-устойчивый туберкулёз. В этом закрытом медицинском учреждении Минюста проводится лечение всех заключенных и лиц, находящихся под следствием, без различия по полу, возрасту, типу внутреннего режима и условий наказания согласно решению суда.

#### *Эстония*

Эстония занимает второе место в Регионе по потреблению алкоголя на душу населения, алкоголизм широко распространен среди больных ТБ и МЛУ-ТБ, отрывающихся от лечения. В 2011 году демонстрационный проект начался с обучения сотрудников по проведению теста на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) и координации действий между национальной противотуберкулезной и психиатрической службами, предлагающими консультирование и лечение алкоголизма пациентам, находящимся на лечении ТБ.

В Эстонии проводятся совместные мероприятия по ТБ/ВИЧ, такие как тестирование на ВИЧ больных туберкулезом и скрининг на ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, назначение сопутствующего лечения противотуберкулезными препаратами, антиретровирусная терапия, и опиоидная заместительная терапия по показаниям, информирование больных и обучение медицинских специалистов. Эти меры привели к более раннему выявлению случаев заболевания туберкулезом и ВИЧ-инфекции, снижению показателей отрывов от лечения среди ВИЧ-инфицированных больных ТБ и повышению информированности о туберкулезе среди лиц, живущих с ВИЧ (19).



## Ссылки

1. План «Остановить ТБ» для наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ 2007-2015г.г, Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/plan-to-stop-tb-in-18-high-priority-countries-in-the-who-european-region,-20072015> по состоянию на 23 августа 2011г.).
2. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 ([http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103\\_TB\\_SUR\\_2009.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf), accessed 19 July 2011).
3. *Global tuberculosis control: WHO report 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.7, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf), accessed 27 April 2011).
4. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf), accessed 28 July 2011).
5. *Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015. WHO progress report 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (documents WHO/HTM/TB/2011.3, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330_eng.pdf), accessed 28 July 2011).
6. *Берлинская декларация по туберкулезу*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007. (<http://www.euro.who.int/ru/who-we-are/policy-documents/berlin-declaration-on-tuberculosis> по состоянию на 23.08.2011)
7. *Борьба с туберкулезом и медицинская помощь пациентам на глобальном уровне. Совещание министров стран с высоким бременем М/ШЛУ-ТБ, Пекин, Китай, 1–3 апреля 2009г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 ([http://www.who.int/tb\\_beijingmeeting/ru/index.html](http://www.who.int/tb_beijingmeeting/ru/index.html) по состоянию на 23.08.2011 г.)
8. *Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения ВА362.15 «Профилактика туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью и борьба с ним»* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (<http://www.who.int/tb/publications/resolutions/ru> по состоянию на 23 августа 2011).
9. Stop TB Partnership. *The Global Plan to stop TB 2011–2015*. Geneva, World Health Organization ([http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf), accessed 25 July 2011).
10. Stop TB Partnership. Global Laboratory Initiative [web site]. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.stoptb.org/wg/gli>, accessed 28 July 2011).
11. TB diagnostics and laboratory strengthening [web site]. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.who.int/tb/laboratory/policy\\_statements/en/index.html](http://www.who.int/tb/laboratory/policy_statements/en/index.html), accessed 2 August 2011).
12. *Policy statement: automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF system*. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501545\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501545_eng.pdf), accessed 3 August 2011).
13. FIND [web site]. Geneva, Foundation for Innovative New Diagnostics, 2011 (<http://www.finddiagHerstics.org>, accessed 3 August 2011).

14. Stop TB Partnership. Global Drug Facility releases roadmap for scale-up of MDR-TB treatment [web site]. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.stoptb.org/news/announcements/2010/a10\\_016.asp](http://www.stoptb.org/news/announcements/2010/a10_016.asp), accessed 3 August 2011).
15. Centers for Disease Control and Prevention [web site]. International Research and Programs Branch Update. Vladimir Center of Excellence for Tuberculosis Infection Control. *TB notes Newsletter*, 3, 2010 ([http://www.cdc.gov/tb/publications/newsletters/notes/TBN\\_3\\_10/irpb\\_update.htm](http://www.cdc.gov/tb/publications/newsletters/notes/TBN_3_10/irpb_update.htm), accessed 28 July 2011).
16. *Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) indicators. A minimum set of indicators for the programmatic management of MDR-TB in national tuberculosis control programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.11, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HTM\\_TB\\_2010.11\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HTM_TB_2010.11_eng.pdf), accessed 2 August 2011).
17. Azerbaijan: fighting drug-resistant tuberculosis in prisons pays off [web site]. Geneva, ICRC Resource Centre, 2010 (<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/feature/azerbaijan-feature-210310.htm#header>, accessed 2 August 2011).
18. Find & Treat. Tackling TB among hard-to-reach groups in London [web site]. London, Health Protection Agency, 2007 ([http://www.findandtreat.com/TB\\_Find\\_%26\\_Treat/How\\_we\\_find.html](http://www.findandtreat.com/TB_Find_%26_Treat/How_we_find.html), accessed 2 August 2011).
19. *Accelerating the implementation of collaborative TB/HIV activities in the WHO European region*. Geneva, World Health Organization and Copenhagen, Regional office for Europe, 2010 ([http://www.stoptb.org/wg/tb\\_hiv/assets/documents/euro\\_meeting%20report.pdf](http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/assets/documents/euro_meeting%20report.pdf), accessed 19 July 2011).

## Библиография

Borowitz M et al. *A health systems approach to TB infection control in central Asia*. USAID/ZdravPlus Project. Almaty, Abt Associates Inc. 2008.

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

Dussault G et al. *Assessing future health workforce needs*. Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/124417/e94295.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf), accessed 2 August 2011).

Ettelt S et al. *Capacity-building in health care: a review of the international experience*. Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 2008 (European Observatory on Health Systems and Policies policy brief, <http://www.euro.who.int/document/e91193.pdf>, accessed 2 August 2011).

*Framework for implementing new tuberculosis diagnostics*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/entity/tb/laboratory/whopolicyframework\\_july10\\_revHerv10.pdf](http://www.who.int/entity/tb/laboratory/whopolicyframework_july10_revHerv10.pdf), accessed 2 August 2011).

*Global Fund Quality Assurance Policy for Pharmaceutical Products (as amended on 10 November 2009)*. Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009 ([http://www.stoptb.org/assets/documents/gdf/drugsupply/Annex1-%20FullTextRevisedQualityAssurancePolicy\\_en.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/gdf/drugsupply/Annex1-%20FullTextRevisedQualityAssurancePolicy_en.pdf), accessed 2 August 2011).

*Good governance for medicines. Progress report 2010.* Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/goodgovernance/GGM2010ProgressReport.pdf>, accessed 2 August 2011).

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

Keshavjee S et al. Treating multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: developing programmes that address the linkage between poverty and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008, 1136:1–11.

Management for health services delivery. Partnerships Management [web site]. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/management/partnerships/en/>, accessed 2 August 2011).

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

*New technologies for tuberculosis control: a framework for their adoption, introduction and implementation.* Geneva, World Health Organization, 2007 (WHO/HTM/STB/2007.40, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595520\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595520_eng.pdf), accessed 2 August 2011).

Partnering initiatives at country level: proposed partnering process to build a national stop tuberculosis (TB) partnership (draft, April 2010, [http://www.stoptb.org/assets/documents/countries/partnerships/national\\_partnerships.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/countries/partnerships/national_partnerships.pdf), accessed 2 August 2011).

*Planning the development of human resources for health for implementation of the Stop TB Strategy: a handbook.* Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597715\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597715_eng.pdf), accessed 2 August 2011).

*Policy guidance on drug susceptibility testing (DST) of second-line anti-tuberculosis drugs.* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HTM/TB/2008.392, <http://www.stoptb.org/assets/documents/about/cb/meetings/15/2.08-11%20Rolling%20out%20diagHerstics%20in%20the%20field/2.08-11.3%20DST%20policy%20.pdf>, accessed 2 August 2011).

*Policy guidelines for collaborative TB/HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach.* Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf), accessed 2 August 2011).

*Quality and accreditation in health care services. A global review.* Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/hrh/documents/en/quality\\_accreditation.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf), accessed 2 August 2011).

Rational Pharmaceutical Management Plus. *Managing pharmaceuticals and commodities for tuberculosis: a guide for national tuberculosis programs.* Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2008 ([http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Guidelines\\_English-final-Aug-2008-w-cover.pdf](http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Guidelines_English-final-Aug-2008-w-cover.pdf), accessed 2 August 2011).

*Report of the 16th TB/HIV Core Group meeting, May 26–28, 2010, Almaty, Kazakhstan* ([http://www.stoptb.org/wg/tb\\_hiv/assets/documents/Final%20Report16CG%20meeting.pdf](http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/assets/documents/Final%20Report16CG%20meeting.pdf), accessed 2 August 2011).

Story A, van Hest R, Hayward A. Tuberculosis and social exclusion. *British Medical Journal*, 2006, 8, 333(7558):57–58.

Story A et al. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax*, 2007, 62(8):667–671.

Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS). *Supporting pharmacovigilance in developing countries: the systems perspective*. Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2009 ([http://www.msh.org/projects/sps/SPS-Documents/upload/SPS\\_PV\\_Paper.pdf](http://www.msh.org/projects/sps/SPS-Documents/upload/SPS_PV_Paper.pdf), accessed 2 August 2011).

*Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>, accessed 2 August 2011).

The Partnering Initiative. *Developing the art and science of cross-sector partnerships* [web site]. London, The International Business Leaders Initiative, 2008 (<http://www.thepartneringinitiative.org/>, accessed 2 August 2011).

*The power of partnership*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.stoptb.org/assets/documents/countries/partnerships/power\\_of\\_partnerships.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/countries/partnerships/power_of_partnerships.pdf), accessed 2 August 2011).

*The world health report 2006: Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176_eng.pdf)).

*Use of liquid TB culture and drug susceptibility testing in low and medium income settings*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/tb/dots/laboratory/policy/en/print.html>, accessed 2 August 2011).

*Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения; 21-05-2010 WHA 63.16*, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (<http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/ru>) по состоянию на 23.08.2011 г.

## **Приложение 1. Система мониторинга исполнения Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ**

Разработка системы мониторинга является важным компонентом любого эффективного плана. Ключом к разработке успешных показателей является включение переменных, которые были бы достаточно широкими для отражения всех аспектов амбициозного плана, достаточно конкретными для рассмотрения важных маркеров успеха и довольно краткими, чтобы не перегружать национальные программы. Принимая во внимание эти рекомендации, под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ была создана специальная международная группа, членами которой стали представители всего региона -международные органы, НПО и представители гражданского общества.

Эта система, основанная на подробном обзоре Плана действий, дает возможность проводить мониторинг реализации на международном и национальном уровнях. В ней приводятся подробные переменные для оценки конкретных мероприятий на операционном уровне, которые охватывают вкладываемые ресурсы, процессы, промежуточные результаты, окончательные результаты и воздействие. Все показатели, указанные в этой системе, отражают установленные цели плана действий, что позволяет тем, кто будет заниматься его реализацией, а также обществу, донорам и другим заинтересованным сторонам отслеживать успехи, соотнося их с установленными критериями и фактическими достижениями всех поставленных задач.

Эти показатели, хоть и представленные в региональном масштабе, разработаны для того, чтобы служить в качестве ориентира в разработке или корректировке комплексных планов мониторинга на уровне стран.

Существует 11 основных показателей, которые позволяют осуществлять мониторинг выполнения работы по основным областям деятельности и мероприятиям плана действий. Список основных переменных сопровождается полным списком индикаторов, которые непосредственно следуют структуре плана действий. Каждая группа мероприятий представлена в системе одним или несколькими индикаторами и рассмотрена специальной группой для представления наиболее точной меры выполнения блока мероприятий. Кроме того, для каждого индикатора/группы индикаторов определены исходный уровень показателя, желаемая цель, периодичность проведения оценки, механизм мониторинга и источник данных. В большинстве случаев, исходные уровни определялись на основании информации, предоставленной каждой страной во время ежегодного сбора данных по ТБ, который проводит Региональное бюро и ЕЦКЗ. Ежегодный процесс сбора данных охватывает весь регион и проводится единожды, таким образом, позволяя избежать дублирования действий странами и партнерами, а также обеспечивает удобный для пользователя механизм сбора данных. У небольшого числа показателей в полном списке отсутствует исходная информация, что объясняется отсутствием этих данных и/или сомнительной надежностью уже имеющейся информации.

Для оценки выполнения мероприятий страны будут сгруппированы на основании двух основных критериев: (i) высокое или низкое бремя М/ШЛУ-ТБ, (ii) принадлежность к группе 18 высокоприоритетных стран для борьбы с ТБ в Европейском регионе ВОЗ. Анализ по странам будет проведен для оценки конкретного выполнения мероприятий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ.

Большинство показателей, включая 11 основных, будут отслеживаться ежегодно. В дополнение к ежегодному процессу сбора данных для Регионального бюро/ЕЦКЗ, будет проводиться периодический обзор документации для отслеживания мероприятий, не отраженных в общей форме сбора данных по ТБ. Обзор документации будет проводиться в начале реализации Плана действий и в конце периода, когда будет ожидать полная реализация мероприятий. Кроме того, тщательная оценка отчетов стран или отчетов об оказании внешней технической помощи будет предоставлять дополнительный материал, который поможет измерить показатели. При отсутствии этих источников информации будет проведена беседа с национальной программой (или ее эквивалентом) для оценки выполнения мероприятий, как части Плана действий. В 2016-2018 гг. будет проведена оценка воздействий, когда в распоряжении окажутся данные по окончательным результатам в когортах МЛУ. Долгосрочные воздействия будут оценены через несколько лет после этого.

Для проведения мониторинга осуществления Плана действий будут использоваться лишь данные, утвержденные государствами-членами.

Вслед за одобрением этой системы как официальной части Плана действий, от государств-членов не ожидается разработки параллельной системы мониторинга мероприятий на уровне страны, как части Плана. Рекомендуется использовать данную систему в качестве единой основы мониторинга, а имеющиеся установленные механизмы сбора информации следует использовать и укреплять там, где возможно, для того, чтобы избежать дублирования усилий и повышать действенность и эффективность. Указанные здесь показатели следует включить в систему мониторинга и оценки Национальной программы борьбы с ТБ на уровне страны. Кроме этого, индикаторы воздействия из основной группы, такие как распространенность МЛУ, должны быть отражены в структуре оценки системы здравоохранения в дополнение к тем, что используются для всей области борьбы с ТБ.

Полные результаты оценки эффективности мероприятий, проведенных согласно Плану действий, будут представлены в объединенном отчете по ТБ ЕЦКЗ и Европейского регионального бюро ВОЗ. Отчет будет включать подробный анализ и интерпретацию данных, основанных на показателях и рекомендациях. Также будут представлены таблицы, графики, карты и характеристики стран. Ход работы по реализации Плана действий по МЛУ-ТБ будет сообщаться Европейскому Региональному комитету, а отчеты по мониторингу будут предоставляться во время совещания менеджеров НПТ/национальных координаторов, в которых могут принимать участие заинтересованные стороны и организации гражданского общества, вовлеченные в борьбу с ТБ в Регионе.

Система мониторинга исполнения Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Планы анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
<b>Основные показатели</b>								
3.4.5	Процент МЛУ среди случаев повторного лечения ТБ	37%	29%	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС <sup>а</sup> 15 СВСБМЛУ <sup>б</sup>	Текущая отчетность	Воздействие
4.1.1	Соотношение показателя регистрации ТБ среди медицинских работников и показателя регистрации ТБ среди населения в целом	1.46	Снижение близкое к 1			18 ВПС 15 СВСБМЛУ		
3.4.2	Показатель выявления МЛУ-ТБ среди зарегистрированных случаев ТБ	34.5%	85%			53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая оценка	Окончательный результат
2.1.8	Охват тестированием чувствительности к препаратам первого ряда среди зарегистрированных ранее леченных больных ТБ (%)	41.1%	Близко к 100%					
1.2.1	Показатель отрывов от лечения среди впервые выявленных больных ТБ с лабораторным подтверждением диагноза (%)	6.6%	5%					
3.4.8	Показатель успешного лечения в когорте больных МЛУ-ТБ в странах, сообщивших, как минимум, об одном случае МЛУ-ТБ (%)	57.4%	75%					
3.4.9	Показатель смертности в когорте больных МЛУ-ТБ (%)	10.3%	10%				Текущая отчетность	
3.4.10	Показатель безуспешного лечения в когорте больных МЛУ-ТБ (%)	11%	10%					
3.4.11	Процент больных МЛУ-ТБ, потерянных для контрольного наблюдения (отрывы от лечения, переведенные, без окончательного исхода лечения)	21.3%	5%					
3.4.7	Процент выявленных больных М/ШЛУ-ТБ, охваченных лечением (в соответствии с рекомендациями ВОЗ) по отношению ко всем выявленным больным М/ШЛУ-ТБ	61.8%	Близко к 100%					
5.2.1	Количество государств-членов, которые на национальном уровне ведут электронное управление данными, по крайней мере, по больным с МЛУ-ТБ.	Не имеется в наличии	53 государства-члена			Промежуточный результат		

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Пласти анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
<b>1. Предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ</b>								
<b>1.1 Выявление и воздействие на социальные детерминанты, имеющие отношение к М/ШЛУ ТБ</b>								
1.1.1	Количество государств-членов, которые в своих национальных стратегиях здравоохранения определили специальную деятельность, направленную на социальные детерминанты М/ШЛУ-ТБ.	Не имеется в наличии	53 государства-члена	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат
<b>1.2 Улучшение соблюдения больными требований лечения</b>								
1.2.1	Показатель отрывов от лечения среди впервые выявленных больных ТБ с лабораторным подтверждением диагноза (%)	6.6%	5%	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Окончательный результат
1.2.2	Количество государств-членов, где для лечения больных ТБ используются комбинированные лекарственные препараты с фиксированными дозами	11	18 ВПС			18 ВПС 15 СВСБМЛУ		Промежуточный результат
1.2.3	Количество государств-членов, располагающих противотуберкулезными препаратами первого ряда без дефицита на любом административном уровне	15						
<b>1.3 Повышение эффективности финансирования системы здравоохранения для борьбы с ТБ</b>								
1.3.1	Количество государств-членов, где наблюдается сокращение дефицита финансирования основных элементов борьбы с ТБ	Не имеется в наличии	18 ВПС	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
<b>1.4 Использование всего потенциала служб первичной медико-санитарной помощи при проведении профилактики, контроля и лечения ТБ</b>								
1.4.1	Показатель выявления впервые выявленных больных ТБ и рецидивов (%)	78%	Повышение	Ежегодно	Глобальная база данных	53 государства-члена	Текущая оценка	Окончательный результат



Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Планы анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
1.4.2	Показатель успешного лечения среди впервые выявленных больных ТБ с лабораторным подтверждением диагноза (%)	70%	85%		по ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
1.4.3	Показатель успешного лечения среди ранее леченных больных ТБ (%)	44%	Повышение					
1.4.4	Количество государств-членов, где амбулаторное лечение ТБ внедрено в систему первичной медико-санитарной помощи	13	18 ВПС	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
<b>1.5 Ведение контактов с больными М/ШЛУ-ТБ</b>								
1.5.1	Количество государств-членов, располагающие системой ведения контактов с больными М/ШЛУ-ТБ	Не имеется в наличии	18 ВПС	2015	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат
<b>2. Расширение доступа к услугам тестирования устойчивости к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда и тестирования на ВИЧ среди больных ТБ</b>								
<b>2.1 Укрепление сети лабораторий, занимающихся исследованиями на ТБ</b>								
2.1.1	Процент лабораторий, выполняющих ТЛЧ, где проводится внешнее обеспечение качества в соответствии с международными стандартами	61%	Близко к 100%	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Процесс
2.1.2	Процент лабораторий, выполняющих тестирование лекарственной чувствительности и достигающих, как минимум, 95% соответствия по рифампицину и изониазиду по результатам внешнего обеспечения качества	96%	100%					Промежуточный результат
2.1.3	Количество государств-членов, использующих быстрые молекулярные исследования, одобренные ВОЗ, для рутинной диагностики лекарственной устойчивости	Не имеется в наличии	53 государства-члена					
2.1.4	Процент всех зарегистрированных случаев ТБ, которым проводилось культуральное исследование		Близко к 100%					

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Планы анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
2.1.5	Процент всех зарегистрированных случаев ТБ, имеющих культуральное подтверждение	47.3%	Повышение					Окончательный результат
2.1.6	Охват тестированием лекарственной чувствительности к препаратам первого ряда среди всех зарегистрированных больных ТБ (%)	39.8%	Близко к 100%					
2.1.7	Охват тестированием лекарственной чувствительности к препаратам первого ряда среди зарегистрированных впервые выявленных больных ТБ (%)	30.0%	Близко к 100%					
2.1.8	Охват тестированием лекарственной чувствительности к препаратам первого ряда среди зарегистрированных ранее леченных больных ТБ(%)	41.1%	Близко к 100%	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Окончательный результат
2.1.9	Охват тестированием лекарственной чувствительности к препаратам второго ряда среди зарегистрированных больных МЛУ-ТБ (%)	36.9%	Близко к 100%					
2.2 <i>Диагностическое консультирование и тестирование на ВИЧ всех больных ТБ и на ТБ всех ВИЧ-инфицированных пациентов (показатели отражены в области вмешательства 7: Учет потребностей особых групп населения)</i>								
<b>3. Расширение доступа к эффективному лечению всех форм лекарственно-устойчивого ТБ</b>								
3.1 <i>Обеспечение бесперебойных поставок и рациональное использование качественных лекарственных препаратов</i>								
3.1.1	Государства-члены, имеющие противотуберкулезные препараты второго ряда без дефицита на любом уровне	15	18 ВПС	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
3.1.2	Количество государств-членов, имеющие в распоряжении противотуберкулезные препараты в детской дозировке	23	53 государства-члена			53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ		

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Пласти анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
3.2 <i>Лечение побочных эффектов</i>								
3.2.1	Количество государств-членов, имеющих разработанные национальные руководства по отчетности и лечению побочных реакций, согласующиеся с рекомендациями ВОЗ	Не имеется в наличии	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат
3.3 <i>Разработка новых лекарственных препаратов</i>								
3.3.1	Долгосрочная региональная стратегия развития рынка противотуберкулезных препаратов, разработанная к 2012 г. (включая препараты с педиатрическими дозировками)	Нет	Да	2013	Региональное бюро	Европейский регион ВОЗ	Не применимо	Промежуточный результат
3.4 <i>Расширение доступа к лечению</i>								
3.4.1	Расчетная заболеваемость, все случаи МЛУ-ТБ на 100 000 населения	9.1	Снижение	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Воздействие
3.4.2	Показатель выявления МЛУ-ТБ среди зарегистрированных больных ТБ	34.5%	85%					Окончательный результат
3.4.3	Процент МЛУ-ТБ среди всех зарегистрированных больных ТБ	20.5%	16%					Воздействие
3.4.4	Процент МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ	11.7%						
3.4.5	Процент МЛУ-ТБ среди случаев повторного лечения ТБ	36.6%	29%					
3.4.6	Процент ШЛУ-ТБ среди выявленных случаев МЛУ-ТБ	5.0%	Снижение					
3.4.7	Процент выявленных больных М/ШЛУ-ТБ, охваченных лечением в соответствии с национальными руководствами, согласующимися с рекомендациями ВОЗ	61.8%	Близко к 100%					
3.4.8	Показатель успешного лечения в когорте больных МЛУ-ТБ (%)	57.4%	75%					Окончательный результат

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Пласти анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
3.4.9	Показатель смертности в когорте больных МЛУ-ТБ (%)	10.3%	10%					
3.4.10	Показатель безуспешного лечения в когорте больных МЛУ-ТБ (%)	11.0%	10%					
3.4.11	Доля больных МЛУ-ТБ, потерянных для контрольного наблюдения (отрывы от лечения, переведенные, без окончательного исхода лечения)	21.3%	5%					
<b>4. Укрепление противотуберкулезного инфекционного контроля</b>								
<b>4.1 Совершенствование мер административного и управленческого противотуберкулезного инфекционного контроля</b>								
4.1.1	Соотношение показателя регистрации ТБ среди медицинских работников и показателя регистрации ТБ среди населения в целом	1.46	Снижение Близко к 1	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Воздействие
4.1.2	Количество государств-членов, имеющих утвержденные национальные планы противотуберкулезного инфекционного контроля	Не имеется в наличии	18 ВПС					Промежуточный результат
<b>4.2 Усиление мер контроля над состоянием среды обитания в рамках противотуберкулезного инфекционного контроля</b>								
4.2.1	Процент противотуберкулезных учреждений, имеющих планы ИК, основанные на результатах проведенной оценки	Не имеется в наличии	Близко к 100%	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Процесс
<b>4.3 Обеспечение доступа к индивидуальным средствам защиты</b>								
4.3.1	Количество государств-членов, с наличием действенной программы респираторного контроля в учреждениях/службах, работающих с больными ТБ и МЛУ-ТБ	Не имеется в наличии	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Пласти анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
<b>5. Усиление эpidнадзора, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ</b>								
5.1 Усиление эpidнадзора								
5.1.1	Количество государств-членов, осуществляющих регулярный надзор за МЛУ-ТБ среди всех случаев ТБ	Не имеется в наличии	53 государства-члена	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
5.1.2	Количество государств-членов, располагающих данными о месте происхождения регистрируемых больных ТБ							
5.2 Совершенствование учета и отчетности								
5.2.1	Количество государств-членов, которые ведут на национальном уровне электронное управление данными, по крайней мере, по больным с МЛУ-ТБ	Не имеется в наличии	53 государства-члена	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
<b>6. Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса</b>								
6.1 Совершенствование управления программой								
6.1.1	Количество государств-членов, которые разработали, утвердили и начали реализацию своих национальных планов ответных действий в отношении МЛУ-ТБ.	Не имеется в наличии	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат
6.2 Развитие кадровых ресурсов								
6.2.1	Количество государств-членов, которые имеют компонент по ТБ в национальных планах развития кадровых ресурсов.	Не имеется в наличии	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат
6.3 Направляющее руководство в разработке политики								
6.3.1	Количество государств-членов, которые полностью приняли стратегию "Остановить туберкулез".	Не имеется в наличии	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Пласти анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
6.4 <i>Партнерство и координация</i>								
6.4.1	Региональный координационный комитет с участием различных заинтересованных сторон учрежден и успешно финансируется для оказания помощи в наращивание масштабов ответных действий, направленных на МЛУ-ТБ.	Нет	Да	2012	Региональное бюро	Европейский регион ВОЗ	Не применимо	Промежуточный результат
6.4.2	Количество государств-членов, имеющих учрежденные национальные партнерства "Остановить туберкулез", которые работают при значительном участии всех заинтересованных сторон.	Не имеется в наличии	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	
6.5 <i>Проведение мероприятий ACSM /участие гражданского общества</i>								
6.5.1	Количество государств-членов, которые проводят исследование(я) знаний, установок и практик (ЗУП) в отношении ТБ	14	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Глобальная база данных по ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
6.5.2	Количество государств-членов, которые имеют разработанную и полностью финансируемую национальную стратегию и план работы по ACSM	9						
6.5.3	Количество национальных партнерств "Остановить туберкулез", включая ассоциации пациентов	Не имеется в наличии	53 государства-члена	Национальные программы борьбы с ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	Промежуточный результат	
6.5.4	Количество государств-членов, которые оказывают финансовую поддержку НПО, активно участвующих в борьбе с ТБ и уделяющих особое внимание труднодоступным группам населения							

<b>6.6 Этические вопросы и права человека</b>								
6.6.1	Количество государств-членов, которые используют хартию пациентов для соблюдения этических вопросов и прав человека	13	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Глобальная база данных по ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
6.6.2	Количество государств-членов, которые оказывают паллиативный уход за больными М/ШЛУ-ТБ, отвечающими установленным критериям	Не имеется в наличии	18 ВПС		Национальные программы борьбы с ТБ		Периодический обзор документов	
6.6.3	Количество государств-членов, которые проводят проверку удовлетворенности пациентов услугами здравоохранения в противотуберкулезных службах		18 ВПС	Ежегодно				
<b>7. Учет потребностей особых групп населения</b>								
<b>7.1 Укрепление совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ</b>								
7.1.1	Процент зарегистрированных случаев ТБ, прошедших тестирование на ВИЧ	81.5%	Близко к 100%	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Промежуточный результат
7.1.2	Количество государств-членов, имеющих утвержденные протоколы оказания медицинской помощи больным с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ	Не имеется в наличии	18 ВПС	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	
7.1.3	Распространенность ВИЧ среди больных ТБ (новых и рецидивов)	3.8%	Снижение	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Воздействие
7.1.4	Процент больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, получающих АРТ.	21%	Близко к 100%	Ежегодно				Промежуточный результат
7.1.5	Процент больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, получающих ко-тримоксазол	18%	Близко к 100%	Ежегодно			Текущая оценка	Промежуточный результат
7.1.6	Показатель выявления ТБ/ВИЧ (зарегистрированные к расчетным)	59%	Повышение	Ежегодно			Текущая отчетность	Окончательный результат
7.1.7	Показатель эффективного лечения среди больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ (%)	Не имеется в наличии	Повышение	Ежегодно				

Область вмешательства	Индикатор	Исходный уровень	Целевой уровень	Периодичность	Источник данных	Пласты анализа	Механизм мониторинга	Уровень оценки (вклад-воздействие)
<i>7.2 Усиление контроля за МЛУ-ТБ в пенитенциарном секторе</i>								
7.2.1	Отношение показателя регистрации ТБ среди заключенных и показателя регистрации ТБ среди всего населения	Не имеется в наличии	Близко к 1	Ежегодно	Глобальная база данных по ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Текущая отчетность	Воздействие
7.2.2	Охват групп населения из пенитенциарного сектора национальной программой борьбы с ТБ (%)		Близко к 100%					Промежуточный результат
7.2.3	Показатель эффективного лечения среди впервые выявленных больных из мест лишения свободы, диагнозов легочного ТБ у которых подтвержден лабораторными исследованиями		85%					Окончательный результат
7.2.4	Процент вышедших на свободу бывших заключенных, которые продолжают лечение ТБ в гражданском секторе		Близко к 100%					КВ.3–2011 КВ.1–2016
<i>7.3 Улучшение доступа к труднодоступным и уязвимым группам населения</i>								
7.3.1	Установленный механизм для трансграничного контроля за ТБ и медицинской помощи, который позволяет обеспечивать непрерывность лечения для мигрантов.	Нет	Да	2013	Региональное бюро	Европейский регион	Не применимо	Промежуточный результат
7.3.1	Количество государств-членов, имеющих программы помощи нуждающимся, нацеленные на труднодоступные группы населения	Не имеется в наличии	53 государства-члена	КВ.3–2011 КВ.1–2016	Национальные программы борьбы с ТБ	53 государства-члена 18 ВПС 15 СВСБМЛУ	Периодический обзор документов	
7.3.3	Количество государств-членов, которые включают в свои национальные стратегические планы детский ТБ и придают ему приоритетное значение		53 государства-члена	КВ.3–2011 КВ.1–2016				

<sup>a</sup> Высокоприоритетные страны

<sup>b</sup> Страны с высоким бременем МЛУ-ТБ



## Приложение 2. Области вмешательств, обозначенные в Комплексном плане действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ

Все области вмешательств, обозначенные в Комплексном плане действий и описанные ниже, охватывают ряд мероприятий, для которых потребуется или будет в наличии техническая помощь Регионального бюро и/или партнеров. Эти мероприятия не перечисляются отдельно.

Проблемы	Предлагаемые решения	Основные мероприятия
<i>Область вмешательства 1. Предотвращение развития случаев М/ШЛУ_ТБ</i>		
В 2009 году доля МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ в Европейском регионе ВОЗ составляла 11%, а среди случаев повторного лечения - 36%. Регистрация ШЛУ-ТБ выросла в три раза, о появлении случаев ШЛУ-ТБ сообщают многие страны региона.	Выявлять социальные детерминанты, связанные с М/ШЛУ-ТБ, направлять на них деятельность, повышать уровень соблюдения пациентами требований лечения и использовать весь потенциал служб первичной медико-санитарной помощи при проведении профилактики, контроля и лечения ТБ.	Изучение социальных детерминант, связанных с М/ШЛУ-ТБ, документальный учет лучших моделей медицинского ухода с использованием подходов, ориентированных на пациентов, а также установление стратегий для интегрирования амбулаторного лечения со службами первичной медико-санитарной помощи.
Существующие системы финансирования мероприятий по ТБ в высокоприоритетных странах выделяют денежные средства преимущественно стационарным службам, оставляя небольшой бюджет для дополнительных мероприятий, таких как обучение и оказание социально-ориентированных услуг	Повышать эффективность финансирования здравоохранения для борьбы с ТБ	Изучение экономической эффективности различных мероприятий и определение наилучшего механизма финансирования для эффективной профилактики и контроля ТБ. .
В настоящее время отсутствует профилактическое лечение людей, недавно инфицированных или находившихся в контакте со штаммами М/ШЛУ-ТБ.	Рассмотреть вопрос проведения профилактического лечения для предупреждения М/ШЛУ-ТБ среди людей, состоявших в контакте с больными М/ШЛУ-ТБ.	Изучение возможных схем для профилактического лечения и разработка рекомендаций.
<i>Область вмешательства 2. Расширение доступа к услугам тестирования чувствительности к препаратам первого и второго ряда и к тестированию на ВИЧ среди больных ТБ</i>		
Лабораторный потенциал для проведения тестирования лекарственной чувствительности к препаратам первого и второго ряда является недостаточным.	Усиление сети наднациональных и национальных лабораторий, занимающихся исследованиями на ТБ.	Наращивание потенциала кадровых ресурсов, разработка схем обеспечения качества и приоритетное выделение финансирования для новых быстрых молекулярных диагностических тестов для больных М/ШЛУ-ТБ, отвечающих установленным критериям. <sup>a</sup>

Проблемы	Предлагаемые решения	Основные мероприятия
<p>Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) для диагностики инфекции, сочетанной с ВИЧ, проводится на неудовлетворительном уровне, а показатели смертности значительно увеличиваются среди ВИЧ-инфицированных больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ.</p>	<p>Обеспечение проведения диагностического консультирования и тестирования на ВИЧ для всех больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ..</p>	<p>Расширение масштабов добровольного консультирования и тестирования путем проведения обучения всех ответственных сотрудников и предложения ДКТ всем больным ТБ по инициативе медицинских работников и на основе, предполагающей возможность отказаться от исследования.</p>
<p><i>Область вмешательства 3. Расширение доступа к эффективному лечению лекарственно-устойчивого ТБ</i></p>		
<p>Недоступность соответствующего лечения содействует распространению МЛУ-ТБ, нарастанию лекарственной устойчивости и появлению ШЛУ-ТБ. В 2009 году лишь 12% всех расчетных случаев МЛУ-ТБ получали соответствующее лечение качественными противотуберкулезными препаратами второго ряда.</p>	<p>Обеспечивать бесперебойные поставки и рациональное использование качественных лекарственных препаратов, обеспечивать ведение побочных эффектов, разрабатывать новые лекарственные препараты и наращивать масштабы качественного лечения.</p>	<p>Совершенствование всех аспектов лекарственного менеджмента, включая наращивание потенциала и законодательную базу, расширение программы ВОЗ по надлежащему управлению в области лекарственных средств;</p> <p>разработка общего руководства по ведению побочных эффектов и отчетности по побочным эффектам, учреждение объективно работающих региональных информационных центров по лекарственным препаратам;</p> <p>изучение использования новых лекарственных препаратов и обеспечение всеобщего доступа к качественному лечению (включая детей) с использованием DOT для всех больных ТБ и МШЛУ-ТБ.</p>
<p><i>Область вмешательства 4. Наращивание масштабов противотуберкулезного инфекционного контроля</i></p>		
<p>Распространение ТБ, как инфекционного заболевания, передающегося воздушным путем, возможно во всех стационарных и амбулаторных учреждениях, где находятся больные ТБ, но во многих медицинских учреждениях высокоприоритетных стран инфекционный контроль остается на неудовлетворительном уровне. Риск инфицирования в местах большого скопления людей (пенитенциарные службы) даже выше вследствие их</p>	<p>Совершенствовать административные и управленческие аспекты противотуберкулезного инфекционного контроля; усиление мер противотуберкулезного инфекционного контроля за состоянием среды обитания; обеспечивать доступность средств индивидуальной защиты</p>	<p>Разработка национальных планов противотуберкулезного инфекционного контроля и надежных стандартных рабочих процедур ИК, включая обучающие программы и программы респираторной защиты.</p> <p>Включение темы инфекционного контроля в учебные программы до- и пост-дипломного обучения, проведение каскадного обучения по мерам контроля за состоянием среды обитания;</p> <p>обеспечение наличия соответствующего количества качественных респираторов и</p>

Проблемы	Предлагаемые решения	Основные мероприятия
<p>переполненности и плохой вентиляции. ТБ среди сотрудников медицинских учреждений несет в себе серьезный риск профессионального заболевания</p>		<p>внедрение надзора за инфекцией и заболеванием среди сотрудников медицинских учреждений.</p>
<p><i>Область вмешательства 5. Усиление эпиднадзора за лекарственно-устойчивым ТБ, включая учет, отчетность и мониторинг результатов лечения</i></p>		
<p>С 2008 года Региональное бюро и ЕЦКЗ совместно координируют сбор данных эпиднадзора. Имеющиеся данные по некоторым странам все еще фрагментарные и/или устаревшие.</p>	<p>Укреплять эпиднадзор и совершенствовать учет и отчетность</p>	<p>Совершенствование сбора данных по выполнению программ и лекарственной устойчивости, внедрение электронной системы учета и отчетности для эпиднадзора и когортного анализа;</p> <p>усиление потенциала представителей стран посредством обучения и участия в совещаниях лиц, отвечающих за координацию действий по эпиднадзору.</p>
<p><i>Область вмешательства 6. Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно - устойчивого ТБ, включая проведение адвокации, развитие партнерства и определение стратегического курса.</i></p>		
<p>Кадровые и финансовые ресурсы не всегда используются эффективно вследствие того, что противотуберкулезный контроль часто является отдельным мероприятием Министерства здравоохранения, а потенциал партнерств, национальных и международных организаций, включая гражданское общество, не полностью используется в борьбе с ТБ.</p>	<p>Обеспечивать эффективное управление программами, стимулировать определение политического курса и устанавливать эффективные национальные партнерства.</p>	<p>Совершенствование механизмов планирования и качества работы в соответствии со стандартами управления программами ISO 9001; включение противотуберкулезного контроля в инициативы по реформированию систем здравоохранения для реализации программы борьбы с ТБ;</p> <p>легализация статуса партнерств и придание официального статуса роли различных партнерств с использованием существующих успешных моделей.</p>
<p>Неравномерное распределение медицинских работников на разных уровнях оказания медицинской помощи часто наблюдается в высокоприоритетных странах. Большинство обучающих курсов, проводимых без отрыва от работы, не основываются на практических потребностях, в то же время часто программы обучения по ТБ и МШЛУ-ТБ перед началом работы в этой</p>	<p>Разработать и внедрить планы развития кадровых ресурсов</p>	<p>Разработка плана развития кадровых ресурсов, который бы включал стандартный набор ссылок для определения квалификации и количества сотрудников;</p> <p>обеспечение финансирования новых учебных программ, основанных на имеющихся знаниях сотрудников по всем аспектам МШЛУ-ТБ, и укрепление потенциала центров передового опыта.</p>

<b>Проблемы</b>	<b>Предлагаемые решения</b>	<b>Основные мероприятия</b>
<p>области оказываются устаревшими.</p> <p>Регулярные политические изменения на национальном и наднациональном уровне препятствуют оказанию устойчивой политической и финансовой поддержки. Важность профилактики, ранней диагностики и, в особенности, завершения курса лечения не доводится должным образом до руководителей, принимающих ответственные решения, или до населения в целом.</p>	<p>Проводить постоянную адвокативную работу с политиками и руководителями, принимающими ответственные решения на национальном и субнациональном уровне, более активно вовлекать гражданское общество и ассоциации пациентов.</p>	<p>Разработка национальной стратегии ACSM, основанной на оценке потребностей и исследовании знаний, установок и практик, в том числе постоянная адвокативная деятельность, направленная на политиков и руководителей, принимающих ответственные решения;</p> <p>использование всех форм массовой информации для формирования отношения и побуждения к действиям населения в целом для решения сложной проблемы МШЛУ-ТБ</p>
<p>Во многих высокоприоритетных странах противотуберкулезные услуги выстраиваются не вокруг пациента, а вокруг поставщиков медицинских услуг. Диагностические процедуры часто оказываются длительными и дублирующими, эффективность используемых препаратов не ясна, продолжительность госпитализации излишне длительная, без соблюдения мер инфекционного контроля, такое пребывание в стационарах нарушает общественную и рабочую жизнь пациентов.</p>	<p>Повышать внимание к вопросам этики и прав человека при проведении борьбы с ТБ</p>	<p>Внедрение международных стандартов оказания противотуберкулезной помощи и Хартии пациентов для лечения туберкулеза;</p> <p>улучшение возможностей проведения паллиативного ухода для отвечающих критериям больных МШЛУ-ТБ;</p> <p>установление механизма уполномоченных по правам человека для разработки критериев оказания медицинской помощи, ориентированной на пациентов, оценки удовлетворенности услугами здравоохранения и выслушивания жалоб или принятия мер в случаях коррупции или использования неэтичных практик</p>

*Область вмешательства 7. Учет потребностей особых групп населения*

<p>Уязвимые (дети, беременные женщины) и социально-неблагополучные группы населения встречают препятствия на пути к получению услуг здравоохранения, что ведет к непрерывному распространению инфекции, поздней диагностике и незавершенному лечению</p>	<p>Совершенствовать совместные мероприятия по ТБ/ВИЧ, поддерживать и пропагандировать обеспечение всеобщего доступа к противотуберкулезным службам, службам ВИЧ и снижению вреда; совершенствование подходов к труднодоступным группам населения; совершенствование существующих средств и программ для проведения ответных мер, направленных на борьбу с ТБ у детей.</p>	<p>Учреждение функционирующих, интегрированных противотуберкулезных служб и служб ВИЧ (и наркологической службы) для людей, имеющих риск ВИЧ (особенно для потребителей инъекционных наркотиков); документирование наилучших практик по эффективным моделям оказания медицинской помощи и услуг, в том числе – профилактическое лечение изониазидом, а также поддержка обучения по вопросам ТБ/ВИЧ среди всех</p>
--	---	---

Проблемы	Предлагаемые решения	Основные мероприятия
<p>Места большого скопления людей, в особенности пенитенциарные учреждения, являются источником постоянного распространения и развития всех форм ТБ. Несоответствующее финансирование служб, недостаточное обучение сотрудников и отсутствие сотрудничества с руководителями здравоохранения в гражданском секторе стали причиной серьезной проблемы МШЛУ-ТБ, которая выходит за пределы пенитенциарных учреждений во многих высокоприоритетных странах.</p>	<p>Усиление борьбы с МШЛУ-ТБ в пенитенциарных учреждениях .</p>	<p>поставщиков медицинских услуг;</p> <p>Разработка мероприятий для улучшения доступа к противотуберкулезным мерам, в том числе социально-ориентированным программам, для труднодоступных групп населения и установление механизма для осуществления трансграничного противотуберкулезного контроля и оказания медицинской помощи мигрантам.</p> <p>Разработка мероприятий, направленных на детский ТБ и интегрирование педиатрических противотуберкулезных программ с программами борьбы с ВИЧ, на оказание медицинской помощи и программы здоровья матери и ребенка.</p> <p>Проведение быстрой диагностики (в том числе с использованием новых быстрых методов), эффективного лечения МШЛУ-ТБ во всех пенитенциарных службах и обеспечение непрерывности качественного лечения для больных, выходящих на свободу из мест лишения свободы.</p>

<sup>a</sup> Быстрый тест определяется как тест, позволяющий проводить постановку диагноза в течение 48 часов с момента обработки образца и, таким образом, влияющий на выбор исходной схемы лечения пациента

### Приложение 3. Расчет стоимости реализации Комплексного плана по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью

В феврале 2011 г. Региональное бюро поручило подготовить детальный метод расчета стоимости реализации Комплексного плана действий. Метод был разработан Королевским институтом тропической медицины Амстердама в тесном сотрудничестве с Региональным бюро. В рамках целей Плана стоимость реализации Плана в период с 2011 по 2015 гг. составила 4.7 миллиардов долларов США. Необходимый годовой бюджет возрастает с 580 млн. долларов США в 2011 г. до 1.56 миллиардов долларов США в 2015 г. Около 96% всех финансовых средств потребуется для 18 высокоприоритетных стран <sup>1</sup> (Таблица 1).

Таблица 1. Финансовые ресурсы, требуемые для реализации Плана действий в Европейском регионе ВОЗ (все страны), 2011–2015 гг. (в долларах США)

	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Скрининг на ЛУ/ ШЛУ	45 406 263	59 913 359	75 653 593	92 711 208	111 171 120	384 855 543	8
Скрининг на ВИЧ больных МЛУ/ШЛУ-ТБ	635 505	842 580	1 056 298	1 276 842	1 504 396	5 315 620	<1
Лечение МЛУ-ТБ	506 590 631	601 903 285	797 554 638	1 014 162 038	1 309 510 456	4 229 721 048	85
Лечение ШЛУ-ТБ	11 596 401	21 947 339	43 590 060	78 437 867	121 712 102	277 283 769	6
Дополнительные расходы на лечение ВИЧ	813 082	1 132 591	1 488 069	1 881 052	2 506 303	7 821 098	<1
Расходы на управление	14 543 740	14 543 740	14 543 740	14 543 740	14 543 740	72 718 700	1
Итого	579 585 622	700 282 894	933 886 398	1 203 012 747	1 560 948 117	4 977 715 778	100

Бюджетные потребности были рассчитаны отдельно для 18 высокоприоритетных стран и 35 стран, не принадлежащих к группе высокого приоритета<sup>2</sup> с тем, чтобы объединить в составе бюджета весьма разные расходы и количество пациентов в двух категориях стран. При проведении оценки потребностей использовался подход системы общественного здравоохранения к составлению бюджета и расчету единичной стоимости. Были включены непосредственные расходы, которые несет система общественного здравоохранения, а косвенные расходы, которые несут пациенты и

<sup>1</sup> Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Румыния, Российская Федерация, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украина, Узбекистан, Эстония

<sup>2</sup> Албания, Андорра, Австрия, Бельгия, Босния и Герцеговина, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Исландия, Израиль, Италия, Испания, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Бывшая Югославская Республика Македония, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Сан-Марино, Сербия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Хорватия, Черногория, Чешская Республика, Франция, Швеция, Швейцария

общество были исключены. Подход к составлению бюджета, основанный на единичной стоимости, был адаптирован. Он включает единичную стоимость скрининга на МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, и лечения одного больного М/ШЛУ-ТБ. Региональная эпидемиологическая модель использовалась в качестве источника информации о количестве больных, прошедших скрининг на М/ШЛУ-ТБ, и о количестве больных, лечившихся от М/ШЛУ-ТБ. Расходы на подкомпонент «скрининг и лечение МЛУ-ТБ» были рассчитаны на основании требований к ресурсам здравоохранения и эпидемиологических данных. Согласно стандартной практике была выбрана процентная ставка в 0.03 для оценки бюджета и единичной стоимости.

Как показано в Таблице 2, 59% финансовых средств потребуется на стационарное лечение М/ШЛУ-ТБ, при средней стоимости госпитализации в странах высокого приоритета свыше 76 долларов США на человека в день, а в странах, не принадлежащих к группе высокого приоритета, - свыше 194 долларов США на человека в день.

Лекарства являются второй наибольшей категорией требуемых ресурсов, составляющих более 746 млн. долларов США или 15% от всех потребностей.

Однако часто о них говорят как о наибольшей статье бюджета в национальных программах борьбы с ТБ, т.к. большая часть расходов на стационарное и амбулаторное лечение остается за пределами целевого подхода к планированию, который применяется в странах Региона. Единичная стоимость лечения МЛУ-ТБ включает схему шестимесячного лечения на интенсивной фазе и восемнадцатимесячного лечения на поддерживающей фазе на основании дозировки лекарственных препаратов для человека среднего веса (60 кг). Расчет был сделан путем оценки средней стоимости трех рекомендованных схем лечения МЛУ-ТБ:<sup>3</sup>

- Z-Km-Lfx-Eto-Cs-PAS для моделей устойчивости HRS/HRES/ HREZS;
- S-Lfx-Eto-Cs-PAS для модели устойчивости HREZ;
- Z-S-Lfx-Eto-Cs-PAS для моделей устойчивости HR/HRE.

Для лечения ШЛУ-ТБ было принято предположение о том, что больные лечились максимальным количеством препаратов второго ряда (Z-Cm-Lfx-Eto-Cs-PAS).

Таблица 2. Структура финансовых ресурсов, необходимых для реализации Плана действий в 2011–2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Лекарственные препараты	85 683 573	103 235 575	139 282 613	180 976 846	237 115 235	746 293 842	15
Диагностика	72 367 267	92 332 301	119 081 811	148 714 673	184 091 898	616 587 950	12
Амбулаторное лечение	54 939 347	65 759 710	88 060 843	113 549 526	148 014 125	470 323 551	9
Стационарное лечение	336 593 874	405 674 832	547 749 198	712 688 341	934 603 894	2 937 310 140	59

<sup>3</sup>Используемые сокращенные обозначения: изониазид (H), рифампицин (R), этамбутол (E), стрептомицин (S), пипразинамид (Z), канамицин (Km), капреомидин (Cm), левофлоксацин (Lfx), этионамид (Eto), циклосерин (Cs), пара-аминосалициловая кислота (ПАСК).

Расходы на поддержку пациентов	14 644 740	17 604 145	23 680 124	30 658 568	40 072 922	126 660 499	3
Дополнительные расходы на ВИЧ	813 082	1 132 591	1 488 069	1 881 052	2 506 303	7 821 098	<1
Расходы на управление	14 543 740	14 543 740	14 543 740	14 543 740	14 543 740	72 718 700	1
Итого	579 585 622	700 282 894	933 886 398	1 203 012 747	1 560 948 117	4 977 715 778	100

Диагностика составляет 12%, из обзих расходов на контроль и мероприятия связанные с М/ШЛУ-ТБ. Сюда входит GeneXpert, как наименее дорогостоящее средство диагностики для выявления устойчивости к препаратам первого ряда, и тестирование лекарственной устойчивости (ТЛЧ) с использованием посевов на плотных средах, как наименее дорогостоящее средство диагностики для ТЛЧ к препаратам второго ряда.

Расходы на управление, включающие расходы на курацию и развитие потенциала, были использованы в прогнозировании требуемых ресурсов в целом и составили 1% всех ресурсных потребностей.