



**ЕВРОПА**

**Европейский региональный комитет  
Пятьдесят вторая сессия**

**Копенгаген, 16–19 сентября 2002 г.**

Пункт 7(b) предварительной повестки дня

EUR/RC52/9 Add.1

18 июля 2002

23077

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**ПЛАН РАСШИРЕНИЯ ПРОГРАММЫ DOTS  
ДЛЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ  
на 2002–2006 гг.**

План расширения DOTS, с тем чтобы остановить туберкулез в Европейском регионе ВОЗ в 2002–2006 гг., представлен Региональному комитету на предмет рассмотрения и утверждения. Его следует читать вместе с документом EUR/RC52/9 и проектом резолюции EUR/RC52/Conf.Doc./5.



## Содержание

	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
Положение с туберкулезом в Европейском регионе .....	1
От Глобального партнерства по прекращению распространения туберкулеза к плану расширения DOTS, чтобы остановить туберкулез в Европейском регионе ВОЗ.....	2
Принципы Европейского плана расширения DOTS.....	3
Главная цель, цели, задачи и основные вехи.....	5
Стратегия Европейского плана расширения DOTS .....	9
Общая стратегия.....	9
Группировка стран.....	9
Ключевые аспекты и виды деятельности в рамках стратегии DOTS.....	11
Конкретные аспекты стратегии DOTS применительно к каждой группе стран.....	18
Научные исследования и развитие .....	23
Планирование и координация .....	24
Уровень стран.....	24
Региональный уровень.....	25
Партнерство .....	28
Межучрежденческий координационный комитет по туберкулезу .....	28
Межучрежденческий комитет по туберкулезу на уровне страны.....	28
Требуемые ресурсы.....	28
<i>Приложение 1.</i> Глоссарий терминов.....	30
<i>Приложение 2.</i> Резолюция WHA53.1 Пятьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения – Инициатива “Остановить туберкулез”.....	33
<i>Приложение 3.</i> Вашингтонское обязательство “Остановить туберкулез” .....	35
<i>Приложение 4.</i> Задачи и ожидаемые результаты на 2006 г. и основные вехи деятельности в 2002 и 2003 гг.....	40
<i>Приложение 5.</i> Расширение DOTS по странам (процент охваченного населения).....	41
<i>Приложение 6.</i> Распределение персонала ВОЗ, занимающегося противотуберкулезной деятельностью в Европейском регионе.....	42
<i>Приложение 7.</i> Бюджет Регионального бюро для противотуберкулезной деятельности, 2000/2001 гг.....	42
<i>Приложение 8.</i> Смета бюджета и дополнительные потребности для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 2002–2006 гг. ....	42
<i>Приложение 9.</i> Круг ведения Межучрежденческого координационного комитета по туберкулезу .....	43

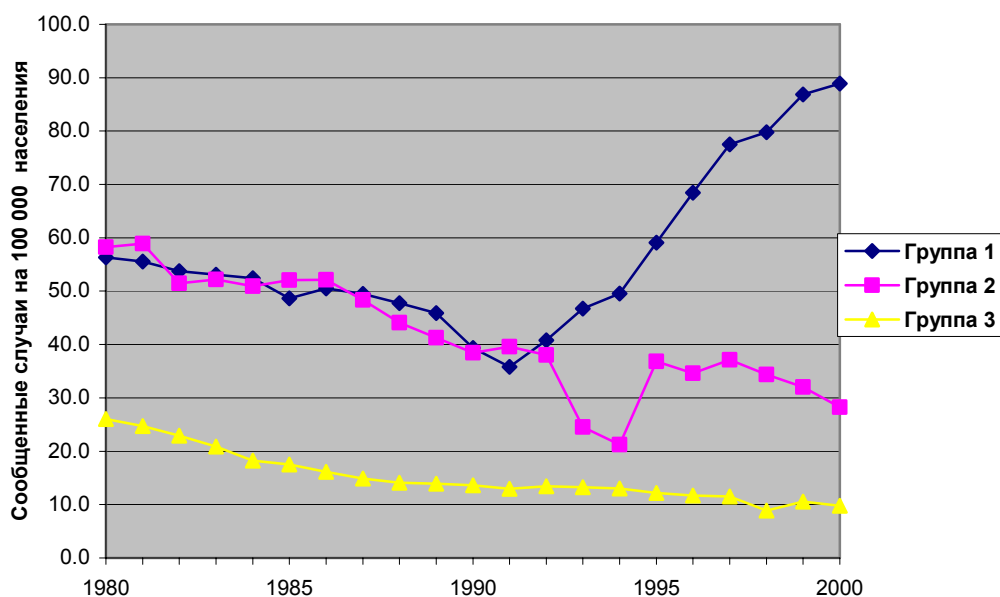


## Введение

### Положение с туберкулезом в Европейском регионе

Положение с туберкулезом (ТБ) является очень серьезным в 16 из 51 страны Европейского региона ВОЗ, характеризующаяся распространением вновь данной болезни и резким увеличением уровней оповещения об этом заболевании в последние 10 лет (рис. 1). На сегодняшний день страны с растущей распространенностью туберкулезных заболеваний представляют более трех четвертей (77%) общеевропейского бремени этих болезней, что может повлиять и на другие страны Региона. ТБ является проблемой общественного здравоохранения в 35 других европейских странах со средними и низкими уровнями туберкулезных заболеваний, где снижение заболеваемости ТБ и уровней оповещения о случаях заболевания прекратилось и “выровнялось” в результате войн, гражданских конфликтов, отсутствия стабильности и безопасности или же как следствие появления групп высокого риска заболевания ТБ среди иммигрантов. Без дополнительных усилий странам с низкими уровнями туберкулезного “бремени” могут потребоваться десятилетия для вступления в стадию ликвидации (один случай на 1 млн. населения) и последующего искоренения этой болезни.

**Рис. 1. Уровни оповещения о заболевании туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 1980–2000 гг.**



**Группа 1:** 16 стран с высокой распространенностью ТБ: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина и Эстония.

**Группа 2:** 11 стран с промежуточной распространенностью ТБ: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Испания, Польша, Португалия, Бывшая Югославская Республика Македония, Турция, Хорватия, Югославия.

**Группа 3:** 24 страны с низкой распространенностью ТБ (и с низкой частотой заболевания): Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Сан-Марино, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швейцария, Швеция.

ТБ является ведущей причиной смерти в результате заражения молодежи и взрослых в Европейском регионе – и это несмотря на наличие чрезвычайно экономически эффективной стратегии, известной под названием DOTS (лечение под непосредственным наблюдением), способной вылечить

от этого заболевания. Абсолютное число успешно пролеченных случаев значительно возросло, достигнув в 1999 г. 66% в областях и районах, где методика DOTS не применялась, и 78% в областях и районах, где она применялась. Тем не менее, в 2000 г. лишь 15% населения пяти стран с наивысшими уровнями распространенности ТБ в Регионе (Российская Федерация, Украина, Румыния, Узбекистан и Казахстан – в такой очередности) имели доступ к DOTS.

Выявление случаев с применением DOTS<sup>1</sup> в Регионе составляет лишь 10,1% (22 430 сообщенных случаев с положительными результатами мазка мокроты и в областях районах применения методики DOTS из общего числа рассматривавшихся в 2000 г. 220 813 случаев), что весьма далеко до 70%, фигурирующих в глобальной задаче<sup>2</sup>. Хотя большинство стран с высокой заболеваемостью ТБ приняли стратегию DOTS в течение последних пяти лет, в 2000 г. она применялась лишь против 20% сообщенных случаев ТБ. Для Европейского региона характерен наиболее низкий уровень охвата методикой DOTS (17,3%) и наименьший уровень выявления случаев ТБ, пролеченных с помощью DOTS, из шести регионов ВОЗ.

### **От Глобального партнерства по прекращению распространения туберкулеза к плану расширения DOTS, чтобы остановить туберкулез в Европейском регионе ВОЗ**

Вследствие повторного распространения ТБ во многих частях земного шара в ноябре 1998 г. в Бангкоке было начато глобальное партнерство по борьбе с распространением ТБ, охватывающее в настоящее время более 100 организаций в мире, взявших на себя обязательства по борьбе с ТБ. В рамках партнерства по прекращению распространения ТБ координируется деятельность его партнеров через шесть рабочих групп (охватывающих, соответственно, расширение DOTS, ВИЧ-инфекцию с ТБ, МЛУ-ТБ, новые виды диагностики, лекарственные средства и новые вакцины) и в рамках инициативы Глобальной системы по лекарственным средствам для лечения туберкулеза (ГСЛТ). Проект Глобального плана “Остановить туберкулез” был утвержден в ходе совещания, проходившего в Вашингтоне в октябре 2001 г., первого форума Глобального партнерства “Остановить туберкулез” (Приложение 3). Как часть Глобального плана “Остановить туберкулез” Глобальный план расширения DOTS (ГПРД) является средством мобилизации кадровых и финансовых ресурсов, необходимых для расширения борьбы с ТБ как часть национальной системы здравоохранения, особенно в 22 странах с наибольшим бременем заболевания ТБ, с тем чтобы достичь целей, поставленных в глобальных задачах по борьбе с ТБ.

Рабочая группа по содействию распространению DOTS совещалась в 2000 г. в Каире и 2001 г. в Париже с целью оказания содействия в деле планирования, расширения и поддержания усилий по борьбе с ТБ, с тем чтобы достичь целей, поставленных в глобальной задаче. Один из видов деятельности в этой связи заключается в содействии разработке региональных планов.

ГСЛТ является еще одной инициативой Глобального партнерства “Остановить туберкулез”, с тем чтобы обеспечить доступ к высококачественным противотуберкулезным лекарственным средствам. Эта глобальная инициатива была провозглашена в мае 2000 г., и начало ее осуществления пришлось на январь 2001 г. В июне 2002 г. было утверждено решение об оказании содействия в рамках инициативы ГСЛТ четырем странам Европы (Армения, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан).

В 1999 г. в рамках Глобального партнерства была учреждена рабочая группа по DOTS-Plus для обеспечения эффективной борьбы с ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и для расширения доступа к противотуберкулезным лекарственным препаратам второй линии, предоставляемым по льготным ценам. В рамках данной рабочей группы так называемый

<sup>1</sup> Определение см. в Приложении 1.

<sup>2</sup> Сметные данные из документа *WHO report 2002: Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing*. (Доклад ВОЗ, 2002 г. Глобальная борьба с туберкулезом: эпиднадзор, планирование и финансирование). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. (документ WHO/CDS/TB/2002.295).

Green Light Committee (санкционирующий комитет) получает заявки и утверждает проекты, соответствующие нормативным требованиям<sup>3</sup>.

На Конференции на уровне министров по ТБ и устойчивому развитию, проводившейся в марте 2000 г. в Амстердаме, была принята Декларация “Остановить туберкулез”. В ней содержался призыв ускорить распространение мер борьбы с ТБ и усилить на уровне стран и на международном уровне политическую приверженность, обязательства и финансовые ресурсы для достижения целей, поставленных в глобальных задачах, к 2005 г. В Вашингтонском обязательстве “Остановить туберкулез” (октябрь 2001 г.) (Приложение 3) содержится настоятельный призыв активизировать усилия для выполнения Амстердамской декларации.

Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) – это отдельный механизм, созданный в качестве независимого общественно-частного партнерства с целью увеличения глобальных ресурсов, имеющихся для борьбы с этими тремя болезнями, предоставления ресурсов наиболее нуждающимся областям и районам и обеспечения эффективного использования фондов. Идея международного механизма финансирования для борьбы с этими заболеваниями была выдвинута на саммите стран “восьмерки” в Окинаве в июле 2000 г. В ответ на призыв со стороны Организации Объединенных Наций, Генерального секретаря и руководителей стран данная концепция была единодушно утверждена на специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в июне 2001 г. В следующем месяце на совещании руководителей стран “восьмерки” в Женеве на цели фонда обещано выделить 1,3 млрд. долл. США. Объявление утвержденных предложений 25 апреля 2002 г. свидетельствовало о завершении очень быстрого процесса пересмотра.

В 1998 г. на сорок восьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ была принята программа ЗДОРОВЬЕ-21<sup>4</sup>, в задаче 7 которой рассматриваются инфекционные болезни, с настоятельным призывом к государствам-членам активизировать борьбу с ТБ как неотъемлемую составную часть первичной медико-санитарной помощи. Более того, в 2000 г. в обзоре здравоохранительной политики, предпринятом Региональным бюро, ТБ со всей четкостью и определенностью был отнесен к числу важнейших здравоохранительных приоритетов в 21 из 27 обследованных стран и признан первым или вторым по значимости приоритетом в 16 странах с повысившимся уровнем оповещения о случаях заболевания ТБ.

Созданный в порядке реагирования на эпидемиологический кризис в Регионе и для отражения приоритетов, выдвинутых в обзоре политики здравоохранения, план расширения DOTS, чтобы остановить ТБ в Европейском регионе ВОЗ (Европейский план расширения DOTS) явится средством мобилизации кадровых и финансовых ресурсов, необходимых для расширения борьбы с ТБ как часть национальной системы здравоохранения каждой из стран Региона. Европейский план расширения DOTS явится вкладом в ГПРД и усилий глобальных рабочих групп по ко-инфекции ВИЧ/ТБ (ВИЧ-инфекция с ТБ) и МЛУ-ТБ, с тем чтобы усилить системы здравоохранения в Регионе в целом и обеспечить эффективное функционирование противотуберкулезных программ.

## **Принципы Европейского плана расширения DOTS**

На сегодняшний день основные препятствия для расширения борьбы с ТБ являются по своему характеру политическими, управленческими и финансовыми, хотя остаются и специальные проблемы и трудности в решении таких проблем, как ВИЧ-инфекция и МЛУ-ТБ. Европейский план расширения

---

<sup>3</sup> *Guidelines for establishing DOTS-Plus pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB)* (Руководство по созданию экспериментальных проектов DOTS-Plus для лечения от туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью) (МЛУ-ТБ). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (документ WHO/CDS/TB/2000.279).

<sup>4</sup> *ЗДОРОВЬЕ-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6).

DOTS направлен на поощрение социально-политической нацеленности и приверженности для решения глобальных задач борьбы с ТБ как часть общей системы здравоохранения. В плане акцентируются потребности стран и нехватка ресурсов, подчеркивается необходимость сотрудничества с правительствами эндемичных по ТБ стран, национальными и международными специализированными учреждениями и неправительственными организациями (НПО). Ожидается, что этот скоординированный подход усилит политическую приверженность и обязательства, позволит мобилизовать национальные и внешние ресурсы и повысить эффективность.

Европейский план расширения DOTS основывается на двух принципах: разработки планов расширения DOTS и установления партнерских связей и контактов для борьбы с ТБ.

### ***Национальные планы расширения применения DOTS***

Планы расширения применения DOTS на среднесрочную перспективу должны быть технически обоснованными и осуществимыми, а также учитывать особенности системы здравоохранения страны. План, включающий временной график расширения применения DOTS и определяющий основные составляющие и вклад и соответствующий бюджет (поставки лекарственных средств и диагностику, усиление руководства, процедуры по наблюдению, обучение, персонал, отношение к больным с соблюдением прав человека, надзор и, наконец, адаптированные к конкретным условиям мероприятия с тем, чтобы содействовать выявлению случаев заболевания ТБ и лечения в условиях лекарственной полирезистентности) будет содействовать управлению, обеспечивать эффективное ассигнование ресурсов и возможности для мониторинга выполнения и хода работы по выполнению задач.

### ***Установление партнерских связей и контактов***

Партнерские связи являются одним из ключевых условий успешной борьбы с ТБ. Борьба с этой болезнью в Европе может осуществляться лишь путем сотрудничества с партнерами как внутри, так и вне сектора здравоохранения. Партнерские связи и контакты должны устанавливаться между странами, специализированными учреждениями, фондами и НПО, соблюдая и усиливая суверенные права стран в области здоровья и его охраны. Партнерства на уровне стран среди различных отделов сектора здравоохранения (клиническая практика и лаборатории, здравоохранительные центры и стационары, академические учреждения, государственные и частные органы, а также правительственные и неправительственные учреждения) необходимы для эффективной борьбы с ТБ и обеспечения всеобщей доступности противотуберкулезного лечения.

Европейский план расширения DOTS способствует развитию подходов и методов, начинающих и завершающихся в стране.

- Руководители/координаторы программ на уровне стран несут ответственность за представление состояния, планов и потребностей своих программ в связи с расширением применения DOTS.
- Технические и финансовые партнеры, которые будут содействовать расширению применения DOTS, определены в отношении стран с высокими уровнями заболеваемости. Одно из технических партнерских учреждений/организаций выделено министерством здравоохранения или партнерами в качестве координационного центра для каждой страны и основного координатора внешней поддержки, информирования других партнеров и мониторинга хода работы.
- Национальные руководители/координаторы программ и технические и финансовые партнеры обсуждают области и сферы поддержки на основе национального плана.
- Региональный план основывается на планах стран, а партнеры обсуждают выполнение и поддержку внутристрановых (региональных и внутрирегиональных) мероприятий и видов деятельности с целью усиления национальных программ.



## Главная цель, цели, задачи и основные вехи

### Главная цель

Главной целью Европейского плана расширения DOTS является определение масштабов работы, необходимой для значительного сокращения заболеваемости и смертности от ТБ, а также содействие повышению доступности и устойчивости, долговременного применения стратегии DOTS как части развивающейся системы здравоохранения.

### Цели

Цели Европейского плана расширения DOTS заключаются в:

- сокращении распространенности ТБ и смертности от него в Регионе наполовину за 10 лет (к 2012 г.), т.е. до того же уровня, что и в 1990 г.;
- расширении применения стратегии DOTS путем обеспечения доступа к ней не менее чем 90% населения в каждой из стран Региона;
- снижении распространенности МЛУ-ТБ на региональном уровне до менее чем 1% за 10 лет (к 2012 г.);
- введении DOTS в более широкие рамки национальной политики и планирования в области здравоохранения; и, наконец,
- адаптации стратегии DOTS к изменениям систем здравоохранения в таких областях, как планирование, расширение, руководящие принципы и директивы, финансирование, потенциал кадровых ресурсов, поставки лекарственных средств, предоставление служб и услуг, мониторинг и оценка, активная пропаганда, социальная мобилизация и оперативные исследования.

### Задачи

Глобальные задачи (которые должны быть достигнуты к концу 2005 г.):

- обеспечение успешного лечения не менее чем 85% случаев легочного ТБ (ЛТБ+) с положительными мазками мокроты (или хотя бы 85% явных случаев ТБ в странах группы 3) в рамках программы DOTS; и
- обеспечение охвата программой DOTS не менее 70% предполагаемых случаев ЛТБ+ (или хотя бы 70% явных случаев ТБ в странах группы 3), т.е. 70% показателя согласно методике DOTS.

Региональные задачи (которые должны быть выполнены к концу 2006 г.):

*Расширение применения DOTS в условиях изменяющейся системы здравоохранения:*

- принятие стратегии DOTS для борьбы с ТБ и его ликвидации, включая руководство и поддержку центральным координатором специалистов, занимающихся деятельностью по борьбе с ТБ;
- адаптация стратегии DOTS к изменениям в системе здравоохранения, в частности, вызванным процессами интеграции, децентрализации, совместного несения расходов, социального страхования, приватизации, общесекторальных подходов и методов, первичной медико-санитарной помощи и прав пациентов;
- обеспечение служб и услуг по борьбе с ТБ в рамках системы здравоохранения на всех уровнях, включая периферийные средства медицинского обслуживания и участие гражданского общества;

- обеспечение оценки результатов лечения хотя бы всех случаев ЛТБ+;
- включение показателей DOTS в число показателей эффективности системы здравоохранения в странах группы 1; и
- обеспечение охвата лечением по программе DOTS в тюрьмах, в соответствии с национальной программой борьбы с ТБ и с обеспечением тесной связи с гражданскими службами здравоохранения.

### *Внедрение DOTS*

- регистрация всех выявленных случаев ТБ в рамках стратегии DOTS; и
- выполнение проектов DOTS-Plus, утвержденных санкционирующим комитетом (Green Light Committee) в регионах/странах, где МЛУ-ТБ представляет серьезную проблему.

### *Снабжение лекарственными средствами и их качество*

- поддержание бесплатного лечения высококачественными противотуберкулезными лекарственными средствами от всех видов и форм ТБ;
- обеспечение непрерывных поставок высококачественных противотуберкулезных лекарственных средств путем развития местных возможностей для выбора лекарственных средств в соответствии со стандартами, директивами и руководящими принципами, для снабжения и распространения в соответствии с общепринятой международной практикой и для мониторинга потребления лекарственных средств;
- усиление национального регулятивного органа по регламентированию лекарственных средств с целью усиления стандартов ВОЗ и требований к качеству лекарственных препаратов, как минимум, в странах группы 1;
- содействие обеспечению доступа к противотуберкулезным лекарственным средствам второй линии в специализированных отделениях по борьбе с МЛУ-ТБ, утвержденных санкционирующим комитетом (Green Light Committee); и, наконец,
- снабжение противотуберкулезными лекарственными средствами через ГСЛТ (GDF) стран группы 1 и группы 2, удовлетворяющих установленным критериям.

### *Лабораторные сети*

- разработка национальной лабораторной сети и центральной справочной лаборатории в каждой из стран;
- усиление национальной лабораторной сети для бактериологической диагностики (кислотоустойчивые бациллы и культуры) и обеспечение качества; и
- установление связей между лабораторными сетями стран и наднациональной сетью лабораторий для проведения испытаний чувствительности культур и лекарственных средств.

### *Мониторинг и оценка*

- совершенствование системы эпиднадзора для оценки расширения применения DOTS и результативности борьбы с ТБ в целом;
- мониторинг лекарственной устойчивости среди отдельных случаев или с помощью репрезентативных выборок или “дозорных” исследований во всех странах;
- создание системы надзора за ВИЧ-инфекцией, сопровождающейся ТБ, в странах группы 1;

- оценка распространенности ТБ и смертности с помощью апробированной регистрационной системы основных статистических данных;
- улучшение регистрационной системы статистики естественного движения населения; и
- мониторинг выплаты/расходования фондов, а также уровней и пробелов в финансировании, связанных с противотуберкулезной деятельностью, как минимум, в странах группы 1.

#### *Оперативные исследования*

- разработка стратегических рамок применительно к ко-инфекции ТБ/ВИЧ в Европейском регионе;
- предоставление туберкулезным больным антиретровирусного лечения;
- усиление кадровых ресурсов для исследований путем обучения и практики на страновом уровне; и
- разработка адаптированной стратегии борьбы с ТБ для таких специальных групп, как заключенные, алкоголики, бездомные, жители отдаленных районов и рабочие-мигранты, и работа над такими особыми проблемами, как гендерная проблематика, трансграничная проблематика, постконфликтные ситуации и т.д.

#### **Основные вехи**

##### *К концу 2002 г.:*

- ожидается утверждение Европейским региональным комитетом ВОЗ резолюции о расширении применения методики DOTS в Европейском регионе;
- будет проведено Европейское региональное совещание Межучрежденческого координационного комитета по туберкулезу; и
- стратегия достижения консенсуса по вопросу ликвидации ТБ в странах с низким уровнем туберкулезной заболеваемости (группа 3) и разработка показателей результативности/эффективности.

##### *К концу 2003 г.:*

- во всех странах будет определен центральный координатор противотуберкулезной деятельности и сформирована группа национальных экспертов;
- все страны интегрируют план борьбы с ТБ (стратегия DOTS) в свою национальную политику здравоохранения;
- охват методикой DOTS (население и регистрация случаев) достигнет 30%;
- в 30 странах групп 1, 2 и 3 будут разработаны меры, позволяющие определять результаты лечения с помощью когортного анализа в соответствии с рекомендациями ВОЗ;
- в 10 странах группы 1 и 5 странах группы 2 будет составляться ежегодный бюджет по ТБ и будут представляться данные о недостатках и пробелах в финансировании в ходе ежегодных совещаний по ТБ, которые будут проводиться на страновом уровне (Всемирный день борьбы с туберкулезом, семинары, конференции, пресс-конференции, телевизионные и радиовещательные передачи и т.д.);
- противотуберкулезные лекарственные средства проверенного качества будут предоставлены через ГСЛТ или национальную систему снабжения большинству стран группы 1 и пяти странам группы 2 (Албания, Болгария, Венгрия, Польша и Бывшая Югославская Республика Македония);

- в 30 странах будет проводиться обследование резистентности к лекарственным средствам; и
- три страны (Казахстан, Литва и Румыния) будут отобраны для введения в них проектов DOTS-Plus (помимо уже действующих проектов DOTS-Plus в Латвии, Российской Федерации и Эстонии).

*К концу 2005 г.:*

- охват методикой DOTS (регистрация населения и случаев заболевания) достигнет 90%, как минимум, в странах группы 1 и группы 2, и во всех странах будет создана система измерения результатов лечения с помощью когортного анализа;
- квалификационные требования в отношении противотуберкулезных лекарственных средств будут включать, по меньшей мере: (а) регистрацию в общепризнанном и хорошо функционирующем национальном регулятивном органе по лекарственным средствам (выдача лицензий, контроль каналов поставок и снабжения, использование лабораторий контроля качества и т.д.); (б) удостоверяющие документы (сертификаты) образца ВОЗ и не относящиеся к ВОЗ; и (в) проведение поставщиками сравнительной оценки биодоступности рифампицина (и удостоверение того, что один и тот же процесс изготовления поддерживался со времени испытания биодоступности); и
- достижение ВОЗ и Европейским союзом соглашения о дальнейшей двусторонней поддержке в рамках Союза таких новых государств-членов, как страны Балтии.

*К концу 2006 г.:*

- охват методикой DOTS (население и регистрация случаев) достигнет 100%, как минимум, в странах группы 1 и группы 2;
- не менее чем в трех крупных странах группы 1 будет проводиться оперативное изучение исследований распространенности или смертности;
- во всех странах будет проводиться наблюдение за резистентностью к лекарственным средствам;
- дополнительно шесть стран (Болгария, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Украина и Узбекистан) будут отобраны для начала проведения проектов DOTS-Plus;
- во всех странах будет проводиться надзор за ко-инфекцией ТБ/ВИЧ;
- в двух странах будут проводиться оперативные исследования в выборочных областях по антиретровирусному лечению туберкулезных больных с сопутствующим заражением (ко-инфекцией) ВИЧ;
- страны группы 1 и 2 будут составлять ежегодно бюджет по ТБ и отчетываться по разрывам или пробелам финансирования в ходе ежегодных совещаний по ТБ, которые будут проводиться на страновом уровне (Всемирный день борьбы с ТБ, семинары, конференции, пресс-конференции, телевизионные передачи и т.д.); и
- во всех странах будут распространяться противотуберкулезные лекарственные средства с апробированным качеством.

## Стратегия Европейского плана расширения DOTS

### Общая стратегия

DOTS является испытанным экономически эффективным средством борьбы с эпидемией ТБ. Охват методикой DOTS в Регионе все еще расширяется (в 2000 г. лишь 20% сообщенных случаев заболевания были зарегистрированы в рамках DOTS), хотя в 18 странах уже достигнут охват на общенациональном уровне. Расширение DOTS требует национальных расходов, которые зачастую не планируются. DOTS является основной стратегией Европейского плана расширения DOTS и включает в себя пять основных компонентов.

1. Необходимы неослабная, устойчивая политическая приверженность и обязательства для расширения кадровых и финансовых ресурсов и для того, чтобы борьба с ТБ осуществлялась в масштабах всей страны как неотъемлемая составная часть национальной системы здравоохранения.
2. Для выявления случаев заболевания среди лиц с симптомами ТБ, включая продолжительный кашель, должна иметься высококачественная микроскопия мазков мокроты. Особое внимание должно уделяться выявлению случаев заболевания среди групп высокого риска, включая лиц с ВИЧ-инфекцией и заключенных.
3. Стандартизированная краткосрочная химиотерапия в условиях надлежащего ведения больных должна предоставляться в распоряжение всех туберкулезных больных, включая непосредственное наблюдение за лечением. Надлежащие условия ведения случаев заболевания предусматривают наличие технически безупречных и обеспечивающих социальную поддержку лечебных служб. DOTS особенно рекомендуется в странах группы 1 и среди пациентов, подвергающихся риску, связанному с несоблюдением требований курса лечения.
4. Существеннейшее значение имеет бесперебойное снабжение высококачественными лекарственными средствами наряду с надежными системами снабжения лекарственными средствами, распределения и мониторинга.
5. Должна иметься система регистрации и отчетности для оценки результатов по каждому больному и общей результативности и эффективности программы.

Пять компонентов стратегии DOTS представляют собой минимальный набор, или комплект, необходимый для борьбы с ТБ. Для претворения в жизнь данной стратегии требуются гибкость и адаптация к широкому разнообразию контекстов. Каждая страна должна определиться со своими собственными приоритетами и адаптировать основные аспекты стратегии DOTS для решения проблем и преодоления особых трудностей, стоящих перед ней.

### Группировка стран

Страны классифицируются по трем группам в зависимости от нижеследующих трех критериев: (а) эпидемиологическая тенденция в отношении ТБ начиная с 1980-х годов, (б) виды и количество новых мероприятий, выполнение которых необходимо для расширения стратегии DOTS; и (в) смертность от ТБ в зависимости от возрастной группы, с отражением бремени ТБ в Европейском регионе. Наивысший приоритет будет отдаваться странам группы 1 и, в частности, пяти крупнейшим странам группы 1.

Группа 1 включает в себя 16 стран с суммарным населением, насчитывающим 313 млн. человек. Данная группа характеризуется увеличением предполагаемого числа случаев ТБ за последние 10 или 20 лет, повышением уровней оповещения (за исключением Таджикистана) и тяжестью обусловленного ТБ бремени. Предположительное суммарное число случаев в данной группе в 2002 г. составляет 433 000, или 77% от суммарного числа случаев заболевания ТБ в Европейском регионе. На эту группу приходится наибольшее бремя заболевания ТБ в Регионе, и

успешная борьба с ТБ в Регионе будет зависеть, главным образом, от способности стран группы 1 достичь высокий (70%) уровень выявления случаев с применением DOTS и поддерживать высокий уровень успешного лечения (85%), включая области с высокими уровнями МЛУ-ТБ. Охват населения методикой DOTS в группе 1 составлял лишь 18,5% в 2000 г. (с регистрационным охватом DOTS, составлявшим 16,8%). Российская Федерация относится к числу 22 стран мира с наибольшим числом заболеваний ТБ. Из 16 стран группы 1 на Казахстан, Румынию, Российскую Федерацию, Украину и Узбекистан приходится более половины бремени заболевания ТБ в Европейском регионе, и поэтому эти страны относятся к наиболее приоритетным во всем Регионе.

Группа 2 охватывает 11 стран с “промежуточным” бременем заболевания ТБ, суммарная численность населения в этой группе составляет 197 млн. человек. Предполагаемое суммарное число случаев в данной группе в 2002 г. составляло 84 000, или 15% от суммарного числа заболеваний ТБ в Европейском регионе. Охват населения методикой DOTS составлял лишь 14,6% в 2000 г. (с регистрационным охватом случаев заболевания методикой DOTS, составлявшим 20,0%). Помимо незначительного числа стран, находившихся в состоянии войны или послевоенных проблем и неурядиц, большинство стран в группе 2 оснащены надлежащей инфраструктурой здравоохранения, и показатели оповещения о случаях заболевания ТБ за последние 10 лет снизились. Тем не менее, частота заболевания является все еще высокой, и снижение бремени заболевания ТБ в последние годы замедлилось.

В группу 3 входит 24 страны с небольшим бременем ТБ и распространенностью заболевания; суммарное население составляет 363 млн. человек. Предполагаемое суммарное число случаев в 2002 г. составляет 42 000, или 7% от суммарного числа заболеваний ТБ в Европейском регионе. Охват населения методикой DOTS составлял лишь 17,8% в 2000 г. (регистрационный охват случаев заболевания методикой DOTS равнялся 19,1%), что было обусловлено, главным образом, отсутствием мониторинга результатов лечения в отношении зарегистрированных больных. Снижение бремени заболевания ТБ замедлилось несмотря на “здоровую” экономическую ситуацию. В этой группе большинство случаев ТБ и до 80% контингента обслуживаемых пациентов относятся к иммигрантам из стран с высокой распространенностью заболевания. К другим группам риска относятся лица старшего возраста, бездомные и лица с ВИЧ-инфекцией. Стратегия DOTS в данной группе в настоящее время направлена на ликвидацию заболевания.

Страны и данные по ТБ приводятся по группам в таблицах 1 и 2.

**Таблица 1. Группировка стран**

Группа 1	Группа 2	Группа 3
<i>Наиболее приоритетные страны:</i> Российская Федерация <sup>a</sup> , Украина, Румыния, Узбекистан, Казахстан	Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Испания, Бывшая Югославская Республика Македония, Польша, Португалия, Турция, Хорватия, Югославия	Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Сан-Марино, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция, Чешская Республика

<sup>a</sup> Входит в число 20 стран с наивысшим бременем заболевания ТБ в мире.

**Таблица 2. Положение с туберкулезом по группам стран в Европейском регионе, 2000 г.**

	Население (тыс. чел.)	Предположительно			Сообщено		Охват
		Случаев ТБ	Случаев с положительным анализом мазка мокроты (ТБ)	Умерло от ТБ	Случаев ТБ	Случаев с положительным анализом мазка мокроты (ТБ)	DOTS
Группа 1	313 378	368 835	165 756	58 936	278 675	69 519	18,5%
Группа 2	197 468	77 727	34 672	8 908	55 826	16 814	14,6%
Группа 3	362 722	45625	20 385	7 758	35 434	6 597	17,8%
Европейский регион	873 568	492 187	220 813	75 601	369 935	92 927	17,3%
Всего в мире	6 053 531	8 734 804	3 836 173	1 883 620	3 671 973	1 529 806	55,0%

### **Ключевые аспекты и виды деятельности в рамках стратегии DOTS**

#### ***Политическая приверженность и партнерство в целях расширения DOTS***

Все страны в группе 1 (кроме одной) и в группе 2 (за исключением четырех) приняли стратегию DOTS и доказали, что DOTS может обеспечить вылечивание ТБ как в городских, так и в (даже отдаленных) сельских районах. Однако у стран имеются неравные политические, финансовые и технические обязательства в отношении увеличения доступности DOTS на страновом уровне. Охват населения DOTS в группах 1, 2 и 3 все еще продолжает расширяться (составляя 18,5%, 14,6% и 17,8%, соответственно, в 2000 г.), а в 18 странах уже достигнут общий национальный охват.

В 35 странах Европейского региона для продвижения в направлении охвата DOTS в масштабах всей страны требуется большая политическая заинтересованность и приверженность на центральном, региональном, областном или районном уровнях, наряду с увеличением ресурсов для борьбы с ТБ в странах групп 1 и 2.

Страны, которые уже внедрили DOTS на уровне страны, продолжают сталкиваться с трудностями и препятствиями на пути такого внедрения. Политиков и лиц, разрабатывающих и принимающих решения, необходимо убеждать в том, долгосрочные инвестиции на борьбу с ТБ оправданы, окупятся и даже обернутся экономическими выгодами.

Поддержка со стороны партнеров в целях предоставления необходимого технического вклада, обучение и оборудование являются очень существенным фактором для расширения стратегии DOTS в большинстве стран групп 1 и 2. Внешняя поддержка играет решающую роль для укрепления достижений и обеспечения надлежащего перехода к регулярному финансированию из национального бюджета деятельности по борьбе с ТБ.

Многие потребности не удастся удовлетворить из-за нехватки или отсутствия ресурсов. Мероприятия, предлагаемые для развития и усиления политической приверженности и партнерств по борьбе с ТБ, приводятся ниже.

#### *На уровне стран*

- Совещания должны проводиться между техническими и политическими комитетами стран и комитетом по расширению DOTS.
- Необходимо организовать совещания национального межучрежденческого комитета по туберкулезу страны.

- Национальный план расширения применения DOTS должен рассматриваться в качестве компонента плана развития сектора здравоохранения и, наряду со здоровьем, компонента общей деятельности на уровне страны.
- Национальные руководящие принципы и директивы по ТБ должны отражать национальную программу борьбы с ТБ (выявление, диагностика, лечение, регистрация) и ведение больных ТБ (обеспечение качества, снабжение лекарственными препаратами, группы риска, обучение, мониторинг).
- Необходимо подготовить ежегодную схему расходов и бюджет по ТБ, особо выделяя вклад на уровне страны, внешнюю поддержку и недостатки финансирования. Анализ расходов и издержек предлагается для бюджетирования по таким статьям, как лекарственные средства, лабораторное обеспечение (поставки), обучение, надзор, активное выявление случаев заболевания, оперативные исследования, конторско-канцелярские расходы, печатание, оборудование (лаборатория, транспорт, офис и строения), персонал (национальный и зарубежный) и пропаганда. Минимальное требование – оценка расходов на противотуберкулезные лекарственные средства.
- Необходимое задействовать новую структуру в поддержку конкретных мероприятий по борьбе с ТБ, обеспечивая ее гибкость и возможность быстрого обновления и корректировки. Элементы такой структуры должны включать руководящие принципы и директивы по ТБ на уровне страны, свободный доступ к диагностике и лечению для всех больных ТБ, ассигнования на кадровые расходы и бюджет и т.д.
- Ежегодные отчеты о противотуберкулезной деятельности, переведенные на английский язык, должны быть помещены на веб-сайте Регионального бюро, включая бюджеты, сметы расходов и пробелы и недостатки финансирования.
- Всемирные дни борьбы с туберкулезом в странах должны проводиться с учетом особенностей и конкретной специфики страны.

### *Региональный уровень*

- Необходимо созывать совещания Межучрежденческого координационного комитета по туберкулезу (МКК-ТБ).
- Результаты эпидемиологических обзоров, исследований лекарственной устойчивости, контроля за ТБ/ВИЧ и данные о региональных бюджетных дефицитах должны помещаться на веб-сайте Регионального бюро.
- DOTS необходимо разработать показатели для определения экономического воздействия, степени понимания и осознания проблематики персоналом и политической приверженности и заинтересованности.

### **Противотуберкулезные лекарственные средства для расширения DOTS**

Европейский план расширения DOTS направлен на:

- содействие безопасному доступу к лечению от ТБ с бесперебойным снабжением высококачественными лекарственными средствами;
- усиление национальных органов, занимающихся регулированием и регламентированием лекарственных средств;
- усиление доступа к лекарственным средствам второй линии против МЛУ-ТБ в специализированных подразделениях, учрежденных санкционирующим комитетом (Green Light Committee); и
- поощрение использования комбинаций с фиксированными дозами 2-х и 4-х лекарственных препаратов во избежание применения несвязанного рифампицина.



Ниже приводятся ключевые вопросы и обоснование необходимости достижения поставленных целей.

- Свободный доступ к лечению от ТБ может обеспечить полное лечение дополнительного числа пациентов и способствовать смягчению бедности. Облегчение доступа обеспечит также соблюдение как больными, так и врачами соответствующих схем лечения. Даже минимальные расходы на лечение могут воспрепятствовать своевременному лечению и повлиять на соблюдение требований, способствуя тем самым распространению инфекции. В случае установления оплаты за лечение и уход, это не должно ставить под угрозу всеобщий доступ для всех к здравоохранительным возможностям, предоставляемым DOTS.
- Усиление национального органа, регулирующего и регламентирующего лекарственные средства, может позволить ограничить использование противотуберкулезных лекарственных препаратов лишь ТБ и обеспечивать их качество. Активная и динамичная роль Регионального бюро и других партнерских организаций и учреждений, а также изготовителей лекарственных средств будет содействовать выполнению требований в отношении качества продукции применительно ко всем противотуберкулезным лекарственным средствам и их регистрации национальным органом, ведающим вопросами регулирования и регламентирования лекарственных средств.
- Необходимо регистрировать комбинированные таблетки с фиксированной дозировкой, включая сравнительную оценку биодоступности рифампицина и сертификацию одного и того же процесса производства после проведения теста на биодоступность. Регистрация фармацевтической продукции должна обеспечивать не только высокое качество самих изделий, но и соблюдение фармацевтической промышленностью общепризнанных стандартов производственной практики с обеспечением надлежащего контроля качества.
- Изготовители фармацевтической продукции согласились продавать лекарственные препараты второй линии по льготным ценам для опытных проектов программы DOTS-Plus, утвержденных санкционирующим комитетом (Green Light Committee). Противотуберкулезные лекарственные препараты второй линии должны использоваться в специализированных отделениях в странах с развитой стратегией DOTS и с серьезной проблемой лекарственной устойчивости к противотуберкулезным средствам.
- Комбинированные таблетки с фиксированными дозами способствуют предупреждению монотерапии, к снижению распространения МЛУ-ТБ, способствуют улучшению взаимопонимания между врачом и больным, облегчают рациональное использование и распределение лекарственных средств и снижают риск предписания рифампицина для состояний, не относящихся к ТБ.

### **Предлагаемые мероприятия**

На уровне страны предлагается провести обзор нынешнего положения с обеспечением и снабжением (поставщики, изготовители, качество лекарственных средств и источники финансирования) применительно к каждой стране, а также мониторинг результатов проектов DOTS-Plus и использования лекарственных препаратов второй линии в тех или иных областях по выбору, а также в других условиях (лишь страны групп 1 и 2).

Региональному бюро надлежит:

- оказать техническую поддержку ряду стран выборочно по вопросам обеспечения и распределения противотуберкулезных лекарственных средств и для совершенствования методов оценки качества лекарственных препаратов;
- действовать через фонд ГСЛТ в качестве поставщика в ряд стран с чрезвычайными потребностями; и

- поощрять страны с развитыми стратегиями DOTS и с проблемами, обусловленными МЛУ-ТБ, к осуществлению опытных проектов DOTS-Plus в соответствии с руководящими принципами ВОЗ (заявки по поводу доступа к лекарственным средствам второй линии должны представляться санкционирующему комитету (Green Light Committee).

### **Мониторинг и обзор**

Для измерения количественных параметров достижений в рамках Европейского плана расширения DOTS и для мониторинга лекарственной устойчивости и ко-инфекции ТБ/ВИЧ будут осуществляться нижеследующие специальные мероприятия на страновом и региональном уровнях.

- Регулярно будет публиковаться в ежеквартальных отчетах анализ результатов лечения всех сообщенных случаев ТБ с положительным мазком мокроты.
- Будет разработан набор показателей для мониторинга расширения DOTS и ответственного и заинтересованного отношения на политическом уровне. Сюда следует отнести назначение руководства высокого профессионального уровня для противотуберкулезной программы; размеры/масштабы и административное позиционирование национальной программы по ТБ в рамках министерства здравоохранения; изменения в уровнях финансирования противотуберкулезной деятельности; уровни зарплаты сотрудников программы по ТБ по сравнению с соответствующими уровнями других категорий персонала; конкретные изменения в политике в отношении ТБ, законодательстве или регламентирующих положениях и правилах; внедрение противотуберкулезной политики, законодательств или регулирующих и регламентирующих правил и постановлений; количество и качество охвата СМИ; частота и масштабы пропагандистских мероприятий, осуществляемых партнерами и объединениями; объем и количество обсуждений в законодательных органах и на политических форумах; а также число полезных и имеющих большой резонанс политических заявлений знаменитостей и лиц, разрабатывающих и принимающих ответственные решения.
- Исследования распространенности и смертности будут проводиться путем проведения оперативных исследований в трех наиболее густонаселенных странах в группе 1. Региональное бюро окажет техническое содействие созданию надежной регистрационной системы основных статистических данных. Будут установлены исходные данные с целью оценки, по прошествии 10 лет и определения, достигнуты ли цели сокращения наполовину заболеваемости и смертности от ТБ за этот период.
- Ожидается, что ускорение расширения DOTS в Регионе и внедрения DOTS-Plus в странах с наибольшими проблемами лекарственной устойчивости приведут к снижению нынешнего высокого уровня МЛУ-ТБ. Обзоры лекарственной устойчивости должны осуществляться более систематическим образом с тем, чтобы можно было проводить мониторинг тенденций.
- В странах с проблемами полирезистентного ТБ (начиная с Латвии, Российской Федерации и Эстонии) необходимо создать систему надзора за лекарственной устойчивостью противотуберкулезных лекарственных средств второй линии.
- Мониторинг ко-инфекции ТБ/ВИЧ будет осуществляться “дозорными” группами из числа туберкулезных больных в странах с высокими уровнями распространенности ВИЧ. Ухудшение эпидемии ВИЧ вызовет увеличение контингента туберкулезных больных и создаст новые трудности во внедрении DOTS. Необходимо усилить надзор за ко-инфекцией ТБ/ВИЧ в странах или областях и регионах с высокой распространенностью ВИЧ/СПИДа. Консультирование по вопросам СПИДа в туберкулезных отделениях, лечение от ТБ и оказание помощи по уходу за больным СПИДом будут также оказываться в тесном сотрудничестве с этими странами.
- Перспективные планы и прогнозы относительно эпидемиологии ТБ в Регионе будут обновляться.

## ***Последовательная, устойчивая борьба с туберкулезом и изменения в секторе здравоохранения***

Реформа сектора здравоохранения создает весьма неоднозначные возможности для успешной борьбы с ТБ в Регионе.

Реформа сектора здравоохранения является единственной/уникальной возможностью для интегрирования средств и учреждений в борьбе с ТБ в общие рамки служб первичной медико-санитарной помощи и обладает потенциалом для расширения сети DOTS и приближения средств и возможностей лечения к пациентам. Более того, последовательность и устойчивость эффективных программ борьбы с ТБ могут быть также усилены там и тогда, когда общее финансирование системы здравоохранения улучшается путем принятия и взятия на вооружение более лучших механизмов (социальное страхование, общесекторальное финансирование и совместное несение расходов).

Реформа сектора здравоохранения создает проблемы для целостности системы управления, органически присущей стратегии DOTS. Кадровые сокращения, интегрированное снабжение лекарственными средствами, комплексные системы отчетности и информирования, приватизация и программы совместного несения расходов, зачастую сопровождающие реформы системы здравоохранения, могут затруднить или воспрепятствовать некоторым из ключевых компонентов DOTS – таким, как умения и навыки работников здравоохранения по выявлению и лечению больных, бесперебойное снабжение лекарственными средствами, бесплатные лекарственные препараты и услуги и конкретный мониторинг результатов лечения.

Участие национальных программ по ТБ в планировании реформы сектора здравоохранения и в переходный период могут обеспечить поддержание основ борьбы с ТБ и их усиление, нежели поставить их под угрозу в процессе деятельности. Показатели же успешной противотуберкулезной программы, такие как высокие показатели вылечивания новых и повторно лечащихся больных ТБ, могут стать показателями успешного развития системы здравоохранения.

Особым мероприятием на страновом уровне является разработка национального плана по ТБ в соответствии с общей политикой в отношении здоровья.

Региональное бюро окажет техническое содействие противотуберкулезной деятельности и реформе сектора здравоохранения в отдельных странах группы 1 выборочно – особенно стран с автономными противотуберкулезными службами (Армения, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния и Украина).

## ***Создание необходимого потенциала и возможностей для управления проведением программы DOTS***

Необходимый для эффективного руководства стратегией DOTS потенциал должен быть усилен, включая бактериологическое подтверждение диагноза (путем проведения микроскопии мазков мокроты и культуры/посева). Все еще ощущается потребность в квалифицированных кадровых ресурсах на областном и районном уровнях и там, где методика DOTS еще не внедрена, и во всех районах, где она применяется в условиях высокой сменяемости и текучести персонала. Необходимо организовывать периодические курсы повышения квалификации. Кроме того, для реформы сектора здравоохранения зачастую требуется дополнительное обучение и обучение без отрыва от производства многоцелевого (многопрофильного) персонала. Необходимо обеспечить охват системой обучения как на последипломном, так и додипломном уровнях путем соответствующей корректировки традиционных учебных планов и программ в учебных заведениях подготовки медицинского, медсестринского и лабораторного персонала в соответствии со стратегией DOTS.

Нижеследующие виды деятельности должны быть организованы на страновом уровне:

- оценка потребностей в обучении и выявление обучающихся;
- учебные семинары для управленческого контингента на центральном и периферийном уровнях, для общепрактикующих врачей, клиницистов, медсестер, работников первичной медико-санитарной помощи, лаборантов, фармацевтов и добровольцев из числа местного населения (коммунально-общинного уровня) в государственном (общественном) и частном секторах;
- семинары по обучению конкретным вопросам, таким как управление и регулирование в области лекарственных средств, качество лекарственных препаратов, обзор программ, анализ данных, права человека и уязвимые группы;
- разработка учебных планов и программ, включая стратегию DOTS, в школах для медицинского, медсестринского и лабораторного персонала;
- ежегодные совещания специалистов-коллег на центральном, региональном и/или областном уровнях; и
- ежегодная национальная конференция.

Следующие виды деятельности будут организовываться на региональном уровне:

- международный учебный семинар ВОЗ для лиц, осуществляющих руководство противотуберкулезной деятельностью на страновом и региональном уровнях (Польша);
- международные курсы ВОЗ по обучению вопросам эпидемиологии ТБ (Польша);
- международные учебные курсы по борьбе с ТБ (Тарту, Эстония), организуемые Финской ассоциацией по борьбе с легочными заболеваниями (FILHA) и Международным союзом по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (МСТЛЗ);
- международные курсы ВОЗ по обучению вопросам управления лабораториями по диагностике ТБ (Польша);
- международные курсы для консультантов по ТБ в Сотрудничающем центре ВОЗ по туберкулезу и легочным болезням в Италии;
- совещания Межучрежденческого координационного комитета по туберкулезу (МКК-ТБ) и руководителей национальных программ по ТБ; и
- региональная конференция МСТЛЗ.

### **Лабораторные службы**

Для повышения надежности, эффективности и степени использования лабораторных служб и услуг необходимо создать системы обеспечения надлежащего качества работы лабораторий. Такая система включает (а) контроль качества как внутренний процесс, осуществляемый всеми работающими в лаборатории, (б) улучшение качества на основе решения проблем в ходе инспекторских посещений непосредственно на местах и (в) проверку эффективности (или внешний контроль качества) путем перекрестного контроля (повторного считывания) слайдов с результатами проведенной микроскопии мазков мокроты, исследований культуры (посева) и тестов чувствительности в отношении лекарственных средств. Справочная лаборатория должна организовывать перекрестную проверку и может также направлять слайды или штаммы лаборантам для тестирования. Страны должны не только располагать своими собственными национальными системами обеспечения качества, но и должны быть включены в наднациональную сеть справочных лабораторий ВОЗ/МСТЛЗ для надзора за резистентностью к противотуберкулезным лекарственным средствам. Это позволяет подтвердить точность примененного метода, связанного с чувствительностью к лекарственным средствам, и обеспечивает глобальную сравнимость данных о лекарственной устойчивости, накопленных в странах.

На страновом уровне необходимо организовать следующие мероприятия:

- пересмотр роли и числа сети систем лабораторной службы по диагностике ТБ;
- создание и оценка систем обеспечения качества в странах групп 1 и 2;
- создание и оценка систем обеспечения качества для тестирования культуры и чувствительности к лекарственным средствам во всех странах;
- ежегодное совещание и обучение лаборантов на центральном, региональном и областном уровнях;
- ежегодная оценка обеспечения качества работы лабораторий; и
- связывание деятельности справочных лабораторий стран с наднациональной сетью лабораторий по обеспечению качества тестирования чувствительности к лекарственным препаратам.

Кроме того, Региональное бюро будет оказывать поддержку и укреплять возможности по проведению исследований культуры и чувствительности к лекарственным средствам в странах с проблемой множественной устойчивости к лекарственным средствам.

### **Права человека и пациентов**

Стратегия DOTS обеспечивает уважение прав человека и их защиту, а также соблюдение достоинства индивида. С другой стороны, неправильное распределение ресурсов здравоохранения и ограниченное расширение применения методики DOTS могут привести к дискриминации, которая может быть косвенной.

DOTS должна обеспечивать главенство индивидуальных прав в сообществе. Уважение к правам отдельных – перед таким, как право больного на невмешательство в его личную жизнь и лечение без какой-либо дискриминации, обеспечиваются в стратегии DOTS постольку, поскольку персонал DOTS предан принципам гибкой и полностью ориентированной на пациента деятельности. Терапия под непосредственным наблюдением или лечение стационарных больных должны рассматриваться через призму поддержки и обслуживания с обеспечением соблюдения прав пациентов, а не как формальная обязанность.

Несмотря на невозможность предполагать соблюдение правил и требований такими “ненадежными” пациентами, как хронические алкоголики, бывшие заключенные или лица с психическими отклонениями, следует воздерживаться от применения принуждения в случаях нарушений или отклонений от предписаний и норм.

Расширение DOTS является активным фактором отстаивания и продвижения социальных прав и равенства лечения, обеспечивает защиту наиболее уязвимых групп в обществе и отражает в подавляющем большинстве случаев ведение туберкулезных больных в государственном секторе.

Нижеследующие виды деятельности и мероприятия будут осуществляться как на страновом уровне, так и через Региональное бюро, с тем чтобы обеспечить расширение применения DOTS и соблюдение прав человека и прав пациентов:

- учебные совещания в странах по вопросу отношения работников здравоохранения, занимающихся ТБ, к правам пациентов;
- региональные совещания по правам человека/пациента и по уязвимым группам; и
- поощрение вылеченных туберкулезных больных и их семей к созданию объединений, ассоциаций и к участию в процессах разработки и принятия решений и их выполнения на всех уровнях.

## **Социальная поддержка и социальное страхование**

Большинство стран Европейского региона располагают значительным опытом социальной поддержки туберкулезных больных как часть системы социального обеспечения. Социальная поддержка способствует облегчению бремени бедности, улучшению выявления случаев заболевания и улучшению успешности лечения “ненадежных” больных, а также обеспечению бесплатного обслуживания больных ТБ.

Социальная поддержка может заключаться в предоставлении бесплатного питания туберкулезным больным, выплате их зарплаты в ходе лечения, бесплатном лечении и услугах, бесплатном проезде и т.д. Социальная поддержка может стать, в редких случаях, препятствием для лечения, если она не организуется в качестве органической составной части противотуберкулезных служб и услуг. Социальное вспомоществование и социальная поддержка являются лучшими способами обеспечения последовательной и непрерывной борьбы с ТБ и должны организовываться и проводиться в соответствии со стратегией DOTS.

## **Конкретные аспекты стратегии DOTS применительно к каждой группе стран**

### **Страны группы 1**

Все аспекты и мероприятия в рамках стратегии DOTS должны осуществляться в странах группы 1. Некоторые более конкретные аспекты приводятся ниже.

### **Полирезистентный туберкулез и расширение DOTS**

Полирезистентный ТБ представляет собой серьезную угрозу для поддержания эффективности противотуберкулезной стратегии в Латвии, Российской Федерации и Эстонии. Истинные масштабы данной проблемы не известны должным образом в большинстве стран, особенно в странах группы 1, где не проводилась оценка того бремени, каким является ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Множественная устойчивость к лекарственным средствам является большим препятствием для борьбы с ТБ из-за трудности или даже невозможности ее диагностики, особенно в некоторых странах группы 1. Без проведения диагностики такие пациенты остаются источником лекарственноустойчивых штаммов *Mycobacterium tuberculosis* на протяжении долгого времени, и передача МЛУ-ТБ среди населения становится неизбежной. С другой стороны, лечение МЛУ-ТБ является намного более дорогостоящим, тогда как успешность лечения намного ниже, чем при ТБ, вызванном штаммами *M. tuberculosis*, чувствительными к воздействию лекарственных средств.

Одной из главных причин полирезистентного ТБ является неправильная организация ведения пациентов, особенно в том, что касается выбора режима химиотерапии и последующих мер и процедур. Неправильное же лечение ведет к селекции устойчивых мутантов, присутствующих в естественном виде в микобактериальной популяции. Распространяясь среди населения, они приводят к новым случаям заболевания ТБ с первичной резистентностью к лекарственным препаратам. Поскольку важнейшей причиной клинически значимой лекарственной устойчивости является ошибочность или несостоятельность медицинской практики (неправильное предписание лекарственных средств, несоблюдение правил и процедур приема (глотания лекарств), ненадежное снабжение лекарственными средствами), первейшим приоритетом для борьбы с ТБ является предупреждение множественной лекарственной устойчивости путем раннего выявления новых случаев и их лечения в соответствии со стратегией DOTS.

Ускорение процессов расширения применения DOTS в Регионе поможет поддержанию МЛУ-ТБ на его теперешнем низком уровне, воспрепятствовать его распространению в некоторых странах, проложит путь для стратегии DOTS-Plus в условиях, характеризующихся высокой степенью распространения лекарственной полирезистентности и, возможно, позволит повернуть вспять тенденцию к распространению. Стратегия DOTS-Plus является эффективной в борьбе с туберкулезной полирезистентностью, если сама стратегия DOTS не проводится уже в большей части страны. Реализация программы DOTS является необходимой предпосылкой для

надлежащей борьбы с ТБ и предупреждения лекарственной полирезистентности ТБ. Неправильное выявление и лечение новых случаев ТБ ведет в дальнейшем к развитию МЛУ-ТБ. А это, в свою очередь, делает ведение случаев МЛУ-ТБ более дорогостоящим делом для страны, представляет угрозу для глобальных усилий по борьбе с ТБ. Таким образом, DOTS и DOTS-Plus должны рассматриваться как две стадии программы надлежащей борьбы с ТБ.

Нижеследующие мероприятия должны проводиться на уровне страны.

- стратегия DOTS должна осуществляться в масштабах всей страны во всех государствах-членах, включая страны с высоким уровнем лекарственной устойчивости, как один из первых шагов в борьбе с МЛУ-ТБ.
- Эпиднадзор за множественной лекарственной устойчивостью должен проводиться во всех странах. Должен стать более системным мониторинг опасности повышения уровней МЛУ-ТБ.
- Контроль устойчивости к противотуберкулезным лекарственным препаратам второй линии должен проводиться в ряде стран выборочно (в Латвии, Российской Федерации и Эстонии).
- Должны приниматься меры обеспечения того, чтобы лекарственные средства второй линии, предназначенные для МЛУ-ТБ, использовались лишь в высококвалифицированных центрах.
- Санкционирующему комитету (Green Light Committee) будут представлены заявки/заявления по поводу создания проектов DOTS-Plus в странах, где осуществлялась стратегия DOTS и где налицо высокие уровни распространенности полирезистентного ТБ.

Следующие мероприятия будут проводиться на региональном уровне.

- В областях и районах с высокой распространенностью МЛУ-ТБ и где уже выполнялась стратегия DOTS, внешние партнеры будут предоставлять необходимую техническую поддержку для стратегии DOTS-Plus.
- Региональное бюро будет координировать проекты DOTS-Plus и выявлять ключевых партнеров для каждого проекта.

### **Борьба с ТБ и ВИЧ/СПИДом**

Усугубление эпидемии ВИЧ приведет к повышению контингентов больных ТБ в ряде стран Региона (Беларусь, Латвия, Литва, Российская Федерация, Украина и Эстония) и является новым вызовом и препятствием для выполнения стратегии DOTS.

Принципы стратегии DOTS одинаковы для туберкулезных больных как с ВИЧ-позитивностью, так и с отрицательными результатами анализа на ВИЧ. Тем не менее, службам здравоохранения придется иметь дело с растущим числом туберкулезных больных, что потребует следующих мер реагирования.

- Будут разработаны стратегические рамки в сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ для борьбы с ТБ с сопутствующим ВИЧ в Европейском регионе, с тем чтобы такую структуру можно было адаптировать и претворять в жизнь в большинстве пораженных стран.
- Будет усилен эпиднадзор за ко-инфекцией ТБ/ВИЧ в странах и областях с высокими уровнями распространенности.
- Осуществляющий борьбу с ТБ персонал будет проходить подготовку, позволяющую ему проводить анонимное и добровольное консультирование и обследование на ВИЧ/СПИД в туберкулезных отделениях и (поли)клиниках.
- Антитретовирусное лечение туберкулезных больных с ВИЧ/СПИДом будет начато на оперативно-исследовательской основе в ряде областей выборочно.

- Будут разработаны критерии диагностики легочного и внелегочного ТБ в областях и районах с высокой распространенностью ВИЧ/СПИДа.
- Будут разработаны механизмы координации действий со службами, обеспечивающими поддержку и уход за больными ВИЧ/СПИДом. Следует избегать контактирования таких пациентов с туберкулезными больными во избежание передачи ТБ. Необходимо организовывать обслуживание больных ВИЧ/СПИДом на дому.
- Профилактическую противотуберкулезную терапию в отношении ВИЧ-позитивных лиц (ProTest) можно было бы проводить и развивать на оперативной исследовательской основе.

### **Борьба с туберкулезом в тюрьмах/местах заключения**

Гражданским и тюремным службам по борьбе с ТБ следовало бы работать комплексно, с применением одних и тех же стратегий. Непрерывность лечения и доступ к исследованию культуры и чувствительности к лекарственным средствам, особенно в странах с МЛУ-ТБ, не может обеспечиваться в изолированных системах.

Перенаполненность и плохое питание в ряде тюрем, наряду с дальнейшим повышением численности заключенных, являются еще одной угрозой для расширения DOTS и могут привести к увеличению распространенности лекарственной полирезистентности. DOTS в тюрьмах и других местах заключения должна применяться путем полного согласования с районной службой здравоохранения на территории расположения тюрьмы, с тем чтобы установить рациональную стратегию обслуживания как обычных граждан, так и заключенных. Нужно следить за тем, чтобы стратегия DOTS не стимулировала заключенных к тому, чтобы они заболели ТБ или оставались инфицированными. Кроме того, следует тщательно избегать противоречий и нестыковок, например, когда применение стратегии в тюрьме поддерживается внешними организациями, тогда как обычные противотуберкулезные службы, обслуживающие местное население, испытывают недостаток в противотуберкулезных лекарственных средствах или не укомплектованы должным образом.

Заключенные, тюремный персонал, семьи заключенных и гражданское население, проживающее вокруг мест заключения, должны все остаться в выигрыше от стратегии DOTS, которая должна быть предоставлена в распоряжение всех этих контингентов одновременно и с одинаковыми режимами лечения. Стратегия DOTS должна адаптироваться к тюрьмам для включения активного скрининга заключенных и тюремного персонала. Стратегия DOTS-Plus может быть применена в тюрьме после того, как она была уже применена среди гражданского населения, проживающего вокруг той или иной тюрьмы или иного места заключения. Это обеспечит выгодность и преемственность лечения лекарственными средствами второй линии применительно к схемам лечения, длящимся дольше, чем срок тюремного заключения, и при этом можно будет воспользоваться лабораторным потенциалом гражданских учреждений, отсутствующим в условиях тюрьмы. Такая ситуация требует своего тщательного рассмотрения национальными и международными исследовательскими группами.

### **Мониторинг и контроль**

- Помимо мониторинга расширения DOTS, в странах группы 1 будет проводиться специальный мониторинг расширения DOTS в областях и районах с высокими уровнями МЛУ-ТБ, в тюрьмах, в областях с высокой распространенностью ВИЧ и среди специальных групп и контингентов.
- Базовая система мониторинга и надзора в странах группы 1 включает результаты лечения от ТБ, эпиднадзор за ВИЧ среди туберкулезных больных и надзор за лекарственной устойчивостью.
- Оценка системы регистрации основных статистических данных будет проводиться в трех странах с серьезным бременем заболевания ТБ для оценки первой цели регионального плана (сокращение наполовину распространенности и смертности от ТБ в Регионе за 10 лет).



- Будут проводиться регулярные оценки и национальные и международные обзорные исследования противотуберкулезной деятельности.
- В странах группы 1 будет проводиться контроль политической заинтересованности и приверженности.

## **Страны группы 2**

Основным структурным стержнем для данной группы остаются пять ключевых компонентов стратегии DOTS. Тем не менее, некоторым странам этой группы следует сосредоточить свои усилия лишь на некоторых элементах данной стратегии с тем, чтобы можно было заниматься конкретной проблематикой.

### **Мониторинг и контроль**

- Систему оповещения о результатах лечения следует внедрить в Испании и Турции, на которые приходится более половины бремени заболевания ТБ в странах группы 2. В Турции должны быть установлены дополнительные элементы стратегии DOTS.
- Базовое исследование смертности от ТБ будет проводиться в рамках регистрационной системы основных статистических данных для оценки первой цели регионального плана (сокращение наполовину распространенности ТБ и смертности от него в Регионе за 10 лет).
- Будут выявлены группы высокого риска и проведена классификация распределения ТБ.
- Системы регистрации/представления данных должны быть внедрены в частный сектор с помощью, например, юридических процессов или каналов и возможностей страхования.

### **Активное выявление случаев заболевания туберкулезом среди контактов и в группах высокого риска**

Необходимо создать систему регулярного обследования/скрининга групп высокого риска, отслеживания контактов, борьбы со вспышками и профилактической химиотерапии с целью снижения распространенности ТБ в странах группы 2, где имеется свободный доступ к лечению от ТБ.

Необходимо проводить активное выявление случаев заболевания среди домашних контактов туберкулезного больного, после чего должно осуществляться надлежащее лечение и мониторинг лечения активных случаев с шестимесячной профилактической химиотерапией лиц с выявленной инфицированностью.

Для уязвимых лиц (таких, как бездомные, хронические алкоголики, больные ВИЧ/СПИДом, перемещенные лица, беженцы и лица, страдающие от последствий конфликтных ситуаций) и лиц, проживающих в различного рода учреждениях (таких, как тюрьмы, больницы, казармы, дома престарелых или инвалидов, а также убежища для бездомных и мигрантов), характерны более высокая распространенность скрытой инфицированности ТБ (латентная инфекция) и собственно ТБ. Регулярный активный скрининг среди этих групп, основываясь на оценке экономической эффективности, можно было бы начать в некоторых странах группы 2 (Албания и Польша). Эта деятельность должна сочетаться с надлежащей диагностикой, регистрацией, эффективным лечением и мониторингом лечения.

### **Связи с частным сектором**

## **Страны группы 3**

Эта группа стран может выделять больше кадровых, технических и финансовых ресурсов на цели здравоохранения, чем страны в других группах, и оснащена надлежащей медико-санитарной инфраструктурой.

Рамочной основой для данной группы продолжают оставаться пять компонентов стратегии DOTS, и для достижения цели ликвидации болезни предлагается более “агрессивный” подход.

### **Мониторинг и эпиднадзор**

- Будут введены системы систематической регистрации данных, адаптированные к условиям стран, включая мониторинг результатов лечения.
- Будут введены системы регистрации данных в частном секторе, используя такие стратегические возможности, как юридические процессы, системы страхования, рекомендации профессиональных ассоциаций и контроль с проверкой из разных источников сообщаемых данных.
- Базовое исследование смертности от ТБ будет проводиться с помощью регистрационной системы основных статистических данных.

### **Адаптированная стратегия DOTS**

- Заинтересованное отношение со стороны правительственных органов и частного сектора к борьбе против ТБ и его возможной ликвидации будет стимулироваться и активизироваться с помощью нижеследующих мер и факторов:
  - техническое руководство на уровне страны и комитет государственной политики;
  - национальные директивы по ТБ, отражающие национальную программу борьбы с ТБ и деятельность по его ликвидации (выявление, диагностика, регистрация, лечение и представление данных о результатах лечения) и ведение туберкулезных больных (обеспечение качества, ведение лиц, относящихся к группам риска, скрининг, прослеживание контактов, обучение вопросам профилактической терапии и мониторинга); и, наконец,
  - правовые рамки (законы, постановления, циркуляры, официальные акты) в поддержку конкретных мероприятий по борьбе с ТБ и его ликвидацией.
- Регулярное прослеживание активных случаев будет проводиться в выявленных группах высокого риска (иммигранты из стран с высокой распространенностью ТБ, бездомные и лица с ВИЧ-инфекцией).
- Будут выявляться случаи заболевания среди симптоматических больных в целом среди населения и будет проводиться систематическое прослеживание контактов по месту жительства (подворно или посемейно).
- Случаи заболевания будут подтверждаться с помощью обычных тестов чувствительности к культуре или лекарственным средствам, особенно в группах, где опасность лекарственной устойчивости является серьезной.
- Борьба со вспышками заболевания будет проводиться путем выявления активных случаев и прослеживания контактов.
- DOTS будет применяться выборочно среди пациентов из групп высокого риска и там, где показатели эффективности являются низкими.
- Противоретровирусное лечение и профилактическое лечение ТБ будут предоставляться для лиц, недавно инфицированных ВИЧ.
- Специальное лечение, включая применение лекарственных средств второй линии, будет предоставляться для борьбы с полирезистентным ТБ.
- Будут предприниматься шаги для обеспечения того, чтобы лекарственные препараты второй линии, предназначенные для лечения МЛУ-ТБ, использовались лишь в высококвалифицированных центрах.

- Контроль будет основываться на рекомендованной и единообразной системе представления данных, способной обеспечить оповещение о случаях заболевания и о результатах лечения. Анализ мазка мокроты или посева культуры будет включен для полной оценки результатов лечения. Обеспечение качества должно быть одним из компонентов данного процесса.

Необходимо уделять внимание мероприятиям по эпиднадзору и надлежащему вмешательству в группах высокого риска – таких, как лица с ВИЧ-инфекцией и иммигранты из стран с высокой распространенностью заболевания. Регулярный скрининг в группах высокого риска, прослеживание контактов, борьба со вспышками и профилактическая химиотерапия должны продолжаться с тем, чтобы сохранить и поддерживать низкую частоту заболевания ТБ в этой группе стран.

## Научные исследования и развитие

Научные исследования и развитие в областях, связанных с непосредственным процессом лечения, место борьбы с ТБ в секторе здравоохранения, а также мониторинг и оценка будут развиваться в сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ и партнерами. Прогресс в деле усовершенствования средств, способов и инструментария, необходимых для эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики ТБ, был очень медленным. Исследования эпидемиологической модели, применимой и доступной в Регионе, особенно в странах группы 1, будут поощряться.

Европейский план расширения DOTS предоставляет много возможностей для создания необходимого потенциала оперативных исследований на страновом уровне, а именно по следующим направлениям.

### *Мониторинг и оценка*

- оповещение и системы перекрестного оповещения в частном секторе;
- эффективность с точки зрения затрат и результатов скрининга и профилактического лечения в группах высокого риска;
- контроль за множественной лекарственной устойчивостью и ко-инфекцией ВИЧ/ТБ;
- оценка распространенности ТБ и обзорных исследований смертности от ТБ с помощью систем регистрации основных статистических данных;
- директивы для обзорных исследований смертности от ТБ (системы регистрации основных статистических данных);
- анализ препятствий на пути доступности лечения;
- анализ причин высоких уровней несоблюдения лечения (в странах бывшего Советского Союза); и, наконец,
- политическая приверженность.

### *Рост в области выявления случаев заболевания и реформа системы здравоохранения*

- государственная/частная модель DOTS в целом ряде стран в группах 1, 2 и 3;
- децентрализация и интеграция служб лечения от ТБ;
- новые рамки стратегии DOTS в каждой из групп;
- рамки/структура внедрения DOTS; и, наконец,
- права пациентов и участие пациентов в процессах принятия и выполнения решений.

### *Множественная лекарственная устойчивость*

- DOTS-Plus в областях с МЛУ-ТБ (индивидуализированная стратегия в сравнении со стандартизированной); и
- надзор за лекарственной резистентностью применительно к противотуберкулезным лекарственным средствам второй линии.

### *ВИЧ/СПИД*

- противоретровирусное лечение туберкулезных больных и профилактическая противотуберкулезная терапия инфицированных (ProTest).

### *Лекарственные средства и новые диагностические средства*

- тестирование новых лекарственных средств и продолжительность лечения МЛУ-ТБ;
- влияние комбинаций лекарственных средств с фиксированной дозировкой на МЛУ-ТБ;
- испытание четырех комбинаций с фиксированной дозировкой в соответствии с требованиями программы; и
- испытание нового диагностического инструментария (быстрое выявление лекарственной резистентности) в странах с распространенностью множественной лекарственной устойчивости.

### *Социально-экономическое воздействие*

- оценка влияния DOTS на уменьшение бедности и ее социально-экономические последствия (школьное обучение, образование, трудоустройство/занятость).

Региональное бюро и другие партнеры могли бы помочь странам создать их собственную исследовательскую “повестку дня” (программу) и выявить источники финансирования исследований. Необходимо провести семинары по усилению исследовательского потенциала персонала национальных программ по ТБ, работающего в научно-исследовательских учреждениях, в сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ.

## **Планирование и координация**

### **Уровень стран**

#### ***План действий на уровне страны***

Большинство стран группы 1 готовят в настоящее время план действий по борьбе с ТБ для адаптации стратегии DOTS к особенностям и специфике стран. Эти планы должны обновляться и корректироваться в тесном сотрудничестве с ВОЗ и участвующими многосторонними и двусторонними учреждениями и должны утверждаться национальными органами. В идеале планы на уровне стран могли бы основываться на структуре видов деятельности и мероприятий, включенных в региональную стратегию. Вовлечение всех учреждений и организаций во время подготовки будет способствовать их активному участию. Планы должны быть нацелены на достижение целей стран и региональных целей на 2006 г. и должны включать раздел по всем имеющимся ресурсам, кадровым ресурсам, фондам и другие требования для достижения поставленных целей. В планах должны выявляться, с установлением приоритетности, дополнительные ресурсы и вклад, ожидаемые со стороны ВОЗ и других партнеров.

## **Национальные межучрежденческие комитеты**

Каждой из стран группы 1 следовало бы создать межучрежденческий комитет по туберкулезу на страновом уровне, собрав влиятельных и заинтересованных деятелей, технические специализированные учреждения, оказывающие содействие национальной программе по ТБ, учреждения и организации по оказанию помощи, страновые и международные НПО, объединения и представителей гражданского общества для создания противотуберкулезной ассоциации. Обычные виды деятельности и мероприятия могли бы организовываться и проводиться ежегодно для вклада в национальный план расширения DOTS и достижения поставленных в нем целей.

## **Сотрудничество с ВОЗ**

ВОЗ будет поддерживать свое техническое сотрудничество, направляя советников странового уровня в Российскую Федерацию и на Украину и международных советников в республики Центральной Азии и на Балканы (Приложение 6).

В 1990 г. Королевская противотуберкулезная ассоциация Нидерландов (KNCV) организовала первый Wolfheze семинар в качестве платформы для руководителей противотуберкулезных программ стран из числа стран Западной Европы с низкой распространенностью ТБ. Было признано, что страны с низкой распространенностью движутся к ликвидации ТБ как проблемы общественного здравоохранения, однако сталкиваются все еще с такими общими проблемами, как “микрoэпидемии”, повторное появление и распространение ТБ среди контингентов населения, живущего в тяжелых социально-экономических условиях, и в группах высокого риска, а также завозные случаи МЛУ-ТБ. Вышеназванный семинар был организован для обсуждения общих решений этих проблем.

Изменившееся политическое положение в Европе после 1989 г. предоставляет возможность включения руководителей программ из стран Центральной и Восточной Европы. Поэтому семинар переориентировал свое внимание с борьбы против ТБ в странах с низкой распространенностью на борьбу с ТБ в Европе в целом. Цель семинара заключалась в том, чтобы позволить руководителям программ разработать надлежащие стратегии вмешательства, деятельности, адаптированной к эпидемиологическим потребностям в странах, стимулировать выполнение, оценивать претворенные в жизнь стратегии, проводить мониторинг эпидемиологических изменений и сообщать о новшествах и дальнейших направлениях развития.

Ежегодный Wolfheze семинар (4–5 дней) проводится по инициативе Всемирной организации здравоохранения (штаб-квартиры и Европейского регионального бюро), Европейского отделения Международного союза по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (МСТЛЗ), Королевской противотуберкулезной ассоциации Нидерландов (KNCV) и Сотрудничающего центра ВОЗ по эпиднадзору за туберкулезом в Европе (ЕвроТБ).

## **Ориентировочные потребности в области финансирования**

Данные о сметной стоимости и недостающих средствах для расширения DOTS представлены в Приложениях 7 и 8.

## **Региональный уровень**

### **Сотрудничающие центры ВОЗ**

ВОЗ располагает пятью сотрудничающими центрами по ТБ в Европейском регионе, как то:

- ЕвроТБ (EuroTB) при Институте санитарного надзора (Institut de Veille sanitaire), Париж (Франция) – для эпиднадзора за ТБ в Европе;
- Сотрудничающий центр ВОЗ по туберкулезу при Национальном научно-исследовательском институте туберкулеза и легочных болезней (Варшава, Польша) – для международных учебных семинаров по ТБ;

- Сотрудничающий центр ВОЗ по туберкулезу при Центральном научно-исследовательском институте туберкулеза Российской академии медицинских наук (Москва, Российская Федерация) – для подготовки кадровых ресурсов и технической помощи с целью распространения DOTS в Российской Федерации;
- Сотрудничающий центр ВОЗ по туберкулезу при Финской ассоциации легочных болезней (Хельсинки, Финляндия) – для подготовки кадровых ресурсов и внедрения DOTS в странах Балтии и Российской Федерации; и, наконец,
- Сотрудничающий центр ВОЗ по туберкулезу и легочным болезням при Fondazione Salvatore Maugeri (Традате, Италия) – для обучения консультантов по ТБ и технических ассистентов из стран групп 1 и 2 выборочно и для распространения DOTS в Италии.

### **Основные доноры и партнеры**

Основными донорами и партнерами по борьбе с ТБ в Европейском регионе и в их областях деятельности являются:

Kreditanstalt für Wiederaufbau	Кыргызстан
Агентство международного развития США (ЮСАИД)	Страны Балтии, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Украина, Центральная Азия
Восточноевропейский комитет Шведского здравоохранительного сообщества	Российская Федерация
Врачи без границ	Кавказ, Российская Федерация, Центральная Азия
Врачи мира	Косово
Германское общество технического сотрудничества	Грузия, Российская Федерация
Горгас/Университет Алабамы	Российская Федерация
Гуманитарное бюро Европейского сообщества (ГБЕС)	Албания, Бывшая Югославская Республика Македония
Датская ассоциация по легочным болезням	Страны Балтии
Департамент международного развития (ДМР), Соединенное Королевство	Российская Федерация
Европейский союз	Украина, эпиднадзор
Институт “Открытое общество”	Грузия, Румыния, Российская Федерация, развитие кадровых ресурсов
Институт санитарной инспекции	Эпиднадзор
Каритас	Республика Молдова
Королевская противотуберкулезная ассоциация Нидерландов (KNCV)	Техническая помощь и обучение
Международная ассоциация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца	Беларусь, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Украина
Международная организация по чрезвычайной медицинской помощи	Российская Федерация
Международный комитет Красного Креста	Кавказ

Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (МСТЛЗ)	Техническая помощь и обучение
Науки по управлению здравоохранением (Management Sciences for Health – MSH)	Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Центральная Азия
Научно-исследовательский институт здравоохранения, Москва	Российская Федерация
Норвежская ассоциация болезней сердца и легких	Российская Федерация
Общество Швеция–Болгария	Болгария
Организация Johanniter International	Российская Федерация
Партнеры по вопросам здоровья (Partners in Health)	Российская Федерация
Правительство Австрии	Российская Федерация
Правительство Дании	Страны Балтии, северо-запад Российской Федерации
Правительство Ирландии	Центральная Азия
Правительство Нидерландов	Республика Молдова
Правительство Норвегии	Страны Балтии, северо-запад Российской Федерации
Правительство Финляндии	Страны Балтии, северо-запад Российской Федерации
Правительство Франции	Республика Молдова, Румыния, Таджикистан
Правительство Швеции/Шведское агентство по международному сотрудничеству в области развития (SIDA)	Страны Балтии, Беларусь, Косово, Республика Молдова, северо-запад Российской Федерации
Проект NOPE	Центральная Азия
Совет Европы	Российская Федерация
Финская ассоциация по борьбе с легочными заболеваниями (FILHA)	Российская Федерация, Эстония, учебно-подготовительная деятельность
Фонд Ага Хана	Таджикистан
Фонд Гейтса	Российская Федерация
Целевая группа по борьбе с инфекционными болезнями/Регион Балтийского моря	Страны Балтии, северо-запад Российской Федерации
Центры по борьбе с болезнями и их профилактике (США)	Латвия, Российская Федерация, Центральная Азия и Эстония

### **Техническая поддержка ВОЗ**

ВОЗ осуществляет общее техническое и стратегическое руководство Европейским планом по расширению DOTS. Европейское региональное бюро будет координировать всю деятельность, связанную с Европейским планом расширения DOTS в Регионе. ВОЗ будет осуществлять техническое сотрудничество со странами во всех областях деятельности по борьбе с ТБ в соответствии с запросами. Распределение персонала ВОЗ в Региональном бюро и в странах представлено в Приложении 6.

## **Целевая группа Европейского плана расширения DOTS**

В Региональном бюро будет сформирована целевая группа для координации деятельности и для организации нового рода экспертизы в рамках ВОЗ в соответствии с запросами или требованиями. Целевая группа обеспечит более широкий подход к борьбе против ТБ и тесное сотрудничество с ВОЗ для осуществления противотуберкулезной деятельности в таких областях, как развитие сектора здравоохранения, уязвимые группы, экономический анализ, эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом, качество лекарственных средств, управление и социальная мобилизация. Целевая группа будет также отвечать за координацию действий с другими регионами ВОЗ.

## **Партнерство**

### **Межучрежденческий координационный комитет по туберкулезу**

Для обеспечения координации вклада международных специализированных учреждений на страновом и региональном уровнях был сформирован Межучрежденческий координационный комитет по туберкулезу (МКК-ТБ). Комитет будет собираться на совещания столько, сколько потребуется для обзора хода и результатов работы и вклада, необходимого со стороны партнеров. На своем первом совещании Комитет рассмотрел Европейский план расширения DOTS и определил виды помощи и содействия, которые каждое из сотрудничающих учреждений могут предоставить для борьбы с ТБ. Целевая группа Регионального бюро будет выступать в роли секретариата Комитета. Функции, состав и деятельность комитета указаны в Приложении 9.

### **Межучрежденческий комитет по туберкулезу на уровне страны**

Если он еще не существует, то необходимо будет сформировать межучрежденческий комитет по туберкулезу на страновом уровне для мониторинга хода работы и достижений по реализации национального плана расширения DOTS, для обеспечения оптимальной координации и для рассмотрения бюджета, расходов и финансирования. Комитет будет состоять из представителей всех учреждений и организаций, осуществляющих деятельность в области ТБ или интересующихся вопросами борьбы с ТБ, а также для ряда министерств выборочно и НПО, заинтересованных в противотуберкулезной деятельности.

## **Требуемые ресурсы**

Точные оценки финансовых инвестиций, требуемых для выполнения глобальных задач по странам, чрезвычайно важны как для выделения ресурсов на уровне стран, так и для обеспечения донорам возможности мобилизовать необходимые для оказания помощи средства. Как указывалось выше, финансовый мониторинг на уровне стран будет обновляться обычным образом для оценки расходов, потребностей в ресурсах, источников финансирования и выявления имеющихся недостатков и пробелов.

Расходы и издержки будут определяться затратами на программу по ТБ как напрямую, так и для использования общих средств и возможностей и персонала службы здравоохранения. Доля расходов на мероприятия, не нацеленные специально на борьбу с ТБ, или использование общих служб здравоохранения (комплексное распределение лекарственных средств, транспорт, рентген, микроскопия, здравоохранительные учреждения и т.п.) будут рассчитываться стандартными методами. В планах стран с подробным изложением требований и потребностей в финансировании следует учитывать следующее:

- противотуберкулезные лекарственные средства первой и второй линии;
- прочие поставки/виды снабжения (лаборатория, печатание, снабжение канцелярскими принадлежностями);
- оборудование (лаборатория, диагностика, транспорт);



- оперативные расходы на персонал (обучение, инспектирование, мониторинг и надзор, скрининговые исследования, транспорт, обслуживание и обеспечение);
- пропаганда, социальная мобилизация и совещания;
- зарплата для национальной и технической поддержки (внешний персонал);
- оборудование для диагностики и лечения;
- потребности, не связанные конкретно с ТБ (здания и восстановительные работы, распределение лекарственных средств, транспорт и т.д.).

В последние 10 лет страновые и международные ресурсы для развития и расширения стратегии DOTS были ограничены, что затруднило распространение данной инициативы, особенно в странах группы 1 (табл. 3).

**Таблица 3: Смета бюджета и дефицита средств для борьбы с туберкулезом в странах группы 1, 2002–2006 гг. (млн. долл. США)**

		2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2002–2006 гг.
Противотуберкулезные ЛС	Требуется	14–27	15–30	17–33	18–36	20–40	83–167
	Нехватка						
Прочие	Требуется	41–68	45–75	50–83	55–91	60–100	250–417
	Нехватка						
Итого	Требуется	55–95	60–105	67–116	73–127	80–140	333–577
	Нехватка						

Общая сумма средств, требующихся для 100-процентного внедрения DOTS в странах группы 1 в Регионе, составляет 55–140 млн. долл. США в год, включая стоимость лекарственных средств второй линии. Нынешнее состояние каждой страны группы 1 все еще оценивается с точки зрения имеющейся суммы средств и ожидаемого дефицита каждый год. Стандартные методы будут использоваться для разбивки расходов на противотуберкулезные лекарственные препараты, включая лекарственные средства второй линии, и для оперативных расходов на внедрение DOTS.

Эти сметные оценки будут различными ввиду изменения цен на лекарственные средства и других цен, что потребует их уточнения по мере подготовки или пересмотра планов и бюджетов стран. ВОЗ и Межучрежденческий координационный комитет по туберкулезу будут осуществлять координацию со всеми партнерскими учреждениями для получения надлежащего финансирования. Кроме того, потребуются чрезвычайные фонды для обеспечения удовлетворения непредусмотренных потребностей.

## Приложение 1

### Глоссарий терминов

#### DOTS

Рекомендуемая ВОЗ/МСТЛЗ стратегия борьбы с ТБ включает:

- политическое обязательство по осуществлению последовательной, непрерывной и всеобъемлющей деятельности по борьбе с ТБ;
- выявление случаев заболевания с помощью микроскопии мазков мокроты и среди симптоматических пациентов, самих обращающихся к службам здравоохранения;
- стандартизированную краткосрочную химиотерапию с 6–8-месячными схемами (программами) лечения, как минимум, всех подтвержденных случаев с положительными результатами мазка мокроты; надлежащее ведение случаев заболевания включает терапию под непосредственным наблюдением (DOT) в ходе интенсивной стадии всех новых случаев с положительными мазками мокроты, продолжающую стадию схем лечения с применением рифампицина и всю программу повторного лечения;
- регулярное бесперебойное снабжение всеми основными противотуберкулезными лекарственными средствами; и, наконец,
- стандартизированную систему регистрации и представления данных, позволяющую проводить оценку результатов выявления случаев заболевания и лечения каждому пациенту наряду с повсеместным осуществлением программы борьбы с ТБ.

#### DOTS, выявление случаев

Новые случаи легочного ТБ с положительными результатами мазка мокроты (ЛТБ+), сообщенные в областях DOTS и поделенные на величину предполагаемого ЛТБ+ в той же области. Для достижения показателя обнаружения 70% необходимо выявить 70% предполагаемого ЛТБ+ и включить все выявленные случаи ЛТБ+ в стратегию DOTS.

#### DOTS, область

Область, где результаты лечения контролируются по всем сообщенным случаям (в отличие от не относящихся к DOTS областей, где мониторинг результатов лечения осуществляется в отношении некоторых сообщенных случаев или вообще не проводится).

#### DOTS, охват

Процент населения страны, проживающего в географических областях и районах, обслуживаемых DOTS.

#### Бремя туберкулеза

При оценке бремени заболеваний ТБ “бремя”, обусловленное ранней смертностью, в сочетании с бременем, обусловленным болезнью. Бремя ТБ обычно определяется путем рассмотрения случаев заболевания и вызванных ими смертей среди контингента населения за годичный период. Единицы измерения равны годам жизни, утраченным (YLL) из-за преждевременной смерти, и годам, прожитым с инвалидностью (YLD), которые суммируются для получения утраченных лет жизни с корректировкой на инвалидность (DALYs). В настоящем документе бремя ТБ рассчитывается через предположительное число случаев ТБ всех видов в 2001 г.

#### Внелегочный туберкулез

ТБ не относящихся к легким органов – таких, как плевра, лимфатические узлы, желудок, мочеполовой тракт, кожа, суставы, кости, мозговые оболочки и т.д.

## Глобальные задачи по борьбе с туберкулезом

Успешное лечение 85% выявленных новых случаев ТБ с положительными результатами мазка мокроты<sup>5</sup> и выявление 70% предполагаемых новых случаев ТБ с положительными результатами мазка мокроты<sup>6</sup>.

## Группы высокого риска по заболеванию туберкулезом

Группы населения, подвергающиеся повышенному риску воздействия туберкулезной инфекции. В некоторых странах к таким группам относят произвольно группы с показателями, превышающими 100 случаев заболеваний на 100 000 населения, тогда как в других предпочтение отдается относительному риску.

## Легочный туберкулез с отрицательным мазком мокроты (ЛТБ-)

Случай легочного ТБ, не соответствующий определению ТБ с положительным мазком мокроты, приведенному ниже.

## Легочный туберкулез с положительным мазком мокроты (ЛТБ+)

Два или более первоначальных анализа мазка мокроты с положительной реакцией на кислотоустойчивые бациллы; **или** одно исследование мазка мокроты с положительным результатом на кислотоустойчивые бациллы плюс рентгенологические отклонения, соответствующие активному легочному ТБ согласно определению клинициста; или же один мазок мокроты с положительной реакцией на кислотоустойчивые бациллы плюс культура мокроты с положительной реакцией на *M. tuberculosis*.

## Межучрежденческий комитет по туберкулезу

Комитет, созданный на страновом уровне для рассмотрения/оценки финансовых потребностей, координации вклада учреждений и организаций-партнеров и разработки стратегий, направленных на преодоление дефицитов. Межучрежденческие комитеты осуществляют также контроль хода работы по расширению DOTS и выполнению глобальных задач DOTS (показатель выявления случаев – 70% и показатель успешного вылечивания – 85%) и обеспечивают обратную связь с лицами, разрабатывающими и принимающими решения на уровне страны.

## Межучрежденческий координационный комитет по туберкулезу

МКК-ТБ, созданный на региональном уровне для рассмотрения финансовых потребностей, достижений и технических препятствий при достижении целей Европейского плана расширения DOTS, для координации вклада учреждений и организаций-партнеров и для разработки стратегии, позволяющей ликвидировать дефициты снабжения во всем Регионе. МКК-ТБ осуществляет также мониторинг хода работы по расширению охвата DOTS и решению глобальных задач DOTS (показатель выявления случаев – 70% и показатель успешного вылечивания – 85%) и обеспечивает обратную связь с лицами, разрабатывающими и принимающими решения на уровне стран.

## Случай заболевания туберкулезом

Пациент, у которого бактериологически подтвердился ТБ или диагноз которого был поставлен клиницистом.

---

<sup>5</sup> Число новых вылеченных случаев с положительными результатами мазка мокроты или случаев завершения лечения через 12 месяцев или более после приема, *поделенное* на число новых случаев с положительными результатами мазка мокроты, зарегистрированных за 12 месяцев или ранее в тот же период.

<sup>6</sup> Число новых случаев с положительными результатами мазка мокроты, продиагностированных за период времени в определенной географической области, *поделенное* на число предполагаемых новых случаев с положительными результатами мазка мокроты в тот же период и на той же территории.

### **Страны с низким уровнем распространенности туберкулеза**

Страны, где примерное число сообщаемых случаев в целом составляет менее 20 (всех случаев) на 100 000 населения и продолжает снижаться.

### **Явный (подтвержденный) случай туберкулеза**

Пациент с положительной бактериоскопической реакцией на комплекс *Mycobacterium tuberculosis*. В странах, где возможности анализа на культуре обычно отсутствуют, пациент с двумя мазками мокроты с положительной реакцией на кислотоустойчивые бациллы также относится к явным (или подтвержденным) случаям.

## Приложение 2

### **Резолюция WHA53.1 Пятьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения – Инициатива “Остановить туберкулез”**

Пятьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

будучи обеспокоенной тем, что глобальное бремя туберкулеза является основным препятствием к социально-экономическому развитию и одной из главных причин случаев преждевременной смерти и человеческих страданий;

памятуя о том факте, что большинство стран, несущих на себе наибольшее бремя этой болезни, не достигнут глобальных целей борьбы с туберкулезом на 2000 г., определенных в резолюциях WHA44.8 и WHA46.36;

отмечая с удовлетворением создание в ответ на резолюцию WHA51.13 специальной Инициативы “Остановить туберкулез” в целях активизации действий против этой болезни и координации деятельности в рамках всей Организации,

#### 1. ПРИЗЫВАЕТ все государства-члены:

- (1) поддержать Амстердамскую декларацию “Остановить туберкулез”, принятую в результате Конференции на уровне министров по туберкулезу и устойчивому развитию (Амстердам, март 2000 г.), а также принять к сведению и в необходимых случаях применять рекомендации этой встречи, с тем чтобы проложить путь к созданию широкой и долговременной политической поддержки на высоком уровне для борьбы с туберкулезом в более широком контексте развития здравоохранения, а также социального и экономического развития;
- (2) активизировать борьбу с туберкулезом за счет расширения осуществления стратегии КТНН и взять на себя политические и финансовые обязательства по достижению или перевыполнению в кратчайшие сроки показателей в отношении глобальных целей, поставленных в резолюциях WHA44.8 и WHA46.36;
- (3) обеспечить наличие достаточных внутренних ресурсов, особенно в развивающихся странах, чтобы дать возможность для решения проблемы прекращения туберкулеза и обеспечить необходимый потенциал для их использования;
- (4) придать высокий приоритет активизации борьбы с туберкулезом в качестве неотъемлемой части первичной медико-санитарной помощи.

#### 2. РЕКОМЕНДУЕТ государствам-членам:

- (1) принимать участие вместе с ВОЗ в глобальном партнерстве, с тем чтобы остановить туберкулез, создавать и поддерживать партнерства для:
  - (a) изучения резистентности к противотуберкулезным лекарствам и средств ее сдерживания;
  - (b) совершенствования диагностических лабораторий;
  - (c) доступа к противотуберкулезным лекарствам для самых бедных слоев населения;
  - (d) просвещения пациентов и наблюдения за ними для обеспечения лучшего соблюдения режима лечения;

- (e) подготовки работников здравоохранения по стратегии КТНН;
- (f) интеграции борьбы с туберкулезом в учреждения первичной медико-санитарной помощи и в деятельность на центральном и периферийном уровнях;

(2) включать выявление случаев заболевания и показатели успешного лечения (основные результаты лечения в отношении туберкулеза) в число показателей эффективности общего развития сектора здравоохранения;

(3) продолжать оценку масштабов воздействия эпидемии СПИД на эпидемию туберкулеза и разрабатывать стратегии для более эффективного лечения туберкулеза у больных СПИДом или инфицированных ВИЧ лиц, активизировать координацию между программами профилактики и лечения этих двух заболеваний, с тем чтобы развивать интегрированный подход на всех уровнях системы здравоохранения и в максимально возможной степени следить за резистентным к комплексной лекарственной терапии туберкулезом, и принимать меры для его сдерживания.

3. ПРИЗЫВАЕТ международное сообщество, организации и учреждения системы Организации Объединенных Наций, доноров, неправительственные организации и фонды:

(1) оказывать поддержку и принимать участие в глобальном партнерстве, с тем чтобы остановить туберкулез, в рамках которого все стороны координируют деятельность и объединены общими целями, техническими стратегиями и согласованными принципами действий;

(2) повысить уровень организационных и финансовых обязательств в отношении борьбы с туберкулезом в контексте общего развития сектора здравоохранения;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору оказывать поддержку государствам-членам, наиболее страдающим от бремени туберкулеза, посредством:

(1) выполнения надлежащим образом рекомендаций Конференции на уровне министров в Амстердаме;

(2) изыскания возможностей установления партнерских взаимоотношений и других подходов для обеспечения доступа к безопасным и высококачественным лекарственным средствам;

(3) содействия международным инвестициям в области научных исследований, разработок и распространения новых методов диагностики в целях активизации выявления случаев заболевания и укрепления эпиднадзора (включая поддержку государствам-членам в проведении обследований распространенности в общинах или среди групп населения высокого риска, среди бедных людей и среди тех, кто восприимчив к инфекциям), новых лекарственных средств для сокращения продолжительности лечения, а также новых вакцин и других средств, и мер общественного здравоохранения для профилактики болезни, уменьшения страданий и спасения миллионов людей от преждевременной смерти;

(4) поддержания активных и взаимных партнерских связей с другими организациями за счет дальнейшего совершенствования и осуществления инициативы "Остановить туберкулез" и ее мероприятий;

(5) оказания поддержки региональным программам, предназначенным для координации борьбы с туберкулезом.



### Приложение 3

## Вашингтонское обязательство “Остановить туберкулез”

22–23 октября 2001 г., Вашингтон, США

### *Первый форум партнеров “Остановить туберкулез”,*

включающий представителей министерств из стран с тяжелым бременем этого заболевания, составляющим 80% глобального бремени ТБ, глав специализированных учреждений и представителей партнеров, собравшихся на совещание во Всемирном банке в Вашингтоне (оК), признавая, что ТБ является одним из опаснейших факторов, способствующих постоянному возобновлению и усугублению бедности, и в качестве такового является препятствием для экономического развития, настоящим выражает свое обязательство обеспечить в дальнейшем претворение в жизнь

Амстердамской декларации “Остановить туберкулез”<sup>7</sup> путем:

*осуществления срочных и ускоренных действий против туберкулеза на протяжении ближайших 50 месяцев; активизации усилий по решению глобальной задачи борьбы с туберкулезом к 2005 г.; выявления 70% людей с туберкулезной инфекцией и успешного лечения 85% подтвержденных случаев; и мобилизации дополнительных ресурсов путем активизации согласованных усилий.*

**Участники Форума партнеров выступают настоящим с нижеследующим заявлением:**

#### **I. Мы воодушевлены прогрессом, достигнутым в деле выполнения Амстердамской декларации:**

- туберкулез (ТБ) в настоящее время все более признается во всем мире потенциальной экономической, а не только здравоохранительной проблемой;
- число стран, взявших на вооружение стратегию DOTS, увеличилось существенным образом;
- целый ряд стран с тяжелым бременем туберкулезных заболеваний обеспечили быстрое расширение DOTS;
- в растущем числе стран с тяжелым бременем ТБ созданы национальные координационные механизмы в качестве партнерства для налаживания поддержки программ борьбы с ТБ, а некоторые приступили также к партнерству с частным сектором;
- глобальное партнерство “Остановить туберкулез” постоянно расширяется, разрабатывая и развивая оперативные механизмы ускорения деятельности;
- разработан Глобальный план “Остановить туберкулез”, в котором дается всеобъемлющая характеристика действий, ресурсов и партнерств, которые позволят ускорить продвижение к ликвидации ТБ;

---

<sup>7</sup> В ходе Конференции на уровне министров “Туберкулез и устойчивое развитие”, проводившейся в марте 2000 г. в Амстердаме.

- значительно увеличился объем национальных и международных ресурсов, выделяемых на борьбу с ТБ и исследования;
- разрабатывается Глобальный фонд борьбы со СПИДом, ТБ и малярией, с тем чтобы обеспечить дополнительные ресурсы странам;
- странами и партнерами разработан глобальный план расширения DOTS с выявлением действий и ресурсов, необходимых для достижения глобальных целей борьбы с ТБ в 22 странах с тяжелым бременем этого заболевания;
- создана Глобальная система по лекарственным средствам для лечения туберкулеза (ГСЛТ), уже обеспечивающая поставки противотуберкулезных лекарственных препаратов для стран Африки, Азии и Восточной Европы по значительно сниженным ценам;
- создан и финансирует исследования новых лекарственных препаратов Глобальный альянс для разработки противотуберкулезных лекарственных средств;
- Глобальная рабочая группа по ТБ/ВИЧ содействует осуществлению ряда возможных действий и мероприятий с целью уменьшения бремени ТБ/ВИЧ;
- вновь уделяется внимание разработке противотуберкулезных вакцин и активизируется поддержка за счет координации и ресурсов;
- расширена инициатива по диагностике ТБ для подключения большего числа партнеров.

## **II. Несмотря на эти достижения, нет места благодущию. Мы с большой озабоченностью и тревогой отмечаем, что:**

Уровень осознания общественностью, а также степень политической и финансовой приверженности остаются недостаточными. Как следствие этого, глобальная эпидемия ТБ продолжает усугубляться, подрывая развитие на уровне семей, сообществ и, следовательно, национальных экономик. Это лишает возможности роста беднейшую часть населения в мире, стигматизирует и делает безвыходным положение отдельных лиц, маргинализированных и уязвимых групп (включая заключенных, беженцев, мигрантов и бездомных), вовлекая и обрекая их на порочный круг болезней и нищеты;

- Лишь один из четырех больных ТБ лечится с помощью DOTS. Нынешний уровень расширения DOTS остается все еще слишком низким для достижения глобальных целей к 2005 г. Неспособность достичь эти цели обречет миллионы людей на болезни и смерть;
- Эпидемия ТБ продолжает усиливаться, и в настоящее время большее число людей умирает от ТБ, чем когда-либо прежде, а именно: почти два миллиона человек ежегодно;
- Эпидемия ТБ увеличивается на десять процентов в год в Африке, что обусловлено в значительной мере ВИЧ/СПИДом. Тринадцать миллионов людей в мире страдают от ко-инфекции ТБ/ВИЧ, в большинстве своем в Африке и Азии;
- Аналогичное увеличение уровня распространенности ТБ наблюдается на территории бывшего Советского Союза вследствие серьезнейших социально-экономических трудностей последнего десятилетия;
- Два человека из троих пораженных ТБ лиц являются молодыми взрослыми на самой продуктивной стадии своей жизни (причем многие поражены также СПИДом), чье здоровье подорвано в расцвете жизни;
- Сотни тысяч людей, многие из которых подвергаются социальной дискриминации и не имеют доступа к эффективному лечению, болеют МЛУ-ТБ;
- Масштабы страданий и смерти, вызываемых глобальной пандемией ТБ, являются одновременно и тревожными, и неприемлемыми. Эта трагедия столь огромной массы людей требует – намного больше, чем любая другая проблема здоровья, – срочных и неотложных



действий во всемирном масштабе для борьбы как с эпидемиями ТБ и ВИЧ/СПИДа, так и их последствиями для глобального развития;

- Многие страны продолжают сталкиваться с серьезными трудностями в борьбе с ТБ, обусловленными недостаточностью кадровых и финансовых ресурсов и слабостью инфраструктуры здравоохранения.

**III. Как партнеры, включая представителей национальных правительств в 18 из наиболее отягощенных бременем ТБ стран, мы признаем необходимость срочных и конкретных действий на протяжении ближайших 50 месяцев для ускорения прогресса в области борьбы с ТБ и для достижения глобальных целей, заключающихся в выявлении 70% случаев инфицирования и излечения 85% подтвержденных случаев. Мы обязуемся:**

- **Обеспечить для всех больных ТБ доступ к эффективной помощи путем:**
  1. Разработки и внедрения стратегий, направленных на обеспечение достаточных, бесперебойных, долговременных кадровых и финансовых ресурсов, необходимых для того, чтобы остановить ТБ;
  2. Расширения профилактики ТБ и программ лечения на основе стратегии DOTS во всех службах общественного здравоохранения в соответствии с принятыми на ежегодной основе стандартами и практикой;
  3. Создания устойчивых системных возможностей и потенциалов для планирования, выполнения, управления и оценки программ по ТБ;
  4. Мониторинга и оценки национальных программ по ТБ для борьбы с этой болезнью и предупреждения возникновения лекарственноустойчивых штаммов и эффективного ведения лиц с МЛУ-ТБ;
  5. Тесного сотрудничества государств-членов и частных секторов с другими поставщиками медико-санитарных служб и услуг в частном секторе, неправительственными организациями (НПО) и учреждениями социального страхования;
  6. Повышения сознания и мобилизации общества для осуществления деятельности по профилактике и лечению ТБ;
  7. Содействия развитию партнерских связей и отношений на страновом и внутристрановом уровнях со всеми заинтересованными сторонами в обществе, включая правительственные ведомства и организации, частных партнеров сектора здравоохранения, промышленность, НПО, учреждения социального страхования и сообщество в целом.
- **Решение неотложной проблемы ТБ и эпидемии ВИЧ/СПИДа путем:**
  1. Всемерного расширения DOTS, с тем чтобы больные ТБ, независимо от их состояния в отношении ВИЧ, имели доступ к эффективному лечению и поддержке;
  2. Усиления эффективного сотрудничества между программами по ТБ и по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, повышения использования всех соответствующих мер и видов вмешательств, включая добровольное консультирование и обследования, а также инициативы на коммунально-общинном уровне в области образования, просвещения, лечения и поддержки;
  3. Опоры на уроки и опыт успешных программ DOTS по обеспечению надлежащего лечения, помощи и поддержки для лиц с ВИЧ/СПИДом.

- **Координация эффективных действий путем:**

1. *Сотрудничества с сектором здравоохранения.* Лечение взрослых и детей с ТБ является неотъемлемой составной частью первичной медико-санитарной помощи и одним из важнейших вкладов в общее развитие национальных систем здравоохранения;
2. *Сотрудничества с секторами.* Для борьбы с ТБ необходимо сотрудничество между различными правительственными секторами и действия по всему спектру общества. Это весьма сложная социально-экономическая проблема, препятствующая развитию общества, людей, и с ней не справиться силами лишь одного сектора здравоохранения;
3. *Трансграничного сотрудничества.* Признавая, что для ТБ не существует границ и что многие или даже все другие страны, не представленные на данном форуме, сталкиваются с аналогичными проблемами, мы призываем наших коллег во всем мире присоединиться к нам и активно участвовать в создании единого движения *против* ТБ и *за* улучшение здоровья для всех. Борьба с ТБ является глобальным общественным благом и требует глобальных действий. Эпидемия ТБ будет и впредь усугубляться, если мы не объединим наши ресурсы, наилучшие методы и практику, а также инструментарий внутри стран и за их пределами.

**IV. Как партнеры, включая страны с наиболее тяжелым бременем ТБ, взявшиеся достичь глобальных целей, направленных на то, чтобы остановить ТБ в ближайшие 50 месяцев, мы подтверждаем нашу поддержку этих усилий.**

Признавая, что начало и продолжение действий и мер против ТБ являются первой и главной обязанностью и ответственностью пострадавших стран, мы обращаем внимание на тот факт, что данная проблема является часто и наибольшей именно в тех самых странах, которые меньше всего в состоянии предпринять действия. Учитывая, что поддержка борьбы с ТБ во всемирном масштабе соответствует интересам мирного сообщества:

- **Мы обязуемся использовать совместно наши ресурсы путем:**

1. Предоставления технической помощи для содействия глобальным, региональным и национальным программам и мероприятиям с целью остановить ТБ;
2. Мобилизации больших финансовых ресурсов для стран и партнеров в поддержку Глобального плана “Остановить туберкулез”, используя имеющиеся механизмы и новые инициативы, такие как Глобальный фонд борьбы со СПИДом, ТБ и малярией;
3. Создание механизма для прямого финансирования партнерства “Остановить туберкулез”.

- **Мы обязуемся работать в партнерстве путем:**

1. Подтверждения рамок глобального партнерства с целью остановить ТБ;
2. Сотрудничества через рабочие группы “Остановить туберкулез” и другие оперативные структуры, созданные в рамках партнерства для достижения целей Глобального плана “Остановить туберкулез”;
3. Содействия и поддержки создания межучрежденческих координационных комитетов или аналогичных механизмов на страновом и региональном уровнях;
4. Содействия дальнейшему развитию Глобальной системы по лекарственным средствам для лечения туберкулеза и других инициатив Глобального партнерства “Остановить туберкулез”.

**V. Объединившись, как правительства стран и другие партнеры деятельности с целью “Остановить туберкулез”, мы обязуемся осуществлять мониторинг хода нашей работы и принять нижеследующие конкретные действия:**

- ***В ближайшие 50 дней – к концу 2001 г.:***
  - Все страны с тяжелым бременем заболевания ТБ завершат составление национальных планов для достижения глобальных целей борьбы с ТБ;
  - Все партнеры, представленные на данном совещании, подтвердят свою приверженность и обязательства в отношении Глобального плана “Остановить туберкулез”;
  - Все партнеры обеспечат поддержку первоначальной деятельности Глобального фонда борьбы со СПИДом/ТБ и малярией.
- ***В пределах ближайших 50 недель – к концу 2002 г.:***
  - Мы достигнем показателя выявления случаев заболевания с помощью DOTS, составляющего не менее 35%;
  - Все страны с тяжелым бременем туберкулезных заболеваний создадут межучрежденческие координационные комитеты или аналогичные механизмы, включающие борьбу с ТБ в рамках своих уставных обязанностей;
  - Глобальная система по лекарственным средствам для лечения туберкулеза предоставит лекарственные препараты для лечения, как минимум, одного миллиона пациентов дополнительно.
- ***В пределах ближайших 50 месяцев – к концу 2005 г.:***
  - Мы достигнем показателя выявления случаев ТБ с помощью DOTS, составляющего не менее 70%, при одновременном показателе успешного лечения, составляющем не менее 85%;
  - Мы обеспечим разработку и масштабное повышение эффективных способов реагирования на ТБ/ВИЧ и на МЛУ-ТБ;
  - Мы разработаем Глобальный план “Остановить туберкулез” на период 2006–2010 гг.
- ***В ближайшие 50 лет – к 2050 г.:***
  - Мы ликвидируем ТБ как глобальную проблему общественного здравоохранения.

***Мы поручаем секретариату Партнерства с целью остановить туберкулез ежегодно докладывать Форуму о ходе работы по достижению этих целей.***

Приложение 4

**Задачи и ожидаемые результаты на 2006 г. и основные вехи деятельности в 2002 и 2003 гг.**

Задачи	2002 г.	2003 г.	2006 г.
Резолюция Регионального комитета о расширении стратегии DOTS	X		
Первое совещание МКК-ТБ	X		
Стратегия DOTS по ликвидации ТБ в странах с низкой заболеваемостью ТБ	X		
Показатели эффективности в странах с небольшой заболеваемостью ТБ	X		
Центральный координатор по ТБ и группа национальных экспертов		Все страны	Все страны
Охват (населения и регистрация случаев) DOTS		Не менее 37%	90%
Оценка результатов лечения DOTS		30 стран	46 стран
DOTS, выявление случаев			70%
Ежегодная смета расходов и бюджет по ТБ с указанием данных бюджета страны, внешней поддержки и дефицитов финансирования		10 стран в группе 1; 5 стран в группе 2	Все страны в группах 1 и 2
Распределение высококачественных противотуберкулезных лекарственных средств		15 стран	По меньшей мере все страны в группах 1 и 2
Контроль за лекарственной устойчивостью		30 стран	Все страны
Контроль за лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам			3 страны
Проект DOTS-Plus		3 страны (из суммарного числа 6)	6 страны (из суммарного числа 12)
Контроль за ко-инфекцией ТБ/ВИЧ		20 стран	Все страны
Антиретровирусное лечение в ряде областей выборочно		1	3
Обзор смертности от ТБ (исследования)		1 страна	3 страны
План по ТБ (стратегия DOTS) в рамках национальной политики в области здравоохранения		35 стран	46 стран
Адаптация DOTS к реформе системы здравоохранения (интеграция, децентрализация, совместное несение расходов, социальное страхование, приватизация, общесекторальный подход, первичная медико-санитарная помощь, права пациентов)	1 страна	6 стран в группах 1 и 2	46 стран
Активное выявление случаев среди контактировавших с больными в группах высокого риска		1 страна в группе 2	5 стран в группе 2

Приложение 5

**Расширение DOTS по странам (процент охваченного населения)**

**Группа 1 – Высокая заболеваемость туберкулезом**

Страна	1999 г.	2002 г.	2004 г.	2006 г.
Азербайджан	12%	100%	100%	100%
Армения	80%	100%	100%	100%
Беларусь	0%	10%	30%	100%
Грузия	96%	100%	100%	100%
Казахстан	100%	100%	100%	100%
Кыргызстан	100%	100%	100%	100%
Латвия	100%	100%	100%	100%
Литва	3%	50%	100%	100%
Республика Молдова	0%	83%	100%	100%
Российская Федерация	5%	25/25% *	35/60% *	45/90% *
Румыния	4%	50%	100%	100%
Таджикистан	3%	50%	100%	100%
Туркменистан	0%	20%	50%	100%
Узбекистан	2%	40%	60%	100%
Украина	0%	4%	17%	40%
Эстония	0%	100%	100%	100%

\* Охват с федеральным обязательством/без него.

**Группа 2 – Промежуточное бремя туберкулеза**

Страна	1999 г.	2002 г.	2004 г.	2006 г.
Албания	0%	50%	100%	100%
Болгария	0%	50%	100%	100%
Босния и Герцеговина	100%	100%	100%	100%
Бывшая Югославская Республика Македония	0%	50%	100%	100%
Венгрия	100%	100%	100%	100%
Испания	0%	10%	30%	100%
Польша	11%	30%	100%	100%
Португалия	100%	100%	100%	100%
Турция	0%	10%	30%	100%
Хорватия	0%	10%	30%	100%
Югославия	0%	30%	60%	80%

Приложение 6

**Распределение персонала ВОЗ, занимающегося противотуберкулезной деятельностью в Европейском регионе**

Расположение	Число требуемых сотрудников/ постов	Число сотрудников/ постов в настоящее время	Финансирование сейчас или возможное финансирование
Региональное бюро (Копенгаген)	4	3	ВОЗ (2) ЮСАИД (1)
Российская Федерация	4	2	ЮСАИД
Центральная Азия (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан)	2	1	ЮСАИД
Украина	1	1	ЮСАИД
Балканы	1	1	ЕС
Итого	12	7	

Приложение 7

**Бюджет Регионального бюро для противотуберкулезной деятельности, 2000/2001 гг.**

Источник фондов	Фонды (долл. США)	
Бюджет ВОЗ	992 110	
Добровольные пожертвования	6 574 166	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 61% ЮСАИД</li> <li>• 23% ГБЕС</li> <li>• 6% ДМР</li> <li>• 5% Правительство Финляндии</li> </ul> <p>Остающиеся 5% от:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Правительства Австрии</li> <li>• Правительства Франции</li> <li>• Правительства Ирландии</li> <li>• Правительства Норвегии</li> <li>• SIDA</li> <li>• Всемирного банка</li> </ul>
Итого	7 566 276	

Приложение 8

**Смета бюджета и дополнительные потребности для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, 2002–2006 гг. (долл. США)**

Источник	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Плановые расходы	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000
Бюджет ВОЗ	530 000	530 000	N/A*	N/A	N/A
Добровольные пожертвования	3 000 000	3 000 000	N/A	N/A	N/A
Дефицит финансирования	970 000	970 000	N/A	N/A	N/A

\* N/A – не применимо.

## Приложение 9

### Круг ведения Межучрежденческого координационного комитета по туберкулезу

#### Функции, состав и деятельность

Межучрежденческий координационный комитет по туберкулезу (МКК-ТБ) представляет интересы и сферу ответственности партнеров, сотрудничающих с ВОЗ по вопросам, касающимся плана расширения DOTS, с тем чтобы прекратить распространение ТБ в Европейском регионе ВОЗ. Он действует в качестве координационного органа плана расширения DOTS “Остановить туберкулез” в Европейском регионе ВОЗ.

#### 1. Функции

МКК-ТБ ВОЗ выполняет нижеследующие функции:

- (а) рассмотрение ежегодного отчета по Плану расширения DOTS “Остановить туберкулез” в Европейском регионе ВОЗ;
- (б) рассмотрение бюджета, любых недостатков и финансовых отчетов по плану расширения DOTS “Остановить туберкулез” в Европейском регионе ВОЗ и представление соответствующих рекомендаций Региональному директору для улучшения координации между международными партнерами, занимающимися противотуберкулезной деятельностью в странах;
- (в) рассмотрение вопросов технической помощи, технических достижений и препятствий на пути к достижению целей Плана расширения DOTS “Остановить туберкулез” в Европейском регионе ВОЗ и представление его выводов и заключений Региональному директору;
- (г) рассмотрение регионального и национальных планов действий по расширению DOTS “Остановить туберкулез” в Европейском регионе ВОЗ и представление рекомендаций Региональному директору; и, наконец,
- (д) рассмотрение с научной и технической точки зрения содержания, рамок и различных аспектов и направлений оперативной и исследовательской деятельности в рамках Программы, их актуальности для национальных программ по ТБ, а также подходов и методов, которые необходимо принять.

#### 2. Членство

Межучрежденческий координационный комитет должен иметь нижеследующий членский состав.

- *Представители финансирующих организаций.* Представители правительств стран, осуществлявших вклад в общий бюджет Плана расширения DOTS “Остановить туберкулез” в Европейском регионе ВОЗ в предыдущем году.
- *Представители государств-членов, осуществляющих деятельность по борьбе с ТБ.* Представители правительств стран, в которых ТБ является серьезной проблемой здравоохранения, и стран, активно участвующих в деятельности по борьбе с ТБ.
- *Международные организации.* Представители Всемирного банка и Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и других заинтересованных организаций (ВПП, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, УВКБ и т.д.).

- *Неправительственные организации.* Представители Международного союза по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (МСТЛЗ), Королевской противотуберкулезной ассоциации Нидерландов (KNCV) и Евро-ТБ (EuroTB), а также других неправительственных организаций, которые должны выбираться ежегодно Региональным директором из числа тех, кто заявляет ВОЗ о своей заинтересованности в членстве.
- *Эксперты,* избираемые Региональным директором, исходя из их научно-технической компетенции (в деле разработки государственной политики борьбы с ТБ, в области оперативных исследований и развития), необходимой для надлежащего консультирования по всем аспектам борьбы с ТБ.

На основании письменного заявления заинтересованным сторонам может быть предоставлен статус наблюдателя на совещаниях МКК-ТБ Региональным директором, который может делегировать данную функцию.

### **3. Оперативное функционирование**

Межучрежденческий координационный комитет должен совещаться раз в год. МКК-ТБ может проводить свои совещания и чаще в соответствии с предложением либо Регионального директора или Председателя по согласованию с Региональным директором.

Председатель Межучрежденческого координационного комитета будет назначаться на два года членами МКК-ТБ из их числа. Председатель будет председательствовать на совещаниях МКК-ТБ и выполнять дополнительные обязанности надлежащим образом по согласованию с Региональным директором. На каждом совещании МКК-ТБ будет избираться заместитель председателя и составитель отчета из числа его членов для обеспечения официального принятия решений, обсуждавшихся на совещании, и их записи до закрытия совещания.

МКК-ТБ должен принимать, по мере возможности, свои выводы путем консенсуса. Наблюдателям рекомендуется принимать участие в обсуждениях МКК-ТБ. Целевая группа ВОЗ будет выполнять функции секретариата МКК-ТБ и осуществлять соответствующее обслуживание и услуги по обеспечению.

МКК-ТБ будет информироваться секретариатом обо всех политических решениях и рекомендациях и связанных с этим вопросах, поднятых Европейским региональным бюро ВОЗ, Всемирной ассамблеей здравоохранения и Исполнительным комитетом, и обо всех докладах, отчетах, рекомендациях, касающихся Регионального бюро, составленных Стратегической и технической консультативной группой по туберкулезу (STAG).

ВОЗ подготовит ежегодный отчет, основываясь на полном обзоре всех научных, технических и финансовых аспектов программы, и окажет необходимую поддержку МКК-ТБ.