



ВОЗ

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

SCHERFIGSVEJ 8
DK-2100 COPENHAGEN Ø
DENMARK
Тел.: +45 39 17 17 17
ФАКС: +45 39 17 18 18
ТЕЛЕКС: 12000
E-MAIL: POSTMASTER@WHO.DK
WEB SITE: [HTTP://WWW.WHO.DK](http://WWW.WHO.DK)

EUR/00/5017613
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ
E71319

ЧЕТВЕРТОЕ СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Отчет о совещании ВОЗ

Хельсинки, Финляндия
8–10 июня 2000 г.

ЗДОРОВЬЕ-21: ЕВРОПЕЙСКАЯ ЗАДАЧА 7

СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К 2020 г. должно произойти значительное сокращение распространенности инфекционных заболеваний за счет систематических программ по частичной и полной ликвидации, а также борьбы с инфекционными заболеваниями, представляющими проблему для общественного здравоохранения.

(Принято на сорок восьмой сессии Европейского регионального комитета, Копенгаген, сентябрь 1999 г.)

РЕЗЮМЕ

Борьба с туберкулезом (ТБ) в Европе требует принятия самых срочных мер, так как лекарственно устойчивый туберкулез распространяется очень быстро. В ряде стран Центральной и Восточной Европы резкий экономический спад, бедность, переполненные тюрьмы и крайне неудовлетворительное состояние медицинских служб привели к тому, что уровни туберкулезной заболеваемости продолжают повышаться при одновременном появлении штаммов, резистентных к целому ряду лекарственных средств. Все это усугубляется также ростом эпидемии ВИЧ-инфекции, которая, по всей вероятности, приведет к дальнейшему усугублению проблем борьбы с туберкулезом. Четвертое, проводящееся раз в два года, совещание руководителей национальных программ борьбы с туберкулезом было созвано для содействия обмену информацией по борьбе с туберкулезом между различными странами Европы и между международными партнерами. Кроме того, на нем были рассмотрены проблемы, связанные с реализацией противотуберкулезной программы DOTS, и ее достижения, влияние реформы системы здравоохранения на программы борьбы с туберкулезом в странах, а также стратегии реагирования на проблему штаммов микобактерий, устойчивых к целому ряду лекарственных средств.

Были согласованы десять рекомендаций, в которых признавалась необходимость усилить программы борьбы с туберкулезом на уровне стран. Кроме того, необходимо принять признанную на международном уровне стратегию борьбы с туберкулезом и ускорить ее выполнение. Службы борьбы с туберкулезом необходимо интегрировать в рамках более широких (меняющихся) структур здравоохранения. Что же касается поставок лекарственных средств, то их следует централизовать и всемерно поддерживать с обеспечением их надлежащего качества. Кроме того, была достигнута договоренность о том, что, с точки зрения общественного здравоохранения, первейшим приоритетом в отношении полирезистентного туберкулеза является его предупреждение с помощью эффективной и всеобъемлющей программы борьбы с туберкулезом (DOTS), тогда как вопрос о введении специальной программы по борьбе с туберкулезом, резистентным ко множеству лекарственных средств, следует рассматривать и иметь в виду лишь для областей и районов, где уже имеется национальная программа борьбы с туберкулезом с доказанной эффективностью, соответствующая международным требованиям и рекомендациям. Поддержка международного партнерства и сотрудничество были признаны в качестве существеннейших компонентов улучшения программ борьбы с туберкулезом в ряде стран Европейского региона ВОЗ.

© Всемирная организация здравоохранения – 2001 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). Что касается использования эмблемы ВОЗ, то разрешение на это должно быть получено от Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод должен включать следующие слова: *Переводчик настоящего документа несет ответственность за точность перевода*. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные авторами в данном документе, несут сами авторы.



СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение и цели совещания.....	1
Краткий обзор глобальной и европейской ситуации по туберкулезу	3
Осуществление стратегии DOTS в Европе	9
Албания.....	9
Армения	10
Бывшая Югославская Республика Македония.....	10
Италия.....	11
Казахстан	11
Югославия	12
Влияние реформ здравоохранения на программы борьбы с ТБ.....	12
Чешская Республика	12
Киргизия	13
Нидерланды.....	13
Румыния	14
Отчеты о полирезистентном туберкулезе	14
Австрия	14
Латвия	14
Российская Федерация.....	15
Резюме совместного опыта международных партнеров.....	16
Международная федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца	16
Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких (МСБТБЛ)	16
Финская ассоциация борьбы с болезнями легких.....	17
Норвежская ассоциация борьбы с болезнями сердца и легких	17
Организация “Врачи без границ”	17
Королевская голландская ассоциация борьбы с туберкулезом	17
Центры по профилактике и борьбе с болезнями.....	17
Северная школа общественного здравоохранения (СШОЗ).....	17
Германское агентство технического сотрудничества.....	18
“Врачи мира”	18
Краткий обзор результатов обсуждений рабочих групп	18
Осуществление стратегии DOTS.....	18
Влияние реформ здравоохранения на системы борьбы с туберкулезом	19
Полирезистентный туберкулез	20
Рекомендации	21
Приложение 1 Список участников.....	23

Введение и цели совещания

В последние годы в Европейском регионе ВОЗ имело место резкое повышение заболеваемости туберкулезом (ТБ). Большинство больных ТБ проживают в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза, где произошло самое выраженное повышение этого показателя. Ухудшению ситуации по туберкулезу способствовал целый ряд факторов, включая экономический спад, социальные потрясения, недостаточное и неадекватное питание, плохие условия жизни, переполненные тюрьмы. Неадекватность мер, принимаемых для борьбы с туберкулезом, также объясняется такими проблемами, как уменьшающийся уровень бюджетных ассигнований на здравоохранение, невыплата зарплат, плохое поддержание лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), острый дефицит лекарственных средств и лабораторных материалов, отсутствие интеграции программ борьбы с туберкулезом в первичные звенья здравоохранения. Более того, неблагоприятная ситуация продолжает усугубляться из-за еще довольно широкого применения устаревшей стратегии борьбы с ТБ, основанной на активном выявлении случаев туберкулеза с помощью массового рентгенографического скрининга населения и на длительной и часто ненужной госпитализации. В силу этой причины главный приоритет отдается выявлению случаев заболевания, а не повышению показателей излечения. Нерегулярные поставки противотуберкулезных препаратов, отсутствие стандартизированных схем полилекарственной терапии, неконтролируемое лечение и распространение этой болезни в переполненных специализированных учреждениях различного типа стали причиной высоких уровней туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (полирезистентного ТБ).

Первое совещание руководителей национальных программ борьбы с туберкулезом состоялось в июне 1994 г. в Варшаве (Польша). На этом совещании, в котором приняли участие представители 25 стран Центральной, Восточной Европы и бывшего СССР, была принята состоящая из пяти компонентов стратегия борьбы с ТБ, которая известна под названием DOTS*.

Эта разработанная ВОЗ и Международным союзом борьбы с туберкулезом и болезнями легких (МСБТБЛ) противотуберкулезная стратегия продемонстрировала свою эффективность в ряде европейских стран, которые частично внедрили ее в пилотных (опытных) районах или приняли отдельные ее элементы в процессе подготовки к осуществлению стратегии DOTS в масштабах всей страны. Стратегия DOTS включает следующие пять элементов:

- приверженность правительства делу поддержки национальной программы борьбы с туберкулезом;
- выявление больных ТБ путем проведения бактериального и культурального исследований у больных с подозрением на эту болезнь, обращающихся в ЛПУ широкого профиля;

* DOTS – directly observed treatment, short course: сокращенное название этого термина оставлено на англ. яз., в связи с тем, что в русскоязычной литературе встречаются различные варианты его перевода, например, КСХ, УККАТ, КТМК, КТНН и т.д. (краткосрочная химиотерапия, ускоренный курс контролируемой антибактериальной терапии, краткосрочная терапия/лечение под медицинским контролем, краткосрочная терапия/лечение под непосредственным наблюдением и т.д.) – прим. переводчика.

- проведение стандартизированной краткосрочной химиотерапии с охватом, по крайней мере всех больных ТБ с бактериовыделением и соблюдением надлежащих условий ведения больных;
- регулярная и бесперебойная поставка всех основных противотуберкулезных препаратов;
- система мониторинга, обеспечивающая контроль над программой и ее оценку.

На втором совещании, состоявшемся в 1996 г. (также в Варшаве), был разработан план приоритетных действий по активизации работы по осуществлению стратегии DOTS. На этом совещании особое внимание было уделено таким вопросам, как расширение проектов DOTS, пропагандирование этой стратегии и работа с группами высокого риска. Была также подчеркнута необходимость в дальнейшем проведении анализов эффективности с точки зрения затрат, а также в разработке руководящих указаний и рекомендаций, касающихся проблемы ТБ в тюрьмах/ИТУ и среди контингента заключенных. Третье совещание такого рода было проведено в 1998 г. на Иссык-Куле (Киргизия), и в нем приняли участие руководители национальных программ борьбы с туберкулезом из Центральной Азии, Кавказа и Российской Федерации. По своему характеру это было субрегиональное совещание, посвященное рассмотрению хода работы по реализации стратегии DOTS в этой части Европейского региона.

Четвертое совещание руководителей национальных программ борьбы с ТБ было организовано Финской ассоциацией борьбы с болезнями легких (ФАББЛ) и Европейским региональным бюро ВОЗ в Хельсинки (Финляндия) 8–10 июня 2000 г.

Генеральный директор Министерства по социальным делам и здравоохранению Финляндии д-р Jarkko Eskola приветствовал представителей международных и донорских организаций, технических консультантов и руководителей национальных программ (см. список участников в Приложении 1). В своем выступлении он отметил, что ТБ является индикатором уровня благополучия общества, а также наличия политической воли для того, чтобы успешно решать проблемы, связанные с борьбой с туберкулезом и устранением более широких социально-экономических причин данного заболевания. Д-р Eskola также указал на появление признаков, свидетельствующих об усилении политической поддержки работе в этом направлении.

Президент ФАББЛ профессор Lauri Laitinen дал описание опыта Финляндии по борьбе с ТБ за последние сто лет. В частности, он отметил, что параллельно с развитием сильной инфраструктуры, включающей сеть стационаров и поликлиник и усилением программ вакцинации БЦЖ и скрининга с помощью массовой радиологии, быстрому снижению заболеваемости ТБ способствовала схема эффективной химиотерапии, проводимой под жестким контролем, наряду с такими мерами, как активное и пассивное выявление больных ТБ, охватывающие всю страну службы амбулаторной помощи и выплата социальных пособий при условии прохождения регулярных медосмотров в период с 1960 до 1980 гг. Снижение заболеваемости, наблюдаемое во всех странах Западной Европы, привело к тому, что клиницисты в Финляндии реже стали встречаться со случаями ТБ. Это, однако, компенсируется возрастанием сотрудничества на международном уровне с партнерами, предпринимающими все усилия для борьбы с повышением заболеваемости туберкулезом (в качестве примера здесь можно привести сотрудничество ФАББЛ с Российской Федерацией и Балтийскими государствами).

Д-р Richard Zaleskis, выступая от имени директора Европейского регионального бюро ВОЗ д-ра Marc Danzon, подчеркнул достижения предыдущих совещаний. Он обратил внимание участников на тот факт, что из 27 стран Центральной и Восточной Европы только четыре еще не приняли стратегию DOTS, а семь – уже активно реализуют ее. В 1998 г. в 51 государстве - члене Региона было зарегистрировано свыше 350 000 тысяч новых случаев ТБ, в сравнении с 240 000 случаев в 1991 г. Хорошо скоординированная внешняя помощь странам Региона необходима для успешного решения этой проблемы, а устойчивость противотуберкулезных усилий зависит от “мобилизации новых партнеров с целью максимизации и оптимизации усилий и ресурсов для проведения эффективных противотуберкулезных мероприятий в странах с высокой заболеваемостью ТБ”.

Общая цель совещания заключалась в дальнейшем развитии результатов второго совещания руководителей национальных программ борьбы с ТБ (1996 г.) и третьего такого совещания, состоявшегося на Иссык-Куле в 1998 г., а также в повышении эффективности борьбы с ТБ в Европейском регионе на основе рекомендуемой ВОЗ стратегии DOTS.

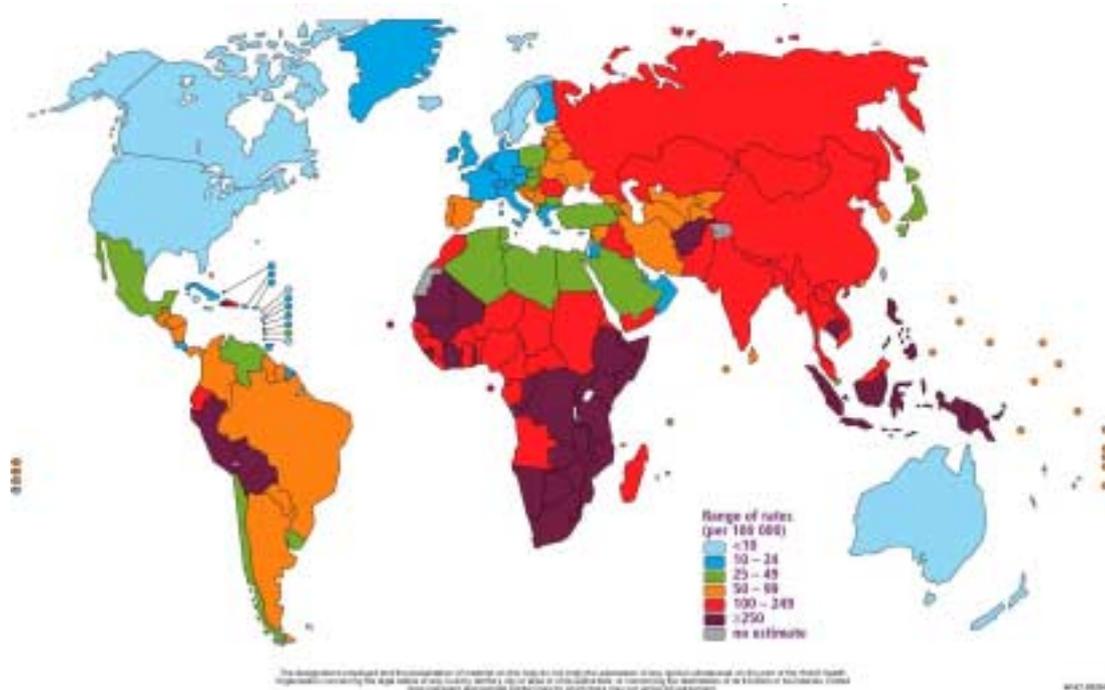
Конкретные цели этого совещания включали следующее:

- обсудить масштабы проблемы заболеваемости ТБ, с особым акцентом на взаимозависимости между стратегией DOTS и полирезистентным туберкулезом;
- провести оценку успехов, достигнутых за время, прошедшее после совещания руководителей программ всех европейских стран (1996 г.) и аналогичного совещания для ряда отдельных стран, которое состоялось в Киргизии в 1998 г.;
- идентифицировать препятствия на пути успешной реализации стратегии DOTS и сформулировать план приоритетных действий для решения вышеуказанных вопросов;
- провести в отдельных странах Региона обзор ситуации с резистентностью ТБ к лекарственным средствам и ее воздействия на политику борьбы с туберкулезом;
- провести обзор возможного воздействия реформы здравоохранения на эффективную противотуберкулезную деятельность и идентифицировать возможные пути решения проблемы туберкулеза за счет уделения большего внимания научным исследованиям по этой тематике;
- обсудить и предложить способы поддержки противотуберкулезной деятельности путем изучения возможностей для развития национальных и международных партнерств как в рамках инициативы “Остановить туберкулез”, так и вне их.

Краткий обзор глобальной и европейской ситуации по туберкулезу

В 1994 г. в связи с резким повышением заболеваемости туберкулезом во многих частях мира ВОЗ объявила глобальную чрезвычайную ситуацию по ТБ. Согласно данным ВОЗ, в 1997 г. в мире насчитывалось приблизительно 7,3 млн. новых случаев ТБ. Карта, показывающая картину географического распределения больных туберкулезом в мире, приведена на рис. 1.

Рисунок 1. Глобальная заболеваемость ТБ, 1997 г.



ВОЗ определяет полирезистентный туберкулез (ПТБ) как резистентность к основным противотуберкулезным препаратам первого ряда (изониазид и рифампицин) независимо от того, устойчив он или неустойчив к другим препаратам. ПТБ представляет одну из важнейших проблем здравоохранения. Оценки масштабов резистентности туберкулеза к лекарствам в прошлом затруднялись из-за отсутствия надежных эпидемиологических данных. Результаты недавно проведенных эпидемиологических исследований указывают на значительные различия этого показателя в масштабах всего мира, а также на высокий уровень заболеваемости в ряде районов (рис. 2).

В Европейском регионе ВОЗ в последние годы было отмечено резкое повышение показателей заболеваемости ТБ. В период с 1991 по 1996 гг. число случаев ТБ увеличилось почти на 40%. Особенно резко эти показатели увеличились в странах Восточной Европы и бывшего СССР: практически во всех этих странах заболеваемость туберкулезом в несколько раз выше, чем в странах Западной Европы (рис. 3).

В странах Западной Европы заболеваемость ТБ в целом устойчиво снижалась с конца 18-го столетия до середины 1980-х годов, когда кривая заболеваемости туберкулезом выровнялась. В некоторых западноевропейских странах в последние годы наблюдалось небольшое повышение числа регистрируемых случаев ТБ.

Рисунок 2. Распространенность полирезистентных микобактерий туберкулеза среди новых случаев ТБ в странах и регионах, обследованных в период 1994–1999 гг.

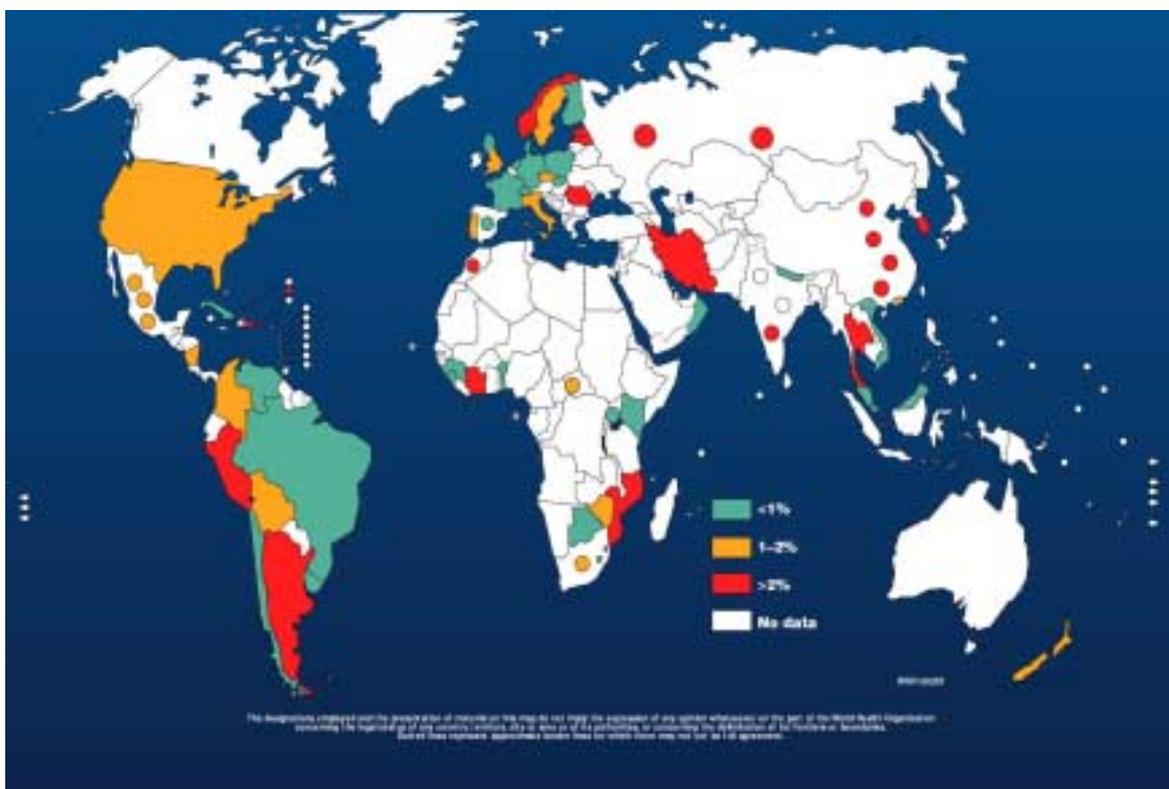
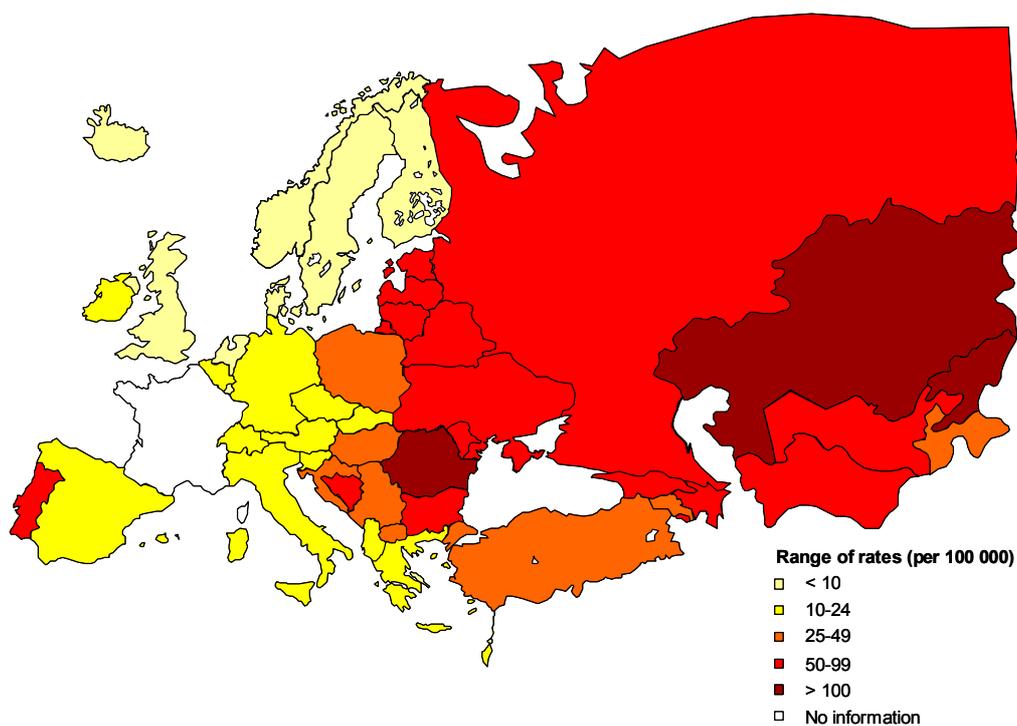
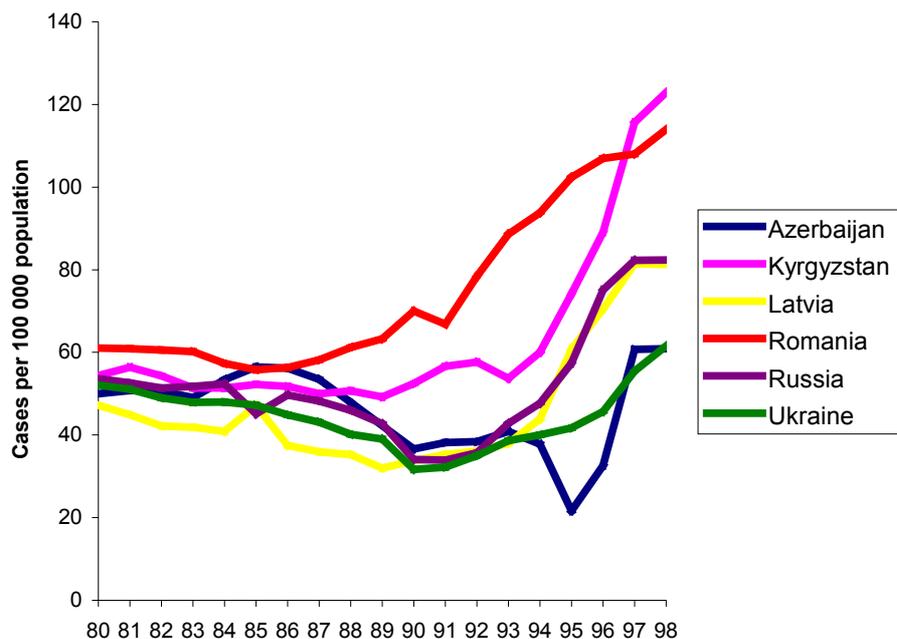


Рисунок 3. Показатели регистрации случаев туберкулеза на 100 000 населения в Европе, 1998 г. (большинство случаев ТБ имели место в восточной части Региона).



В странах Восточной Европы и бывшего СССР снижение показателей ТБ, наблюдавшееся после Второй мировой войны, сменилось на их подъем в 1980–1990-х годах (рис. 4). Причины, лежащие в основе утраты контроля над ситуацией по туберкулезу, – прежде всего, драматические события, имевшие место в последние годы, в социально-экономической и политической сферах.

Рисунок 4. Показатели регистрации случаев ТБ (на 100 000 населения) в отдельных странах Восточной Европы и бывшего СССР, 1980–1998 гг.



В Европе проблема резистентности туберкулеза к лекарственным средствам отражает общую ситуацию по туберкулезу. В странах Западной Европы средняя распространенность первичного полирезистентного туберкулеза находится ниже 1%. В Восточной Европе и новых независимых государствах (ННГ), сформировавшихся после распада СССР, в некоторых странах наблюдается угрожающая ситуация по туберкулезу в силу таких причин, как нерегулярное лекарственное обеспечение, отсутствие стандартизированных схем лечения, а также высокая заболеваемость ТБ в тюрьмах/ИТУ. Так например, в странах Балтии показатели резистентности туберкулеза к лекарственным средствам относятся к числу самых высоких в мире (табл. 1).

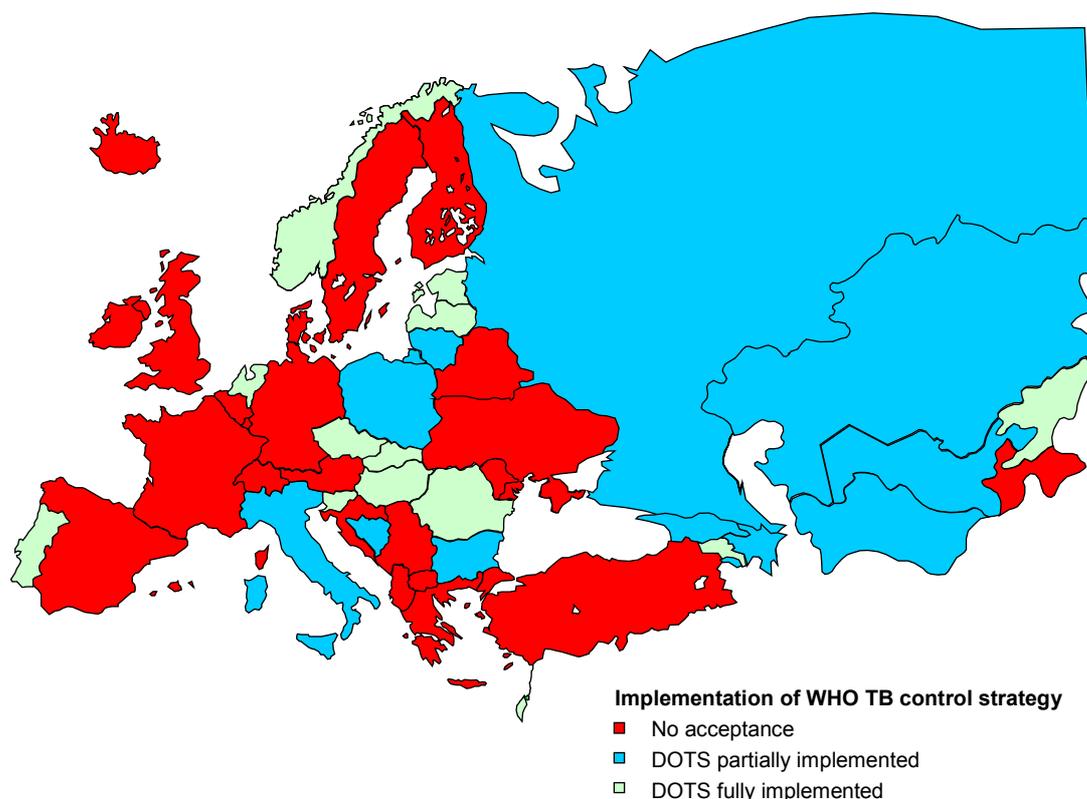
Цели проводимой ВОЗ программы борьбы с туберкулезом, которая главным образом нацелена на страны Восточной Европы, – уменьшить показатели смертности, заболеваемости и передачи туберкулеза и предотвратить развитие устойчивых к лекарствам форм ТБ. Более конкретные задачи включают выявление 70% всех существующих случаев ТБ и излечение 85% случаев с бактериовыделением. Страны с низкой частотой ТБ ставят перед собой цель ликвидации этой болезни. Для достижения этих целей ВОЗ рекомендует использование стратегии DOTS, которую Всемирный банк в своем докладе о всемирном развитии в 1993 г. охарактеризовал как одно из наиболее эффективных с точки зрения затрат медицинских вмешательств, имеющих место в настоящее время. Масштабы, в которых стратегия DOTS реализуется в Европейском регионе ВОЗ, показаны на рис. 5.

Таблица 1. Распространенность первичной и приобретенной резистентности ТБ к лекарственным средствам в отдельных европейских странах (1994–1997 гг.)

Страна	Первичная лекарственная зависимость		Приобретенная лекарственная устойчивость	
	К-во протестир. пациентов	Полирезистентность (%)	К-во протестир. пациентов	Полирезистентность (%)
Чешская Республика	199	1.0	16	6,3
Англия и Уэльс	2742	1.1	148	16,9
Эстония	266	10.2	26	19,2
Франция	1491	0.5	195	4,1
Латвия	347	14.4	228	54,4
Португалия	815	1.7	117	18,8
Румыния	1636	2.8	1521	14,4
Россия (Ивановская область)	248	4.0	33	27,3
Испания (Барселона)	218	0.5	44	20,5

Источник: Глобальный проект ВОЗ/МСБТБЛ по мониторингу резистентности микобактерий ТБ к противотуберкулезным препаратам, 1994–1997 гг. Женева, 1997 г.

Рисунок 5. Ситуация с реализацией стратегии DOTS в Европейском регионе, 2000 г.



Туберкулез в тюрьмах – это особая причина для беспокойства. Согласно оценочным данным, в Европе имеется около 8–10 млн. заключенных, а в некоторых частях континента число заключенных имеет тенденцию к увеличению. Многие из них относятся к социально-маргинальным слоям населения – алкоголикам, наркоманам, лицам с

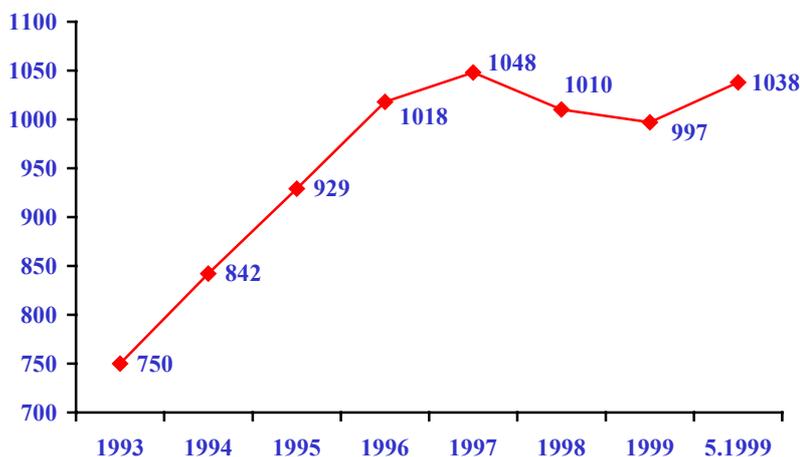
психическими расстройствами, этническим меньшинствам или нелегальным иммигрантам. Заболеваемость ТБ повышается среди некоторых категорий заключенных, как это иллюстрируют данные российских тюрем (табл. 2. и рис. 6).

Таблица 2. Заболеваемость ТБ среди российских заключенных, 1995–1997 гг.

Заболеваемость на 100 000 заключенных	1995 г.	1996 г.	1997 г.
Содержащиеся в СИЗО (следственный изолятор)	1119.3	1378.7	1592,0
Показатель в сравнении со средним для России	19.3	20.4	21,5
Осужденные	2481.0	3395.2	4055,9
Показатель в сравнении со средним для России	42.9	50.3	54,9

Источник: *Abram, ed. Man and prison, No. 2, 1999.*

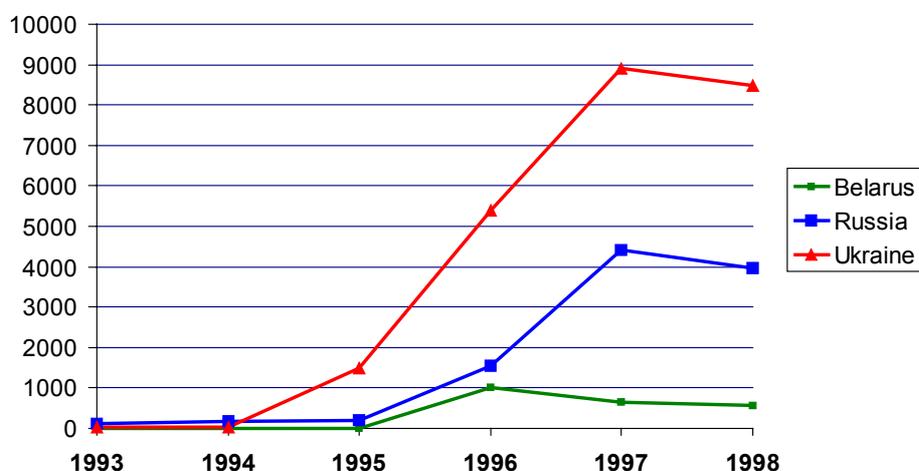
Рисунок 6. Число заключенных в России.



Развитию и распространению полирезистентных форм ТБ в тюрьмах/ИТУ способствуют многие факторы, включая нехватку средств, запоздалую диагностику, задержку с направлением к фтизиатрам и началом лечения, неадекватное лечение, частые переводы из одного ИТУ в другое, переполненность тюрем, неадекватные программы борьбы с инфекциями.

Повышение показателей ВИЧ-инфицированности угрожает еще более усложнить ситуацию по туберкулезу (рис. 7). Несмотря на то, что ВИЧ-инфекция в настоящее время еще не так широко распространена, как во многих других странах Европы, в целом ряде стран бывшего Советского Союза этот показатель быстро повышается, что ставит под серьезную угрозу и так хрупкие противотуберкулезные программы в этих странах.

Рисунок 7. Частота ВИЧ-инфекции в Беларуси, Российской Федерации и Украине, 1993–1998 гг.



Осуществление стратегии DOTS в Европе

Албания

Социально-экономическая ситуация в Албании аналогична таковой в большинстве других бывших социалистических стран. Показатели регистрации случаев ТБ увеличиваются с 1992 г.; в 1999 г. в стране было зарегистрировано 698 случаев ТБ, что соответствует частоте, равной 19 на 100 000 населения. Однако из-за таких проблем, как неполная регистрация заболеваний и переоценка численности населения, можно с достаточной уверенностью утверждать, что фактическая частота туберкулеза по-видимому ближе к 27 на 100 000 населения. В последнее десятилетие повысилась заболеваемость ТБ среди молодых взрослых, что свидетельствует о продолжении активной передачи заболевания. Несмотря на нехватку некоторых противотуберкулезных препаратов, полирезистентный туберкулез по-видимому не является серьезной проблемой. ВИЧ также не представляет большой проблемы для Албании.

В 1995 г. в Албании был создан национальный комитет борьбы с туберкулезом. Этот комитет принял стратегию DOTS в 1997 г. – первоначально в двух пилотных (опытных) районах, а в 1999 г. эта стратегия стала реализовываться и в Тиране. Среди проблем, связанных с осуществлением стратегии, следует назвать такие, как социальные беспорядки в 1997 г., недостаточная приверженность правительства, дефицит ресурсов, включая лекарственные средства и расходные реагенты и другие материалы для лабораторий.

В настоящее время проводится программа переоснащения лабораторий, а врачи общей практики и техники-лаборанты проходят курсы повышения квалификации. Кроме того, были введены ограничения на продажу противотуберкулезных препаратов. Расширение стратегии DOTS до масштабов охвата всей страны запланировано на июль 2000 г. Устойчивому осуществлению этой программы в будущем могут помешать такие проблемы, как политическая нестабильность, слабая мотивированность, нежелание внедрять данную стратегию.

Армения

Показатели регистрации случаев ТБ устойчиво повышались в течение последних десяти лет, за исключением 1999 г., когда они снизились впервые за десятилетие. Благодаря реализации стратегии DOTS в середине 1995 г. показатели успешности лечения начали улучшаться, повысившись с 85,7% в 1995 г. до 93,2% в 1998 г. В сравнении с 1997 г. снизился показатель прерывания лечения, а также число пациентов, умерших в процессе лечения. Показатель смертности от туберкулеза снизился с 5,6 на 100 000 населения в 1993 г. до 3,6 на 100 000 населения в 1999 г. С другой стороны, повысилось число новых больных ТБ с положительным мазком, а также удельный вес больных с положительным мазком среди всех случаев легочного туберкулеза. Предполагается, что это может быть связано с улучшенной чувствительностью методов диагностики.

При поддержке со стороны ВОЗ ведется соответствующая подготовка медицинского персонала, в районы поставляется микроскопное оборудование, налаживается лекарственное обеспечение. Благодаря стратегии DOTS сроки абацилирования уменьшились в такой степени, что через три месяца после начала лечения по схеме DOTS бактериовыделение продолжается только у 20% больных в сравнении с более чем 70% больных, не получающих краткосрочную химиотерапию под непосредственным наблюдением. Показатели первичной полирезистентности туберкулеза составляют 3% от всех новых диагностированных случаев ТБ.

Для поддержки и развития национальной программы борьбы с туберкулезом Армения нуждается во внешней финансовой помощи. Если эта помощь уменьшится, то программа окажется под угрозой.

Бывшая Югославская Республика Македония

Значительная политическая неопределенность, о чем, в частности, свидетельствуют многочисленные изменения в кадровом составе на уровне министерств, означает, что политическая приверженность целям борьбы с туберкулезом является достаточно хрупкой. Недавние изменения в структуре организации медицинской помощи населению и бюджетные сокращения означают, что непрерывность медицинской помощи оказалась под угрозой. Эти проблемы тесно связаны с социально-экономической нестабильностью в данной части Региона. Распространенность туберкулеза является высокой, а заболеваемость ТБ среди детей свидетельствует о наличии передачи ТБ в последнее время. Система выявления случаев продолжает основываться на рентгенологических данных, а сохранение старой системы регистрации случаев ТБ означает, что мониторинг эффективности лечения проводится очень слабо. Благодаря помощи ВОЗ и поддержке со стороны Всемирного банка, проведение пилотных проектов DOTS должно начаться в этой стране в сентябре 2000 г.

Идентифицированы те направления работы, по которым ВОЗ может предложить свою помощь. В частности, они включают улучшение системы регистрации, подготовку кадров, развитие служб первичной медико-санитарной помощи, уточнение роли фтизиатров в условиях изменяющейся программы, мобилизацию политической поддержки.

Италия

Заболеваемость ТБ повысилась в 1980-х годах после того, как она постепенно снижалась на протяжении нескольких десятилетий. Недавно имевшее место повышение заболеваемости ТБ связано в эпидемией СПИДа и иммиграцией населения из стран с высокой распространенностью ТБ. Недавние изменения в системе эпиднадзора, связанные с национальным планом действий в области здравоохранения (1998–2000 гг.), способствуют (с февраля 1999 г.) отслеживанию пациентов, переезжающих из одного района в другой, и улучшению координации оказываемой им помощи.

Казахстан

Показатели регистрации ТБ в Казахстане являются высокими и продолжают повышаться. При этом в различных частях страны наблюдается весьма различная картина. В некоторых районах показатели заболеваемости ТБ достигают 300 на 100 000 населения, а показатели смертности превышают 30 на 100 000 населения. Борьба с туберкулезом осложняется из-за географической изоляции большей части населения. В 1998 г. был принят закон в поддержку стратегии DOTS, а в 1999 г. эта стратегия стала осуществляться в масштабах всей страны. Причины продолжающегося повышения заболеваемости ТБ нуждаются в уточнении. Было высказано предположение, что такое повышение может быть связано с увеличением показателя выявляемости больных ТБ.

После начала осуществления стратегии DOTS показатель случаев ТБ с бактерио-выделением снизился, однако заболеваемость ТБ продолжает повышаться, несмотря на то, что показатель излечения в стране достиг 88%. В настоящее время 40 000 пациентов получают стандартизированные схемы лечения, при этом 6000 пациентов с хронической формой ТБ получают различные схемы химиотерапии. Результаты за первый квартал 1999 г. показывают, что показатель первичной резистентности ТБ к лекарственным препаратам составляет 35%, при этом на первичную полирезистентность приходится 5%. Показатель приобретенной полирезистентности ТБ равен 17%. Согласно новому закону, больные ТБ не имеют права отказываться от лечения.

В области борьбы с туберкулезом продолжают наблюдаться следующие проблемы:

- неудовлетворительное питание больных ТБ;
- неадекватная система борьбы с ТБ в тюрьмах/ИТУ;
- недостаточные связи и координация между гражданскими властями и администрацией тюрем/ИТУ;
- слабая вовлеченность служб первичной медико-санитарной помощи во многих районах;
- неуверенность относительно схем ведения больных с хроническими формами ТБ;
- недостаточная техническая оснащенность;
- неадекватные ресурсы для подготовки персонала;
- продолжающаяся зависимость от флюороскопии при постановке диагноза;
- неуверенность относительно качества данных эпиднадзора.

Лучшему пониманию ситуации может способствовать установление характера взаимосвязей между динамикой заболеваемости ТБ, с одной стороны, и социально-экономическими детерминантами здоровья, с другой.

Югославия

Ситуация в области борьбы с ТБ главным образом определяется воздействием войны и продолжающегося кризиса в этой части Европы. Массовые миграционные потоки населения означают, что оценочные величины знаменателя (количество населения) являются очень ненадежными. Предполагается, что заболеваемость ТБ снижается во всех возрастных группах за исключением лиц старших возрастов и что показатели заболеваемости среди беженцев являются высокими. Такие социально-экономические факторы, как безработица, бедность, недостаточное питание и запоздалая диагностика, могут усугубить ситуацию по туберкулезу. Показатели ТБ уменьшились, но в меньшей степени, чем можно было бы ожидать, если бы сохранилась прежняя тенденция к их снижению. Показатели случаев ТБ с бактериологическим подтверждением существенно повысились по сравнению с 1989 г.

Проблемы в области борьбы с ТБ включают следующее:

- требования многих служб здравоохранения о том, чтобы за их услуги выплачивался соответствующий гонорар (хотя официально медицинские услуги являются бесплатными для пациента);
- постановка чрезмерного акцента на методы радиологической диагностики;
- запоздалое выявление болезни (зачастую из-за чрезмерной надежды на эффективность радиологических диагностических служб и недостаточной их доступности);
- недостаточная политическая поддержка;
- дефицит противотуберкулезных препаратов.

Влияние реформ здравоохранения на программы борьбы с ТБ

Чешская Республика

Тенденция к снижению зарегистрированных случаев ТБ сохранилась и в последнее десятилетие. Показатели заболеваемости снизились с 19,6 на 100 000 населения в 1991 г. до 15,9 на 100 000 населения в 1999 г.

В результате проведенной в 1994 г. реформы система здравоохранения из централизованной и иерархически организованной превратилась в децентрализованную и организованную по горизонтальному признаку. С географической точки зрения система медицинского обслуживания населения подразделяется на восемь областей и 86 районов. Службы здравоохранения являются государственными и финансируются Министерством здравоохранения. Система обязательной регистрации случаев ТБ предусматривает сообщение о динамическом наблюдении за больными через 12 месяцев после начальной регистрации заболевания. Непрерывный эпиднадзор, осуществляемый региональными консультантами, обеспечивает достоверность и полноту регистрируемых данных о заболеваемости ТБ.

Предполагается, что благодаря укреплению системы эпиднадзора имеется возможность сохранить эффективные программы борьбы с ТБ даже в условиях осуществления крупных реформ здравоохранения.

Киргизия

Стратегия DOTS проводится в стране начиная с 1996 г., благодаря внешней поддержке, предоставление которой стало возможным благодаря выполнению Киргизией следующих двух условий:

- осуществление реформы здравоохранения;
- поддержка этой реформы со стороны государственного бюджета.

В области борьбы с туберкулезом были осуществлены следующие важные изменения:

- изменение методологического подхода к диагностике ТБ за счет смещения акцента с рентгенологических на микробиологические методы;
- внедрение стратегии DOTS;
- расширение амбулаторных служб и использование стационарных служб на контрактной основе;
- развитие сети мониторинга, способствующей поддержанию качества оказываемых услуг и координации в области борьбы с туберкулезом.

Существенную поддержку этим изменениям оказали результаты анализов эффективности с точки зрения затрат, которые продемонстрировали пользу стратегии DOTS в сравнении с традиционными методами противотуберкулезной работы. С 1997 г. стратегия DOTS стала осуществляться в масштабах всей страны.

Тенденция к повышению заболеваемости ТБ замедлилась. Считается, что это стало возможным благодаря применению стратегии DOTS. Основной приоритет в настоящее время – оказание эффективной медицинской помощи больным с хроническими формами ТБ.

Нидерланды

Пример Нидерландов наглядно показывает, как реформа здравоохранения может повлиять на программы борьбы с ТБ. До 1980 г. пациенты с подозрением на туберкулез либо направлялись в противотуберкулезные диспансеры врачом общей практики, либо, в случаях постановки диагноза ТБ, направлялись в санатории. Система массового скрининга населения была основана на использовании флюорографии. Решения относительно характера реформы в этот период совместно принимались Королевской голландской ассоциацией по борьбе с туберкулезом (KNCV) и Министерством здравоохранения.

Период после 1980 г. характеризовался прекращением практики массового скрининга с помощью флюорографии, закрытием санаториев и расширением амбулаторной помощи через сеть противотуберкулезных диспансеров. Несмотря на снижение показателей регистрации случаев ТБ, фтизиатрам по-прежнему продолжает оказываться поддержка, что частично объясняется позицией вышеуказанной Ассоциации и тем фактом, что она имеет полномочия на определение внутренней политики в отношении туберкулеза (которую утверждает Министерство здравоохранения).

Реформа здравоохранения привела к следующим изменениям: изменение акцентов в оказании услуг, рационализация политики и улучшение координации при разработке и

реализации политики и программ борьбы с туберкулезом при поддержке со стороны самых высоких звеньев правительства.

Румыния

Румыния, население которой составляет 23 млн. человек, в последние годы испытала значительные экономические трудности. В 1995 г. была упразднена централизованная и организованная по вертикали система здравоохранения. В настоящее время в 46 уездах страны работает 850 врачей-пульмонологов, причем в каждом уезде работает 4–5 противотуберкулезных медицинских учреждений.

Заболеваемость туберкулезом повысилась с 55,8 на 100 000 населения в 1985 г. до свыше 200 на 100 000 населения в 1999 г.

Политическая нестабильность и частые изменения на уровне Министерства здравоохранения привели к формированию чувства неуверенности относительно устойчивой приверженности делу борьбы с туберкулезом при проведении реформ здравоохранения. Ситуация еще более осложняется в связи с развитием системы частных врачей первичной медико-санитарной помощи. Все вышеуказанное препятствует созданию скоординированной и высококачественной программы борьбы с туберкулезом.

Отчеты о полирезистентном туберкулезе

Австрия

В Австрии, население которой насчитывает приблизительно 8,5 млн. человек, ежегодно регистрируется около 1400 случаев ТБ. Из этого числа приблизительно у 50% проводится бактериологическое исследование. Культуральные исследования проб и тестирование на чувствительность к лекарственным препаратам проводятся в 14 лабораториях. Начиная с января 2000 г. лабораторные и клинические данные собираются в единой базе данных.

Около 95% всех больных ТБ, прошедших культуральное исследование, чувствительны ко всем противотуберкулезным препаратам, и в последнее время не было отмечено каких-либо изменений в структуре лекарственной устойчивости. Резистентность к препаратам первого ряда у резидентов, рожденных за рубежом, в сравнении с коренными жителями Австрии, несколько выше (соответственно 91% и 96% больных, у которых микобактерии туберкулеза чувствительны ко всем противотуберкулезным препаратам). Удельный вес случаев полирезистентного ТБ составляет около 0,5%, и за последние пять лет этот показатель не менялся.

Латвия

В Латвии было отмечено угрожающее повышение показателей заболеваемости ТБ, в том числе полирезистентными его формами. В 1990 г. заболеваемость ТБ составила 27 на 100 000 населения. К 1998 г. этот показатель повысился до 98 на 100 000 населения. В 1999 г. впервые за период с 1989 г. наметилось снижение данного показателя – до 68,3 на 100 000 населения. Повышение заболеваемости было особенно выраженным среди мужчин молодого и среднего возрастов (18–54 года).

Показатели смертности от ТБ продолжают оставаться высокими – 12 на 100 000 населения. Одна треть больных умирает в течение первого года болезни, при этом две трети

из них умирают в течение месяца после диагностирования заболевания. Наиболее вероятными причинами такого положения являются несвоевременность обращения за медицинской помощью и поздняя постановка диагноза, а также полирезистентность туберкулеза.

Стратегия DOTS начала внедряться в 1995 г. Согласно оценкам, в 1997 г. 91% госпитализированных больных были охвачены данной стратегией в течение интенсивной фазы лечения, в то время как в фазе продолжения лечения этот показатель был равен 55%. За прошедший с того времени период стратегия DOTS стала применяться в еще более широких масштабах. Показатели прерывания лечения и его неудачи снизились с 42% в 1994 г. до 6,1% в 1998 г.

Заболеваемость полирезистентным туберкулезом резко возросла в период с 1994 по 1998 гг., а затем она пошла на снижение. Число случаев первичного полирезистентного ТБ увеличилось с 75 в 1996 г. до 85 в 1998 г., а приобретенного полирезистентного ТБ – со 166 в 1996 г. до 188 в 1997 г. (169 в 1998 г.). В 1999 г. было зарегистрировано меньшее число случаев как первичного, так и приобретенного полирезистентного ТБ (соответственно 76 и 104). Высокая частота полирезистентного ТБ объясняется дефицитом противотуберкулезных препаратов, их плохим качеством в начале 1990-х годов, неадекватными схемами лечения и неадекватной практикой ведения больных.

Лечение больных с полирезистентным ТБ осуществляется в специализированных больницах в соответствии со стратегией DOTS ПЛЮС, проводящейся с 1997 г. Стоимость одних лишь противотуберкулезных препаратов, необходимых для лечения, составляет, согласно оценкам, 5600–6000 долл. США на одного пациента.

Российская Федерация

Заболеваемость ТБ в Российской Федерации начала возрастать в 1995 г. Частично это повышение можно объяснить эффектом артефакта, так как впервые в официальную статистику были включены данные о заболеваемости ТБ среди заключенных и мигрантов. В 1997 г. заболеваемость достигла 73,9 на 100 000 населения, а самые последние данные свидетельствуют о том, что этот показатель возрос до 85,2 на 100 000 населения. Особенно пострадавшей группой населения являются молодые взрослые. Так, заболеваемость ТБ среди молодых женщин за период с 1994 г. почти удвоилась. Эта ситуация вызывает значительное беспокойство, поскольку ТБ, по-видимому, выходит из своих исторических “ниш” и поражает теперь не только заключенных и представителей маргинальных групп. Высказываются предположения о том, что повышение этого показателя среди молодых женщин связано с экономическими изменениями, прежде всего повлиявших на предприятия, являвшиеся ранее основным местом работы женщин (оборонная промышленность), и стрессами, связанными с бедностью.

Цифры, приведенные на совещании, позволяют предположить, что в целом заболеваемость полирезистентным ТБ составляет порядка 1,9%, и что 6,7% больных с открытой формой легочного ТБ имеют полирезистентные формы заболевания. Между областями имеются существенные различия. Данные, относящиеся к пользе лечения, показали, что у 82,1% больных абациллирование наступало после 4 месяцев терапии, а 17,9% продолжали выделять микобактерии. Между показателями эффективности лечения и распространенностью полирезистентного ТБ какой-либо статистически значимой корреляции не обнаруживается. Для объяснения этой аномалии было названо несколько причин, включая возможность лабораторных ошибок и недостоверности данных.

К другим проблемам в области борьбы с туберкулезом относятся:

- ведение больных с подозрением на полирезистентный ТБ;
- гармонизация и координация противотуберкулезных мероприятий в тюрьмах/ИТУ и в обществе в целом;
- борьба с распространением ТБ в условиях коллективного проживания в ограниченных по площади помещениях (особенно в СИЗО и тюрьмах/ИТУ);
- разрешение проблем, связанных с принятием стратегии, якобы предназначенной для развивающихся стран;
- беспокойство относительно того, что в условиях, когда проведение быстрого анализа на чувствительность невозможно, выполнение рекомендаций ВОЗ может привести к росту полирезистентных форм ТБ;
- беспокойство относительно того, что для внедрения подхода DOTS Плюс необходимы возможности для проведения дорогостоящего и быстрого лабораторного анализа;
- ведение больных с подозреваемым (но не доказанным) полирезистентным ТБ;
- необходимость того, чтобы соответствующие правовые документы были практического характера.

Резюме совместного опыта международных партнеров

Международная федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

В течение ряда лет Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца оказывала поддержку противотуберкулезной деятельности в странах Восточной Европы, включая Беларусь, Республику Молдова, Российскую Федерацию и Украину, а также в пенитенциарных системах Грузии и Азербайджана. В партнерстве с ВОЗ и министерствами здравоохранения эта федерация пропагандирует стратегию DOTS и реформы здравоохранения. Кроме того, она способствует развитию гражданских обществ.

Ее работа в области борьбы с ТБ была сфокусирована на мерах, направленных на улучшение системы своевременных выявлений больных ТБ и их направления к специалистам, а также на оказание поддержки усилиям по улучшению лабораторных служб и подготовке кадров. Федерация также оказывала помощь в такой области, как динамическое наблюдение за больными ТБ посредством содействия развитию концепции участковых медсестер общественного здравоохранения. Она также предлагает помощь и специальную поддержку больным ТБ и их семьям.

Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких (МСБТБЛ)

Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких ведет активную работу в более чем 20 странах, включая Азербайджан, Грузию, Российскую Федерацию и Балтийские государства. Основной акцент в его деятельности ставится на развертывание совместных научных исследований для укрепления программ борьбы с туберкулезом и оказание поддержки научно-исследовательской и образовательной деятельности на местах в том числе с помощью таких методов, как проведение конференций и издание информационных бюллетеней и своего журнала.

Финская ассоциация борьбы с болезнями легких

Финская ассоциация борьбы с болезнями легких сотрудничает в области борьбы с туберкулезом со многими странами, включая Китай, Сомали и Танзанию. В Эстонии и Латвии она вела особенно активную работу в последние десятилетия, включая оказание этой стране помощи (совместно с ВОЗ и МСБТБЛ), в такой области, как проведение программ подготовки по вопросам борьбы с ТБ. В последнее время эта ассоциация начала работать со своими коллегами из Санкт-Петербурга (Российская Федерация) и предлагает им свою лабораторную и клиническую поддержку. Ассоциация также сотрудничает с Карелией и такими областями, как Мурманская и Ленинградская.

Норвежская ассоциация борьбы с болезнями сердца и легких

Первоначально созданная как организация пациентов, Норвежская ассоциация борьбы с болезнями сердца и легких оказывает помощь в области борьбы с ТБ целому ряду стран, включая Намибию, Российскую Федерацию и Сенегал. Ассоциация играет поддерживающую и координирующую роль. В Российской Федерации она в основном сотрудничает с Архангельской областью. Стратегия DOTS осуществляется как среди общества в целом, так и в пенитенциарных учреждениях.

Организация “Врачи без границ”

Начиная с июня 1995 г. эта Организация работает в Кемеровской области Российской Федерации с особым упором на улучшение системы борьбы с туберкулезом в пенитенциарной системе. Она оказывала поддержку в таких областях, как подготовка персонала и лабораторное обеспечение. Одна из целей этой организации – содействие созданию устойчивых программ борьбы с туберкулезом на местном уровне.

Королевская голландская ассоциация борьбы с туберкулезом

Королевская голландская ассоциация борьбы с туберкулезом (KNCV), штат которой состоит из 43 человек, включая 10 работников категории специалистов, тесно сотрудничает с национальными и международными учреждениями, в том числе ВОЗ и МСБТБЛ. Направления деятельности этой ассоциации прежде всего включают разработку политики, укрепление эпиднадзора, оказание поддержки национальным программам борьбы с туберкулезом, подготовку кадров. В Европейском регионе она в настоящее время оказывает помощь программам борьбы с туберкулезом в Грузии, Казахстане, Польше, Российской Федерации (Новгородская область) и Бывшей Югославской Республике Македония.

Центры по профилактике и борьбе с болезнями

Несмотря на то, что центры по профилактике и борьбе с болезнями (ЦББ) – это прежде всего внутреннее учреждение США, новый директор ЦББ сделал в 1998 г. четкое заявление о том, что оказание международной поддержки является одной из функций этих центров. Поддержка оказывается большому числу стран во всем мире. В Европе помощь в области борьбы с ТБ в настоящее время оказывается Латвии, Казахстану и Российской Федерации. В последней ЦББ работают в партнерстве с ЮСАИД и ВОЗ, Центральным научно-исследовательским институтом по туберкулезу в России и фтизиатрами, работающими непосредственно в областях.

Северная школа общественного здравоохранения (СШОЗ)

Эта школа работает в сотрудничестве с рядом учреждений. Ее деятельность в основном направлена на развитие научных исследований и людских ресурсов. В марте 2000 г. СШОЗ и ВОЗ организовали рабочее совещание по борьбе с туберкулезом, которое

было прежде всего посвящено проблемам, стоящим в этой области перед государствами Балтии, Российской Федерации и Украиной.

Германское агентство технического сотрудничества

При поддержке со стороны Министерства иностранных дел германское агентство технического сотрудничества начало в августе 1999 г. оказывать помощь в подготовке трех пилотных проектов в Российской Федерации. Два проекта находятся на этапе предварительной подготовки, и предполагается, что они начнут осуществляться в июле и октябре 2000 г., а третий проект находится на более продвинутом этапе. Финансовая поддержка направляется на приобретение противотуберкулезных препаратов и лабораторного оборудования, а также на подготовку лабораторного и клинического персонала в сочетании с усилиями, направленными на повышение потенциала и квалификации медицинского персонала.

“Врачи мира”

Цели этой Организации включают следующее: снижение показателей смертности и заболеваемости, уменьшение страданий и обеспечение уважительного отношения к правам пациентов. Организация работает в Косово с 1992 г. и поддерживает реализацию основанного на стратегии DOTS плана действий по борьбе с туберкулезом в Косово, осуществление которого было начато в марте 2000 г. Основные направления работы включают следующее: поддержка управленческих и оперативных аспектов работы, приобретение лекарств, укрепление лабораторий за счет поставки оборудования, соответствующей подготовки кадров и обеспечения контроля качества, оказание поддержки больным, просветительно-образовательная деятельность среди населения.

Краткий обзор результатов обсуждений рабочих групп

Обсуждения в рамках рабочих групп были сфокусированы на вопросах, относящихся к осуществлению стратегии DOTS в Европе, включая трудности, замедляющие прогресс в этой области, и возможные пути их преодоления. Участники рабочих групп обсудили такие вопросы, как влияние реформ здравоохранения на программы борьбы с туберкулезом, относительные преимущества и недостатки вертикальных противотуберкулезных программ в сравнении с программами, основанными на первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), последствия, связанные с развитием частного сектора, децентрализация противотуберкулезных программ, воздействие интеграции программ лечения ТБ в рамки ПМСП. Кроме того, обсуждалась проблема полирезистентного ТБ и вопросы, относящиеся к программам эпиднадзора и их качеству, а также стратегия DOTS ПЛЮС как образцовый подход, противодействующий повышению числа полирезистентных форм ТБ. Три рабочие группы обсуждали эти вопросы в течение приблизительно шести часов, и каждая из них разработала свои рекомендации, которые легли в основу обсуждений согласованных заключительных рекомендаций.

Осуществление стратегии DOTS

Реализации стратегии DOTS мешает ряд проблем, а именно:

- недостаточная поддержка стратегии со стороны правительств;
- нежелание клиницистов внедрять какие-либо изменения в сложившуюся диагностическую и лечебную практику;

- “аллергия на стратегию DOTS” – иными словами, нежелание признать потенциальные достоинства стратегии, которая воспринимается как нечто разработанное специально для развивающихся стран;
- экономические трудности;
- проблемы с интеграцией стратегии DOTS в реформируемые службы здравоохранения;
- инфраструктурные препятствия такие, например, как слабая транспортная система;
- нынешняя структура пенитенциарных систем, в частности характеризуемых такими чертами, как заключение обвиняемых под стражу до судебного разбирательства и слабая координация их работы с гражданскими службами здравоохранения, что затрудняет борьбу с туберкулезом;
- имеющие место перебои с поставкой противотуберкулезных препаратов;
- в ряде случаев неконтролируемый доступ к противотуберкулезным препаратам;
- обеспокоенность относительно этических аспектов внедрения стратегии DOTS.

Что касается возможных путей решения этих проблем, то было отмечено очень большое значение подготовки кадров. В частности, было предложено, что такая подготовка должна быть мультидисциплинарной и охватывать медперсонал, сотрудников госучреждений, отвечающих за противотуберкулезную работу, и персонал тюрем/ИТУ. Кроме того, необходимо принять меры для повышения уровня знаний общественности о серьезности данной проблемы.

ВОЗ должна предоставлять четкие и конкретные рекомендации по организации взаимоотношений между работниками первичных звеньев здравоохранения и специалистами по туберкулезу (фтизиатрами), применяющими тактику DOTS. Кроме того, ВОЗ должна играть большую роль в координации деятельности учреждений, оказывающих внешнюю поддержку. Так, например, принимающие участие в совещании представители России не знали о работе Германского агентства технического сотрудничества в их стране.

Влияние реформ здравоохранения на системы борьбы с туберкулезом

Проблемы, относящиеся к реформированию здравоохранения и противотуберкулезной работе, включают следующее:

- порочные стимулы, связанные с развитием частного сектора медицинских услуг, которые препятствуют развитию качественных противотуберкулезных служб;
- проблемы, связанные с координацией медицинской помощи, оказываемой фтизиатрами и другими работниками здравоохранения;
- проблемы, связанные с такими тенденциями развития здравоохранения, как централизация и децентрализация служб;
- обеспокоенность относительно того, что деятельность внешних агентств/учреждений может иметь непреднамеренные неблагоприятные последствия;
- уменьшение в программах медицинского образования времени, отводимого на изучение вопросов, связанных с ТБ;

- слабость просветительно-пропагандистской работы по относящимся к ТБ вопросам в самих странах;
- сохраняющаяся нацеленность противотуберкулезных служб на массовый рентгенографический скрининг населения.

Возможные пути решения указанных проблем включают следующее:

- регулирование частного сектора;
- бесплатное лечение больных ТБ по месту их обращения за медицинской помощью;
- переориентация на медицинскую помощь на амбулаторном уровне;
- принятие международных стандартов мониторинга противотуберкулезных программ;
- развитие в странах НПО, которые следует поощрять создавать различные объединения и союзы с существующими НПО (например, Красным Крестом, группами ВИЧ-инфицированных, группами бывших заключенных);
- централизованное накопление экспертных знаний по ТБ.

Полирезистентный туберкулез

Проблемы, идентифицированные рабочими группами в области борьбы с полирезистентным ТБ, включают следующее:

- недостаточная достоверность данных эпиднадзора;
- недостаточная стандартизация методов, используемых в лабораториях;
- нехватка данных о результатах лечения;
- перерывы в лечении, связанные с перебоями в поставке противотуберкулезных препаратов;
- отсутствие правовых механизмов, обязывающих пациентов более строго придерживаться назначенной схемы лечения;
- высокая стоимость лечения;
- нехватка финансовых средств для программ борьбы с ТБ.

Возможные пути решения вышеуказанных проблем включают следующее:

- стандартизация применяемых в лабораториях методов культивирования и анализов чувствительности;
- учреждение стандартизированных национальных систем эпиднадзора;
- принятие и использование таких стандартизированных определений, как “новый случай”, “первичная” и “приобретенная” резистентность/устойчивость к лекарственным препаратам и т.д.;
- внедрение на основе фактических данных стратегии DOTS ПЛЮС;
- более широкое использование методов культивирования и тестирования на чувствительность.

Члены рабочих групп также поставили следующие вопросы:

- следует ли больных с полирезистентными формами ТБ отделять от других больных ТБ;
- являются ли ключом к успеху в области борьбы с полирезистентными формами ТБ применение индивидуализированных схем лечения или схем, основанных, прежде всего на профиле резистентности микробактерий туберкулеза на местном уровне;
- какое место занимают хирургические методы лечения в стратегии борьбы с туберкулезом.

Рекомендации

1. Поддержка со стороны правительства (финансовая, юридическая, наличие согласованных национальных и местных стратегий борьбы с ТБ) жизненно важна для эффективного осуществления всеобъемлющей программы борьбы с ТБ. Проводя реформы здравоохранения, правительствам государств-членов следует уделить первоочередное внимание вопросам реализации хорошо разработанных программ борьбы с ТБ, основанных на рекомендациях ВОЗ и МСБТБЛ, а также обеспечить высокую эффективность противотуберкулезной деятельности путем адаптации к местным условиям основных компонентов продемонстрировавшей свою эффективность стратегии борьбы с туберкулезом.
2. Всем государствам-членам следует принять международно рекомендуемую стратегию борьбы с ТБ, ускорить ее осуществление за счет назначения на национальном уровне лиц, ответственных за противотуберкулезную деятельность, а также подготовить план действий, к которому должен прилагаться необходимый для реализации этого плана бюджет. Национальным министерствам и/или руководящим органам здравоохранения следует пересмотреть свой подход к диагностике, лечению и мониторингу ТБ, основываясь при этом на рекомендациях ВОЗ.
3. Все национальные программы борьбы с ТБ должны иметь хороших и сильных руководителей и поддерживаться междисциплинарной бригадой. Руководитель программы должен отвечать за обеспечение осуществления всех компонентов программы, включающих непрерывную подготовку, эпиднадзор, обеспечение качества, контроль и мониторинг, работу клинических и лабораторных служб.
4. Существующие структуры здравоохранения следует укрепить, а реформы здравоохранения следует проводить шаг за шагом, не ставя при этом под угрозу уже сложившуюся сеть противотуберкулезных учреждений. Что касается процесса децентрализации, то он должен включать все сектора (государственный/частный/НПО и т.д.), обеспечивать, чтобы они основывались в своей работе на национальных рекомендациях и положениях в области борьбы с ТБ и сотрудничали друг с другом, а также гарантировать, чтобы все виды противотуберкулезных мероприятий (профилактические, диагностические, лечебные) были доступны для населения и осуществлялись бесплатно.
5. Национальным программам борьбы с туберкулезом следует обеспечить, чтобы медицинские службы во всех секторах здравоохранения (и прежде всего в пенитенциарной системе) были интегрированными, и чтобы специализированные противотуберкулезные службы были интегрированы в общую систему здравоохранения.

6. Для того чтобы все больные ТБ могли получать современные схемы лечения, правительствам следует обеспечить централизованную поставку противотуберкулезных препаратов первого ряда приемлемого качества и в достаточном количестве.
7. Что касается полирезистентных форм ТБ, то важнейший приоритет, с точки зрения общественного здравоохранения, – это предупреждение полирезистентного ТБ с помощью эффективной и комплексной противотуберкулезной программы.
8. Вопрос о внедрении любых программ борьбы с полирезистентными формами ТБ следует рассматривать только в районах, где эффективно реализуется национальная программа борьбы с ТБ, основанная на международно рекомендуемых принципах. В частности, она должна включать хорошо функционирующую сеть лабораторного обслуживания высокого качества, систему управления информацией, клиническую экспертизу и основанную на фактических данных стратегию ведения больных с полирезистентным ТБ.
9. Правительствам государств - членов ВОЗ и международным учреждениям следует в экстренном порядке приступить к решению вопросов, относящихся к защите и поддержке медицинского персонала, принимающего участие в борьбе с ТБ.
10. Международные партнерства и сотрудничество – это необходимое условие для поддержки и улучшения противотуберкулезных программ в ряде европейских государств - членов ВОЗ.

Приложение I

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Албания

Д-р Hasan Hafizi
Директор пульмонологической больницы, Тирана

Армения

Профессор Марина Сафарян
Главный фтизиатр Армении, Ереван

Австрия

Д-р Jean-Paul Klein
Epidemiologische Abteilung, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Sektion VIII/D/2, Вена

Д-р Beatrix Schmidgruber

Служба общественного здравоохранения, управление борьбы с ТБ, Вена

Босния и Герцеговина

Профессор Zehra Dizdarevic
Национальный координатор по борьбе с ТБ в Боснии и Герцеговине, руководитель, Клиника болезней легких и туберкулеза, клинический центр, Университет г. Сараево

Д-р Biljana Stefanovic

Национальный координатор по борьбе с ТБ в Республике Сербска, Общественный институт здравоохранения Республики Сербска, Баня-Лука

Беларусь

Д-р Валентин Борщевский

Директор, Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиологии, Новинки, Минск

Болгария

Д-р Vesselina Lojkova

Управление лечебно-профилактической помощи, Министерство здравоохранения, София

Хорватия

Д-р Miroslav Samarzija

Руководитель, отделение постинтенсивной терапии, Пульмонологическая больница, Загреб

Чешская Республика

Профессор Ludek Trnka

Руководитель, отдел национального эпиднадзора за ТБ, Ustav Plicních Nemocí, Faculty Hospital Bulovka, Прага

Эстония

Д-р Anu Kurve

Руководитель, амбулаторное отделение, Kivimäe Hospital, Таллин

Финляндия

Д-р Maarit Kokki

Отделение эпидемиологии и инфекционных болезней, Национальный институт общественного здравоохранения, Хельсинки

Грузия

Профессор Георгий Хечинашвили

Директор, Национальный научно-исследовательский институт фтизиологии и пульмонологии, Тбилиси

Германия

Д-р Andrea Knigge

Германское агентство технического сотрудничества (GTZ), Эшборн

Венгрия

Д-р Dezsö Kozma

Заместитель директора по медицинским вопросам, Национальный институт пульмонологии и фтизиологии, Будапешт

Исландия

Д-р Thorsteinn Blöndal

Центр здравоохранения, г. Рейкьявик

Израиль

Д-р Daniel Chemtob

Директор, управление по борьбе с туберкулезом и СПИДом, службы общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Иерусалим

Италия

Д-р Maria Grazia Pompa

Сотрудник по медицинским вопросам, отделение инфекционных болезней, управление профилактической помощи, министерство здравоохранения, Рим

Казахстан

Д-р Шахмурад Исмаилов

Директор, Казахский научно-исследовательский институт туберкулеза, Алматы

Киргизия

Профессор Автандил Алишеров

Директор, Киргизский институт туберкулеза, Бишкек

Литва

Д-р Edita Davidavičienė

Заместитель директора, Республиканская фтизиопульмонологическая больница, Вильнюс

Латвия

Д-р Janis Lemanis

Директор, Государственный центр туберкулеза и болезней легких, г. Стопини, Рижский район

Нидерланды

Д-р Jaap Veen

Старший консультант по туберкулезу, Королевская нидерландская ассоциация по борьбе с туберкулезом, Гаага

Норвегия

Д-р Einar Heldal

Руководитель, Национальный туберкулезный регистр, Национальная служба скрининга, Осло

Республика Молдова

Д-р Константин Яворский

Заместитель директора, Институт фтизиопульмонологии, Кишинев

Румыния

Профессор Ioan-Paul Stoicescu

Директор, Национальный институт пульмонологии, Бухарест

Российская Федерация

Профессор С.Е. Борисов

Заместитель главного фтизиолога Российской Федерации, Московская медицинская академия им. Сеченова, научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Москва

Профессор В.Ю. Мишин

Руководитель отдела фтизиопульмонологии, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Российская академия медицинских наук, Москва

Д-р Нина Низовцева

Руководитель, Областной противотуберкулезный диспансер, Архангельск

Д-р Эльвира Путова

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Российская академия медицинских наук, Москва

Д-п В.А. Рогожников

Заместитель руководителя, управление экономики и развития здравоохранения, Министерство здравоохранения, Москва

Профессор М.В. Шилова

Руководитель эпидемиологической и противотуберкулезной служб, Департамент по вопросам организации, Московская медицинская академия им. Сеченова, научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Москва

Словацкая Республика

Д-р Eva Rajesová

Заместитель директора по медицинским вопросам, Национальный институт туберкулеза и респираторных болезней, Братислава

Словения

Профессор Jurij Sorli

Директор, университетская клиника респираторных болезней и аллергии, Институт болезней легких и туберкулеза, Голник

Швеция

Д-р Victoria Romanus

Департамент эпидемиологии, Шведский институт инфекционных болезней, Солна

Таджикистан

Д-р Н.Д. Сироджидинова

Руководитель, департамент туберкулеза, Таджикский медицинский университет, главный специалист Министерства здравоохранения, Душанбе

Бывшая Югославская Республика Македония

Д-р Stefan Talevski

Руководитель отдела, Институт болезней легких и туберкулеза, Скопье

Туркменистан

Д-р Бабагулы Джумаев

Заместитель директора, центральная туберкулезная больница, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, Ашгабат

Узбекистан

Д-р Примкул Назиров

Директор, Научно-исследовательский институт туберкулеза и болезней легких им. А. Алимова, Ташкент

Временные советники

Д-р Richard Coker (*Составитель отчета*)

Научный сотрудник, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Великобритания

Профессор В.В. Ерохин

Директор, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Российская академия медицинских наук, сотрудничающий центр ВОЗ по туберкулезу, Москва, Российская Федерация

Д-р Sven Hoffner

Адъюнкт-профессор, главный микробиолог, отделение бактериологии, Шведский институт инфекционных болезней, Солна, Швеция

Д-р Kestutis Miskinis

Директор по медицинским вопросам, программы борьбы с туберкулезом в Центральной Азии, проект НОРЕ, национальный научно-исследовательский институт туберкулеза, Алматы, Казахстан

Д-р Vladimir Stojcic

Координатор по вопросам борьбы с ТБ, Белградский городской институт пульмонологии и фтизиологии

Представители других организаций

Центры по профилактике и борьбе с болезнями

Д-р Peter Cegielski

Медицинский эпидемиолог, отдел ликвидации туберкулеза, Атланта, США

Д-р Charles Wells

Сотрудник по медицинским вопросам, отдел ликвидации туберкулеза, Атланта, США

Врачи мира

Д-р Carmen Maroto Camino

Директор отделения в Косово, Врачи мира, Приштина, Косово, Югославия

Финская ассоциация борьбы с болезнями легких

Д-р Marina Erhola

Главный врач, международные вопросы, Хельсинки, Финляндия

Д-р Liisa Parkkali

Старший консультант по вопросам борьбы с туберкулезом, Хельсинки, Финляндия

Д-р Rauni Ruohonen

Старший сотрудник по медицинским вопросам, Хельсинки, Финляндия

Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

Д-р Bradley Hersh

Старший медицинский эпидемиолог, департамент здравоохранения, Женева, Швейцария

Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких

Д-р Nils Billo

Исполнительный директор, Париж, Франция

Врачи без границ

Д-р Andrei Slavuckij

Медицинский координатор, Москва, Российская Федерация

Северная школа общественного здравоохранения

Профессор Vinod K. Diwan

Готенбург, Швеция

Норвежская ассоциация борьбы с болезнями сердца и легких

Д-р Torunn Hasler

Консультант, международное сотрудничество, Осло, Норвегия

Д-р Mette Klouman

Менеджер, международное сотрудничество, Осло, Норвегия

Королевская нидерландская ассоциация борьбы с туберкулезом

Д-р Jaap Veen

Старший консультант по вопросам борьбы с туберкулезом, Гаага, Нидерланды

Посольство Российской Федерации в Финляндии

Профессор Юрий Морозов

Советник, Хельсинки, Финляндия

Наблюдатели

Д-р Lennart Brander

Финляндия

Д-р Jarkko Eskola

Генеральный директор, Министерство социальных дел и здравоохранения, Финляндия

Д-р Näkan Hellberg

Финляндия

Д-р Marja-Leena Katila

Больница университета г. Куопио, отделение клинической микробиологии, Финляндия

Профессор Lauri A. Laitinen

Федерация больниц Хельсинки и Усима, Хельсинки, Финляндия

Д-р Kari Liippo

Центральная больница университета г. Турку, отделение пульмонологии, Финляндия

Профессор Markku M. Nieminen

Больница университета г. Тампере, отделение пульмонологии, Финляндия

Профессор Eero Tala

Финляндия

Профессор Erkki O. Terho

Университет г. Турку, отделение пульмонологии и клинической аллергологии, Финляндия

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р Lucica Ditiu

Медицинский сотрудник по ТБ для Албании, Бывшей Югославской Республики Македонии и Косово

Г-жа Eva Nathanson

Технический сотрудник по ТБ

Д-р Franciscus Roorda

Технический сотрудник по ТБ для Албании, Бывшей Югославской Республики Македония и Косово

Д-р Richard Zaleskis
Руководитель группы по ТБ

Штаб-квартира

Д-р Malgosia Grzemska
Научный сотрудник, EBV

Переводчики-синхронисты

Г-н Sergejs Proskurins
Рига, Латвия

Г-жа Нина Волкова
Рига, Латвия

Организационный комитет

Профессор Kaj Koskela
Генеральный секретарь, Финская ассоциация борьбы с болезнями легких

Д-р Tünde Madaras
Медицинский сотрудник по ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ

Вспомогательный персонал

Г-жа Vivesa Bergman
Финская ассоциация борьбы с болезнями легких

Г-жа Maija Jakka
Финская ассоциация борьбы с болезнями легких

Г-жа Liz Kyed
Секретарь, Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-жа Anelma Lammi
Финская ассоциация борьбы с болезнями легких

Г-жа Elizabeth Neville
Секретарь, Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-жа Päivi Ruukkölä
Финская ассоциация борьбы с болезнями легких