

Современная практика лечения туберкулеза с учетом хронических случаев и мигрантов

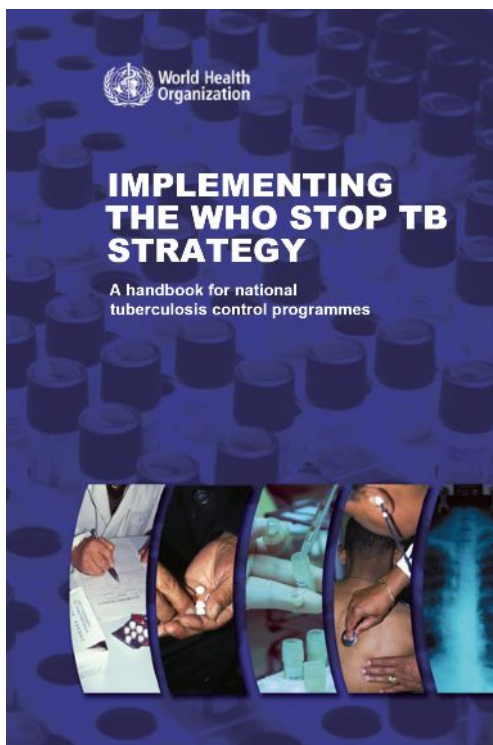
Ханс Клюге



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Europe

Рекомендованные схемы повторного лечения



Диагностическая категория больного	Диагностическая категория больного ТБ	Схемы лечения туберкулеза	
		Начальная фаза лечения	Фаза продолжения лечения
II	Рецидивы Лечение после прерывания лечения	Предпочтительное 2 HRZES/1HRZE Возможен вариант 2 (HRZES) ₃ /1(HRZES) ₃	Предпочтительное 5 HRE Возможен вариант 5 (HRE) ₃
II	Неэффективное лечение Категории I <i>В регионах, в которых:</i> Репрезентативные данные надзора за лекарственной устойчивостью указывают на низкую распространённость МЛУ-ТБ или индивидуальные ТЛЧ свидетельствуют о наличии лекарственной чувствительности или <i>В регионах:</i> • При низкой эффективности программы; • При отсутствии репрезентативных данных надзора за лекарственной устойчивостью и/или отсутствии возможности проводить ТЛЧ; • При недостатке ресурсов, необходимых для проведения лечения больных Категории IV	Предпочтительно: 2 HRZES/ 1 HRZE Возможен вариант: 2 (HRZES) ₃ / 1 (HRZE) ₃	Предпочтительно: 5 HRE Возможен вариант: 5 (HRE) ₃
IV	Неэффективное лечение больных Категории I <i>В регионах, в которых</i> • Обеспечивается достаточная эффективность программы; • Репрезентативные данные надзора за лекарственной устойчивостью указывают на высокую распространённость МЛУ/ТБ и/или имеется возможность для проведения ТЛЧ; • Имеется доступ к препаратам второго ряда.	Специально разработанные стандартные ^b или индивидуальные режимы лечения с применением препаратов второго ряда	
IV	Сохранение положительных результатов микроскопии мазка и исследования культур после повторного режима лечения под контролем; подтверждённый МЛУ-ТБ или с подозрением на МЛУ-ТБ ^c	Специально разработанные стандартные или индивидуальные режимы лечения с применением препаратов второго ряда	

Поддерживающие мероприятия в конце жизни



ВСТАВКА 13.1

Поддерживающие мероприятия в конце жизни

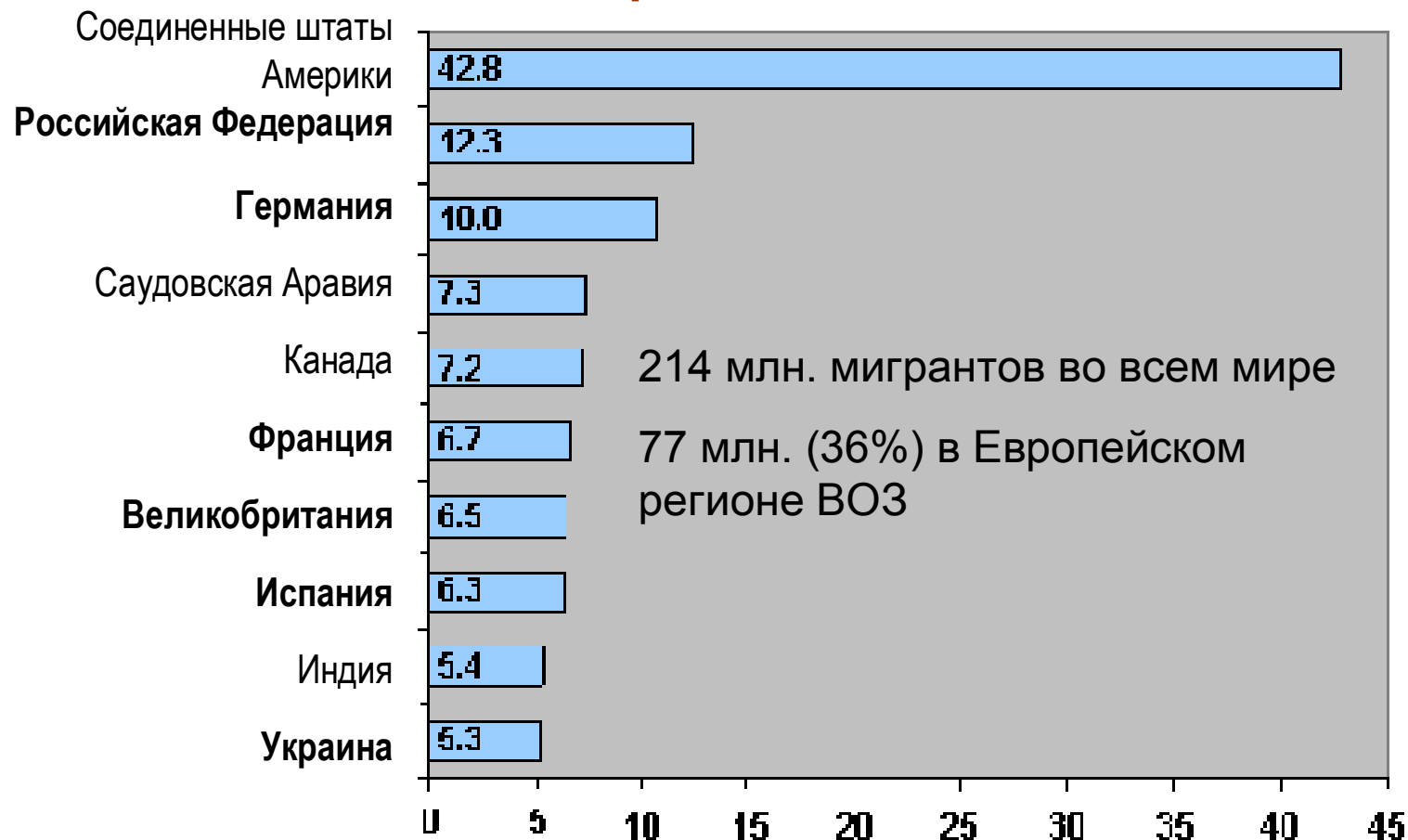
- **Устранение боли и других симптомов.** Парацетамол или кодеин в сочетании с парацетамолом устраняет выраженные боли. Кодеин помимо этого уменьшает кашель. Можно дополнительно использовать другие подавляющие кашель препараты. При необходимости следует применять более сильные анальгетики, включая морфин, если это действительно улучшает самочувствие пациента.
- **Устранение дыхательной недостаточности.** Кислород можно применять для уменьшения одышки. Морфин также существенно снижает дыхательную недостаточность и должен назначаться по мере возможности.
- **Дополнительное питание.** Частые и небольшие по объему приемы пищи обычно бывают оптимальными у пациентов в конце жизни. Следует иметь в виду снижение потребности в пище по мере ухудшения состояния пациента на завершающем этапе его жизни. Следует устранять тошноту и рвоту или любые иные нарушения, препятствующие дополнительному питанию.
- **Регулярные посещения медицинских работников.** Даже после прекращения химиотерапии регулярные посещения лечащего врача и других членов команды не должны прекращаться.
- **Продолжение приема вспомогательных лекарственных средств.** Все необходимые препараты симптоматического действия должны продолжаться назначаться по мере необходимости. Депрессия или возбуждение, если они возникают, требуют целенаправленного воздействия.
- **Госпитализация, помещение в хоспис или сестринское обеспечение на дому.** Смерть пациента на дому является тяжелым испытанием для семьи, которой должна быть предоставлена помощь, аналогичная обслуживанию умирающего в хосписе, если родственники желают оставить больного дома. Госпитализация в конце жизни должна быть обеспечена больным, для которых оказание помощи в домашних условиях оказывается недоступным.
- **Профилактические мероприятия.** Санация ротовой полости, предупреждение пролежней, купание и профилактика мышечных контрактур показаны всем пациентам. Очень важны регулярные дозированные движения даже у лежачих больных.
- **Инфекционный контроль.** Пациенты, прекратившие прием противотуберкулезных химиопрепаратов из-за отсутствия эффекта, часто остаются источниками инфекции на протяжении длительного времени. Меры инфекционного контроля должны использоваться в полном объеме (см. главу 15).

Миграция – это жизненное явление



Источник: МОМ

Первая десятка стран с присутствием мигрантов; всемирные данные, 2009 г.



UN Population Division. *International Migration 2009*

Миграция и здоровье

Большинство мигрантов здоровы, но условия процесса миграции и новой жизни в принимающем сообществе могут представлять риски для здоровья:

- Повышенная уязвимость к факторам, обуславливающим плохое состояние здоровья
- Неравный доступ к медицинским услугам
- Медицинская помощь низкого качества
- Более высокое отрицательное воздействие на здоровье при болезни



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Europe

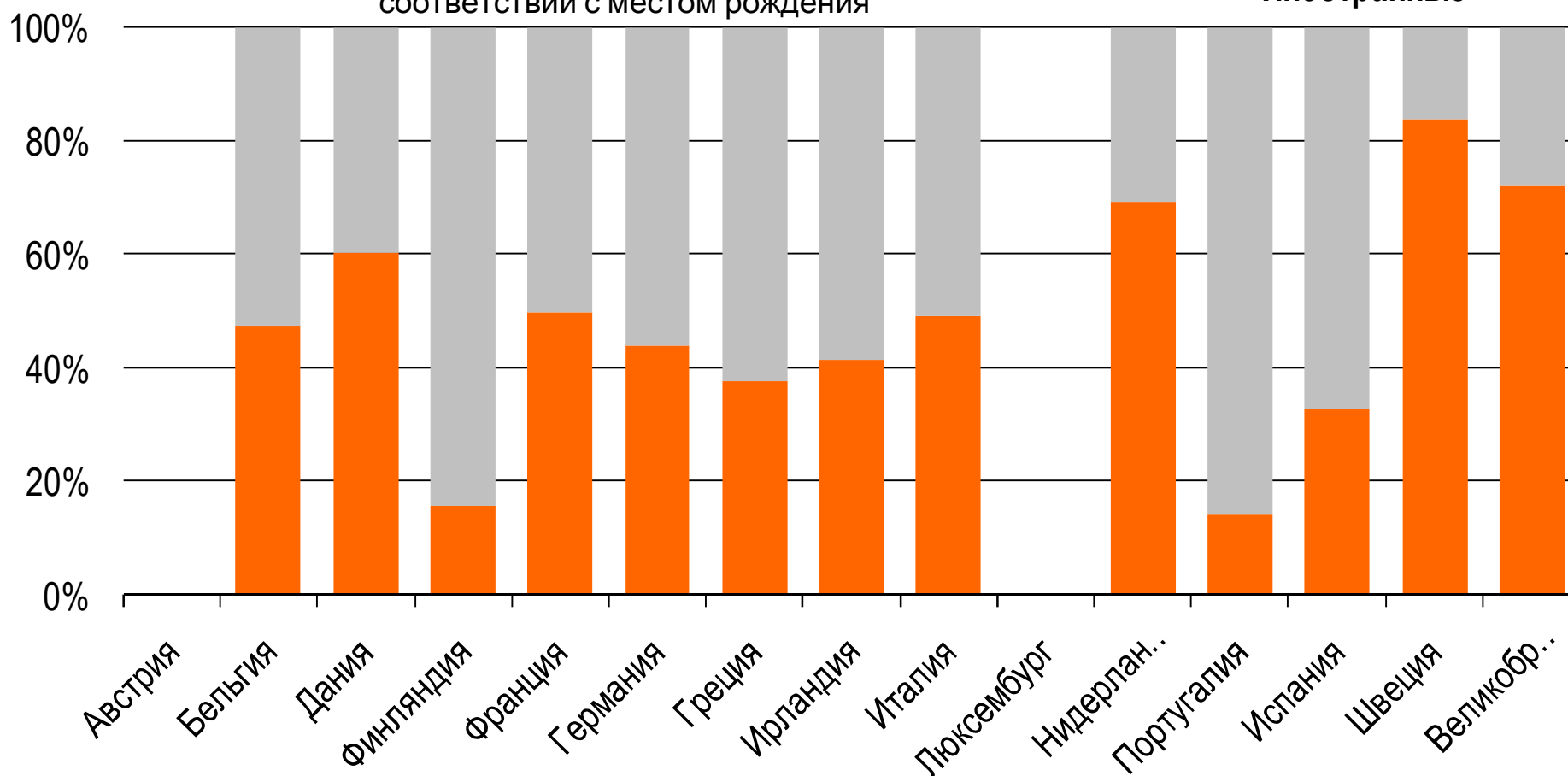
care considering
chronic TB cases and migrants

Tashkent, 15 April 2011

Зарегистрированные случаи ТБ по происхождению; ЕС-15, 2008 г.

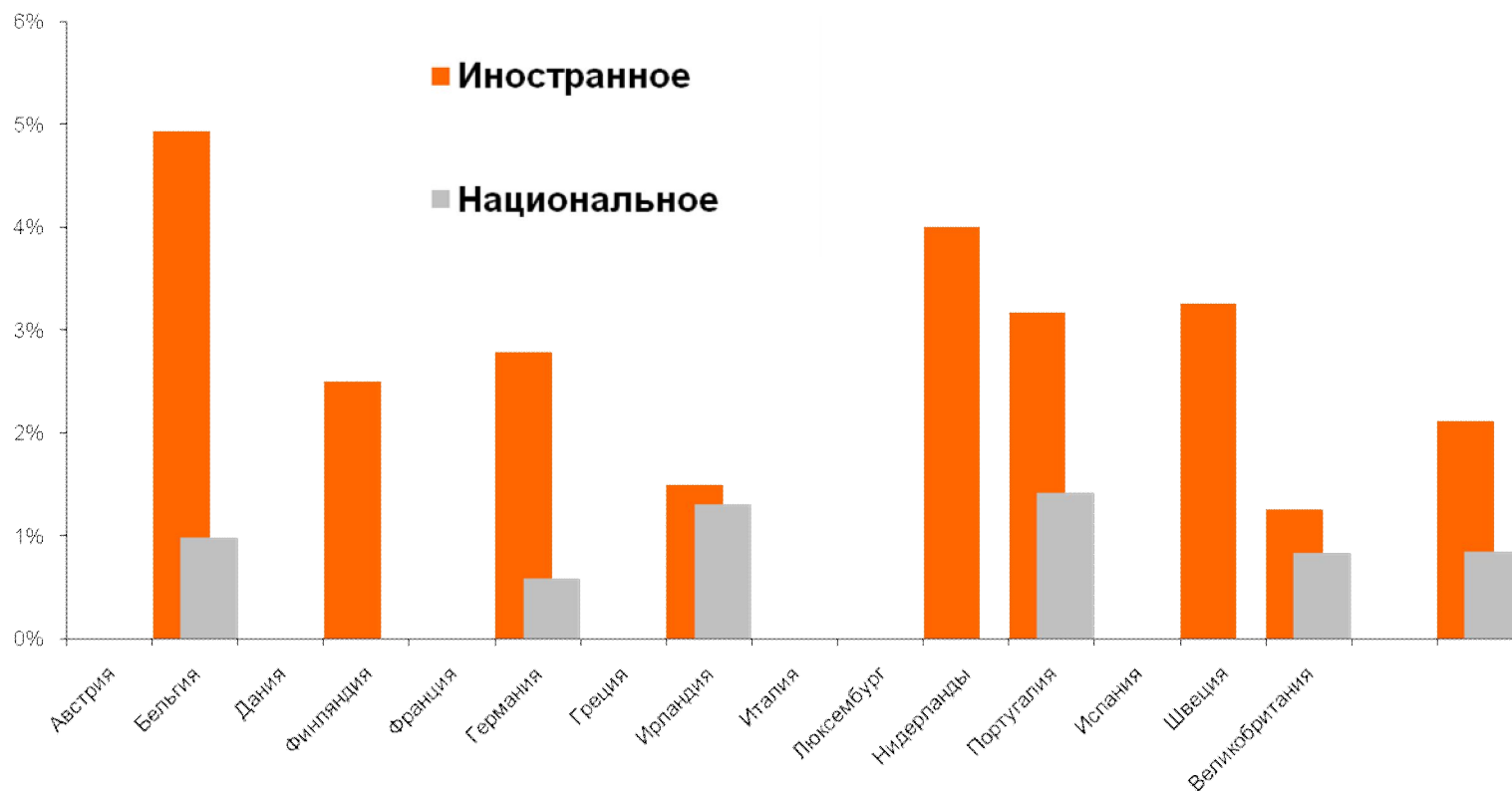
■ Национальные
■ Иностранные

Примечание: во многих странах, происхождение случаев определяется в соответствии с местом рождения



ECDC/WHO-EURO: Tuberculosis surveillance in Europe 2008. Stockholm, ECDC, 2010

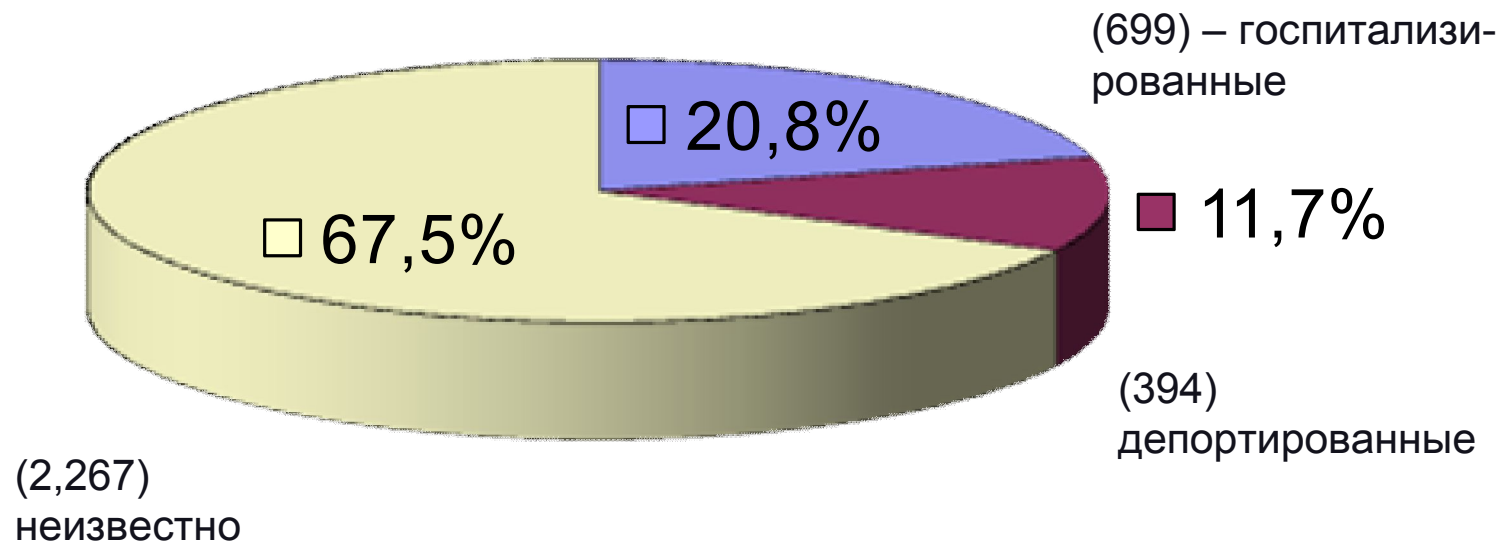
МЛУ-ТБ среди случаев ТБ с ТЛЧ национального и иностранного происхождения; ЕС-15, 2008 г.



ECDC/WHO-EURO: Tuberculosis surveillance in Europe 2008. Stockholm, ECDC, 2010

Выявление ТБ среди мигрантов; Россия, март-декабрь 2007 г.

600000 человек прошли осмотр –
выявлено 3058 случаев ТБ (>500 на 100000)



Source: N. Frolova, Unit for Surveillance of Inf. and Parasitic Diseases, Moscow. Presentation in Wolfheze 2008

Исследование по трудовым мигрантам; Таджикистан, апрель-июнь 2009 г.

- Совместное исследование МОМ-ВОЗ/ЕВРО в апреле-июне 2009 года: интервью с 509 трудовыми мигрантами и 10 больными ТБ
- Строительная отрасль (74%), сфера обслуживания (10%); 8% торговля(6%)
- Жилищные условия за границей: совместное проживание с еще 4-мя людьми (24%), с 5-8 людьми (20%), ночует на рабочем месте (24%)
- 53% без пособий по болезни со стороны работодателя
- 47% заболели во время пребывания за границей, 31% обращались за медицинской помощью, 58% платили за медицинское лечение
- 10 рабочих с ТБ (подробное интервью):
 - У всех появились симптомы ТБ, диагноз ТБ был поставлен в России
 - Вернулись в Таджикистан из-за высокой стоимости лечения и боязни депортации
 - Шесть мигрантов понесли катастрофические расходы
- Круглый стол в Москве, 21 июля 2009: МОМ, ВОЗ, представители власти стран (здравоохранение и миграция). Рекомендации по совместной оценке, доработке законодательства, единой системе медицинского контроля, обязательному медицинскому страхованию, двухстороннее соглашение, пилотный проект в Таджикистане

Резолюция ВАЗ 61.17

WHA61/2008/REC/1



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ШЕСТЬДЕСЯТ ПЕРВАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЖЕНЕВА, 19–24 МАЯ 2008 г.

РЕЗОЛЮЦИИ И РЕШЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЯ

ЖЕНЕВА
2008 г.

Призывает к:

- Политике чувствительной к здоровью мигрантов
- Равноправному доступу к обслуживанию
- Информационным системам для оценки здоровья мигрантов
- Обмену информацией по передовой практике
- Повышению культурной восприимчивости и гендерной чувствительности, а также специальному обучению медицинских работников и профессионалов
- Двух/многостороннему сотрудничеству среди стран
- Сокращению глобального дефицита медицинских сотрудников

Консультации ВОЗ/МОМ по вопросам здоровья мигрантов (Мадрид, 3-5 марта 2010): основные рекомендации

Мониторинг здоровья мигрантов

- Обеспечить стандартизацию и сопоставимость данных о здоровье мигрантов
- Оказать содействие в целях правильной группировки и подбору информации о здоровье мигрантов
- Составить карту передовых практических методов в связи с мониторингом здоровья мигрантов, моделей стратегий, моделей стратегий здравоохранения.

Политическая и правовая база

- Принять соответствующие международные стандарты защиты мигрантов и соблюдать их права на в национальном законодательстве и практике
- Реализация национальных стратегий здравоохранения, продвигающих равный доступ всех мигрантов к медицинскому обслуживанию
- Обеспечить социальную защиту в здравоохранении и социальное обеспечение всех мигрантов.

Системы здравоохранения, чувствительные к нуждам мигрантов

- Гарантировать оказание медицинских услуг мигрантам в соответствии с культурными и лингвистическими потребностями мигрантов
- Повысить потенциал медицинских и соответствующих немедицинских кадров для решения вопросов охраны здоровья, связанных с миграцией
- Оказывать инклюзивные услуги для мигрантов комплексно, согласованно и при устойчивом финансовом обеспечении.

Партнерства, сети, концептуальные схемы на базе

множества стран

- Установить и поддерживать диалог о здоровье мигрантов и сотрудничество между секторами и среди крупных городов и стран происхождения, транзита и пункта назначения
- Решать вопросы здоровья мигрантов в рамках процессов глобальной и региональной консультативной миграции, экономики и развития (например, Глобальный форум по миграции и развитию).

Социально-экономические детерминанты туберкулеза



Решается через и совместно с:

- Национальная программа по борьбе с туберкулезом
- Другие программы здравоохранения
- Другие секторы

Lönnroth K et al. Drivers of TB epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Social Science and Medicine* 68 (2009) 2240-2246

Три уровня действий НТП

В рамках НТП и других государственных программ здравоохранения

- Улучшить ведение сопутствующих заболеваний (ВИЧ, диабет, др.)
- Осуществить меры по работе с группами риска (ЛЖВ, бездомные, заключенные, др.)

С участием системы здравоохранения

- Усилить всех функций системы здравоохранения, направленных на укрепление потенциала по решению проблемы факторов, ведущих к ТБ

За пределами системы здравоохранения (восходящие детерминанты туберкулеза)

- Улучшить социальные, экономические и экологические условия для больных ТБ/семей
- Осуществлять координацию с другими секторами
- Выступать за социальные изменения

Примеры действий в сфере ТБ и миграции

Статус мигрантов увеличивает риск ТБ инфекции, ТБ болезни, обуславливает плохой доступ к медицинскому обслуживанию, прерывание лечения и устойчивость к лекарственным препаратам, смерть

Действия уровня 1 (НТП и государственные программы в сфере здравоохранения)

- Проводить скрининг в целях раннего выявления ТБ
- Пользоваться принципом «обучение равным равного»/услугами медиаторов для наблюдения за лечением и поддержки пациентов
- Обучение мигрантов, подготовка сотрудников противотуберкулезной службы по вопросам сопутствующих заболеваний и понимания особенностей других культур

Действия уровня 2 (система здравоохранения)

- Оказание услуг (по туберкулезу и сопутствующим заболеваниям) бесплатно; конфиденциальный доступ, в том числе для мигрантов с нелегальным статусом; информация о правах пациента; юридическое содействие
- Децентрализация противотуберкулезной службы для расширения доступа

Действия уровня 3 (за пределами системы здравоохранения)

- Сотрудничество между министерствами (здравоохранение, миграция) в целях обеспечения доступа к обслуживанию
- Сотрудничество между странами (принимающая и отправляющая страна) по вопросам обеспечения доступа к обслуживанию
- Информационно-просветительские кампании о недопущении дискриминации

Вольфхезе 2010 г.; 31 мая – 3 июня 2010 г.



Вольфхезе 2010 г.:

...была создана рабочая группа на 20-м юбилее изданий Семинаров Вольфхезе.рабочая группа определит минимальные стандарты лечения туберкулеза, пересекая границы с целью обеспечения соблюдения прав пациентов и интересов общественного здравоохранения.