

## Насущная необходимость расширения лечения туберкулеза

Уважаемые министр здравоохранения, медицинский директор организации «Врачи без границ», высокие гости ...

Прежде всего я хочу выразить благодарность организаторам симпозиума за оказанную мне честь выступить с вступительной речью на этом мероприятии.

Мне представляется очень правильным, что обсуждение расширения лечения туберкулеза начинается с рассмотрения ситуации с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, сложившейся в современном мире. Эра противотуберкулезной химиотерапии началась всего 70 лет назад, для истории взаимоотношений человечества и туберкулеза это очень поздно. Оптимизм, вызванный появлением «чудо-лекарств», быстро иссяк, когда стало ясно, что устойчивость организма к этим лекарствам развивается очень быстро. С тех пор развитие устойчивости к противотуберкулезным препаратам является самой серьезной проблемой в лечении туберкулеза, что объясняет сложность схем лекарственного лечения, длительность лечения и токсичность препаратов. Вероятность успешного исхода лечения уменьшается, так как многим больным лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза не удается побороть болезнь, несмотря на прием лекарств, они решают отказаться от лечения или умирают. Лекарственная устойчивость развивается и нарастает в результате неправильного лечения и ненадлежащего инфекционного контроля. Моделирование ситуации на основе данных из стран Восточной Европы и других регионов указывает на возможность очень широкого распространения устойчивых штаммов в отсутствие соответствующего контроля.

Развитие лекарственной устойчивости – это угроза для каждого больного туберкулезом. Степень этой угрозы зависит от способности системы здравоохранения обеспечить приверженность больных лечению, от качества противотуберкулезных препаратов, а также от уровня распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди населения. К счастью, в настоящее время подавляющее большинство больных туберкулезом во всем мире страдают лекарственно-чувствительной формой туберкулеза и могут быть успешно вылечены доступными противотуберкулезными препаратами в течение 6 месяцев.

По данным ВОЗ, около 3% впервые выявленных больных туберкулезом поражены штаммом туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и не восприимчивы к двум

наиболее эффективным и действенным противотуберкулезным препаратам. Однако уровень распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью среди больных в разных регионах мира сильно различается. В странах Восточной Европы и в том числе республиках Центральной Азии зарегистрированы рекордно высокие уровни распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. В странах бывшего Советского Союза почти каждый четвертый больной туберкулезом поражен штаммом туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. В ходе последних исследований форма туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью была диагностирована у более чем половины больных туберкулезом, ранее лечившихся противотуберкулезными препаратами, в Казахстане, Таджикистане и Узбекистане. Уровень распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Центральной Азии самый высокий в мире. Все страны, за исключением Туркменистана, сообщают о случаях заболевания туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью: это больные формой туберкулеза с множественной устойчивостью, которые утратили чувствительность к двум наиболее действенным препаратам второго ряда.

Борьба с туберкулезом в странах Восточной Европы и Центральной Азии – приоритетное направление работы для Европейского Бюро ВОЗ. В 2009 численность в пяти центральноазиатских странах было зарегистрировано 70 000 случаев туберкулеза, а коэффициент заболеваемости составил от 68 до 202 человек на 100 000 населения. Еще одна причина для тревоги и озабоченности – ВИЧ-инфекция. Нигде в мире этот вирус не распространяется так быстро, как в Восточной Европе и Центральной Азии, и это единственные регионы в мире, где рост эпидемии очевиден. Сложившаяся ситуация не может не настораживать, и если она не будет взята под контроль, тенденция к снижению показателей заболеваемости туберкулезом в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане, наметившаяся в последние годы, может быть повернута вспять. Примеров этому в других регионах немало.

Показатели исхода лечения больных туберкулезом остаются неудовлетворительными. В 2008 ни одна из пяти стран Центральной Азии не смогла довести показатель успешности лечения впервые выявленных больных до 85%. Одна из причин этого - несоответствующие схемы лечения для больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. От 6 до 26 процентов пациентов завершили лечение с неблагоприятным исходом, что в некоторой степени можно объяснить отсутствием приверженности лечению, если не полным нарушением режима лечения, - тенденцией, способной привести к нарастанию устойчивости.

Данные эпидемиологического надзора по лекарственно-устойчивому туберкулезу в странах Центральной Азии остаются неполными и основаны на устаревших

исследованиях, суб-национальных исследованиях и математическом моделировании. По оценкам, ежегодно возникает около 12 000 случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Доля больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, указанная в НТП, достигает лишь половины или даже меньше того количества, которое можно ожидать среди больных туберкулезом во всех странах Центральной Азии, кроме Кыргызстана. Показатели по включению в программы лечения еще ниже.

Включение больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в качественные программы лечения, соответствующие стандартам ВОЗ, идет медленно. Даже с учетом того, что во всех центральноазиатских странах, кроме Туркменистана, сейчас действуют проекты, одобренные Комитетом Зеленого Света, в общей сложности на конец 2009 года в программы лечения препаратами второй линии были включены лишь 3000 пациентов. В рамках проектов Комитета Зеленого Света успешность лечения больных, начавших лечение в 2007 году, составила 50% в Кыргызстане и 55% в Узбекистане, в обоих когортах регистрировался высокий уровень отказа от лечения (36% и 23% соответственно).

Давайте теперь взглянем на то, как в течение последних четырех лет развивались события в сфере политики борьбы с туберкулезом. В октябре 2007 года Европейским бюро ВОЗ в Берлине был организован Европейский министерский форум по борьбе с туберкулезом. Участники признали, что европейский "регион имеет высокий процент неблагоприятных исходов лечения в результате плохой реализации принятой на международном уровне стратегии борьбы с туберкулезом". В последовавшей за этим "Берлинской декларации" подчеркивалась важность "целенаправленных действий" по борьбе с туберкулезом с лекарственной устойчивостью и необходимость укрепления компонентов стратегии "Остановить туберкулез" в регионе, с тем чтобы решать проблему лекарственно-устойчивого туберкулеза.

В 2009 году два знаковых события дали новый импульс глобальной борьбе против туберкулеза с лекарственной устойчивостью. В апреле министры здравоохранения из 27 стран с наиболее высоким бременем МЛУ ТБ в мире - в том числе Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан - приняли участие в совещании в Пекине, Китай, в котором участвовали Генеральный директор ВОЗ и Билл Гейтс. Призыв к действию, выработанный на этой встрече, направлен на достижение консенсуса и

политической приверженности на глобальном уровне и поддержку безотлагательных действий по целому ряду проблем, стоящих на пути эффективного осуществления мер по предотвращению и лечению МЛУ ТБ. В продолжение этого процесса через месяц Всемирная ассамблея здравоохранения приняла важную резолюцию по "Профилактике и борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом и туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью".

Трудно было бы пожелать больших результатов в отношении легитимности и выражения политической воли. Анализ ограничений и особых обстоятельств был основан на наиболее полной имеющейся информации и отзывах экспертов в борьбе с туберкулезом мирового класса. Был четко обозначен путь улучшения возможностей лечения больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью. У ВОЗ и ее партнеров теперь есть прочная основа для построения плана действий для национальных программ.

Итак, где мы находимся сейчас, спустя два года после этих заключений?

Кратко перечислив все основные элементы плана, я хочу выделить те элементы, которые имеют особое значение для Центральной Азии.

Во-первых, усилия по "перекрытию" возникновения новых случаев заболевания туберкулезом с лекарственной устойчивостью в Центральной Азии остаются недостаточными. Помимо того, что все страны не достигли целевого 85-процентного уровня успешного лечения среди новых больных туберкулезом, у пациентов, ранее получавших лечение, показатели еще хуже, неудачный исход лечения в одной из стран достиг 32%, а отказ от лечения 9%. Кроме того, в трех странах (Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан) не удалось достичь намеченных 70% выявления случаев заболевания туберкулезом в 2009 году.

Во-вторых, финансирование борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью остается на низком уровне. В 2009 году только Казахстан, Кыргызстан и Узбекистан представили бюджет для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Сводный бюджет составил 2,6 млн. долларов США, причем на долю Узбекистана приходится четыре пятых этой суммы. Шестьдесят

восемь процентов потребностей в области лечения МЛУ ТБ в этих трех странах были отнесены в раздел недостаточного финансирования. Это означает, что мобилизация внутренних и внешних ресурсов была неэффективной. Ожидается, что в будущем большее внимание будет уделено усилиям, направленным на максимальное использование внутренних ресурсов, а не поискам финансирования извне.

В-третьих, в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения был определен целый комплекс мер по обеспечению всеобщего доступа к диагностике и лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. На основе отчетов, имеющихся в распоряжении ВОЗ, нам представляется, что в республиках Центральной Азии в этой сфере еще многое нуждается в доработке и улучшении. Сюда относится создание более благоприятных условий для обращения пациентов за медицинской помощью, в частности перемещенных лиц, бывших заключенных и других уязвимых групп. Необходимы хорошо подготовленные медицинские кадры, улучшения в сфере лабораторных исследований и диагностики - в частности, экспресс-тестирование на восприимчивость к рифампицину, поставки необходимых лекарств, а также меры по поддержанию их эффективности, и серьезные улучшения в охвате и полноте данных для наблюдения и контроля мер по достижению целевых показателей приема и лечения пациентов в рамках национальных программ. Долгосрочные решения с использованием современных систем 21-го века необходимы для рационализации обработки как данных о пациентах, так данных, получаемых в лабораториях, где проводятся тесты на лекарственную чувствительность. Наконец, важным вопросом в лечении пациентов остается инфекционный контроль как в больнице, так и по месту жительства.

Прошло тридцать два года после принятия Алма-Атинской декларации. Но противотуберкулезные системы в большинстве стран Восточной Европы продолжают функционировать преимущественно по вертикальной модели, с очень слабой степенью интеграции в систему первичной медицинской помощи. Несмотря на высокие показатели регистрируемых случаев туберкулеза в Центральной Азии, на каждого пациента с положительным мазком мокроты приходится от одного до пяти семейных врачей.

Борьба с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в настоящее время – это приоритетное направление работы для Европейского бюро ВОЗ.

Проблему МЛУ ТБ планируется решать путем укрепления систем здравоохранения. Консолидированный план действий по предотвращению и борьбе с МЛУ/ ШЛУ ТБ на 2011-2015 годы разрабатывается как план действий для государств-членов, Европейского бюро ВОЗ и его партнеров. Работа над Планом ведется на основе широких консультаций с экспертами, пациентами и представителями общества. MSF принадлежит крайне важная роль в осуществлении этого плана. Он будет представлен на утверждение Европейского регионального комитета ВОЗ в Азербайджане в сентябре 2011 года вместе с сопровождающей резолюцией.

В ходе симпозиума вы обсудите ключевые вопросы, касающиеся моделей лечения больных туберкулезом. В Центральной Азии госпитализация остается основным подходом к лечению больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Последний проведенный нами в четырех странах обзор результатов лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, в котором мы сравнили модели преимущественно амбулаторного и преимущественно стационарного лечения, не показал лучших результатов в модели, основанной на госпитализации больных. Госпитализация – важное вспомогательное средство для лечения больных, которых нельзя вылечить в иных условиях. Однако этот подход имеет ряд недостатков, как, например, оторванность больного от дома и привычного окружения, а также риск внутрибольничной передачи инфекции туберкулеза. Поэтому ВОЗ рекомендует амбулаторный подход к лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, где это возможно, оставляя госпитализацию для тяжелых случаев. Переход от принципа обязательной госпитализации к более прагматическому подходу к лечению стал бы действительно смелым решением. Но это один из примеров слабых сторон системы здравоохранения, которые должны быть устранены путем внесения соответствующих изменений в стратегию лечения, если мы действительно хотим в скором времени добиться успехов в борьбе с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Поэтому мы возлагаем надежду на новое поколение энергичных лидеров в области здравоохранения, с тем, чтобы они могли порвать с этим наследием прежней системы.

Поэтому ВОЗ рекомендует, чтобы амбулаторное ведение больных с МЛУ-ТБ было предпочтительно, где только это возможно, а госпитализация рассматривалась как вариант только в самых серьезных случаях. Необходимо волевое решение, чтобы отойти от парадигмы обязательной госпитализации и переключиться на более прагматичный способ ведения дел. Но в этом как раз и состоит пример слабости систем здравоохранения, которые приходится исправлять посредством изменений свода

правил, если мы действительно хотим совершить быстрый прогресс в деле контроля над МЛУ-ТБ. Поэтому мы возлагаем надежду на новое поколение энергичных лидеров в области здравоохранения, с тем, чтобы они могли порвать с этим наследием прежней системы.

С этими мыслями я желаю вам успеха, а мы во Всемирной организации здравоохранения с интересом ждем от последующих двух дней обсуждений конструктивных рекомендаций.