



Комплексное лечение туберкулеза для всех – опыт Каракалпакстана

Программа «Комплексное лечение туберкулеза для всех» - это совместная работа Министерства здравоохранения Автономной Республики Каракалпакстан и международной гуманитарной медицинской организации «Врачи без границ»/ Médecins Sans Frontières.



Резюме

Начиная с 1998 года организация «Врачи без границ» / Médecins Sans Frontières (MSF)¹ совместно с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан ведет борьбу против растущей угрозы туберкулеза и в том числе лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

Статистические эпидемиологические данные по Узбекистану указывают на то, что туберкулез в Узбекистане - проблема, внушающая глубокую озабоченность, и дают все основания считать борьбу с туберкулезом в стране первоочередной задачей. По оценкам распространенности данного заболевания в стране, общее количество больных туберкулезом составляет 63 000 человек, что соответствует коэффициенту распространенности 227 человек на 100 000 населения. В рамках Европейской программы ВОЗ только три другие страны (Таджикистан, Кыргызстан и Молдова) имеют более высокий уровень распространенности туберкулеза.

Особую тревогу вызывает уровень распространенности инфекции с множественной лекарственной устойчивостью. Согласно данным ВОЗ, 14% всех новых случаев заболевания туберкулезом составляют больные формой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. По распространенности этой формы инфекции среди новых случаев заболевания Узбекистан занимает седьмое место в мире. Однако, по наблюдениям внутри нашей программы, доля новых случаев заболевания с положительным результатом микроскопии мазка мокроты, указывающим на форму туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, возрастает.

Правительство Узбекистана признает серьезность проблемы туберкулеза в стране и как страна, подписавшая Берлинскую (2007) и Пекинскую (2009) Декларации по туберкулезу, выполняет принятые обязательства по оказанию серьезного противодействия «опасной угрозе», которую представляет собой данное заболевание.

Изначально MSF принимала участие в реализации трех проектов, направленных на внедрение стратегии DOTS в сотрудничестве с Минздравом. В связи с высокими показателями неблагоприятного исхода лечения противотуберкулезными препаратами первого ряда в рамках реализации проекта DOTS в 2003 году в городе Нукус и в Чимбайском районе Автономной Республики Каракалпакстан, MSF совместно с Минздравом приступила к реализации пилотного проекта DOTS-Плюс. В конце 2010 года ответственность за оперативное управление проектом была передана Минздраву. С начала осуществления программы лечения больных формой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в 2003 году и вплоть до 2010 года в проект принято 1495 больных. Из них 1017 больных завершили курс лечения к концу 2010 года. Уровень успешности лечения был достаточно устойчив — приблизительно 60% ежегодно. Неблагоприятные исходы лечения снизились с 19% в 2005 году до 5% в 2008 году. Уровень смертности неизменно оставался ниже 8%. Нарушители режима лечения составляли

12% в 2005 году и 16% в 2006 году, однако их численность значительно возросла до 25% в 2007 году и оставалась на уровне 25% в 2008 году. Совершенно очевидно, что приверженность больных лечению – основная проблема, требующая решения.

Минздрав и MSF приступили к реализации нового проекта в городах Караузьяк и Тахтакупыр (Каракалпакстан). Цель проекта — обеспечить комплексное лечение туберкулеза, включая экспресс-диагностику и интегрированную терапию DOTS и DOTS-Плюс, для всех больных из всех районов Каракалпакстана.

Данная программа предусматривает клиническое ведение больных, в том числе амбулаторное лечение, оказание современных лабораторных услуг по выявлению лекарственно-чувствительной формы туберкулеза и формы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, позволяющих провести экспресс-диагностику и исследования на лекарственную чувствительность, внедрение эффективных мер инфекционного контроля, психологическое консультирование и оказание поддержки больным в соблюдении режима лечения, медико-санитарное просвещение и осуществление мероприятий по укреплению системы здравоохранения.

На основании своего опыта в диагностике и лечении туберкулеза в Республике Узбекистан MSF может представить следующие три основные рекомендации.

- Туберкулез представляет серьезную угрозу здравоохранению в Узбекистане. Текущие уровни охвата больных туберкулезом и выявляемости случаев заболевания, а также показатели эффективности лечения недостаточно высоки, чтобы можно было надеяться на сдерживание заболевания в среднесрочной перспективе. Поэтому необходимы неотложные меры под руководством правительства Узбекистана и при поддержке международных участников, в том числе MSF, для оказания противодействия этой угрозе общественному здоровью.
- Необходимо расширить доступ к комплексной диагностике и лечению туберкулеза. В настоящий момент менее 10% населения имеет доступ к надлежащей диагностике и лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. В процессе реализации своего проекта в Каракалпакстане, MSF в сотрудничестве с Минздравом внедрила различные компоненты диагностики и лечения туберкулеза. Срочно необходим план расширения доступа к диагностике и лечению туберкулеза, чтобы каждый больной независимо от места жительства имел непосредственный доступ к тестированию на лекарственную устойчивость в рамках диагностики туберкулеза и мог немедленно начать надлежащее противотуберкулезное лечение.
- Лечение в амбулаторных условиях с самого первого дня курса лечения позволит расширить охват больных и улучшить результаты лечения. Амбулаторная форма лечения в целом должна быть предпочтительнее стационарного лечения, поскольку она снижает риск перекрестной инфекции госпитализированных пациентов лекарственно-устойчивыми штаммами туберкулеза, а также позволила

¹ Список и расшифровку наиболее употребляемых в отчете сокращений см. на стр. 19

бы устранить проблемы с приверженностью лечению, связанные с длительностью срока госпитализации, такие как, например, оторванность больного от привычного окружения. Амбулаторное лечение также имеет преимущество в том, что снижает нагрузку на больницы и позволяет проводить лечение большего количества пациентов.

Правительство Узбекистана хорошо сознает угрозу, которую представляет собой туберкулез, и усиливает целенаправленную политику борьбы с туберкулезом, используя широкий спектр мер и ресурсов. Организация «Врачи без границ» также видит свою первоочередную задачу в оказании помощи Правительству и населению Узбекистана в противодействии этой угрозе, и мы готовы предоставить любую поддержку, дать необходимый совет и поделиться своими знаниями и опытом.

Также MSF хотела бы выразить свою благодарность Правительству Узбекистана и, в частности, руководителям органов здравоохранения на национальном уровне и в Каракалпакстане за активное сотрудничество и хорошие взаимоотношения на протяжении всех четырнадцати лет работы MSF в регионе.

Туберкулез угрожает всему центрально-азиатскому региону

Туберкулез представляет серьезную угрозу общественному здравоохранению не только в Узбекистане.

Во всех пяти странах центрально-азиатского региона очень высок уровень распространенности туберкулеза: Казахстан - 198 человек на 100 000 населения, Кыргызстан - 236, Таджикистан - 374, Туркменистан - 82 (хотя эти данные, скорее всего, значительно занижены) и Узбекистан - 227.

Уровень смертности также одинаково высок во всех странах региона: Казахстан - 20 человек на 100 000 населения, Кыргызстан - 22, Таджикистан - 48, Туркменистан - 20 человек и Узбекистан - 19.

Количество больных на лечении и коэффициенты эффективности лечения несколько различны: Казахстан - 6167 больных в когорте, 64% вылечено, Кыргызстан - 1640, 80%, Таджикистан - 2057, 76%, Туркменистан - 1331, 83% и Узбекистан - 5117, 75%.

Очевидно, что сильная руководящая роль правительств стран региона способна не только помочь собственному населению, но и дать мощный толчок региональным усилиям по борьбе с туберкулезом. Более того, это указывает на то, что обмен знаниями и опытом между государствами окажет исключительно благоприятное воздействие на качество лечения больных, на количество охваченных лечением больных и на результаты лечения.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (2009), Всемирный отчет по туберкулезу. ВОЗ: Женева. [см. онлайн http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html.]

Введение



С 1998 года организация «Врачи без границ» совместно с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан ведет борьбу против растущей угрозы туберкулеза, в том числе, лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в стране.

MSF ставит перед собой цель воздействовать на ситуацию с эпидемией туберкулеза в Узбекистане путем снижения заболеваемости и смертности от этого заболевания и ограничения его распространения. Мы добиваемся поставленной цели двумя способами: прежде всего, помогаем Минздраву выстроить высококачественную программу лечения в Каракалпакстане, предусматривающую эффективную диагностику и лечение больных в данном регионе. Во-вторых, используя эту программу в качестве модели, пропагандируем ее распространение на другие регионы Узбекистана и другие страны Средней Азии, которые сталкиваются с подобными проблемами.

Данный отчет кратко описывает, что было сделано до настоящего момента в Каракалпакстане, включая проектное решение и медицинские результаты. На основании этого опыта в отчете представлены определенные выводы на будущее. В частности, рекомендуется подход к лечению туберкулеза, более ориентированный на нужды самих пациентов.

Кроме того, данный отчет — это попытка внести свой вклад в развивающуюся дискуссию в регионе Центральной Азии, поскольку различные страны мобилизуют усилия в борьбе против заболевания.

Справка

Страна с населением 26 млн. 400 тыс. человек, расположенная в Центральной Азии, Республика Узбекистан приобрела государственность 31 августа 1991 года, когда провозгласила свою независимость от бывшего Советского Союза².

Сохраняя стабильность с момента провозглашения независимости, страна продвигается вперед к достижению своих целей развития: страна успешно преследует Цели Развития Тысячелетия в области начального образования и расширения прав и возможностей женщин. Страна делает определенные успехи в преодолении крайней бедности, снижении детской смертности и укреплении материнского здоровья.³ Узбекистан занимает 102 место среди 169 стран в Индексе развития человеческого потенциала, и также считается страной со средним уровнем дохода в пересчете валового внутреннего продукта на душу населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении здесь составляет 68,2 года, смертность среди детей в возрасте до пяти лет — 38 человек на 1000 живорожденных детей, на здравоохранение в стране тратится 2,3% ВВП.⁴

Тем не менее, страна стоит перед лицом серьезных угроз здоровью населения, включая растущее распространение инфекции туберкулеза. Система здравоохранения страны отражает наследие бывшего Советского Союза. Ведение случаев туберкулеза централизовано в специализированных противотуберкулезных учреждениях, и законом предусмотрена длительная госпитализация. Необходимо усилить меры инфекционного контроля, как в стационарных, так и в амбулаторных противотуберкулезных учреждениях, а также решить проблему недостаточной оснащенности лабораторий.

Правительство Узбекистана признает серьезность проблемы туберкулеза в стране, и как страна, подписавшая Берлинскую (2007) и Пекинскую (2009) Декларации по туберкулезу, выполняет принятые обязательства по оказанию серьезного противодействия «опасной угрозе», которую представляет собой данное заболевание.

В стране действуют две параллельные системы лечения туберкулеза. Стратегия DOTS - краткий курс лечения под непосредственным наблюдением - внедрена на всей территории Узбекистана. Тем не менее, встречаются и другие подходы к лечению туберкулеза, такие как, например, самолечение, сезонное лечение, а также противорецидивное лечение. Противотуберкулезные препараты первого и второго ряда можно приобрести в местных аптеках без рецепта. Начато внедрение стратегии

«Остановить туберкулез», состоящей из шести пунктов.⁵ Однако на данном этапе лечение лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в рамках стратегии DOTS-Плюс доступно лишь населению Ташкента и некоторых районов Каракалпакстана (г.Нукус, Чимбайский, Караузьякский и Тахтакупырский районы), на которые распространяется программа лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза Минздрава и MSF.

Эпидемиология

Эпидемиологические данные по Узбекистану указывают на то, что туберкулез в Узбекистане - проблема, внушающая глубокую озабоченность, и это дает все основания считать борьбу с туберкулезом в стране первоочередной задачей.

По оценкам ВОЗ распространенности данного заболевания в стране, общее количество больных туберкулезом составляет 63 000 человек, что соответствует коэффициенту распространенности 227 человек на 100 000 населения.⁶ В рамках Европейской программы ВОЗ только три другие страны (Таджикистан, Кыргызстан и Молдова) имеют более высокий уровень распространенности туберкулеза, хотя следует отметить, что для региона характерно занижение сведений и данных по туберкулезу⁷. Заболеваемость туберкулезом составляет 35 000 человек в год или 128 человек на 100 000 населения. Смертность от туберкулеза (за исключением случаев смертности от ВИЧ инфекции) также повысилась. По оценкам, в 2009 году от туберкулеза умерло около 5 100 человек, что в долевым выражении составляет 19 человек на 100 000 населения. Уровни распространенности, заболеваемости и смертности от туберкулеза остаются более или менее стабильными на протяжении последних 20 лет.⁸

В 2009 году в стране было зафиксировано в целом 21 453 случая туберкулеза, при этом из них 16 569 — это новые случаи заболевания и 2 451 — это случаи повторного лечения. Если сравнивать эти показатели с уровнем заболеваемости, очевидно, что выявляемость случаев заболевания составляет 50%, при этом заболевание не диагностируется и не лечится у 35 000 больных ежегодно.⁹

⁵ «Стратегия «Остановить туберкулез» — рекомендованный ВОЗ подход к снижению бремени туберкулеза в соответствии с глобальными целями. Шесть основных компонентов стратегии таковы: следовать путем расширения и улучшения предоставления высококачественного лечения DOTS; решать проблемы сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ и МЛУ-ТБ, а также потребности бедного и уязвимого населения; содействовать укреплению системы здравоохранения, основанной на первичной медицинской помощи; задействовать все уровни предоставления медицинской помощи; повышать возможности пациентов с туберкулезом и местные сообщества через партнерства; а также предоставлять возможность и содействовать проведению исследования».

⁶ Всемирная Организация Здравоохранения (2009), Всемирный Отчет по Туберкулезу. ВОЗ: Женева. [см. онлайн http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/en/index.html]

⁷ Например, см. Врачи без границ (2010), Непрозрачная система здравоохранения Туркменистана. MSF: Берлин. [см онлайн http://www.msf.org/msf/fms/article-images/2010-00/turkmenistan_health_system.pdf]

⁸ Всемирная организация здравоохранения (2010), Всемирный Отчет по Туберкулезу. ВОЗ: Женева. [см. онлайн http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html]

⁹ Там же.

² Правительство Узбекистана (2011), правительственный портал Республики Узбекистан. [Онлайн]. [см. <http://www.gov.uz/ru/>]

³ MDG Monitor (2011), Отслеживая Цели Развития Тысячелетия: Достижения Узбекистана по каждой Цели [Онлайн]. [см. http://www.mdgmonitor.org/country_progress.cfm?c=UZB&cd=860]

⁴ Программа Развития ООН (2010), Отчет о Развитии Человеческого Потенциала. ПРООН: Нью-Йорк. [см. онлайн <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/>]



© Миша Фридман/MSF



© Миша Фридман/MSF

Большую озабоченность вызывает уровень распространенности инфекции туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью: согласно данным ВОЗ, 14% новых случаев заболевания туберкулезом составляют больные формой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). По этому показателю — распространенность МЛУ-ТБ среди первичных больных - Узбекистан занимает седьмое место в мире. Доля случаев МЛУ-ТБ в общем количестве случаев заболевания туберкулезом в стране оценивается в 4 700 случаев в год.¹⁰ Подавляющее большинство таких больных (90%) остаются невыявленными и не получают лечения.

¹⁰ Всемирная организация здравоохранения (2010), Форма туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и с широкой лекарственной устойчивостью (М-ШЛУ -ТБ): глобальный отчет по наблюдению и реагированию 2010. ВОЗ: Женева.

В Автономной Республике Каракалпакстан уровень заболеваемости и распространенности заболевания — одни из самых высоких в регионе: 136 и 454 человека на 100 000 населения в год,¹¹ соответственно.

Исследование лекарственной устойчивости, проведенное MSF в 2001 году, выявило, что 13% всех новых случаев заболевания туберкулезом и 40% всех ранее лечившихся больных туберкулезом составляли больные формой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.¹² Повторное исследование не проводилось, что исключило возможность анализа имевших место тенденций. В нашей программе мы наблюдаем, что соотношение случаев формы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью среди первичных БК+ случаев превышает 40%. Это текущие лабораторные данные, которые могут иметь погрешности. Тем не менее, они свидетельствуют о повышении уровня распространенности и подчеркивают исключительную важность обследования всех больных туберкулезом на лекарственную устойчивость.

Возникновение формы туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ), обусловленной бактериями, устойчивыми к наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам второго ряда, еще более осложняет ситуацию. ШЛУ-ТБ - результат развития устойчивости к противотуберкулезным препаратам второго ряда, как правило, из-за неправильно проведенного лечения МЛУ-ТБ. Распространение штаммов с широкой лекарственной устойчивостью вызывает глубокую озабоченность в связи с тем, что в будущем возможна вспышка эпидемии форм туберкулеза, для лечения которых способы лечения очень ограничены. Повышение уровня распространенности ВИЧ инфекции, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков, также вызывает тревогу, хотя воздействие этого вируса еще не столь выражено среди больных туберкулезом в Каракалпакстане.

Эволюция проекта

От внедрения стратегии DOTS ...

Организация «Врачи без границ» занимается лечением туберкулеза в Узбекистане начиная с 1998 года, работая в партнерстве с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Изначально MSF принимала участие в реализации трех проектов, направленных на внедрение стратегии DOTS, работая в сотрудничестве с Минздравом в Автономной Республике Каракалпакстан, в Хорезмской области Узбекистана и в Дашогузской области соседнего Туркменистана. По завершении реализации этих проектов в июле 2004 года Минздрав принял на себя оперативное управление внедрением стратегии DOTS в этих областях.

¹¹ Хамраев А.К. (2008), Борьба с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза в Каракалпакстане [презентация.]

¹² Кокс Х., Кебеде Й., Алламуратова С., Исмаилов Г., Давлетмуратова З. и др. (2006) «Рецидив туберкулеза и смертность после успешно проведенного лечения: влияние лекарственной устойчивости». Журнал PLoS Medicine. 3(10): e384. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030384

... к лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза ...

В связи с высокими показателями неблагоприятного исхода лечения в районах реализации проекта DOTS, Минздрав одобрил запрос MSF на проведение исследования лекарственной устойчивости. Результаты исследования свидетельствовали об очень высоком уровне распространенности ЛУ-ТБ, в том числе среди новых больных. Таким образом, в 2003 году для лечения таких больных совместными усилиями MSF и Минздрава в городе Нукусе и в Чимбайском районе Каракалпакстана был открыт пилотный проект DOTS-Плюс. Данный проект получил одобрение Комитета Зеленого Света (КЗС) - экспертной наблюдательной и консультативной комиссии - которое подтверждало качество и способность данного проекта проводить лечение должным образом.

Основной базой для реализации проекта стала Республиканская противотуберкулезная больница №2 — медицинское учреждение на 75 коек, отремонтированное MSF специально для приема больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Она расположена в полчаса езды от центра Нукуса и функционирует как часть созданной Минздравом системы стационарных учреждений, которая в том числе включает в себя районные противотуберкулезные диспансеры и более широкую сеть учреждений DOTS. В Нукусе также была создана высококачественная бактериологическая лаборатория (в Республиканском противотуберкулезном диспансере №1), позволяющая своевременно диагностировать ЛУ-ТБ.

Согласно действующему законодательству, больной туберкулезом госпитализируется в стационар. По завершении стационарной фазы лечения, согласно подходу, ранее внедренному в программу в экспериментальном порядке, больные продолжают лечение в амбулаторных условиях в поликлиническом отделении противотуберкулезной больницы и уголках DOTS-Плюс

на базе поликлиник Минздрава в г.Нукусе, а также в уголках DOTS-Плюс и сельских здравпунктах в Чимбайском районе.

Проект начинался как пилотный с лечения 100 больных из Нукуса и Чимбайского района, а затем, в 2005 году, он был расширен, и в нем проходили лечение уже 750-800 пациентов. С 2003 года и до 31 декабря 2010 года, когда проект был передан Минздраву, в программу было включено 1495 больных. По состоянию на конец 2010 года было зафиксировано 1017 результатов лечения (в том числе, «вылечен», «лечение завершено», «неблагоприятный исход лечения», «умер», «нарушение режима лечения» и «переведен» [в другое медицинское учреждение]). Уровень успешности лечения был относительно стабильным и составлял приблизительно 60% каждый год, что является удовлетворительным результатом. Весной 2009 года амбулаторное лечение было интегрировано в существующую сеть уголков DOTS в поликлиниках города Нукус. Ответственность за клиническое ведение больных на стационарной и амбулаторной фазах лечения в Нукусе и Чимбае было целиком и полностью передано MSF Минздраву в декабре 2010 года.

... и вплоть до комплексного лечения туберкулеза.

В январе 2010 года Минздрав и MSF начали реализацию нового проекта в Караузякском и Тахтакупырском районах, расположенных к северу от Нукуского и Чимбайского районов Каракалпакстана. Проект направлен на комплексное лечение туберкулеза, включая быструю диагностику и интегрированную терапию DOTS и DOTS-Плюс, всех больных из всех районов Каракалпакстана с целью оказать существенное воздействие на контролирование эпидемии туберкулеза в регионе. Стратегия данного проекта основывается на внедрении методов быстрой диагностики лекарственной устойчивости и расширении амбулаторного лечения.



Мероприятия в рамках проекта

Клиническое ведение

Проект добился высокого качества клинических услуг, предоставляемых больным туберкулезом в соответствии с рекомендациями ВОЗ:

- Лечение проводится на базе стационарных медицинских учреждений (противотуберкулезная больница №2, сейчас передана в ведение Минздрава) и амбулаторных отделений (прежде всего уголки DOTS и DOTS-Плюс в учреждениях первичного звена здравоохранения — в поликлиниках).
- Внедрена система амбулаторного лечения и лечения на дому, что позволило сократить продолжительность госпитализации. Эта система в настоящий момент распространяется из г.Нукус и Чимбайского района в Караузякский и Тахтакупырский районы.
- Участковые фтизиатры и медсестры, работающие в уголках DOTS на базе поликлиник, теперь полностью включены в оказание ухода за больными туберкулезом и несут ответственность за ежедневную выдачу таблеток, оценку результатов лечения и ведение побочных эффектов.
- Подходы к лечению были стандартизованы и упрощены. Внедрение новых препаратов и подходов к лечению позволило значительно улучшить ведение частых и изнурительных побочных эффектов лечения МЛУ-ТБ.
- На начальных этапах реализации проекта MSF предоставляла все лекарства и большую часть медицинских материалов. Теперь они поставляются через Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный Фонд) и через ЮНИТЭЙД, хотя MSF продолжает предоставлять препараты третьего ряда и время от времени устраняет перебои в поставке противотуберкулезных средств. КЗС утвердил поставку препаратов второго ряда по льготным ценам.

Диагностические услуги

В проекте внедрены передовые технологии, позволяющие проводить ускоренную диагностику и раннее лечение:



- Бактериологическая лаборатория в Нукусе проводит лабораторную диагностику лекарственно-чувствительной и лекарственно-устойчивых форм туберкулеза с использованием передовых методов; клиническая лаборатория на высоком уровне выполняет клинические исследования.
- Использование технологии MGIT (аппарат был предоставлен ФИНД) наряду с традиционными методами выращивания культур и проведение исследования на лекарственную чувствительность позволили значительно сократить время, необходимое для выявления МЛУ-ТБ, и увеличить количество обрабатываемых образцов материала.
- Внедрен новый экспресс молекулярно-генетический тест (GenoType MTBDR-plus производства компании Hain Lifesciences предоставлен ФИНД), позволяющий диагностировать МЛУ-ТБ в течение одного дня в отличие от традиционных методов выращивания культуры, при которых результат известен спустя шесть-восемь недель, и метода выращивания культуры на жидких средах, занимающего две-четыре недели. Данная новая технология была одобрена Минздравом для использования в Каракалпакстане и была внедрена в октябре 2010 года.
- Контроль качества осуществляется при поддержке международной референс лаборатории в г. Борстеле (Германия).

Инфекционный контроль (ИК)

Строгий инфекционный контроль является ключевым компонентом проекта, направленным на ограничение возможных контактов между больными туберкулезом и другими лицами, а также между БК+ и БК- пациентами.

- MSF оказывает поддержку Минздраву во внедрении всех аспектов инфекционного контроля (административные меры ИК, меры ИК окружающей среды и индивидуальные меры ИК) в учреждениях здравоохранения, а также в осуществлении строгого контроля за соблюдением соответствующих требований и рекомендаций. Разработано новое руководство по инфекционному контролю, которое в настоящее время находится на рассмотрении Минздрава.
- Внедряется физическое разделение больных путем раз-

мещения их в отдельных палатах: отремонтированы 10 поликлиник в Нукусе, а также два учреждения первичного звена здравоохранения, и ещё несколько находятся на ремонте.

- Среди других методов - установлены ультрафиолетовые (УФ) лампы, медицинский персонал пользуется респираторами.
- Предприняты значительные усилия для обеспечения надлежащего уровня утилизации отходов, в частности, безопасного уничтожения образцов мокроты.
- Одной из главных задач является обеспечение инфекционного контроля в домах больных на амбулаторном лечении - вентиляции воздуха и раздельного проживания больных, однако эти меры требуют индивидуального подхода в каждом отдельном случае. Всех больных необходимо обучать мерам инфекционного контроля дома, они должны быть обеспечены индивидуальными масками и контейнерами для мокроты.
- Необходимо новое руководство, подробно излагающее необходимые меры ИК на каждом уровне. Необходимо усилить контроль над соблюдением протоколов применения защитных масок и УФ ламп, осуществления вентиляции, а также за медико-санитарным просвещением всех медицинских работников, больных, лиц, ухаживающих за больными, и членов семей больных. Эти требования должны распространяться на все звенья здравоохранения.

Психосоциальная и психологическая поддержка и помощь в соблюдении приверженности лечению

Оказание поддержки больному, а также членам его семьи до начала лечения и на протяжении всего курса лечения является одним из основных компонентов проекта и залогом усиления приверженности больного лечению:

- Большинство больных лекарственно-чувствительной и лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза страдают от побочных действий противотуберкулезных препаратов. Некоторые из побочных действий весьма сильные и продолжительные, в том числе тошнота, головная боль и расстройства сна. В целом, побочные действия можно считать одним из основных трудностей, препятствующих соблюдению режима лечения.
- Сотрудники отдела психосоциальной поддержки MSF проводят консультирование больных в индивидуальном порядке, в группах и в семьях, чтобы помочь им преодолеть побочные действия лекарств, а также социальные трудности, связанные с болезнью.
- Лечащие врачи совместно со специалистами-психиатрами и командой консультантов психо-социальной программы под руководством специалиста по психическому здоровью регулярно проводят диагностику и лечение психиатрических проблем, как ранее существовавших у больного туберкулезом, так и латентных расстройств психики или нарушений, вызванных противотуберкулезной терапией.
- Непрерывная психологическая поддержка является обязательным аспектом паллиативного ухода за неизлечимыми больными с неблагоприятным исходом лечения.
- Социальная поддержка в виде финансовой помощи предоставляется больным, не получающим дохода, или очень бедным больным.

- Существует две различные формы поддержки. «Компенсационная поддержка» необходима для того, чтобы больной продолжал лечение. Это обязательная часть любого высококачественного проекта по борьбе с туберкулезом, которая предусматривает компенсацию транспортных расходов больных, обеспечение больных рациональным питанием. В силу того, что лечение особенно тяжелое, используются также «поощрительные стимулы» как некоторая дополнительная помощь, которая может способствовать усилению приверженности больных лечению (например, продуктовые наборы для всех больных).
- Децентрализация лечения в районы затруднит контроль приверженности больных лечению и оказание психосоциальной поддержки. Для решения этой проблемы в проекте вводится консультант по психосоциальной поддержке для каждого района, который будет консультировать больных и координировать деятельность работников сети поддержки пациентов.
- В каждом районе необходимо наладить активное выявление случаев заболевания, психологическую помощь в соблюдении приверженности лечению и наблюдение за больными, нарушающими режим лечения, (например, выявление лиц, пропустивших один день лечения). Также необходимо обучить больных на лечении и людей из их окружения правилам оказания поддержки «равный-равному».

Медико-санитарное просвещение и мероприятия по охране общественного здоровья

Медико-санитарное просвещение и мероприятия по повышению осведомленности населения о туберкулезе являются важным компонентом проекта, направленным на преодоление неприязненного отношения сообщества к больным туберкулезом, восстановление достоинства больных и устранение препятствий на пути к доступу к надлежащему противотуберкулезному лечению.

- Среди мероприятий проекта в рамках данного компонента можно назвать благотворительные концерты, кукольные представления в школах, передвижные выставки, презентации в школах и колледжах и общественные мероприятия по случаю Всемирного дня борьбы с туберкулезом.
- Необходима нормативно-правовая база для ограничения свободного доступа к противотуберкулезным препаратам в целях борьбы с распространением лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Необходим запрет на продажу и свободный доступ к противотуберкулезным препаратам вне рамок национальной программы борьбы с туберкулезом, а также рекламирование противотуберкулезных препаратов. Только врачи-клиницисты, зарегистрированные национальной программой, должны иметь право назначать противотуберкулезные препараты, исключительно после надлежащей регистрации больного и официальной диагностики заболевания.

Помощь в усилении и укреплении системы

MSF оказывает поддержку Министерству здравоохранения по наращиванию потенциала для оказания качественного ухода за больными туберкулезом:

- Правительство Узбекистана обратилось и получило помощь Глобального Фонда для реализации своей проти-



© Сергей Живничкин/MSF

вотуберкулезной программы. MSF целиком и полностью поддерживает усилия правительства Узбекистана, консультируя Минздрав по техническим вопросам по мере необходимости и являясь суб-реципиентом гранта Глобального Фонда. Поддержка Глобального Фонда является основой для долгосрочного финансирования ухода за больными туберкулезом в стране. В настоящее время в Узбекистане поставки большей части противотуберкулезных препаратов финансируются из средств Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

- Обширная учебная программа для медицинского персонала позволила значительно укрепить потенциал и устойчивость проекта. Проведен ряд тренингов под руководством международных специалистов, и сотрудникам проекта оказывается помощь и поддержка в обучении за рубежом. Часто проводятся тренинги на местах наряду с обучением на рабочем месте менее опытного персонала.
- Все существенные сведения, в том числе, данные о лечении, побочных действиях и результатах лечения вводятся в компьютеризованную базу данных, которая управляется и поддерживается группой администраторов баз данных и эпидемиологом. База данных разработана таким обра-

зом, что она позволяет проводить различные операционные исследования. Минздрав и MSF являются собственниками данных и публикаций по результатам проведенных операционных исследований. Все исследования проходят этическую оценку со стороны MSF и утверждаются к публикации Минздравом.

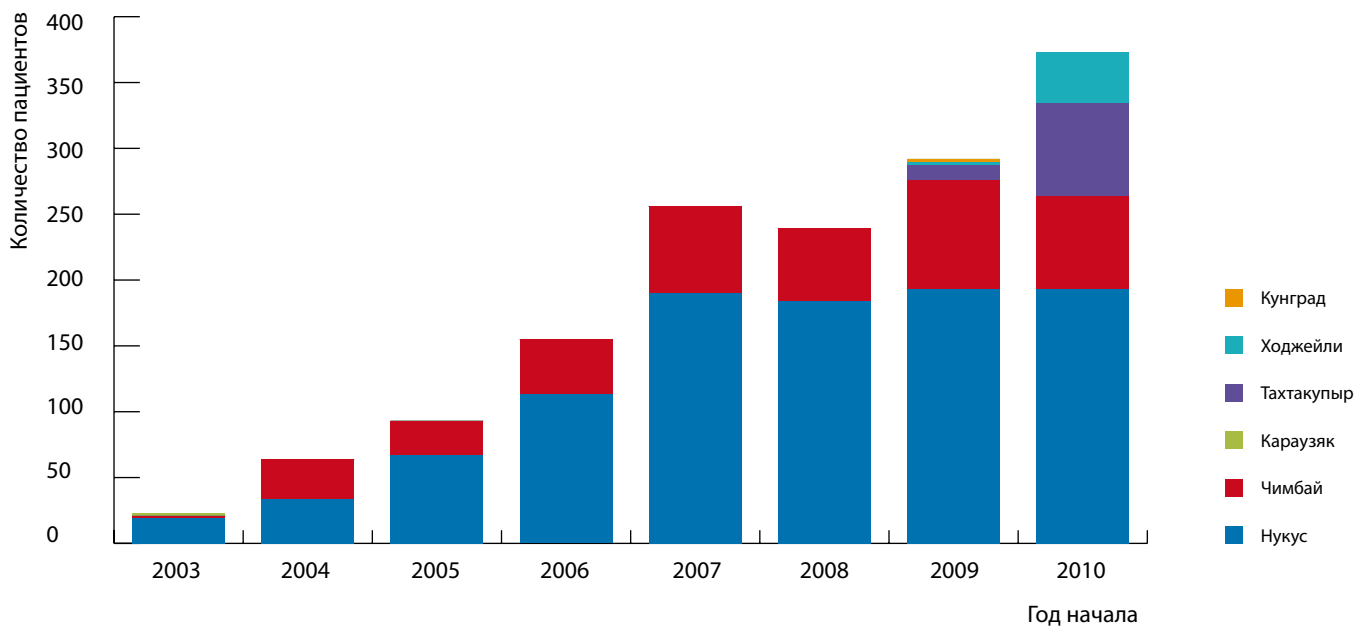
- В целях удовлетворения потребностей расширяющегося проекта в течение 2011 года будет установлена усовершенствованная база эпидемиологических данных.
- Первоочередной задачей остается повышение качества управления поставками противотуберкулезных препаратов во избежание перебоев в лекарственном обеспечении. Наличие достаточных резервных запасов имеет особое значение. Перебои с поставками противотуберкулезных препаратов уже имели место, в некоторых случаях MSF удавалось восполнить пробелы, но порой это приводило к тому, что больные частично пропускали лечение. В декабре 2010 года 116 больных пропустили, в среднем, 2-3 суточные дозы пиразинамида. В ряде случаев Минздрав и MSF были вынуждены приостановить или ограничить прием в программу новых больных в связи с нехваткой препаратов.

Медицинские результаты

Описание контингента больных

С 2003 года и до конца 2010 года в проект было принято 1495 больных. Количество больных, ежегодно принимаемых в программу, продолжает расти — с 23 больных в 2003 году до 373 больных, принятых в программу в 2010 году (Диаграмма 1).

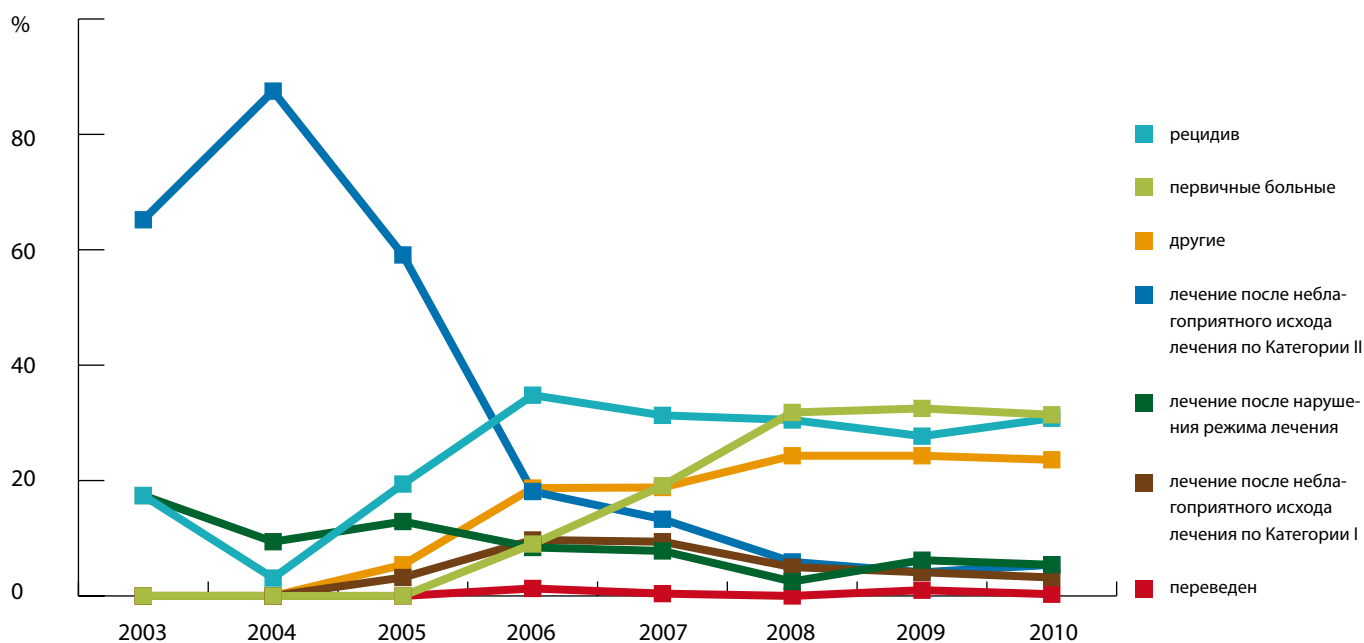
Диаграмма 1: Количество больных, начавших лечение, по годам и районам



Группы регистрации больных, принимаемых на лечение, претерпели изменения. В 2003-2005 г.г. большинство принятых на лечение больных было представлено больными с неблагоприятным исходом лечения по категории II. С 2006 года среди принятых на лечение больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза преобладают первичные больные, больные с рецидивом заболевания и больные из категории «другие». Количество больных в категории «первичные» растет и, начиная с 2008 года, составляет около 30% всех поступивших на лечение (Диаграмма 2).

У меня было много страхов. Я так боялась этой болезни. Да, меня хорошо лечили, но что, если это снова случится? Что скажут люди, когда узнают, что я больна? Примет ли меня мое окружение? Смогу ли я иметь семью? Стану ли я матерью? Я боялась, что все это может никогда не случиться. Бывшая больная, Нукус

Диаграмма 2: Больные, принятые в программу и начавшие лечение, по группам регистрации и по годам



В 2010 году в программу был принят 261 больной из г. Нукус и Чимбайского района, и 264 больных начали лечение.¹³ Кроме того, во вновь включенных в программу Караузьякском и Тахтакупырском районах 109 больных были приняты на лечение и начали лечение. Наши планы расширения программы на новые районы также включают больных лекарственно-чувствительной формой туберкулеза.

Таблица 1: Регистрация больных в программу в течение 2010 года

	январь-10	февраль-10	март-10	апрель-10	май-10	июнь-10	июль-10	август-10	сентябрь-10	октябрь-10	ноябрь-10	декабрь-10
Первичные	15	16	15	10	15	20	3	5	16	17	11	6
Рецидив	10	13	6	11	8	10	4	9	8	12	7	17
Тх после нарушения режима лечения	5	1	0	4	1	1	2	2	0	0	3	1
Тх после неблагоприятного исхода лечения по Кат I	2	1	0	0	0	3	0	1	1	1	0	3
Тх после неблагоприятного исхода лечения по Кат II	3	3	0	1	1	2	0	6	1	1	2	0
Другие	4	5	2	4	3	6	3	5	6	5	7	6
Перевод	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Всего	39	39	23	30	28	43	12	28	32	36	30	33

¹³ В некоторых случаях возможен небольшой промежуток времени между тем, как больной был принят в программу и начал лечение, отсюда расхождения в цифрах.

Больные на лечении

В настоящее время все больные, диагностированные с ЛУ-ТБ, проходят стационарное лечение в одной из двух республиканских противотуберкулезных больниц в Нукусе – РПТБ №1 и РПТБ №2. В больнице больные проводят от одного до десяти месяцев до абациллирования по мокроте (когда они считаются незаразными). Затем они продолжают лечение в амбулаторном порядке — это может быть поликлиника в Нукусе или учреждение первичного звена здравоохранения в районах. Существует также группа больных, которые по различным причинам госпитализируются в Отделение для БК— больных в противотуберкулезной больнице №1 или в противотуберкулезной больнице Чимбайского района.

В проекте проходили лечение в общей сложности семь пациентов, на момент поступления в программу диагностированные как больные туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью. Двое из них успешно завершили курс лечения. (В программе также были больные с диагнозом МЛУ-ТБ, который в дальнейшем развился у них в ШЛУ-ТБ). Также, у троих пациентов программы впоследствии подтвердился диагноз ВИЧ. К сожалению, двое из них умерли.

Слава Богу, я теперь могу получать лекарства амбулаторно, близко от дома. По сравнению со временем, проведенным в больнице, я сейчас нахожусь в гораздо лучших условиях. В больнице все время видишь одних и тех же людей. То место, в которое ты должен приходить, всегда одно и то же. На амбулаторном лечении, когда ты принимаешь лекарства, ты смотришь на парней, на машины, на девушек, и после этого тяжесть от этих лекарств исчезает.
Больной на амбулаторной фазе лечения

Таблица 2: Больные на лечении в настоящее время по районам

	Нукус	Чимбай	Тахтакупыр	Караузяк	Всего
Стационарные в РПТБ №2	24	12	5	6	47
Амбулаторные	214	95	31	63	403
Стационарные в РПТБ №1	17	5	0	5	27
Другие	1	0	0	0	1
Всего	256	112	36	74	478

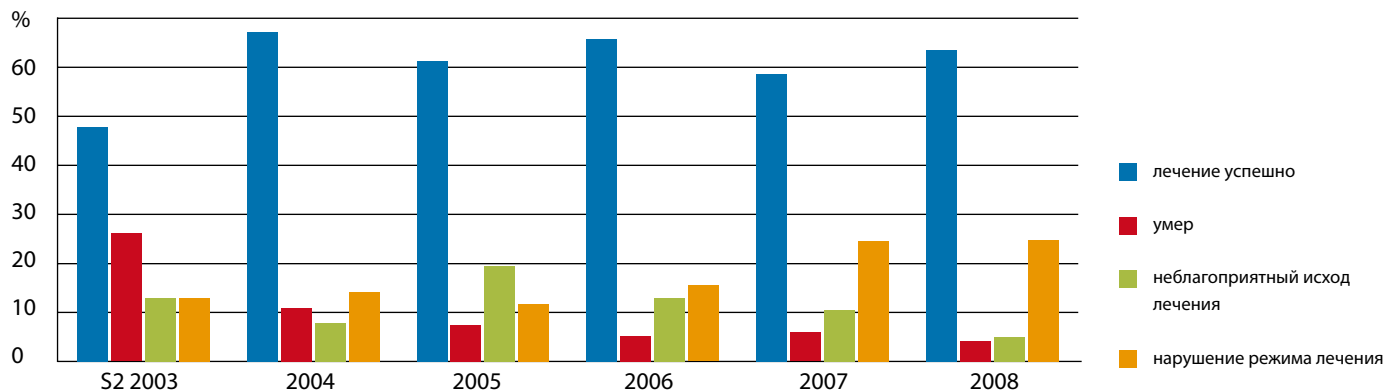
Результаты лечения

1017 больных завершили лечение к концу 2010 года. Уровень успешности лечения был достаточно устойчив — приблизительно 60% ежегодно. Уровень неблагоприятных исходов лечения сократился с 19% в 2005 году до 5% в 2008 году. Уровень смертности неизменно оставался ниже 8%. Процент нарушителей режима лечения составлял 12% в 2005 году и 16% в 2006 году, однако это количество значительно увеличилось до 25% в 2007 году и оставалось на уровне 25% в 2008 году.

Я желаю себе здоровья и не хочу пропускать приема лекарств. Это немало, правда? Я представляю себе, как я вылечусь, выйду из больницы, наберу вес. Если нет здоровья, все бесполезно. Мои дети остались бы одни. Кто о них позаботится? Вот почему я пью эти лекарства.

Больная на амбулаторной фазе лечения

Диаграмма 3: Общие индикаторы результатов лечения



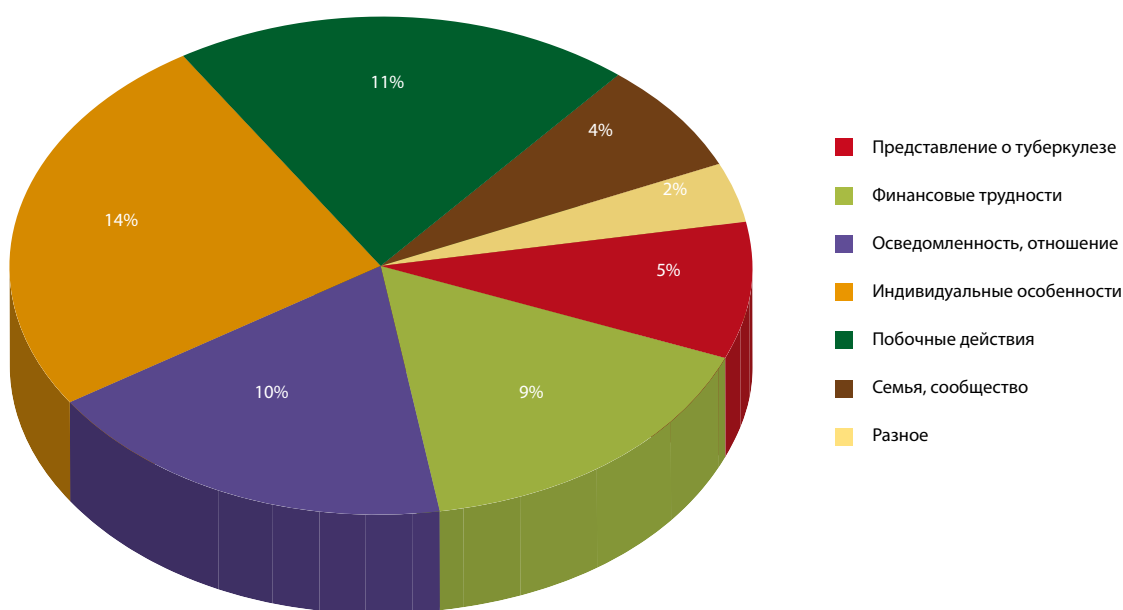
Причины нарушения режима лечения

Одна из первоочередных задач проекта - сокращение количества больных, нарушающих режим лечения. Анализ приведенных больными причин нарушения режима лечения (см. Диаграмму 5, кол-во=55) показывает, что наиболее серьезными причинами являются побочные действия противотуберкулезных препаратов (11 случаев), индивидуальные особенности пациента (в том числе, алкоголизм) (14 случаев), финансовые затруднения (9 случаев), а также осведомленность, личное отношение и мнение о лечении (10 случаев).

но не проявляющие приверженности лечению (например, периодически пропускают прием препаратов или отказываются принимать определенное лекарство). Из 109 пациентов в Караузяке и Тахтакупыре, по которым у нас есть данные, 31 больной (или 28,4%) принимает менее 80% назначенных ему доз на протяжении двух и более месяцев лечения. Причины приводятся разные: например, в некоторых случаях больные предпочитают не принимать определенное лекарство, которое у них ассоциируется с сильными побочными действиями.

Существует также феномен «скрытого нарушения режима лечения», т.е. больные, формально не нарушающие режим лечения,

Диаграмма 4: Причины нарушения режима лечения, приведенные пациентами, декабрь 2009-ноябрь 2010



Рекомендации



Исходя из своего опыта диагностики и лечения туберкулеза в Республике Узбекистан, MSF может сделать три основных вывода.

Туберкулез — серьезная угроза здравоохранению Узбекистана

Распространение инфекции туберкулеза представляет серьезную угрозу здоровью населения страны. Текущие уровни охвата больных туберкулезом и выявляемость случаев заболевания, а также показатели эффективности лечения недостаточно высоки, чтобы можно было надеяться на сдерживание заболевания в среднесрочной перспективе. Учитывая уровень распространенности лекарственно-устойчивых форм заболевания, уровень смертности от инфекции туберкулеза в обозримом будущем останется недопустимо высоким.

Необходимы неотложные меры под руководством правительства Узбекистана и при поддержке международных участников, в том числе MSF, для оказания противодействия этой серьезной угрозе общественному здоровью.

Очевидно, что решающим фактором станет политическая воля руководства Узбекистана, равно как и эффективность управления системой здравоохранения на каждом уровне.

В стране отмечается и усиливается стремление и воля к внедрению передовой международной практики борьбы с туберкулезом. Правительство Узбекистана признает опасность инфекции

туберкулеза, и активно ищет пути для усиления борьбы с этим заболеванием. В 2010 году премьер-министр страны предложил Минздраву и ВОЗ провести оценку реализации национальной программы борьбы с туберкулезом для оптимизации и рационализации ресурсов. Несмотря на то, что для выполнения шести основных компонентов Стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез» противотуберкулезная программа Минздрава требует укрепления на всех уровнях¹⁴, за последние несколько лет были достигнуты большие успехи. В настоящее время разрабатывается план мероприятий по реализации национальной программы по борьбе с туберкулезом и осуществляется объединение всех соответствующих приказов, которое намечено на 2011 год.

Необходимо расширить диагностику и комплексное лечение туберкулеза

Самая большая проблема, с которой сталкивается Узбекистан, – отсутствие доступа к диагностике и лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Только в четырех районах Каракалпакстана, где работает противотуберкулезный проект MSF, и в Ташкенте больные имеют доступ к лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Менее 10% населения страны имеет доступ к надлежащему лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза и их диагностике.

¹⁴ См. выше ссылку 4.



несмотря на уровень распространенности лекарственно-чувствительной и лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в районах и в профильных стационарных медицинских учреждениях. Причиной этому служит ряд факторов. Прежде всего, диагностика детского туберкулеза в целом намного сложнее, потому что у детей гораздо реже удается выделить бактерии, что часто не позволяет тестировать детей на лекарственную устойчивость. Для улучшения результатов лечения туберкулеза у детей необходимо предпринять следующие шаги: всем детям с подозрением на туберкулез необходимо проводить культуральные исследования и исследование на лекарственную чувствительность, если первые дадут положительный результат. Также необходимо снизить порог назначения курса лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза детям, находящимся в тесном контакте с подтвержденными больными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза.

В процессе реализации проекта в Каракалпакстане MSF в сотрудничестве с Минздравом внедрили различные компоненты диагностики и лечения туберкулеза, например, бактериологическая лаборатория, психосоциальная поддержка, питание и транспорт для больных, поставки лекарственных средств. Теперь необходим план расширения доступа к диагностике и лечению туберкулеза, чтобы каждый больной туберкулезом имел непосредственный доступ к надлежащей диагностике и противотуберкулезному лечению.

Тестирование на лекарственную чувствительность и диагностику лекарственно-устойчивых форм туберкулеза необходимо осуществлять на самой ранней стадии комплексной диагностики. Новые молекулярные биологические методы диагностики, успешно внедренные в Нукусе в 2010 году, позволяют быстро получить результаты.

Доступ на уровне всей страны к новейшему поколению методов экспресс-диагностики, таких как GeneXpert, предоставил бы ряд преимуществ, а именно: ускоренный процесс диагностики и, следовательно, своевременное начало лечения. Это также позволило бы избежать ситуаций, когда все больные изначально лечатся препаратами первого ряда, которые противопоказаны больным лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, и тем самым предотвратить нарастание лекарственной устойчивости. Кроме того, это дало бы возможность разделения больных по типу устойчивости и таким образом снизило бы риск перекрестной инфекции в медицинских учреждениях.

Что касается лечения, необходимо максимально упростить протокол лечения для большинства случаев. Упрощение схем приема препаратов и протоколов лечения побочных эффектов, которое уже было произведено в прошлом, способствовало как более успешному лечению побочных эффектов, так и возможности децентрализованного лечения побочных эффектов в учреждениях более низкого звена здравоохранения.

Выявляемость заболевания среди детей чрезвычайно низкая,

Расширение доступа к новым технологиям

В рамках своих проектов в Узбекистане Минздрав и организация «Врачи без границ» стремятся внедрять инновационные и передовые технологии и новые решения проблем лечения туберкулеза:

- В 2006 году Минздрав, организация «Врачи без границ» и Фонд для инновационных и новых диагностических средств (ФИНД) внедрили в Узбекистане технологию MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube), предоставленную по льготным ценам компанией-производителем в рамках демонстрационного проекта. Данная технология позволяет быстрее и с большей точностью определять картину чувствительности к противотуберкулезным препаратам.
- В 2008 году MSF успешно лоббировала расширение доступа к препарату моксифлоксацин на льготных условиях. Моксифлоксацин сравнительно недавно используется для лечения туберкулеза, он считается одним из наиболее действенных и эффективных препаратов.
- В 2010 году Минздрав вновь в сотрудничестве с MSF и ФИНД внедрила в стране диагностический тест GenoType MTBDR-plus. Этот метод лабораторных исследований был предоставлен компанией Hain Lifesciences по сниженной цене. Данный тест позволяет значительно ускорить исследование лекарственной чувствительности.
- В настоящее время MSF прилагает усилия для внедрения концепции «сострадательной терапии», которая, при условии ее отражения в национальном законодательстве и нормативно-правовых документах, позволила бы применять в Узбекистане препарат TMC 207 – новый противотуберкулезный препарат, который еще находится на стадии разработки.



Что касается структуры проекта, всем будущим противотуберкулезным программам следует интегрировать все типы туберкулеза, вместо того, чтобы разделять их или делать упор только на лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Кроме того, тестирование на лекарственную чувствительность необходимо проводить у всех больных. Это позволит обеспечить доступ к эффективному, высококачественному лечению для всех, кто в нем нуждается, причем как больным, чувствительным к противотуберкулезным препаратам, так и больным с лекарственной устойчивостью.

Проекты MSF в Каракалпакстане были последовательно направлены на внедрение стратегии DOTS, а затем на лечение формы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Новый подход, инициированный в 2010 году, носит более комплексный характер, нежели предыдущие. Отделение проекта по лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, проходившего при поддержке MSF, от более широкой программы DOTS Минздрава создало целый ряд проблем. Медицинские учреждения Минздрава оказались переполненными больными, начинающими лечение по стратегии DOTS. В ряде случаев диагноз ставился неверно, а многие из этих больных, скорее всего, должны были стать клиентами программы DOTS-Плюс, но этого не произошло. Комплексное лечение всех больных туберкулезом, независимо от картины лекарственной чувствительности, помогло бы решить эти проблемы.

Амбулаторное лечение с первого дня курса лечения способствует расширению охвата больных и улучшению результатов лечения.

Лечение в амбулаторном порядке с первого дня курса лечения следует предлагать всем больным, если нет никаких особых медицинских показаний для госпитализации больного. Ам-

булаторная форма лечения в целом должна быть предпочтительнее стационарного лечения, поскольку она снижает риск перекрестной инфекции у госпитализированных больных с лекарственно-устойчивыми штаммами туберкулеза, а также, с большой долей вероятности позволила бы снизить проблемы с приверженностью лечению, связанные с длительностью срока госпитализации, как например, оторванность больного от привычного окружения. Лечение в амбулаторных условиях также должно сократить период ожидания до начала лечения.

Растет доказательная база в пользу того, что лечение туберкулеза в амбулаторном порядке дает хорошие результаты. В случае лекарственно-чувствительной формы туберкулеза было продемонстрировано¹⁵, что с началом противотуберкулезного лечения инфицирование членов семьи больных не происходит, и таким образом предотвращается дальнейшее распространение заболевания в период амбулаторного лечения. Что касается лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, опыт моделей амбулаторного лечения в Перу¹⁶ и ЮАР¹⁷ показывает, что в 90% случаев больных формой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью можно

¹⁵ Камат С.Р., Доусон Дж.Дж., Девадатта С., Фокс У., Джанарданам Б., Радхакришна С., и др. (1966г.) «Контролируемое исследование влияния сегрегации больных туберкулезом в течение одного года на скорость распространения инфекции туберкулеза в течение 5-летнего периода в условиях тесных семейных контактов в Южной Индии». Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 34:517-32.

¹⁶ Шин С., Дж. Фурин, Дж. Байона, К. Мэйт, Дж.К. Ким и П. Фармер (2004 г.) «Лечение формы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью по месту жительства в Лиме, Перу: 7-летний опыт». Общественные науки и медицина. Окт; 59(7):1529-39.

¹⁷ Хеллер Т., Р.Дж.Лесселс, К.Г. Валлрах, Т.Бернигхаузен, Г.С. Кук, Л. Мхлонго, И. Мастер, М.Л. Невелл (2010 г.) «Лечение формы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью по месту жительства в сельской местности в КваЗулу-Наталь, ЮАР». Международный журнал по туберкулезу и заболеваниям легких. Апр; 14(4):420-6.

успешно и безопасно лечить в амбулаторном порядке с самого начала курса лечения. С точки зрения инфекционного контроля, общество зачастую подвергается большему риску, отправив больного в стационар, чем оставив его в привычных условиях, где лица, проживающие вместе с ним, уже были подвергнуты риску инфицирования тем штаммом туберкулеза, которым он болен, и где с этого времени он будет находиться на эффективном лечении.

Амбулаторное лечение также имеет преимущество в том, что снижает нагрузку на больницы и позволяет проводить лечение гораздо большего количества пациентов.

Министерство здравоохранения уже добилось определенных успехов в создании прочной административно-правовой базы лечения в амбулаторном порядке с первого дня курса лечения, в том числе путем издания новых приказов. В феврале 2011 года Министерство здравоохранения Каракалпакстана издало приказ, официально разрешающий проводить лечение БК+ больных в амбулаторном порядке. Выражаем надежду, что этот приказ станет моделью для издания подобного приказа на национальном уровне.

Уровень госпитализации может и должен быть снижен. В принципе, больные лекарственно-чувствительной формой туберкулеза и БК— больные не должны госпитализироваться. По результатам недавно проведенной оценки национальной противотуберкулезной программы ВОЗ рекомендует положить конец практике чрезмерной и излишне продолжительной госпитализации некоторых категорий больных («хронические больные», «инвалиды», «противорецидивная госпитализация»). Это позволит значительно снизить риск для больных быть инфицированными штаммами туберкулеза с лекарственной устойчивостью во время госпитализации. Госпитализация должна предусматриваться для больных с тяжелыми побочными действиями и больных в тяжелом состоянии при приеме на лечение.

В настоящее время финансирование системы здравоохранения Узбекистана основано на занятости больничных коек по принципу «по количеству койко-мест». Это создает предпосылки для того, чтобы больных оставляли в стационарном учреждении на более длительный срок, чем это необходимо, что прямо противоположно желаемому положению вещей. При поддержке экспертов в области финансирования здравоохранения необходимо внедрить систему, предусматривающую надлежащие поощрения за обеспечение хорошего качества лечения.

Заключение

Узбекистан сталкивается с многочисленными трудностями в борьбе с угрозой туберкулеза. Будущие усилия по предотвращению и борьбе с туберкулезом потребуют широких обязательств и инвестиций со стороны всех участников, в том числе правительства Узбекистана, и всех задействованных международных организаций, включая MSF.

Расширение доступа к диагностике и лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза — одна из наиболее неотложных задач, требующих решения. Но внедрение исключительно стратегий DOTS и DOTS-Плюс — не единственный путь решения этой проблемы. Диагностика и лечение должны осуществляться как часть более широкого комплекса мероприятий, охватывающего инфекционный контроль, психосоциальную поддержку и меры по защите здоровья населения. Сокращение сроков госпитализации и увеличение количества больных, принимающих лечение в амбулаторном порядке, также должны способствовать не только усилению приверженности лечению и улучшению его результатов, но и расширению охвата больных туберкулезом.

Результаты сотрудничества в Каракалпакстане между Минздравом и MSF показывают, что хорошие результаты лечения реально достижимы. Они также свидетельствуют о возможности внедрения современных технологий и подходов и реализации новаторских идей в Узбекистане. Уже сейчас, внедрение новой упрощенной, более ориентированной на пациента модели лечения, ее децентрализация и расширение на новые районы вселяет надежды.

Организация «Врачи без границ» тверда в своем решении оказывать содействие и помощь правительству и населению Узбекистана в противодействии угрозе туберкулеза, и мы готовы предоставить любую поддержку и техническую помощь, а также поделиться своими знаниями и опытом.



© Миша Фридман/MSF

«Врачи без границ» - международная медицинская гуманитарная организация. Мы оказываем медицинскую помощь населению, оказавшемуся в бедственном положении, жертвам эпидемий, природных бедствий или катастроф, возникших в результате человеческой деятельности, а также жертвам вооруженных конфликтов, в равной мере, независимо от расы, религиозных убеждений или политической принадлежности.

Принятые сокращения

ЛУ: лекарственная устойчивость

ЧЛ: чувствительность к лекарствам

ТЧЛ: тест на чувствительность к лекарствам

MSF: Médecins Sans Frontières/Врачи без границ

Минздрав — Министерство здравоохранения

DOTS: краткий курс лечения под непосредственным наблюдением (Directly Observed Treatment, Short course)

ЛУ ТБ: лекарственно- устойчивая форма туберкулеза

ФИНД: Фонд для инновационных и новых диагностических средств

КЗС: Комитет Зеленого Света, международная экспертная наблюдательная и консультативная комиссия

МЛУ: множественная лекарственная устойчивость

НПТ: Национальная программа по борьбе с туберкулезом

ТБ: туберкулез

Тх: терапия

ВОЗ: Всемирная организация здравоохранения

ШЛУ ТБ: туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

Издание подготовлено:
Médecins Sans Frontières
Operational Centre Amsterdam
Plantage Middenlaan 14
1018 DD Amsterdam

Контактная информация:
E-Mail: office@berlin.msf.org
Tel.: +49 (0) 30 - 700 130 0
Fax: +49 (0) 30 - 700 130 340
Internet: www.msf.org

