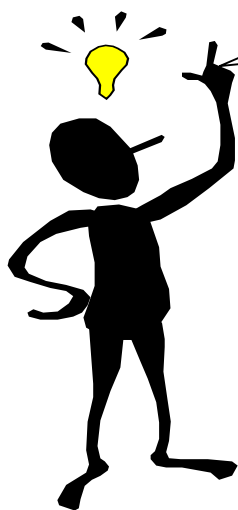


**ПРОГРАММА ГРАНТОВ ДЛЯ ЧАСТНЫХ
ДОБРОВОЛЬЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ В ОБЛАСТИ
ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**



**ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ
СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
ТУБЕРКУЛЕЗ**

GH/HIDN выражает признательность специалистам в области общественного здравоохранения, работающим в рамках проекта ORC/Macro International Child Survival Technical Support (CSTS), занятым в реализации других договоров, финансируемых AMP, а также сотрудникам AMP и частным добровольческим организациям за их вклад в работу над этим документом.

Содержание

Аббревиатуры и сокращения	5
Введение.....	6
Переработанные ВСМ по туберкулезу	8
Для ЧДО, которые только начинают работу в области борьбы с туберкулезом	9
<i>Список “основополагающих элементов” в работе по борьбе с туберкулезом для ЧДО.....</i>	<i>10</i>
Краткий обзор мировой статистики туберкулеза	11
DOTS-стратегия.....	12
Разработка и осуществление программы борьбы с туберкулезом, основанной на DOTS-стратегии	14
<i>Общие руководящие указания</i>	<i>14</i>
<i>Оценка программ по борьбе с туберкулезом.....</i>	<i>14</i>
<i>Основные виды деятельности в рамках программ по борьбе с туберкулезом, базирующихся на DOTS-стратегии</i>	<i>15</i>
<input type="checkbox"/> Долгосрочные политические обязательства по борьбе с туберкулезом.....	15
<input type="checkbox"/> Выявление случаев туберкулеза с помощью качественной микроскопной пробы мокроты	16
<input type="checkbox"/> Лечение туберкулеза стандартизованными курсами ускоренной химиотерапии при правильном ведении болезни, включая использование терапии под непосредственным наблюдением	18
<input type="checkbox"/> Бесперебойная поставка противотуберкулезных лекарств проверенного качества.....	19
<input type="checkbox"/> Система ведения записей и отчетности, позволяющая оценить результаты	20
<i>Ситуации, в которых DOTS-стратегия является гибкой.....</i>	<i>21</i>
<i>Ситуации, в которых DOTS-стратегия не может быть гибкой</i>	<i>22</i>
<i>Другие ключевые элементы борьбы с туберкулезом.....</i>	<i>24</i>
<input type="checkbox"/> Общественная охрана здоровья.....	24
<input type="checkbox"/> Обучение.....	25
<input type="checkbox"/> Надзор, контроль, оценка и управление	26
<input type="checkbox"/> Работа со средствами информации/Социальная мобилизация/ИЕС	27
<i>Более сложные области борьбы с туберкулезом (для ЧДО с опытом работы по борьбе с туберкулезом)</i>	<i>27</i>
<input type="checkbox"/> Ко-инфекция (двойная инфекция) ТБ/ВИЧ.....	28
<input type="checkbox"/> Резистентность к лекарствам/Полирезистентный туберкулез	28
<input type="checkbox"/> Оперативные исследования	30
Сравнительные преимущества ЧДО в работе по борьбе с туберкулезом.....	31

☐ Программная деятельность среди населения.....	31
☐ Осуществление терапии под непосредственным наблюдением (DOT)	32
☐ Доступ к уязвимым или “труднодоступным” группам населения.....	32
☐ Обучение и надзор с целью создания потенциала на местах	33
☐ Выявление активных форм заболевания и контактные исследования (в случаях, когда это необходимо)	33
☐ Дополнительные программные действия по стране.....	34

Таблица 1. Примеры участия ЧДО в деятельности по борьбе с туберкулезом.....	35
---	----

Распространенные ошибки, которые следует избегать в программной работе по борьбе с туберкулезом	37
---	----

Координация действий по борьбе с туберкулезом	38
---	----

Долгосрочность действий по борьбе с туберкулезом	40
--	----

Литература	41
------------------	----

Приложения	45
------------------	----

<i>Приложение 1: основополагающий контрольный список по оценке туберкулезных проектов, основанных на DOTS-стратегии</i>	<i>46</i>
---	-----------

<i>Приложение 2: Образец логической системы для проекта по борьбе с туберкулезом</i>	<i>49</i>
--	-----------

Аббревиатуры и сокращения

Сокращения



СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
CO	Сотрудничающая организация
PO3	Работник общественного здравоохранения
CORE	Группа сотрудничества и ресурсов в области жизни и здоровья ребенка
CSHGP	Программа грантов для частных добровольческих организаций, специализирующихся в области жизни и здоровья ребенка
CSTS	Проект технической поддержки программ, специализирующихся в области жизни и здоровья ребенка
DIP	Развернутый план осуществления программы
DOT	Курсы терапии под непосредственным наблюдением медперсонала
DOTS	Рекомендуемая в международном масштабе стратегия борьбы с туберкулезом, состоящая из пяти компонентов (изначально эта стратегия была названа по первым буквам наименования стратегии <u>D</u> irectly- <u>O</u> bserved- <u>T</u> herapy, <u>S</u> hort-course (Курс ускоренной амбулаторной терапии под непосредственным наблюдением медперсонала), хотя современная DOTS-стратегия в настоящее время гораздо шире, чем эта концепция)
DST	Анализ на восприимчивость к действию лекарств
GDF	Организация Global Drug Facility
GFATM	Всемирный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
GLC	Комитет Green Light
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
IEC	Информирование, просвещение населения и работа со средствами информации
МСБТЛЗ	Международный Союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями
KPC	Опрос в отношении информированности, поведения и страхования населения
M&E	Мониторинг и оценка
ПРТБ	Полирезистентный туберкулез (резистентность, как минимум, к рифампину и изониазиду)
МЗ	Министерство здравоохранения
NACP	Государственная программа по борьбе со СПИДом
НПО	Неправительственная организация
NTP	Государственная программа по борьбе с туберкулезом
ОИ	Оперативные исследования
БСЗ	Базовая система здравоохранения
ЧДО	Частная добровольческая организация
RFA	Просьба об оказании содействия
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ТБ	Туберкулез
ВСМ	Вспомогательные справочные материалы
VCT	Предоставление консультаций и тестирование на добровольной основе
AMP	Агентство США по международному развитию
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Введение

Настоящие вспомогательные справочные материалы (ВСМ) являются результатом работы сотрудников программы грантов для частных добровольческих организаций, специализирующихся в области жизни и здоровья ребенка (CSHGP), Отдела здоровья, инфекционных заболеваний и питания АМР, Бюро всемирного здравоохранения (USAID/GH/HIDN/CSHGP). Данный документ является руководством (но не непрекращаемым авторитетным источником), предназначенным для оказания содействия при оценке возможностей и потребностей в отношении осуществления любого из технических направлений программы грантов для частных добровольческих организаций, специализирующихся в области жизни и здоровья ребенка (CSHGP). Язык настоящего документа был, по возможности, максимально упрощен с целью поощрения его перевода и использования на местах.

ВСМ подразделяются на модули, соответствующие основным техническим областям работы и ключевым сопряженным областям, являющимся основой программы грантов для частных добровольческих организаций, специализирующихся в области жизни и здоровья ребенка. В каждом модуле содержатся основные элементы, которые необходимо принять во внимание при осуществлении конкретной программы или стратегии, и приводятся важные ресурсы, которыми получателям грантов следует пользоваться при планировании конкретных программы борьбы с туберкулезом. Кроме того, в соответствующих случаях, сюда включаются небольшие выборки из опросов, посвященных информированности, поведению и страхованию населения. Такие опросы зачастую используют получатели грантов программы CSHGP для сбора базовых данных о населении.

Получателям грантов рекомендуется загрузить конкретные модули, которые в наибольшей степени применимы к предлагаемым ими программам, или же загрузить весь комплект ВСМ в виде сжатого файла. В настоящее время ВСМ содержат следующие модули:

Технические области

- ◇ Планирование семьи и репродуктивное здоровье
- ◇ Охрана здоровья матери и новорожденного
- ◇ Питание и микронутриенты
- ◇ Иммунизация
- ◇ Острые заболевания дыхательной системы
- ◇ Борьба с поносными заболеваниями
- ◇ Малярия
- ◇ ИПП/ВИЧ/СПИД
- ◇ Туберкулез
- ◇ Комплексное ведение детских заболеваний

Смежные области

- ◇ Расширение потенциальных возможностей
- ◇ Долгосрочность
- ◇ Управление и материально-техническое обеспечение
- ◇ Действия с целью перемены поведения
- ◇ Контроль над качеством
- ◇ Контроль и оценка

Настоящие ВСМ регулярно пересматриваются и дополняются с учетом вклада технических специалистов из среды сотрудничающих организаций (СО), рабочих групп сотрудничества и ресурсов в области жизни и здоровья ребенка (CORE) и профессионального персонала Американского агентства по международному развитию. В нижнем правом углу каждого конкретного модуля ВСМ всегда указана дата переработанного издания. ВСМ всегда находятся

в состоянии постоянной доработки, но, чтобы модули соответствовали современным стандартам, их регулярно корректируют на предмет поддержания их актуальности, значимости и удобства использования частными добровольческими организациями. Учитывая это, мы просим всех, кто будет использовать этот документ в течение следующего года, вести заметки и информировать нас о том, насколько полезными явились эти справочные материалы, о том, что следует добавить, изменить или изъять, а также, предоставлять общие замечания. Это поможет нам сохранить актуальность этого документа на всем протяжении реализации ваших проектов, а также постоянно добавлять в него необходимую для вас информацию. Пожалуйста, направляйте Ваши замечания и электронные копии переводов (если таковые имеются) Мишелю Паке из проекта технической поддержки CSTS, по адресу эл. почты: michel.c.pacque@orcmacro.com.

Координацию работы над изданием от 2003 г. осуществлял Мишель Паке из CSTS. Он выражает признательность за весомый вклад и дополнения персоналу Центра PHN Мирового бюро и сотрудничающим организациям, включая проекты BASICS, EHP, CHANGE, QAP, LINKAGES, FANTA, IMPACT, MOST и DELIVER, а также другим проектам, рабочим группам CORE и, в первую очередь, нашим партнерам ЧДО, которые продолжают использовать настоящее пособие и предоставляют ценные советы относительно его доработки.

С учетом технической и проектной информации, содержащейся в настоящих ВСМ, был создан сопутствующий документ – “Контрольный список элементов планирования программы”, который можно получить на сайте CSTS по электронному адресу: <http://www.childsurvival.com>.

Переработанные ВСМ по туберкулезу

Представляем вашему вниманию переработанное издание ВСМ по туберкулезу от 2003 г., опубликованное программой грантов АМР для частных добровольческих организаций, специализирующихся в области жизни и здоровья ребенка. За несколько лет настоящие ВСМ превратились в ключевой справочник по составлению заявлений на гранты и развернутых планов осуществления программ, представляемых на рассмотрение в рамках CSHGP. В прошлом ВСМ издавались в виде единого документа, охватывающего широкий спектр специализированных областей программы. В этом году начинается переход к изданию отдельных модулей по специализированным областям.

В центре внимания настоящего модуля - предотвращение туберкулеза и борьба с ним. Содержание и фокус существенно изменились по сравнению с прошлым годом. Учитывая возрастающее международное внимание к проблемам борьбы с туберкулезом, многие ЧДО стремятся расширить свои возможности и опыт в этой области. СПМ по туберкулезу были переработаны с учетом этой тенденции и включают теперь в себя главы, содержащие руководящие указания для ЧДО, которые только начинают работу в области борьбы с туберкулезом, а также главы, которые рассматривают эту проблему в контексте практической деятельности ЧДО, в которых обсуждаются сравнительные преимущества ЧДО в борьбе с туберкулезом, а также предоставляются рекомендации относительно работы, которую следует оставить на долю более опытных ЧДО.

Настоящий документ также представляет новаторский подход к формату СПМ. Учитывая количество публикаций по борьбе с туберкулезом в виде руководств, программных пособий и других документов, большая часть которых доступна широкой публике через Интернет, нет нужды в создании еще одного документа, который повторял бы или суммировал уже имеющуюся техническую информацию по борьбе с туберкулезом. Более того, совершенно необходимо, чтобы осуществление программ по борьбе с туберкулезом подчинялось стандартному протоколу, разработанному Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Работникам программ следует разрабатывать свои планы и замыслы на базе исходных документов, в которых определяются эти протоколы и формы. Таким образом, в настоящем документе часто приводятся ссылки на конкретные главы исходных документов, предоставляющих читателю, помимо обзорной информации по соответствующим вопросам, ключевую специальную информацию. Поэтому **чтобы полностью усвоить представленную тему читателю необходимо прочитать как эти разделы исходных документов (обозначенные жирным шрифтом словами: “теперь Вам надо прочитать...”), так и текст ВСМ.** Перед тем как прочитать весь текст настоящей публикации читателю настоятельно рекомендуется приобрести следующие четыре ключевых документа, на которые здесь представлены ссылки. Эти документы можно получить на Интернете по указанным сетевым адресам. В дальнейшем печатные копии будут распространяться через CSTS.

- **Общественный вклад в борьбу с туберкулезом: политика и практика.**
[ВОЗ/CDS/TB/2003.312]
http://www.who.int/gtb/publications/communityTBcare/tb_2002_312/tb_2003_312.pdf
- **Расширенная сеть DOTS-стратегии для эффективной борьбы с туберкулезом.**
[ВОЗ/CDS/TB/2002.297]

<http://www.who.int/gtb/publications/dots/index.htm>

- Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ [ВОЗ/CDS/ТБ/2003.313]
<http://www.who.int/gtb/publications/ttgnp/index.html>
- Пособие по туберкулезу [ВОЗ/ТБ/98.253]
<http://www.who.int/gtb/publications/tbhandbook/index.htm>

Настоящая редакция ВСМ по туберкулезу была разработана под руководством рабочей группы CORE в области туберкулеза и при участии д-ра Лизы Адамс, которая помогла в разработке и написании специальной стороны текста. Как было указано во введении, все комментарии и пожелания относительно настоящих ВСМ по туберкулезу следует посылать Мишелю Паке из проекта технической поддержки, по адресу эл. почты: michel.c.pacque@orcmacro.com.

Для ЧДО, которые только начинают работу в области борьбы с туберкулезом

ЧДО, желающим принять участие в борьбе с туберкулезом, следует, в первую очередь, оценить собственный потенциал и опыт и установить, согласуется ли работа по борьбе с туберкулезом с целями их организации и ее замыслами на будущее. Например, организации с солидной историей работы в области ВИЧ/СПИДа могут расширить спектр своей деятельности и включить в него борьбу с туберкулезом, так как во многих странах все больше наблюдается тесная связь между эпидемиями туберкулеза и ВИЧ. ЧДО с опытом по информированию, просвещению населения и работе со средствами информации в других областях, могут быть хорошо подготовлены к тому, чтобы направить свою деятельность на проблему туберкулеза (обратите внимание на то, что информирование и просвещение населения (в том числе через средства информации) неуместны там, где показатели успеха лечения еще не достигли международных стандартов – подробная информация по этому вопросу приведена в разделе “Ситуации, когда DOTS-стратегия не может быть гибкой”). Существует множество способов принять участие в борьбе с туберкулезом, так что каждой частной добровольческой организации следует принять решение, основываясь на самооценке и потребностях конкретной страны.

Результаты большинства проектов по борьбе с туберкулезом могут стать заметны не ранее, чем через 3-5 лет после начала работы по проекту. К тому же, по своей природе, подход к решению этой проблемы очень клиничен и, во избежание развития полирезистентного туберкулеза, должен быть построен на основе строго соблюдаемой системы распределения лекарств. Государственные программы по борьбе с туберкулезом, как правило, построены по вертикальному принципу, хотя в разных странах существуют различные степени заинтересованности со стороны национальных и международных организаций в интеграции противотуберкулезной деятельности в базовую систему здравоохранения. У многих ЧДО может отсутствовать опыт работы по предотвращению заболеваний в программах с вертикальной структурой. Учитывая другой подход и технические аспекты, ЧДО не следует чувствовать себя обязанными включать работу по борьбе с туберкулезом в спектр своей деятельности, основываясь исключительно на внезапном международном интересе к туберкулезу; скорее, им

нужно решить, является ли работа по борьбе с туберкулезом уместной для их организации, оценить собственный потенциал, чтобы обеспечить качественный уровень программ, и быть готовыми следовать своим обязательствам в течение нескольких лет.

Контрольный список “основополагающих” элементов для борьбы с туберкулезом, приведенный ниже, был разработан для оказания содействия ЧДО в принятии решения об участии в противотуберкулезной деятельности. Список содержит рекомендуемые элементы, многие из которых должны наличествовать еще до начала разработки предложения по борьбе с туберкулезом. Если ЧДО не обладает этими элементами, начинать ТБ-проект в настоящее время, возможно, и не рекомендуется. Важно помнить, что недостаточная подготовка и непродуманное планирование программы по борьбе с туберкулезом могут иметь серьезные негативные последствия для здоровья населения.

Список “основополагающих элементов” в работе по борьбе с туберкулезом для ЧДО

- Опыт в разработке программы по борьбе с туберкулезом, основанной на DOTS-стратегии, в сотрудничестве с государственной программой по борьбе с туберкулезом.
- Согласие сотрудничать напрямую с работниками здравоохранения, лабораторными работниками и властями с целью улучшения качества и эффективности диагностики и лечения туберкулеза в соответствии с DOTS-стратегией. (Обратите внимание: одна лишь общественная DOTS-программа, без подобного участия системы здравоохранения, не рекомендуется).
- Опыт деятельности, который можно применить в работе по борьбе с туберкулезом (например, уход за больными СПИДом на дому).
- Возможность заручиться опытом специалистов в важнейших направлениях борьбы с туберкулезом, включая диагностику туберкулеза и организацию лабораторной работы, лечение туберкулеза с использованием DOTS-стратегии, снабжение противотуберкулезными лекарствами, а также информационную систему DOTS-стратегии и ее использование в ведении программ.
- Опыт работы по лоббированию, особенно на государственном, областном или районном уровнях.
- Опыт работы по подготовке и опыт надзора над обучением работников и менеджеров сферы здравоохранения техническим аспектам предотвращения заболеваний, а также по подготовке работников местных систем здравоохранения к медицинской деятельности и по контролю над их деятельностью.
- Опыт работы с государственными информационными системами здравоохранения с целью улучшения точности и надежности получения данных, а также опыт анализа данных и их использования для повышения эффективности программы.
- Партнерство с ведомствами, имеющими опыт в любой из вышеперечисленных сфер.

ЧДО, заинтересованным в работе по борьбе с туберкулезом, но имеющим ограниченный опыт, или вообще не имеющим опыта в этой области, было бы целесообразно вступить в отношения с более опытной ЧДО или ведомством, которые могли бы стать для них “наставником”. Чтобы помочь ЧДО в принятии решений и подготовке к проведению мероприятий по борьбе с

туберкулезом в главу “Литература” был включен список Интернет-сайтов, содержащих информацию о конференциях и подготовительных курсах по туберкулезу.

Для получения общих руководящих указаний и ознакомления с примерами участия ЧДО в работе по борьбе с туберкулезом следует прочитать:

- “НПО и принципы борьбы с туберкулезом, а также примеры для организаций, вступающих в эту борьбу”.

Информация о ТБ-стратегии АМР и региональных отделах представлена на следующем сайте:

- http://www.usaid.gov/pop_health/id/tuberculosis/index.html

Краткий обзор мировой статистики туберкулеза

Приблизительно треть населения Земли инфицирована *Mycobacterium tuberculosis*. В обычных условиях приблизительно у 10% людей, инфицированных *M. tb*, на каком-либо этапе их жизни развивается активный туберкулез. Ежегодно регистрируют более 8 миллионов новых случаев заболевания туберкулезом, и около 2 миллионов людей умирают от этой болезни.

Развивающиеся страны страдают больше всего, - в них насчитывается более 90% всех случаев заболевания и смерти от туберкулеза. В настоящее время туберкулез убивает больше молодежи и взрослых, чем какая-либо иная отдельно взятая инфекция. В развивающихся странах семьдесят пять процентов всех случаев туберкулеза приходится на долю людей самого экономически продуктивного возраста (от 15 до 54 лет).

“Живучесть” туберкулеза объясняется, в основном, невниманием правительств к проблемам борьбы с ТБ, плохо организованным управлением программами по борьбе с туберкулезом, бедностью, ростом и миграцией населения. В последнее время увеличению количества случаев туберкулеза способствует растущая эпидемия ВИЧ. ВИЧ является существенным фактором, увеличивающим риск перехода от ТБ-инфекции к заболеванию туберкулезом. Из-за снижения иммунной резистентности степень риска развития активного туберкулеза в год у лиц, инфицированных как ВИЧ-инфекцией, так и *M. tuberculosis*, составляет 5-15% , в то время как у тех, кто не инфицирован ВИЧ, степень риска развития туберкулеза на протяжении всей жизни составляет 10%. Туберкулез стал ведущей причиной смерти среди лиц, инфицированных ВИЧ, составляя около трети всех смертей от СПИДА в мире. В некоторых странах Африки южнее Сахары с самым большим количеством инфицированных ВИЧ людей до 70% пациентов, чей анализ мокроты позволяет диагностировать легочный туберкулез, являются ВИЧ-инфицированными.

Согласно отчету ВОЗ за 2003 г., 80% всех случаев туберкулеза в мире приходится на следующие 22 страны:

- | | | |
|--------------|-----------------|----------------|
| 1. Индия | 7. Южная Африка | 12. Д.Р. Конго |
| 2. Китай | 8. Филиппины | 13. Вьетнам |
| 3. Индонезия | 9. Российская | 14. Танзания |
| 4. Бангладеш | Федерация | 15. Бразилия |
| 5. Нигерия | 10. Эфиопия | 16. Таиланд |
| 6. Пакистан | 11. Кения | 17. Зимбабве |

18. Камбоджа
19. Бирма

20. Уганда
21. Афганистан

22. Мозамбик

В некоторых других странах, в частности в нескольких африканских странах, существуют еще более высокие показатели заболевания, но, из-за меньшей численности их населения, их вклад во всемирную статистику заболевания туберкулезом не столь высок, как у стран, перечисленных выше.

Обсуждение глобальной эпидемии туберкулеза приводится в следующих публикациях, которые **вам следует прочитать**:

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 9-14).
- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 11-14) .

Статистика туберкулеза и прогресс в мировой борьбе с туберкулезом по региону, стране и осуществлению стратегии DOTS представлены в следующей публикации:

- “Мировая борьба с туберкулезом: Наблюдение, планирование, финансирование, Отчет ВОЗ 2003 г.”

DOTS-стратегия

Целью деятельности по борьбе с туберкулезом является снижение смертности, заболеваемости и передачи болезни, одновременно со снижением возникновения резистентности к лекарствам. Эту деятельность необходимо осуществлять до тех пор, пока туберкулез не перестанет представлять угрозу общественному здоровью. Чтобы этого добиться, необходимо обеспечить диагностику, лечение и излечение каждого пациента с активным туберкулезом, - в особенности тех, кто может распространять эту болезнь. Такой подход позволит одновременно предотвратить передачу туберкулеза неинфицированным людям и возникновение лекарственно-резистентных форм бактерии туберкулеза.

С исторической точки зрения лечение туберкулеза было крайне неэффективным и могло длиться несколько лет, но изобретение в 1950-х годах новых лекарств, прописываемых в комбинации, позволило излечить туберкулез и революционизировать процесс лечения, в результате чего отпала необходимость в длительной госпитализации. Однако, несмотря на наличие этих эффективных лекарств, туберкулез упорно продолжал оставаться проблемой. Лечение туберкулеза - сложный процесс и требует, как минимум, 6 месяцев мульти-лекарственной терапии. Годы спустя после создания эффективных противотуберкулезных лекарств стало очевидно, насколько трудно было пациентам пройти полный курс терапии без какой-либо поддержки со стороны системы здравоохранения. Для решения этой проблемы была разработана практика терапии под непосредственным наблюдением медперсонала (DOT), при которой обученный специалист наблюдает за приемом пациентом его дозы лекарства. При регулярном приеме лекарств и завершении курса лечения у пациентов, чье лечение проходит под наблюдением, имеет место пониженная, по сравнению с пациентами, за лечением которых наблюдение не ведется, смертность от туберкулеза.

Приблизительно одновременно с внедрением DOT-терапии открытие таких высокоэффективных препаратов, как рифампин, сделало возможным излечение большинства случаев туберкулеза в течение шести-восьми месяцев. Новый курс лечения,

содержащий рифампин, стал известен под названием курса ускоренной амбулаторной терапии. Эти два ключевых открытия в лечении туберкулеза составили научную базу DOTS-стратегии - рекомендуемой в международном масштабе стратегии борьбы с туберкулезом - курса ускоренной терапии под наблюдением медперсонала.

Тем не менее, курса ускоренной химиотерапии, осуществляемой в рамках DOT, все равно было недостаточно, чтобы контролировать туберкулез; требовался еще более всеобъемлющий подход к борьбе с туберкулезом. Разработанная Международным союзом по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями в процессе работы в Африке DOTS-стратегия является комплексным подходом, который включает пять компонентов и основан на проведении химиотерапии под непосредственным наблюдением медперсонала. Этот подход был одобрен ВОЗ и лежит в основе стратегии по борьбе с туберкулезом AMP.

DOTS-стратегия включает следующие пять компонентов:

- ✓ Долгосрочные политические обязательства по борьбе с туберкулезом.
- ✓ Выявление случаев туберкулеза с помощью качественной бактериоскопией пробы мокроты.
- ✓ Лечение туберкулеза стандартным курсом ускоренной химиотерапии в надлежащих условиях ведения лечения, включающих в себя непосредственное наблюдение за лечением.
- ✓ Бесперебойная поставка качественных противотуберкулезных лекарств.
- ✓ Система ведения записей и отчетности, дающая возможность оценить результаты и управлять эффективностью программы.

Чтобы государственная программа по борьбе с туберкулезом функционировала с оптимальной эффективностью, в ней должны присутствовать все элементы DOTS-стратегии. ЧДО, предлагающие участие в борьбе с туберкулезом, могут обратиться ко всем или к отдельным элементам DOTS-стратегии с целью усовершенствовать государственную программу по борьбе с туберкулезом. Однако в сферу ответственности ЧДО, участвующих в работе над одним из элементов программной деятельности по борьбе с туберкулезом, входит обязательный контроль над тем, чтобы правительством или иными партнерами были обеспечены все основные дополнительные компоненты; чтобы время проведения предлагаемой деятельности соответствовало требованиям, и, чтобы вся деятельность была интегрирована в государственную программу, а также была скоординирована с другими партнерами, работающими над усовершенствованием государственной программы по борьбе с туберкулезом.

Важно подчеркнуть, что неправильное лечение туберкулеза еще хуже, чем отсутствие лечения вообще. Быстро растущие показатели лекарственно-резистентного туберкулеза во многих странах (в частности, в странах бывшего Советского Союза), являются результатом предыдущего неполного лечения, а именно, следствием нерегулярного приема пациентами лекарств и (или) прерывания пациентами терапии до окончания предписываемого курса. Учитывая, что лечение лекарственно-резистентного туберкулеза гораздо продолжительнее, труднее и намного дороже, чем лечение лекарственно-поддающегося туберкулеза, в результате роста показателей лекарственно-резистентных случаев заболевания ставится под угрозу сама способность общественной охраны здоровья осуществлять контроль над туберкулезом. Поэтому правительствам и организациям следует начинать программы по

лечению туберкулеза только, если они готовы вложить необходимые ресурсы и приложить усилия, требуемые для того, чтобы показатели успешного лечения превышали 85%, т. е. достигали уровня, на котором возникновение резистентности поддается контролю.

DOTS-стратегия была изучена в ряде различных ситуаций и считается успешной в различных условиях. Кроме того, было неоднократно продемонстрировано, что DOTS-стратегия является одним из наиболее экономически эффективных методов.

Для ознакомления с основными деталями каждого компонента DOTS-стратегии из исходных технических документов **вам следует теперь прочитать** следующие публикации:

- “Расширенная сеть DOTS для успешной борьбы с туберкулезом”, (стр. 3-9).
- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 17-20).
- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 19-22).

Для ознакомления с резюме исследований экономической эффективности DOTS:

- “Пособие по туберкулезу” (стр. 23-29).

Разработка и осуществление программы борьбы с туберкулезом, основанной на DOTS-стратегии

Общие руководящие указания

Разработка и осуществление программы борьбы с туберкулезом включает множество ступеней, однако, основной принцип всего этого процесса - это **координация и сотрудничество с государственной программой борьбы с туберкулезом**. Переоценить значение этого трудно – тесные отношения должны быть установлены с государственной программой борьбы с туберкулезом и с ее представителями на уровне деятельности предлагаемого проекта (т.е. на областном или районном уровнях). Персонал ЧДО должен ознакомиться с правилами, руководством и планом работы государственной программы борьбы с туберкулезом, поскольку каждое действие по борьбе с туберкулезом должно быть согласовано с этими документами. Государственная программа борьбы с туберкулезом должна быть с самого начала вовлечена в предварительную оценку, и регулярные координационные совещания должны быть частью планируемого проекта.

Оценка программ по борьбе с туберкулезом

Оценка деятельности по борьбе с туберкулезом представляет собой, в основном, из оценки государственной программы борьбы с туберкулезом, ее партнеров и базовых мероприятий по борьбе с туберкулезом, включая пять компонентов DOTS в данном регионе или стране. Эта оценка должна быть осуществлена в сотрудничестве с государственной программой борьбы с туберкулезом, министерством здравоохранения и другими потенциальными партнерами. Вовлечение государственной программы борьбы с туберкулезом и МЗ необходимо даже в том случае, если предлагаемый проект включает мероприятия на районном уровне, поскольку все действия по борьбе с туберкулезом должны быть скоординированы с гос. программой борьбы с туберкулезом при надзоре со стороны МЗ. В

соответствии с “Просьбой о содействии CSHGP” от 2005 г. требуется, чтобы ЧДО продемонстрировала свою роль и связь с гос. программой борьбы с туберкулезом. Эта связь должна начаться с предварительной оценки.

Ввиду сложности программ по борьбе с туберкулезом, потребуется собрать детальные данные, чтобы обосновать комплекс необходимых мер по борьбе с туберкулезом даже при подготовке заявлений на гранты. В системе CSHGP разработаны методы Ускоренной оценки основных показателей здоровья детей (Rapid CATCH) и Опросы в отношении информированности, поведения и страхования населения, которые позволяют ЧДО собрать базовых данных и оценить перемены, относящиеся к программам, специализирующимся в области жизни и здоровья ребенка и работающим с женщинами репродуктивного возраста и детьми моложе пяти лет. Стандартные опросы Rapid CATCH и опросы в отношении информированности, поведения и страхования населения (КРС) не подходят для проектов и мероприятий в области туберкулеза. В большинстве своем, целевой группой населения в рамках ТБ-проектов являются не дети и матери, а инфицированные взрослые, и проект оценивается на основании показателей успешного лечения в этой группе. Существуют и являются доступными признанные на международном уровне руководства по проведению оценок, показатели и средства составления отчетности. Контрольный список оценки [Приложение 1] содержит примеры видов и уровня сбора данных, рекомендуемых для оценки деятельности по борьбе с туберкулезом.

Для обзора методики и форм, используемых в оценке туберкулезных программ **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Пособие по туберкулезу”, (стр. 31-53).

Основные виды деятельности в рамках программ по борьбе с туберкулезом, базирующихся на DOTS-стратегии

□ Долгосрочные политические обязательства по борьбе с туберкулезом

ЧДО с большим опытом пропагандистской работы на уровне МЗ могут использовать этот опыт в усилиях, направленных на развитие государственной политики и стратегии борьбы с туберкулезом, соответствующей международной DOTS-стратегии. Важно осознавать, что одного заявления со стороны правительства о принятии на себя обязательств недостаточно. Взятие на себя этих обязательств должно сопровождаться наличием следующих элементов:

- Соответствующей организационной структуры для осуществления борьбы с туберкулезом (т.е. центрального органа гос. программы и областных и районных структур).
- Соответствующей эпидемиологической программы и целевых мероприятий.
- Адекватного обеспечения кадрами - от государственного до областного и районного уровней.
- Центральной государственной лаборатории, координирующей и осуществляющей надзор над сетью периферийных лабораторий.
- Существованием соответствующих государственных руководящих указаний и стандартов в виде справочника по специализированным областям управления (напр., правилам выявления случаев заболевания, техническому определению

- случаев заболеваний, стандартным курсам лечения, политике в отношении DOT, и т.д.).
- Вовлечением соответствующих международных организаций помощи (напр., ВОЗ).
- Выделением необходимых финансовых ресурсов из бюджета МЗ.

Там, где эти элементы, свидетельствующие о серьезном отношении к принятым обязательствам, отсутствуют или слабо развиты, потребуется лоббирование, а зачастую и техническая поддержка, чтобы, до обеспечения других элементов, в первую очередь создать или укрепить перечисленные выше элементы.

Для ознакомления с тем, как проводится оценка отношения правительства к своим обязательствам, **вам следует теперь прочитать:**

- “Руководство по туберкулезу”, (стр. 44-46).

Для ознакомления с планированием и конкретными мероприятиями, связанными с отношением правительства к своим обязательствам, **вам следует теперь прочитать:**

- “Руководство по туберкулезу”, (стр. 55-64 и 159-165).

Для ознакомления с кратким обсуждением работы ЧДО по лоббированию действий по укреплению борьбы с туберкулезом, следует прочитать:

- “ЧДО и борьба против туберкулеза: принципы и примеры для организаций, вступающих в борьбу против ТБ”, (стр. 30).

□ **Выявление случаев туберкулеза с помощью качественной микроскопной пробы мокроты**

Рекомендуемым и самым экономически эффективным методом выявления случаев туберкулеза является микроскопная проба мокроты у лиц с симптомами заболевания, обращающихся за помощью по собственной инициативе. В соответствии с DOTS-стратегией не рекомендуется использовать радиографические анализы или туберкулиновые анализы кожи для диагностики или проверки на туберкулез, потому что ни один из этих анализов не является специфическим тестом на заболевание туберкулезом в активной форме (напр., результаты рентгеновского исследования, характерные для туберкулеза, могут быть сходными с некоторыми другими пульмонологическими заболеваниями). Чрезвычайно важно иметь доступ к сети лабораторий с установленным протоколом контроля над качеством и компетентными, обученными, мотивированными лабораторными работниками общемедицинского профиля, за работой которых осуществляется надзор.

Проба микобактериальных культур является “золотым стандартом” для точной диагностики туберкулеза. Однако она стоит дорого, требует более совершенного оборудования и высококвалифицированного персонала; получение результатов занимает несколько недель и, как правило, редко или некачественно проводится в большинстве развивающихся стран. Рекомендованным методом диагностики является микроскопная проба мокроты – анализ слюнной мокроты потенциального пациента. Он стоит недорого, делается быстро, сравнительно легко осуществляется на качественной и долгосрочной основе. К тому же он особенно эффективен при идентификации случаев заболевания туберкулезом, в которых наблюдается

существенное количество бактерий в мокроте и которые являются, таким образом, источниками инфекции среди населения. Таким образом, это идеальный и недорогой способ охраны общественного здоровья.

В некоторых регионах, в особенности в странах среднего уровня жизни бывшего Советского Союза и Восточной Европы, анализы микобактериальных культур проводятся на регулярной основе. ВОЗ рекомендует использовать анализы микобактериальных культур выборочно. В условиях, где анализ микобактериальных культур и тестирование на восприимчивость к действию лекарств (DST) необходимы (в регионах с высоким или быстро увеличивающимся уровнем полирезистентного туберкулеза), необходимо тщательно уравнивать потребности в анализе культур и DST для слежения за лекарственной резистентностью и поддержки употребления лекарств второго ряда с необходимостью использования большинства лабораторий для микроскопной пробы мокроты.

Для совершенствования служб бактериоскопии пробы мокроты требуются специальные экспертные знания, как по организации клинической работы, так и по микробиологическим лабораторным процедурам, в идеале, предоставляемые специалистами с опытом работы в странах с низким и (или) средним уровнем жизни. Под руководством таких экспертов ЧДО успешно проводят техническое обучение для лабораторных специалистов и руководителей, включающее в себя процедуры контроля над качеством, лабораторный надзор и использование диагностических протоколов ВОЗ для специалистов в области туберкулеза и работников общественной охраны здоровья. ЧДО должны уделить особое внимание параллельной работе в этих двух областях. Например, если оснастить лаборатории таким образом, чтобы в них можно было проводить качественную бактериоскопию мокроты, но не провести одновременно с этим работу по внедрению диагностических протоколов ВОЗ среди специалистов в области туберкулеза, намеченные результаты программы не будут достигнуты.

Для ознакомления с мероприятиями по выявлению случаев заболевания и их определениями **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 65-72).

Для ознакомления с проведением оценки лабораторного компонента DOTS **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 47-53, 96 [лабораторная отчетность] и 111-122).

Для дальнейшего ознакомления с деятельностью по оценке лабораторий следует прочитать:

- “Лабораторные службы в деятельности по контролю над туберкулезом: Часть 1, Организация и управление”, (стр. 7-11 и 41-44).

Для ознакомления с мероприятиями по планированию и с конкретными лабораторными мероприятиями **вам следует теперь прочитать:**

- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 21-26 и протокол диагностики на стр. 85).

Для получения более детальной информации о лабораторных службах в области борьбы с туберкулезом следует прочитать:

➤ “Лабораторные службы в деятельности по контролю над туберкулезом: Часть 1 - Организация и управление; Часть 2 - Бактериоскопия; Часть 3 - Культура”.

□ **Лечение туберкулеза стандартизованными курсами ускоренной химиотерапии при правильном ведении болезни, включая использование терапии под непосредственным наблюдением**

Также как и выявление случаев заболевания, настоящий компонент является чрезвычайно важным аспектом DOTS-стратегии. Участие ЧДО в борьбе с туберкулезом может выражаться в помощи работникам государственной программы в обучении работников здравоохранения стандартным определениям случаев туберкулеза и протоколам лечения, а также в надзоре над ними. ЧДО должны проявлять особую осторожность в работе в этой области, так как обучение стандартным определениям случаев и протоколам лечения может показаться довольно несложным; однако обучение не всегда приводило к введению новых определений случаев и протоколов лечения в практику. Для Работы в этой области требуется тщательная оценка существующей практики и протокола лечения, а также определение возможных препятствий, способных помешать работникам здравоохранения внедрять в практику новые протоколы. Результаты такой оценки должны послужить основой для разработки эффективных подходов к обучению, а также, стратегий по преодолению препятствий к осуществлению проекта.

Для ознакомления с руководством по проведению оценки лечения туберкулеза **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Пособие по туберкулезу”, (стр. 47-53).

Для ознакомления со стандартизованной схемой классификации, курсами и протоколами лечения ВОЗ **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 27-38).

➤ “Пособие по туберкулезу”, (стр. 68-78).

Для ознакомления с обсуждением и примерами ЧДО, участвующих в лечении туберкулеза следует прочитать:

➤ “ЧДО и борьба против туберкулеза: принципы и примеры для организаций, вступающих в борьбу против ТБ”, (стр. 14-17).

Непосредственное наблюдение за терапией (DOT) осуществляется для получения гарантий того, что пациент принимает предписанную дозу лекарства во избежание возникновения лекарственно-резистентных форм туберкулеза. Использование DOT всегда необходимо в тех случаях, когда принимается рифампин. DOT состоит в закреплении за каждым больным туберкулезом обученного и регулярно контролируемого наблюдателя. Этот наблюдатель или “помощник в лечении” следит за тем, чтобы пациент проглатывал каждую дозу лекарства, и делает об этом запись в истории болезни пациента. В ситуациях, когда пациентов обычно госпитализируют в самом начале лечения, этим наблюдателем, как правило, является медсестра по туберкулезу. Как указано в разделе “*Ситуации, в которых DOTS-стратегия является гибкой*”, в осуществлении амбулаторного лечения эффективную помощь могут оказывать помощники в лечении разных видов. ЧДО участвуют в идентификации, обучении и организации работы различных помощников в DOT-лечении, включая

работников здравоохранения, представителей общественных или религиозных организаций и других представителей общественности. DOT-лечение может быть осуществлено в самых разных условиях, - от туберкулезной больницы до амбулаторного диспансера, и вплоть до места жительства пациента или любого другого места встречи, согласованного между пациентом и помощником в лечении. Хотя в международной сфере борьбы с туберкулезом и не существует данных и четкого согласия относительно преимуществ использования оплачиваемых или добровольных помощников в DOT-лечении, обычно предоставляются какие-то формы поощрения (денежного или иного) с тем, чтобы удержать добровольцев и персонал и предоставить им стимулы для обеспечения прохождения пациентами полного курса лечения. Используя собственную сеть сотрудничающих организаций и параллельных программ, ЧДО развивают новаторские методы поощрения помощников в DOT-лечении, которые не работают в системе

здравоохранения.

Для ознакомления с планированием DOT и конкретными мероприятиями **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 74-75).
- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 47-50) .

Для ознакомления с примерами успешного использования общественных помощников в лечении DOT следует прочитать:

- “Общественный вклад в лечение туберкулеза: политика и практика (стр. 21-77).

Поощрения и вознаграждения также используются для мотивирования туберкулезных пациентов и их врачей и медсестер. Такая тактика зарекомендовала себя как способная улучшить результаты лечения в некоторых ситуациях. ЧДО помогают государственным программам в разработке различных систем поощрений для пациентов, включая предоставление транспортных или продуктовых купонов, предметов гигиены, питания на местах, а также купонов в местные магазины. Работникам системы здравоохранения также предоставляются поощрения, включая денежные, основанные на успешном прохождении индивидуальными пациентами последовательных стадий лечения, таких, как конверсия пробы мокроты от позитивной к негативной после 2-3-х месяцев, а также на завершении курса лечения или излечении по прошествии 6-и месяцев. ЧДО могут играть существенную роль в том, чтобы набор видов поощрений не выходил за социальные и культурные рамки местного контекста, а также подходил бы для долгосрочного использования.

□ **Бесперебойная поставка противотуберкулезных лекарств проверенного качества**

Хотя ЧДО и не часто занимаются этой областью деятельности, многие организации помогают государственным программам в поставках и распределении медикаментов, управлении запасами медикаментов, в оценке их качества и в обучении сотрудников во всех вышеперечисленных областях. В дополнение к этому, ЧДО играют существенную роль в оказании содействия гос. программам в получении средств из различных источников, - таких как, например, Всемирный фонд лекарств (GDF) или Комитет Green Light (GLC). Организация отбора и распределения лекарств также является крайне специализированной областью работы, которой успешнее всего

занимаются специалисты с опытом работы в странах с низким и (или) средним уровнем жизни. Как упоминалось ранее, если ЧДО работает в сфере борьбы с туберкулезом, и даже если организация не участвует напрямую в поставках, распределении медикаментов и в организации снабжения медикаментами, она, тем не менее, несет ответственность за обеспечение бесперебойной поставки качественных лекарств против туберкулеза в страну, в которой она работает. Без гарантированной бесперебойной поставки лекарств вмешательство в другие области борьбы с туберкулезом может быть бесполезным и даже вредным.

Для ознакомления с планированием и конкретными мероприятиями по материально-техническому снабжению и организации распределения лекарств **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 123-132).
- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 67-74).

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- “Усовершенствование работы по управлению противотуберкулезными лекарствами - ускорение развития DOTS-стратегии”, (стр. 28-52).
- “Менеджер: Усовершенствование управления лекарствами в целях борьбы с туберкулезом”.

□ Система ведения записей и отчетности, позволяющая оценить результаты

Самым важным механизмом управления программой борьбы с туберкулезом является система ведения записей и отчетности по туберкулезу в DOTS-стратегии. Информационная система DOTS-стратегии позволяет руководителям и менеджерам установить такие ключевые элементы программы, как успех лечения и показатели выявления случаев заболевания. Таким образом, данные записей и отчетности являются для руководителей и менеджеров базой, на основе которой осуществляются действия по разрешению проблем и улучшению результатов и эффективности программ. Одной из самых важных функций программы является обеспечение надежности и своевременности данных, поставляемых системой ведения записей и отчетности и используемых для анализа результатов лечения пациентов (через стандартизованный когортный анализ). Изначально все работники здравоохранения, отвечающие за документацию обучение работе с системой ведения записей и отчетности, отвечающей параметрам ВОЗ, необходимо для всех работников здравоохранения, ответственных за документацию по данным о туберкулезных больных. ЧДО обучают специалистов по туберкулезу и работников общественной охраны здоровья методам ведения записей и отчетности, включая контроль над правильным использованием различных форм и оказание содействия при проверке качества данных, выполнении когортного анализа с использованием стандартизованных определений результатов лечения и управления базой данных. ЧДО также проводят обучение и оказывают помощь руководителям и менеджерам программ в местных учреждениях здравоохранения, а также на районном и государственном уровнях в вопросах использования этих данных для идентификации и преодоления возникающих в ходе реализации программы за счет оказания содействия работникам здравоохранения и (или) лабораторий.

Для ознакомления с обзором системы ведения записей и отчетности **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 79-104).

Для ознакомления с обзором того, как записывать и следить за данными пациента, **вам следует теперь прочитать:**

- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 53-60).

Ситуации, в которых DOTS-стратегия является гибкой

В некоторых областях при реализации DOTS-стратегия могут использоваться инновационные, гибкие решения. На практике такие модификации могут привести к укреплению и повышению эффективности программ DOTS-стратегии. Частью каждой такой программы должно являться непосредственное наблюдение за терапией (DOT), которое нельзя заменить никаким иным методом. Тем не менее, механизм осуществления DOT может видоизменяться в зависимости от конкретной программы. DOT - это практика, при которой обученный помощник при лечении наблюдает за тем, чтобы пациент проглотил каждую дозу лекарства и заносит информацию об этом в историю болезни пациента. В идеальном варианте DOT должна осуществляться в обстановке “фокуса на пациенте”, при которой ответы на вопросы “кто”, “где” и “когда”, относящиеся к применению терапии DOT дает сам пациент. Такое внимание к нуждам пациента способствует продолжению им лечения и помогает достичь выздоровления по окончании 6-месячного курса лечения.

С целью реализации модели лечения, в центре которого находится пациент, были изучены различные модели осуществления DOT, многие из которых приводили к весьма успешным результатам. Такие модели часто включают в себя использование общественного наблюдателя (помощника) за DOT-терапией, т.е. обученного лица из общины, из религиозных организаций или мест богослужения, а также местных работников здравоохранения. Спектр потенциальных помощников DOT-лечения варьируется от специалистов в области туберкулеза до обученных членов общины. Может показаться, что члены семьи являются подходящими кандидатами в помощники при DOT-лечении, особенно для пациентов, проживающих в отдаленной или изолированной местности. Однако, до сих пор данные исследований указывают на то, что члены семьи не эффективны в этой роли и, следовательно, их использование в качестве помощников при DOT-лечении, как правило, не поощряется.

Также важными факторами в соблюдении и полном выполнении пациентом курса лечения являются место и время встреч помощников DOT-лечения и пациентов, которые должны происходить ежедневно или три раза в неделю. Из соображений удобства и экономии времени медицинские работники, выполняющие функции помощников при DOT-лечении, как правило, предоставляют лекарства и осуществляют наблюдение за их приемом в медицинских учреждениях, в которых они работают. В программах, отличающихся большим вниманием к пациенту, DOT-лечение осуществляется в разнообразных ситуациях, обусловленных удобством пациента, – от специализированных туберкулезных больниц и клиник, до местных поликлиник, мест проживания или работы пациентов или любых других взаимно согласованных общественных мест, а также в разное время, чтобы учитывать предпочтения как пациентов, так и помощников DOT-лечения.

Помимо осуществления DOT-лечения, существуют и другие компоненты DOTS-стратегии, которые могут быть видоизменены в зависимости от различных ситуаций. В дополнение к ситуациям, когда пациенты сами являются в специализированные туберкулезные учреждения (пассивное выявление случаев заболевания), выявление случаев туберкулеза и направление на диагностику может быть осуществлено общественными работниками охраны здоровья, которые опрашивают семьи о наличии симптомов туберкулеза, таких, как хронический кашель или потеря веса, а также медицинскими работниками. Таким же образом, просвещение пациентов с целью поощрения соблюдения ими курса лечения, а также работа с теми пациентами, которые не соблюдают курс лечения, направленная на то, чтобы они завершили курс терапии, могут быть осуществлены благодаря использованию самых разнообразных общественных групп и лиц. Тем не менее, любые действия по выявлению случаев активного туберкулеза необходимо осуществлять только в тех ситуациях, когда службы по лечению туберкулеза продемонстрировали, что они могут эффективно справиться с потоком пациентов, идентифицированных путем пассивного выявления случаев заболевания (см. следующий раздел).

Для ознакомления с примерами мероприятий по борьбе с туберкулезом, основанных на общественной модели охраны здоровья, включая различные типы помощников при DOT-лечении и их эффективность следует прочитать:

- “Общественный вклад в лечение туберкулеза: политика и практика” (таблицы на стр. 27 и 30 и на стр. 33-77).

Ситуации, в которых DOTS-стратегия не может быть гибкой

В то время как некоторые аспекты DOTS-стратегии могут выиграть от изобретательности ЧДО, некоторые ее компоненты не являются гибкими и должны быть соблюдены неукоснительно, чтобы не причинить больше вреда, чем пользы. Такие компоненты, как диагностика бактериоскопией пробы мокроты, адекватное обеспечение медикаментами, соблюдение курсов и категорий лечения, а также система ведения записей и отчетности для мониторинга результатов, должны выполняться в соответствии с международными стандартами осуществления DOTS-стратегии. ВОЗ разработала следующие стандартизованные системы:

- Протоколы диагностики.
- Схема классификации, которой руководствуются при принятии решений в отношении лечения.
- Стандартные курсы лечения туберкулеза.
- Руководства по обеспечению запасов и управлению лекарствами.
- Образцы карточек (формуляров) по лечению туберкулеза.
- Формы и анкеты туберкулезных пациентов.
- Формы и анкеты лабораторий.
- Квартальные отчетные формы по выявлению случаев и результатам лечения.

Отклонение от этих общепринятых и хорошо изученных методологий, как правило, не рекомендуется.

Для ознакомления с этими стандартными формами, формулярами и протоколами в оригинальных источниках **вам следует теперь прочитать:**

- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 21-38, 53-60 и 85-107).
- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 65-78 и 80-102).

В дополнение пониманию DOTS-стратегии, ЧДО, которые планируют проект по борьбе с туберкулезом, должны следовать следующим трем “золотым” правилам борьбы с туберкулезом.

1. Выявление случаев активного туберкулеза можно начинать только после того, как будут внедрены адекватные службы диагностики и лечения, способные справиться со случаями заболевания туберкулезом, выявленными путем пассивной идентификации.

Нельзя загружать систему борьбы с туберкулезом дополнительными случаями заболевания, когда она не в состоянии справиться с уже зарегистрированными случаями. Как уже указывалось, плохое лечение еще хуже, чем отсутствие лечения. Выявление активных случаев заболевания включает в себя как кампанию по информированию, и просвещению населения, в том числе с помощью средств информации, направленную на повышение общей информированности населения о туберкулезе, так и работу общественных работников здравоохранения по идентификации возможных туберкулезных пациентов путем опроса семей о наличии симптомов туберкулеза. Подобные действия не следует предпринимать до тех пор, пока не достигли целевых уровней, установленных ВОЗ, параметры, измеряющие эффективность и успехи программы (конверсия проб мокроты, показатели завершения курса лечения и выздоровления). В большинстве ситуаций достижение этих целей занимает 1-2 года, а иногда и дольше.

2. Должен иметься достаточный запас противотуберкулезных лекарств, чтобы завершить курс лечения любого пациента, который начал терапию. Таким же образом, пациент, который не сможет завершить курс лечения, не должен начинать терапию. Обе эти стороны контроля над туберкулезом основываются на знании и данных, указывающих на то, что неполное или частичное лечение туберкулеза еще опаснее, чем отсутствие лечения вообще. Бациллы туберкулеза часто мутируют, так что недостаточная или прерванная терапия приводит к выборочному возникновению лекарственно-резистентных штаммов. DOT-лечение используется для того, чтобы предотвратить возникновение лекарственной резистентности за счет получения гарантий приема пациентом каждой дозы лекарства на протяжении всех 6-8 месяцев. Если по причине неправильного или неполного лечения пациент вырабатывает полирезистентный туберкулез, лечить его часто необходимо противотуберкулезными лекарствами второго ряда, которые более токсичны, дороже, менее эффективны и должны приниматься в течение более длительного времени. В дополнение к этому, пациенты с лекарственно-резистентным туберкулезом могут передать эту инфекцию другим. Когда туберкулезные микроорганизмы обладают резистентностью к двум самым эффективным противотуберкулезным препаратам, рифампину и изониазиду, их называют полирезистентными (MDR).

Чтобы удостовериться в том, что это требование выполнено, многие программы маркируют и откладывают полный комплект лекарств, необходимый для курса лечения пациента, тогда, когда пациент начинает лечение. Эта мера гарантирует, что ни у одного пациента,

начавшего терапию, не закончатся лекарства даже в случае, если данное учреждение не будет вовремя снабжено препаратами и будет испытывать их временную нехватку.

Для ознакомления с дополнительной информацией о развитии лекарственной резистентности **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 39).

Для ознакомления с дополнительной информацией о лекарственной резистентности следует прочитать:

➤ “Руководство по осуществлению проектов DOTS-Plus для контроля над полирезистентным туберкулезом”, (стр. 9-13).

3. Все компоненты DOTS-стратегии должны быть осуществлены полностью. DOTS-стратегия должна считаться “полным комплектом”, в котором ни один из компонентов не может быть осуществлен изолированно от других. ЧДО не обязательно пытаться самой осуществить все пять компонентов и, как правило, ЧДО концентрируются на тех компонентах, которые соответствуют их конкретным способностям и силам. **Тем не менее, как уже указывалось выше, даже если ЧДО не будет осуществлять все пять компонентов DOTS-стратегии, именно на ЧДО ложится ответственность за обеспечение государственной программой и/или другими партнерами всех остальных компонентов.** Например, обычно ЧДО не несут основную ответственность за наличие и доставку лекарств. Тем не менее, перед тем, как предпринимать действия по контролю над туберкулезом, ЧДО должна проверить и продемонстрировать, что обеспечение медикаментами (через партнера) осуществляется надежно и бесперебойно.

Лоббирование за правительственное участие может быть исключением из этого правила; т.е., если в стране не существует программы DOTS, то до начала осуществления других компонентов может потребоваться лоббирование с целью добиться официального правительственного заявления, а также других оперативных или политических мер. Подобное лоббирование может проводиться одновременно с подготовкой других компонентов. Учитывая важность официально принятых на себя правительством обязательств по эффективному осуществлению программ DOTS, а также трудность и продолжительность процесса пересмотра политики и протокола лечения, ЧДО не следует предлагать проекты по осуществлению DOTS в рамках CSHGP без какой-либо правительственной поддержки DOTS.

Другие ключевые элементы борьбы с туберкулезом

□ Общественная охрана здоровья

Начиная с проекта “Общинная борьба с туберкулезом в Африке”, осуществленного в 1996 г. при координации с ВОЗ, политические деятели, государственные программы, общественные организации и ЧДО делятся опытом и результатами работы с многочисленными моделями общественной охраны здоровья. ЧДО вносят вклад в развитие новаторских методов лечения, концентрирующихся на пациенте, и просвещения общественности и пациентов, а также в методологии выявления случаев заболевания, что позволяет государственным программам по борьбе с туберкулезом расширить доступ к услугам, отражающим потребности населения.

Как уже оговорено выше, общественные усилия по выявлению возможных случаев заболевания туберкулезом (активное выявление) должны быть тщательно скоординированы с государственной программой по борьбе с туберкулезом. Эти усилия нельзя предпринимать до тех пор, пока государственная программа не будет в состоянии адекватно справляться с имеющимся уровнем заболеваемости (установленным через пассивное выявление случаев заболевания), что будет установлено объективным стандартизованным когортным анализом, описанным ранее. В этой ситуации существует возможность причинить больше вреда, чем пользы, если будут идентифицированы дополнительные случаи туберкулеза, обслужить которые государственная программа не в состоянии.

Для обзора общественного вклада в борьбу против туберкулеза, включая усвоенный опыт, **вам следует теперь прочитать:**

- “Общественный вклад в лечение туберкулеза: политика и практика”, (стр. 21-31).

Для ознакомления с кратким обсуждением и примерами общественной охраны здоровья следует прочитать:

- “ЧДО и борьба против туберкулеза: принципы и примеры для организаций, вступающих в борьбу против ТБ”, (стр. 23-29).

□ Обучение

Чтобы обеспечить новое поведение и практику, требуемые высокоструктурированной программой DOTS, как правило, необходимо обучение персонала всех уровней. Потребности в обучении должны быть оценены на базовом уровне и, как уже упоминалось, эта оценка должна определить относящиеся к конкретной ситуации ограничения, способные воспрепятствовать применению только что полученных знаний и навыков среди медицинских работников, подлежащих обучению. ЧДО проводят обучение по нескольким (а иногда и по всем) компонентам DOTS, а также в других областях, -таких, как образование в сфере здравоохранения, информирование и просвещение населения (в том числе через средства информации) и обучение руководителей среднего уровня методам управления. Разработка ЧДО материалов по обучению также полезна, но должна проводиться только в соответствии с государственной политикой и административными правилами и правилами ВОЗ.

Одно лишь обучение с целью изменения навыков медперсонала обычно неэффективно. Для достижения эффективности его необходимо сопровождать мероприятиями, которые способствуют осуществлению проекта, такими, как второй или третий этап обучения, в ходе которого обучаемые должны будут выполнить практическое задание по осуществлению проекта, полученное на предшествующем этапе, или же активным контролем, надзором и поддержкой на местах работы обучаемых. Обучение нельзя проводить, если не существует четкого плана и адекватных ресурсов (транспорт, суточные) для контроля и надзора над эффективностью обучения, которую измеряют, по большей части, по изменениям в показателях результатов.

Для ознакомления с обсуждением обучения DOTS **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 143-151).

Для ознакомления с общим стратегическим подходом к обучению и управлению кадрами следует прочитать:
➤ “Обучение для лучшего контроля над туберкулезом: развитие кадров для контроля над туберкулезом”.

□ Надзор, контроль, оценка и управление

DOTS-стратегия является, по существу, стратегией управления, предназначенной для борьбы с туберкулезом, и требующей эффективного надзора и активного управления на всех уровнях для достижения желаемых результатов. Надзор можно отделить от контроля и оценки (см. ссылку ниже), но и то, и другое имеют одну и ту же цель – обеспечение как правильной и качественной работы медперсонала и лаборантов, так и достижения результатов, на которые эта работа нацелена. В эффективных программах DOTS для определения возможных недостатков в ее осуществлении ответственные работники и менеджеры используют такие методы контроля, как анализ показателей работы программы (когортный анализ). В этом случае контрольные списки, которыми пользуются эти ответственные работники и менеджеры, становятся инструментом для выявления причин этих недостатков. Подобный “ориентированный на результаты” надзор гарантирует, что использование контрольного списка тесно связано с улучшениями эффективности программы.

Во многих регионах мира, наиболее затронутых эпидемией туберкулеза, развитие навыков надзора и контроля, а также, навыков по поддержке и поощрению улучшения работы подчиненных, может быть новой областью, в особенности среди медработников. ЧДО помогают руководству и менеджерам государственных программ совершенствовать их навыки, адаптировать стандартный контрольный список и другие формы надзора и контроля к местным условиям, использовать в их деятельности когортный анализ, применяемый для контроля, а также брать на себя более активную роль в разрешении проблем.

Контроль и оценка необходимы для измерения прогресса в движении к целевым показателям и результатам. В области борьбы с туберкулезом существуют твердо установленные показатели, многие из которых определены когортным анализом, которые измеряют степень успеха программ по борьбе с туберкулезом. В дополнение к этому, ЧДО и/или государственной программе необходимо контролировать и оценивать эффективность новых или новаторских действий. ЧДО с опытом работы по контролю и оценке могут предоставить государственным программам необходимую помощь в организации мероприятий по контролю и оценке вне рамок стандартного выявления случаев заболевания и когортного анализа, с тем, чтобы включить действия по разрешению проблем и оценить некоторые мероприятия посредством оперативных исследований (см. ниже раздел “Оперативные исследования”).

Чтобы оказать дальнейшую помощь в контроле и оценке ТБ-программ, АМР разрабатывает “Региональное руководство по показателям ТБ-программ”, предназначенное для использования региональными отделами АМР, персоналом государственных программ и ЧДО, принимающими участие в работе по борьбе с туберкулезом. Это “Региональное руководство” будет использовано для разработки Опроса в отношении информированности, поведения и страхования населения в

области туберкулеза, и оба документа будут помещены на сайты AMP, CSTS и CORE в 2004 г., когда будут закончены.

Для ознакомления с руководством по планированию, надзору, контролю и оценке ТБ-программ **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 167-185).
- “Смежный модуль ВСМ по контролю и оценке”.

□ **Работа со средствами информации/Социальная мобилизация/ИЕС**

Под эту категорию подпадают несколько мероприятий, включая: 1) просвещение туберкулезных больных и их семей относительно туберкулеза, способа его передачи и лечения, 2) просвещение политических деятелей и лидеров относительно DOTS-стратегии, как часть политики лоббирования, и 3) просвещение населения относительно туберкулеза через кампанию ИЕС/средства массовой информации. Первые два направления – это то, где всегда следует разрабатывать мероприятия, даже на ранних стадиях осуществления DOTS-стратегии. Как уже указывалось ранее, просвещение населения должно происходить только тогда, когда государственная программа продемонстрировала свою способность эффективно лечить уже имеющиеся случаи заболевания и, соответственно, может справиться с дополнительными случаями, идентифицированными через активное выявление.

У ЧДО часто есть опыт использования радио и телевидения для проведения кампаний по просвещению в других областях охраны общественного здоровья. Тесно сотрудничая с государственными программами, ЧДО проводят обучение персонала и общественных работников по вопросам эффективного просвещения пациентов и, когда уместно начинать действия по ИЕС, помогают в выпуске брошюр, пособий и других печатных материалов, а заодно организуют массовые кампании по просвещению населения, связанные с международными событиями, такими, например, как Всемирный день туберкулеза.

Для ознакомления с тем, как сообщать информацию о туберкулезе пациентам, их семьям и населению, **вам следует теперь прочитать:**

- “Пособие по туберкулезу”, (стр. 153-158).

Для ознакомления с кратким обсуждением и примерами просвещения общественности в области лечения туберкулеза следует прочитать:

- “ЧДО и борьба против туберкулеза: принципы и примеры для организаций, вступающих в борьбу против ТБ”, (стр. 21-22).

Более сложные области борьбы с туберкулезом (для ЧДО с опытом работы по борьбе с туберкулезом)

Участие в нижеследующих мероприятиях рекомендуется оставить на долю ЧДО с проверенным опытом осуществления DOTS-программ в сотрудничестве с государственной программой, или ЧДО, которые могут заручиться в этих областях поддержкой более опытных организаций. Каждая из этих областей является довольно сложной, и

необходимые действия часто базируются на существующей программе по борьбе с туберкулезом, основанной на DOTS.

□ **Ко-инфекция (двойная инфекция) ТБ/ВИЧ**

По мере того, как эпидемия ВИЧ/СПИДа продолжает оказывать разрушительное действие на большую часть развивающегося мира, становится очевидной необходимость объединения службы по контролю и лечению туберкулеза и ВИЧ/СПИДа. Во многих регионах, где существуют высокие показатели обоих заболеваний, разделить две сливающиеся эпидемии невозможно. ЧДО, которые работают с государственными программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом (НАСР), могут прийти к заключению, что это не только естественный, но и необходимый следующий шаг на пути эффективной борьбы с обоими заболеваниями. Объединение двух различных систем может быть довольно сложным начинанием, и возможности симбиоза должны быть исследованы как на уровне учреждений, так и на уровне общины. Действия в этой области включают в себя активное выявление случаев заболеваний, совершенствование системы направлений на лечение и диагностику, а также предоставление ухода и поддержки на семейном уровне.

Для ознакомления со сводкой информации по двойной заболеваемости ТБ/ВИЧ в мире **вам следует теперь прочитать:**

- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 75-83).
- “Расширенная сеть DOTS для эффективной борьбы с туберкулезом”, (стр. 16-17).

Для ознакомления с дополнительной информацией по эпидемии ТБ/ВИЧ следует прочитать:

- “Стратегическая система по снижению заболеваемости ТБ/ВИЧ”, (стр. 11-13).
- “Руководство по осуществлению совместных мероприятий в рамках программ по ТБ/ВИЧ”, (стр. 13-17).

Для ознакомления с мероприятиями по борьбе с туберкулезом, проводимыми в регионах с высокой заболеваемостью ВИЧ, следует прочитать:

- “Стратегическая система по снижению заболеваемости ТБ/ВИЧ”, (стр. 15-34).
- “Руководство по осуществлению совместных мероприятий в рамках программ по ТБ/ВИЧ”, (стр. 19-21 и 43-72).

Для ознакомления с эффективным сотрудничеством между программами по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу следует прочитать:

- “Стратегическая система по снижению заболеваемости ТБ/ВИЧ” (стр. 35-37).
- “Руководство по осуществлению совместных мероприятий в рамках программ по ТБ/ВИЧ”, (стр. 23-42).

□ **Резистентность к лекарствам/Полирезистентный туберкулез**

Результатом многих лет неадекватного лечения туберкулеза явилось возникновение штаммов микобактерий туберкулеза, резистентных к противотуберкулезным лекарствам. В ходе первого всемирного исследования лекарственной резистентности, проведенного ВОЗ совместно с МСБТЛЗ в период между 1994 и 1997 гг., лекарственно-резистентные штаммы *M. tuberculosis* были найдены во всех 35-и

исследованных странах. Для лечения все более возрастающего количества случаев полирезистентного туберкулеза (MDR-TB) пришлось применять DOTS-стратегию с использованием лекарств второго ряда. Таким образом и была создана стратегия DOTS-Plus.

Важно отметить, что основные функции и протоколы программы DOTS все равно являются самыми эффективными и дешевыми средствами предотвращения дальнейшего роста лекарственной резистентности путем излечения большинства случаев заболевания туберкулезом, остающихся, в целом, восприимчивыми к действию медикаментов, стандартными лекарствами DOTS первого ряда. Поэтому приоритетным в лечении полирезистентного туберкулеза является обеспечение эффективности стандартных действий DOTS (измеряемой когортным анализом конверсии проб мокроты и показателями успеха лечения).

Однако, в некоторых “горячих точках” активности полирезистентного туберкулеза, где его показатели уже достигли высокого уровня, для борьбы с ним требуются дополнительные меры, включающие в себя лечение и излечение резистентных случаев лекарствами второго ряда. Стратегия DOTS-Plus подразумевает выделение для лечения полирезистентного туберкулеза специализированных центров, создание специальных клинических руководств по лечению больных полирезистентным туберкулезом препаратами второго ряда, а также мероприятия, направленные на организацию снабжения препаратами второго ряда. Комитет Green Light часто является источником для поставки этих лекарств.

Для ознакомления с обзором развития и мировой эпидемиологии резистентности к противотуберкулезным лекарствам **вам следует теперь прочитать:**

- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 39).

Для ознакомления с дополнительной информацией по полирезистентному туберкулезу следует прочитать:

- “Руководство по осуществлению проектов DOTS-Plus для контроля над полирезистентным туберкулезом”, (стр. 9-13).

В деле создания программ DOTS-Plus ЧДО тесно сотрудничают с государственными программами, совершенствуя техническую базу лабораторий для проведения необходимых микобактериальных анализов культур и тестирования на подверженность действию лекарств, помогая в управлении и снабжении (как правило, через Комитет Green Light) противотуберкулезными препаратами второго ряда, а также применяя международные клинические стандарты по полирезистентному туберкулезу в употреблении этих препаратов. Лечение полирезистентного туберкулеза является чрезвычайно сложным, и предпринимать действия в этой области рекомендуется только ЧДО с солидным опытом осуществления DOTS в тесном сотрудничестве с государственной программой и с неограниченным доступом к опыту экспертов. В большинстве ситуаций самой важной мерой в борьбе с лекарственной резистентностью является предотвращение роста резистентности за счет применения стандартной терапии DOTS.

Для ознакомления с обзором лечения полирезистентного туберкулеза и программы DOTS-Plus **вам следует теперь прочитать:**

- “Расширенная сеть DOTS для эффективной борьбы с туберкулезом”, (стр. 18).
- “Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ”, (стр. 39-45).

Для ознакомления с дополнительной информацией по этому вопросу следует прочитать:

- “Руководство по осуществлению проектов DOTS-Plus для контроля над полирезистентным туберкулезом”, (стр. 15-31).

□ **Оперативные исследования**

По определению ВОЗ, оперативные исследования (ОИ) в борьбе с туберкулезом - это исследования, направленные на разработку деятельности, целью которой является усовершенствование политического процесса, создание и осуществления программ здравоохранения, а также более совершенные методы обслуживания. Чтобы приносить значимую пользу, оперативные исследования должны быть сконцентрированы на пробелах в существующей работе по борьбе с туберкулезом. ЧДО с опытом в оперативных исследованиях в других областях общественного здравоохранения, возможно, смогут использовать их опыт для оказания помощи на местах в развитии навыков ОИ и осуществления исследований, расширению успешно зарекомендовавшей себя деятельности через ОИ и информировании широкого населения о результатах ОИ. ОИ могут играть важную роль в поиске подходов к повышению результативности терапии и эффективных стимулов для пациентов и медработников. Иногда, однако, требуются исследования действий, уже хорошо изученных в других странах - в целях демонстрации на местах, направленных на то, чтобы убедить местных политических деятелей или лидеров народного движения в пригодности новых для них подходов (хотя эти подходы могут являться стандартной практикой в других странах). В начале или при расширении оперативных исследований по туберкулезу на местах следует свериться с повесткой исследований в области борьбы с туберкулезом, установленной ВОЗ.

Для ознакомления с краткой повесткой ОИ в области борьбы с туберкулезом, рекомендуемой ВОЗ, следует прочитать:

- Бюллетень Всемирной организации здравоохранения за 2002 г., 80 (6) , “Повестка исследований по усовершенствованию здравоохранительной политики, работы и эффективности служб в области контроля над туберкулезом” перспектива ВОЗ”, (стр. 471-476).

Для ознакомления с кратким обсуждением и примерами проведения ОИ следует прочитать:

- “ЧДО и борьба против туберкулеза: принципы и примеры для организаций, вступающих в борьбу против ТБ”, (стр. 31-32).

Сравнительные преимущества ЧДО в работе по борьбе с туберкулезом

В силу своей организационной структуры, установившихся партнерских отношений и опыта работы в смежных областях ЧДО могут обладать сравнительными преимуществами в некоторых видах работы по борьбе с туберкулезом. Все действия по борьбе с туберкулезом должны предприниматься в тесном сотрудничестве с государственной программой по борьбе с туберкулезом, даже если эти действия ограничены одним регионом, или учреждением, поскольку конечная ответственность за программы по борьбе с туберкулезом ложится на государственную программу. Тем не менее, ЧДО часто обладают возможностями для внесения в эту борьбу существенного вклада и осуществления дополнительных действий, которые помогут расширить возможности местных органов в этой области борьбы с туберкулезом.

□ Программная деятельность среди населения

Как обсуждается в разделе “Другие ключевые элементы борьбы с туберкулезом”, ЧДО часто обладают огромным опытом работы с населением. Они могут пользоваться поддержкой важных политических деятелей, официальных лиц в сфере здравоохранения, общественных деятелей и организаций региона или страны. ЧДО могут использовать свои установившиеся контакты и партнерские отношения для осуществления разнообразных ключевых видов деятельности по борьбе с туберкулезом, включая следующие виды деятельности:

- Просвещение и поддержка пациентов.
- Выявление случаев заболевания и повышение уровня информированности населения об опасности туберкулеза.
- Совершенствование доступа к DOT за счет назначения наблюдателей, не являющихся медицинскими работниками, за лечением.
- Работа по снижению предрассудков.
- Предоставление социальной поддержки туберкулезным пациентам и их семьям с целью обеспечения прохождением этими пациентами полного курса лечения.

Государственные программы в основном действуют через традиционную инфраструктуру здравоохранения, мало используя возможности работы с населением и возможности просвещения. Являясь частью правительственной структуры здравоохранения, государственная программа, как правило, находится в невыгодном положении, чтобы принимать усилия по улучшению доступа населения к имеющимся услугам. В некоторых случаях государственные программы могут изначально не пользоваться доверием населения. Сотрудничество между ЧДО и государственной программой может создать механизмы доступа к населению, которые расширят возможности гос. программы. В частности, ЧДО могут идентифицировать способы налаживания связи между официальной структурой гос. программы и населением, чтобы усовершенствовать процессы лечения, просвещения населения и выявления случаев заболевания. Как и раньше, все действия по работе с населением должны быть напрямую скоординированы с государственной программой, с тем, чтобы они

являлись ее продолжением, а не параллельной системой борьбы с туберкулезом среди населения.

Для ознакомления с обзором общественного вклада в лечение туберкулеза **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Общественный вклад в лечение туберкулеза: политика и практика”, (стр. 13-31).

□ **Осуществление терапии под непосредственным наблюдением (DOT)**

Существует множество моделей DOT-терапии среди населения, успешно зарекомендовавших себя в различных условиях. Используя свои связи и партнерские отношения в обществе, ЧДО часто обучают и наставляют общественных помощников DOT-терапии, которые следят за пациентами, прерывающими лечение, и оказывают им поддержку. Развитие подобных новаторских методов необходимо, чтобы поднять показатели завершаемости лечения выше 85% целевой отметки. ЧДО часто не испытывают бюрократические проблемы, характерные для многих систем здравоохранения, и имеют, таким образом, относительное преимущество в развитии творческих решений в предоставлении услуг вне рамок системы здравоохранения. В дополнение к этому, ЧДО могут обладать опытом внутри организаций по проведению ОИ с целью документирования параметров эффективных методов или сравнения различных моделей лечения DOT или стимулов и (или) поощрений для пациентов, помощников при DOT-лечении и медработников, участвующих в лечении ТБ.

Для ознакомления с кратким обсуждением программы DOT среди населения **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Общественный вклад в лечение туберкулеза: политика и практика” (стр. 22-24).

□ **Доступ к уязвимым или “труднодоступным” группам населения**

Расширение доступа к услугам здравоохранения для уязвимых групп населения является распространенной целью многих программ ЧДО. Хотя это должно быть важным составным элементом государственной программы по борьбе с туберкулезом, МЗ может быть ограничено в своих возможностях по идентификации этих групп населения и проведения с ними работы по причине препятствий политического или финансового характера. Поскольку ЧДО являются международными организациями, политически нейтральны и не являются частью правительства, у них могут быть сравнительные преимущества в работе с такими маргинальными группами населения, как национальные меньшинства, заключенные, наркоманы и обедненные слои населения. Эти факторы могут позволить ЧДО быть принятыми группами населения, которые иначе оставались бы “труднодоступными”. ЧДО часто устанавливают тесные отношения с местными партнерами, среди которых встречаются представители этих групп населения, или же те, кто работает с этими группами. ЧДО также часто используют персонал или добровольцев из этих групп населения. Маргинальные группы в любом обществе, как правило, подвергаются большому риску заразиться туберкулезом по многим причинам, включая как таковое отсутствие доступа к системе здравоохранения, плохие жилищные условия, низкие базовые показатели состояния здоровья и повышенный риск заражения ВИЧ-инфекцией. ЧДО с уже имеющимися программами для этих уязвимых групп населения и установившимися связями с ними, находятся в выгодном положении, чтобы вести работу по улучшению доступа к

услугам по борьбе с туберкулезом для этих групп. В дополнение к этому, ЧДО могут помочь в установлении связей между этими группами и государственной программой по борьбе с туберкулезом. Например, ЧДО сотрудничают с управлениями тюрем с целью создания механизмов, связующих тюремные базы данных по туберкулезу и лаборатории с базами данных гос. программ и общественными лабораториями, а также с целью создания эффективной системы перевода заключенных, больных туберкулезом и выпущенных на свободу в период лечения, в общественную систему ухода, ведения и завершения лечения.

□ **Обучение и надзор с целью создания потенциала на местах**

ЧДО часто обладают обширным опытом обучения в разных областях, как специальных, так и не специальных. Такой опыт, в большой степени, может быть соответствующим образом использован в обучении в области борьбы с туберкулезом. К тому же, в программах здравоохранения часто не хватает обучения в области надзора и управления, и ЧДО могут обладать опытом проведения подобного обучения и в других областях и/или рассчитывать на помощь экспертов, имеющих такой опыт. ЧДО, работающие с персоналом из местного населения, могли бы использовать этот персонал в качестве помощников при DOT-лечении. Все обучение в области борьбы с туберкулезом должно быть скоординировано с государственной программой, чтобы обеспечить точность и последовательность информации. Более того, конечной целью всех мероприятий по обучению должна быть способность работников гос. программы самим проводить обучение. Обучая управлению и надзору на основе анализа данных гос. программы, ЧДО могут способствовать развитию возможностей гос. программы в отношении постоянного повышения эффективности ее работы.

Для ознакомления с кратким обсуждением и примером поддержки существующих служб борьбы с туберкулезом следует прочитать:

- “ЧДО и борьба против туберкулеза: принципы и примеры для организаций, вступающих в борьбу против ТБ”, (стр. 18-20).

□ **Выявление активных форм заболевания и контактные исследования (в случаях, когда это необходимо)**

ЧДО с эффективными программами работы среди населения и доступом к уязвимым группам населения часто являются идеальными партнерами для осуществления процедур по выявлению активных форм заболевания среди этих групп, включая проведение контактных исследований. Работающие в этих сферах ЧДО могут быть готовы начать эти мероприятия, как только к этому будет готова государственная программа по борьбе с туберкулезом в силу того, что они пользуются доверием среди населения. ЧДО должны заручиться руководством государственной программы в отношении времени и спектра всех действий по выявлению активных случаев заболевания, чтобы иметь гарантии того, что службы по борьбе с туберкулезом в состоянии справиться с дополнительными выявленными случаями. В дополнение к определенным действиям по выявлению случаев заболевания и направлению членов семей на тестирование, ЧДО могут также оказывать такие виды долгосрочной поддержки, как лечение лиц группы риска при латентных ТБ инфекциях (ВИЧ-

инфицированных и детей моложе пяти лет) путем предоставления ухода среди населения.

□ **Дополнительные программные действия по стране**

ЧДО часто используют глобальный подход к программным действиям, работая с факторами, способствующими бедности. Работа с этими факторами, наряду с работой по борьбе с туберкулезом может вызвать дополнительный эффект. Примеры дополнительных программных областей включают в себя микро-финансирование, образование, другие программы социальной поддержки, предотвращение ВИЧ-инфекций среди групп риска, услуги по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) и лоббирование в других областях общественной охраны здоровья.

Таблица 1. Примеры участия ЧДО в деятельности по борьбе с туберкулезом

Деятельность	Страна/ Регион	Условия	Сравнительные преимущества ЧДО	ЧДО	Описание
Лоббирование за принятие политических обязательств	Индия, Индонезия, и Филиппины	?Городские	? История сотрудничества с МЗ	World Vision, Канада	Лоббирование за увеличение политической поддержки путем пропаганды экономической и гуманитарной пользы, которую принесет постоянная ТБ- программа, обеспечения адекватных человеческих ресурсов, запаса лекарств и хозчасти, развития рабочих групп и комитетов по ТБ.
Усовершенствованное диагностирование бактериоскопией пробы мокроты	Косово	Городские	Опыт в специальном обучении лабораторных работников	Врачи Мира, США	Техническое обучение по бактериоскопии пробы мокроты для лабораторного персонала каждой области, установление контроля над качеством и проведение периодического профессионального тестирования.
Обучение DOTS для работников здравоохранения	Казахстан	Городские и сельские	История сотрудничества с МЗ в укреплении системы здравоохранения, опыт в обучении работников здравоохранения	Проект HOPE	Тренировочные модули ВОЗ по DOTS дополнены методами обучения взрослых для ТБ специалистов, врачей системы общественного здравоохранения, медсестер, лаборантов и эпидемиологов. Функциональный фокус на то, как реагирует руководящий аппарат на программные данные. Контроль/поддержка и идентификация и решение проблем после завершения обучения.
Осуществление лечения DOT	Южная Африка	Сельские	Осуществление программ CSHGP с компонентом ВИЧ/СПИДа в регионе, опыт по уходу на дому	Medical Care Development International	В партнерстве с МЗ и местной НПО обученные волонтеры осуществляют уход за больными СПИДом на дому, предоставляя и документируя лечение DOT и просвещая население о ранних признаках и симптомах ТБ
Контроль и оценка систем ведения записей и отчетности	Косово	Городские	История сотрудничества с МЗ, опыт в наблюдении	Врачи Мира, США	Обучение руководящего состава гос. программы использованию учетных и отчетных анкет, развитие механизмов надзора, проверка качества данных, обучение когортному анализу и другим видам использования эпидемиологических данных
Доступ к уязвимым	Казахстан и	Тюрьмы	Беспристрастность,	Проект HOPE	Укрепление лабораторных систем, определение

группам населения	Кыргызстан		расширенный доступ к заключенным, опыт по уходу в тюрьмах		порядка отчетности между министерствами здравоохранения и юстиции, помощь в переходе к гражданскому обществу и к гражданским службам по контролю над туберкулезом
-------------------	------------	--	---	--	---

Распространенные ошибки, которые следует избегать в программной работе по борьбе с туберкулезом

Стратегия DOTS по борьбе с туберкулезом является сложным целым, которое представляет собой нечто большее, чем сумма его составных элементов. Для обеспечения координации в достижении общих целей программы каждый компонент необходимо осуществлять в сотрудничестве с гос. программой и другими партнерами. ЧДО-новичкам в области борьбы с туберкулезом, в особенности может показаться, что некоторые мероприятия являются обоснованными способами достижения какого-либо аспекта стратегии DOTS, в то время как на самом деле, они могут приводить к обратным результатам, а в некоторых случаях - быть вредными. Ниже приводятся некоторые примеры подобных ошибок, которые следует избегать.

- **Единоличное осуществление мероприятий по предотвращению и борьбе с туберкулезом изолированно, т.е. без определения партнеров и без координации усилий через государственную программу.**
Это может привести к действиям, на деле препятствующим работе государственной программы по борьбе с туберкулезом. Планирование и осуществление всех видов работы ЧДО по борьбе с туберкулезом в координации с государственной программой, МЗ, донорами и другими партнерами в этой работе является решающим для обеспечения правильного выбора, времени и способа осуществления мероприятий.
- **Нескоординированное распределение противотуберкулезных препаратов и рентгеновского оборудования.**
В рамках осуществляемой ими гуманитарной деятельности ЧДО могут получать поставки пожертвованных противотуберкулезных препаратов и рентгеновского оборудования. Хотя распределение этих поставок непосредственно между нуждающимся медицинскими учреждениями и может показаться разумным шагом, на самом деле, оно может подорвать усилия по борьбе с туберкулезом. Например, если государственная программа пытается внедрить использование бактериоскопии пробы мокроты для диагностики туберкулеза, установка нового рентгеновского оборудования может противоречить этой цели. Также поставки лекарств через ЧДО, даже если лекарства направляются непосредственно в гос. программу, не являются надежным способом обеспечения адекватных запасов лекарств. Кроме того, поставка лекарств, срок годности которых должен вскоре истечь, может привести к созданию для государственной программы проблемы утилизации отходов.
- **Сосредоточение внимания и действий программ по борьбе с туберкулезом на идентификации и лечении случаев педиатрического туберкулеза.**
С целью предотвращения дальнейшего распространения заболевания первичным фокусом действий по борьбе с туберкулезом должны быть идентификация и лечение инфекционных случаев туберкулеза у взрослых.

Как правило, дети, больные туберкулезом, не заразны, в то время как диагностировать их гораздо сложнее, что может привести к излишнему диагностированию и лечению. Протоколы и приоритеты диагностики и лечения должны соответствовать установленным ВОЗ.

- **Упор на БЦЖ-прививки, как на стратегию борьбы с туберкулезом.** БЦЖ-прививки эффективны в предотвращении развития тяжелых форм туберкулеза (т.е. туберкулезного менингита) у малолетних детей. Однако БЦЖ-прививки не предотвращают инфицирование бактерией туберкулеза и, соответственно, не являются эффективным инструментом для борьбы с инфекционным туберкулезом среди населения. БЦЖ-прививки должны быть составной частью государственной программы детской иммунизации, но не являются мерой, надзор за которой осуществляет государственная программа по борьбе с туберкулезом.
- **Сосредоточение усилий на общей кампании ИЕС среди населения без проверки наличия адекватных систем диагностики и лечения туберкулеза.** Кампании оздоровительного просвещения населения, предназначенные для повышения выявления случаев туберкулеза в условиях, когда адекватные службы диагностики и лечения еще не функционируют, приведут к повышению количества случаев незавершенного лечения и лекарственной резистентности.
- **Установление служб диагностики или лечения туберкулеза параллельно с государственной программой.** Эти виды служб, вне зависимости от их качества, будут подрывать усилия государственной программы по борьбе с туберкулезом в стране и могут поставить под сомнение авторитет и доверие к гос. программе, а также, конечно, не являются долгосрочными.

Координация действий по борьбе с туберкулезом

Базовым элементом эффективной программной деятельности по борьбе с туберкулезом является координирование работы, как между ведомствами, так и внутри них. Как правило, МЗ является руководящим ведомством, осуществляющим надзор над государственной программой по борьбе с туберкулезом, но гос. программа полностью несет ответственность за всю деятельность по борьбе с туберкулезом и, как правило, является движущей силой в осуществлении стратегии DOTS. Координация действий должна осуществляться в рамках МЗ с тем, чтобы эффективная гос. программа могла успешно контролировать туберкулез. Обычно государственная программа является подходящим партнером для ЧДО, работающих в области борьбы с туберкулезом; тем не менее, ЧДО также должны установить тесные рабочие отношения с МЗ и, в зависимости от обстоятельств, держать МЗ в курсе их деятельности, напрямую или совместно с гос. программой. ЧДО могут также иметь партнеров в других департаментах МЗ (например, НАСР), для чего потребуются поддерживать связь с соответствующими должностными лицами МЗ. Для обеспечения эффективной координации ЧДО, работающие на региональном и/или областном уровне,

должны установить активную регулярную связь с государственной программой на государственном уровне, а также с региональными и областными структурами МЗ.

Для руководства по межведомственной координации действий по борьбе с туберкулезом **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Пособие по туберкулезу”, (стр. 193-196).

Аналогичным образом, для обеспечения сотрудничества между ведомствами и предотвращения повторения или разобщения предоставляемых ими услуг необходима межведомственная координация между партнерами, участвующими в борьбе с туберкулезом.. ЧДО, работающие в сфере борьбы с туберкулезом, часто становятся членами консультационного комитета при государственной программе, в рамках которого внутриведомственные и межведомственные партнеры могут рассмотреть их деятельность и обсудить возможное расширение и/или новые направления сотрудничества. В результате таких обсуждений у ЧДО могут обнаружиться “новые” партнеры в борьбе с туберкулезом, - такие как государственная программа по борьбе с туберкулезом, работники в области туберкулеза ВОЗ, сообщество StopTB, организация Global Drug Facility (GDF), Центры по контролю и предотвращению заболеваний (CDC), а также другие зарубежные доноры и специалисты-консультанты. Информацию о каждой из этих организаций можно найти на их Интернет-сайтах. Обычно работники ВОЗ выступают в качестве специалистов-советников при государственной программе. В ответ на заявку государственной программы на бесплатные или дешевые противотуберкулезные препараты, работники организации GDF посещают местные лечебные учреждения до и после поставки лекарств с целью контроля правильного использования поставленных лекарств. ЧДО могут участвовать в визитах на местах, осуществляемых ВОЗ или GDF, в качестве сотрудничающего партнера в осуществлении стратегии DOTS. Все контакты ЧДО с любой из этих международных организаций должны осуществляться через государственную программу. И, наконец, еще одной организацией, с которой может сотрудничать ЧДО, является Всемирный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM) . С целью борьбы с этими тремя заболеваниями GFATM предоставляет через организацию “Национальные координационные механизмы” при GFATM многомиллионные гранты различным странам,. Если ЧДО работает в стране, получающей или получившей грант от GFATM, ЧДО и государственной программе по борьбе с туберкулезом необходимо координировать планирование своих действий и использования ресурсов.

Для руководства по межведомственной координации действий по борьбе с туберкулезом **вам следует теперь прочитать:**

➤ “Пособие по туберкулезу”, (стр. 197-199).

Долгосрочность действий по борьбе с туберкулезом

От правительственных обязательств и поддержки государственной программы, которая осуществляет надзор и несет ответственность за всю деятельность программ по борьбе с туберкулезом зависит, насколько долго продлится такая деятельность. У мероприятий по борьбе с туберкулезом, которые ЧДО задумали и осуществляют в сотрудничестве с гос. программой и МЗ, больше шансов на долгосрочный успех. К счастью, эпидемиология туберкулеза такова, что благоприятное воздействие эффективной программы на существующую заболеваемость имеет естественное долгосрочное влияние на дальнейшую передачу инфекции и заболеваемость, поскольку при реализации такой программы перманентно снижается количество источников инфекции среди населения.

Тщательное планирование передачи работы по борьбе с туберкулезом в ведение государственной программы также повышает шансы долгосрочности этих мероприятий. Проекты CSHGP, как правило, осуществляются в течение 4-5-летнего периода. Долгосрочность и дальнейшая самостоятельность программы необходимо принять в расчет с самого начала в планировании программы и Развернутом плане ее осуществления (DIP), где также необходимо предусмотреть конкретные приготовления к передаче проекта в ведение гос. программы задолго до его окончания (зачастую за 1 или 2 года до предполагаемой даты окончания). Как и в ситуации с предварительным планированием, передача работы в ведение государственной программы и других местных организациях должна быть скоординирована с гос. программой и МЗ. Приготовления к завершению проекта ЧДО могут включать в себя помощь гос. программе или другим местным НПО в подготовке заявлений в альтернативные источники финансирования, - такие, как Всемирный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM) на поддержку на национальном уровне или в GDF - на получение бесплатных или дешевых лекарств. В дополнение к этому, рекомендуется, чтобы ЧДО оказывали содействие в создании местной НПО для помощи государственной программе в выполнении ее миссии по борьбе с туберкулезом. Все проекты ЧДО в области борьбы с туберкулезом должны включать в себя работу по усовершенствованию возможностей гос. программы в отношении управления деятельностью НПО в момент передачи проекта. Проектная деятельность НПО с самого начала должна быть полностью интегрирована в государственную программу и должна оставаться интегрированной в течение всей продолжительности проекта. Обучение и развитие навыков персонала государственной программы, необходимых для управления проектом, должны иметь место в течение всего срока реализации проекта, чтобы его конечная передача в ведение гос. программы была естественным переходом к системе, хорошо подготовленной к тому, чтобы принять на себя ответственность за данный проект.

Литература

Введение

Вся приведенная ниже литература в настоящее время существует на Интернетe и содержат электронные сетевые адреса, выделенные синим шрифтом. Чтобы зайти на эти сайты, используйте электронную копию настоящего документа (которую вы можете получить на нашем сайте: <http://www.childsurvival.com/documents/usaid.cfm>). Нажмите в документе на электронный адрес интересующего вас документа, выделенный синим шрифтом, и вы автоматически будете переведены на нужный адрес ссылки в сети. Кроме того, вы можете скопировать или напечатать адрес нужной вам ссылки из настоящего документа в адресную полосу, когда заходите в Интернет.

В дальнейшем мы рассчитываем выпустить настоящий документ на компьютерном диске (CD-rom). К тому времени все документы, на которые имеются ссылки в настоящей публикации, будут включены и доступны для прочтения или печати с диска.

Приведенный здесь список литературы вовсе не является последним словом в области описанных программ и стратегий. Это приложение и не может быть всеобъемлющим; скорее, оно предназначено для того, чтобы подсказать пользователю правильное направление в исследовании этих тем.

Этот список находится в стадии развития, как, в общем и целом, и сами справочные материалы. Мы обращаемся к вам с просьбой о том, чтобы на протяжении этого года вы информировали нас о доступности и актуальности каждой документа, на который имеется ссылка в данной публикации, а также о любых дополнительных ресурсах, которые, по Вашему мнению, могли бы быть включены в данный список, с тем, чтобы мы могли дополнить его в следующем году. Пожалуйста, посылайте Ваши комментарии и рекомендации Мишелю Паке по адресу: mpacque@macroint.com.

Полезные сайты

- Виртуальная библиотека ресурсов по туберкулезу: [Появится в скором времени!](#)
- Сайт ВОЗ по туберкулезу: <http://www.who.int/gtb/>
- Сайт Сообщества “Stop TB”: <http://www.stoptb.org/>
- Организация Global Drug Facility (Stop TB): <http://www.stoptb.org/GDF/default.asp>
- Виртуальная библиотека ресурсов по ВИЧ: <http://www.childsurvival.com/vrc/>

Курсы и конференции в области борьбы с туберкулезом

- Международный Союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (МСБТЛЗ) [Нажмите на ссылку “Courses” или “Conferences”]:
http://www.iuatld.org/full_picture/en/frameset/frameset.phtml
- Королевская нидерландская ассоциация по туберкулезу (KNCV) [Нажмите на ссылку “Events”]: <http://www.tuberculose.nl/2003/english/index.html>
- Сообщество “Stop TB” Календарь событий:
<http://www.stoptb.org/events.activities/default.asp>

Книги и статьи

Бюллетень Всемирной организации здоровья за 2002 г., 80 (6)

[http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-6-E-2002/80\(6\)471-476.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-6-E-2002/80(6)471-476.pdf)

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Общественный вклад в лечение туберкулеза: политика и практика

[ВОЗ/CDS/TB/2003.312]

http://www.who.int/gtb/publications/communityTBcare/tb_2002_312/tb_2003_312.pdf

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Расширенная сеть DOTS-стратегии для эффективной борьбы с туберкулезом

[ВОЗ/CDS/TB/2002.297]

<http://www.who.int/gtb/publications/dots/index.htm>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Расширение стратегии DOTS в контексте реформы системы здравоохранения

[ВОЗ/CDS/TB/2003.318]

http://www.who.int/gtb/publications/dots-expansion/who_cds_tb_2003_318/dots_in_healthsystem.pdf

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Всемирная борьба с туберкулезом: наблюдение, планирование, финансирование, отчет ВОЗ за 2003 г. [ВОЗ/CDS/TB/2003.316]

<http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Руководство по борьбе с туберкулезом в тюрьмах

[ВОЗ/TB/98.250]

<http://www.who.int/gtb/publications/prisons/index.html>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Руководство по осуществлению проектов DOTS-Plus для борьбы с полирезистентным туберкулезом

[ВОЗ/CDS/TB/2000.279]

<http://www.who.int/gtb/publications/dotsplus/dotspluspilot-2000-279/english/index.htm>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Руководство по осуществлению совместных мероприятий в рамках программ по ТБ/ВИЧ

[ВОЗ/CDS/TB/2003.319, ВОЗ/HIV/2003.01]

http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/2003_319/tbhiv_guidelines.pdf

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Усовершенствование системы управления лекарствами: ускорение развития DOTS; MSH, ВОЗ, Сообщество "Stop TB"

[ВОЗ/CDS/STB/2002.10]

<http://stoptb.org/GDF/whatis/docs/DrugManagementPaper.pdf>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Лабораторные службы в борьбе с туберкулезом: Часть 1 - Организация и управление; Часть 2 - Бактериоскопия; Часть 3 - Культура

[ВОЗ/TB/98.258]

http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who_tb-98-258/index.htm

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Управление работой по борьбе с туберкулезом: руководство для стран с низким уровнем жизни. 5^е издание, 2000 г., МСБТЛЗ

http://www.iatld.org/full_picture/en/frameset/frameset.phtml

Менеджер: усовершенствование управления системой лекарств для борьбы с туберкулезом

<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.5.3.htm&module=Drugs&language=English>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Стратегическая система по снижению заболеваемости ТБ/ВИЧ

[ВОЗ/CDS/TB/2002.296, ВОЗ/HIV_AIDS/2002.2]

http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/2002_296/index.htm

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □ □□□□□
□□□□□□□□□□

Обучение с целью совершенствования борьбы с туберкулезом: развитие человеческих ресурсов в борьбе с туберкулезом

[ВОЗ/CDS/TB/2002.301]

http://www.who.int/gtb/publications/tb_control/pdf/2002.301.pdf

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□
□□□□□□□□□□

Лечение туберкулеза: руководство для государственных программ

[ВОЗ/CDS/TB/2003.313]

<http://www.who.int/gtb/publications/tgnp/index.html>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□
□□□□□□□□□□

Борьба с туберкулезом в тюрьмах – пособие для руководителей программ

[ВОЗ/CDS/TB/2000.281]

<http://www.who.int/gtb/publications/prisonsNTP/index.html>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□
□□□□□□□□□□

Пособие по туберкулезу

[ВОЗ/TB/98.253]

<http://www.who.int/gtb/publications/tbhandbook/index.htm>

□□□□□□□□□□□□ CD-rom - □□□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□
□□□□□□□□□□

Обзор, планирование и техническая поддержка программ по туберкулезу: пособие по методам и процедурам, 1998, МСБТЛЗ

http://www.iatld.org/full_picture/en/frameset/frameset.phtml

Приложения

Приложение 1: Основополагающий контрольный список по оценке туберкулезных проектов, основанных на DOTS-стратегии

(из “Пособия по туберкулезу”)

- Общая оценка проблем туберкулеза и анализ ситуации.
 - Демографическая, социально-экономическая и эпидемиологическая ситуация.
 - Получение данных о населении, включая распределение по административной юрисдикции системы здравоохранения.
 - Рассмотрение ключевых социально-экономических показателей.
 - Эпидемиологические данные.
 - ◆ Определение/приблизительная оценка показателей инфекции (где возможно).
 - Данные, полученные из опросов населения и целевых групп (школьники).
 - Возможное использование данных опросов из соседних стран
 - ◆ Данные о заболеваемости.
 - Абсолютное количество заявленных случаев заболевания, показатели и тенденции.
 - Распределение случаев по нескольким переменным (напр., возраст, географический регион и т.д.).
 - Оценка показателей выявления случаев.
 - ◆ Данные о смертности.
 - Абсолютное количество смертельных случаев, показатели и тенденции.
 - Распределение случаев по нескольким переменным.
- Анализ системы здравоохранения.
 - Оценка инфраструктуры МЗ и организации государственной программы.
 - Оценка других учреждений общественного сектора, предоставляющих услуги в сфере здравоохранения (например, учреждений социального страхования).
 - Оценка роли и ответственности различных структур здравоохранения, участвующих в деятельности по борьбе с туберкулезом, включая медработников базовой системы здравоохранения в странах, где идет процесс реформ системы здравоохранения.
 - Оценка как местных, так и международных НПО, участвующих в деятельности по борьбе с туберкулезом.
 - Оценка медработников частного сектора или других платных агентств, участвующих в деятельности по борьбе с туберкулезом.
 - Оценка образовательных учреждений, обучающих работников здравоохранения.
- Оценка государственной программы по каждому из пяти компонентов DOTS-стратегии.
 - Определение уровня правительственных обязательств.
 - Рассмотрение политики МЗ в отношении борьбы с туберкулезом, планов работы и ассигнования средств.
 - Определение потребности в продолжении лоббирования.

- Обзор методов выявления случаев заболевания, использования бактериоскопии пробы мокроты в диагностике и в лабораторных службах.
 - Рассмотрение пособий, протоколов диагностики, данных групп пациентов и лабораторий государственной программы
 - Определение потребностей в отношении разработки и соблюдения технической политики и протоколов, в отношении обучения и лабораторных служб.
 - Оценка лабораторных служб.
 - ◆ Уровни и функции лабораторий.
 - Периферийная лаборатория – основная точка бактериоскопии пробы мокроты.
 - Государственная базовая лаборатория – в дополнение к предоставлению более сложных услуг (например, выращивание бактерий, DST), осуществляет обучение/техническую поддержку, контроль над качеством, поддержку управления и часто осуществляет исследования и наблюдения.
 - ◆ Оборудование и материалы для бактериоскопии в периферийных лабораториях (см. контрольные списки на стр. 116-117 “Пособия по туберкулезу”).
 - ◆ Обучение и надзор над лаборантами.
 - Обучение техническим методам и навыкам управления
 - Обучение надзору над лабораториями, включая обеспечение адекватной системы контроля качества лаборатории.
 - Регулярность, частота и методы, используемые в работе по надзору и вспомогательному управлению.
- Рассмотрение категорий и режимов лечения, методов ведения и использования терапии под непосредственным наблюдением (DOT).
 - Рассмотрение пособий и руководств государственной программы по лечению.
 - Рассмотрение классификации пациентов и определений лечения туберкулеза на предмет их согласованности с инструкциями ВОЗ.
 - Рассмотрение протоколов DOT, наблюдение за осуществлением DOT в больничных, амбулаторных и общественных условиях, собеседование с пациентами относительно DOT.
 - Определение использования системы поощрений для помощников при лечении DOT и/или пациентов с целью улучшения прохождения терапии.
 - Определение потребностей в разработке и соблюдении протоколов лечения, идентификации и обучении помощников в лечении DOT, а также возможностей системы поощрений
- Определение того, существует ли бесперебойная поставка лекарств проверенного качества.
 - Рассмотрение системы снабжения лекарствами на центральном уровне и схему их распределения.

- Определение потребностей в поставках и средствах (от организации Global Drug Facility и/или Комитета Green Light), распределении лекарств и управлении запасами, а также проверке качества лекарств.
- Рассмотрение системы ведения записей и отчетности.
 - Рассмотрение форм записи данных, учета и отчета, квартальных и годовых когортных исследований, системы проверки данных и других форм, связанных с управлением программой на предмет их согласованности с инструкциями ВОЗ.
 - Оценка использования данных менеджерами и руководителями на всех уровнях для определения проблем, включая оценку частоты и тем регулярных собраний руководящего персонала и методов разработки мероприятий по результатам данных, которые свидетельствуют о низкокачественной работе или результатах.
 - Определение того, способствует ли система ведения записей и отчетности оценке результатов каждого пациента и общей оценке работы программы путем когортного анализа.
 - Определение потребностей в исправлении недостатков в системе ведения записей и отчетности.

Приложение 2: Образец логической системы для проекта по борьбе с туберкулезом

Задача: Снизить ТБ-заболеваемость и ТБ-смертность по стране.

Конечная цель проекта: добиться 70% выявления и 85% успеха лечения в указанных областях.

Подзадачи	Мероприятия	Показатели процесса	Показатели результатов	Календарь
1. Оказывать поддержку государственной программе в лоббировании за принятие долгосрочных политических обязательств по борьбе с туберкулезом	<ol style="list-style-type: none"> Оказывать помощь гос. программе в пересмотре ее политики борьбы с туберкулезом с целью включения в нее всех участников, имеющих отношение к этому процессу. Оказывать помощь гос. программе в лоббировании на уровне МЗ за увеличение средств, отпускаемых на борьбу с туберкулезом. 	<ol style="list-style-type: none"> Политика борьбы с туберкулезом пересмотрена в соответствии со стратегией DOTS. План работы и бюджет гос. программы скорректированы. 	<ol style="list-style-type: none"> Политика гос. программы по борьбе с туберкулезом принята МЗ. МЗ выделяет адекватные средства на основании пересмотренного бюджета гос. программы. 	<ol style="list-style-type: none"> Начать в 1^{ом} квартале первого года и закончить в конце 2^{го} квартала первого года. Начать в 1^{ом} квартале второго года и продолжать постоянно.
2. Обеспечить использование стандартизованных режимов лечения (в соответствии с международными руководствами) для всех туберкулезных больных в Регионе X.	<ol style="list-style-type: none"> Обучение всех работников системы здравоохранения в Регионе X стратегии DOTS и международно-признанным протоколам лечения 	<ol style="list-style-type: none"> Курсы по обучению для всех врачей и медсестер проведены в 2-х туберкулезных клиниках, 6-и поликлиниках и 14-и здравпунктах. В ходе контроля результатов осуществленных мероприятий документировано использование на практике стандартизованных режимов лечения. 	<ol style="list-style-type: none"> Лечение в соответствии со стандартными протоколами лечения в 95% случаев. Показатели успеха лечения (показатели завершенности лечения и излечения) $\geq 85\%$. Показатели конверсии пробы мокроты $> 85\%$ для новых случаев. 	<ol style="list-style-type: none"> Начать в 3^{ем} квартале первого года и закончить к 1^{му} кварталу второго года.
3. Обеспечить наличие помощников в лечении DOT в 3-х населенных пунктах Региона X	<ol style="list-style-type: none"> Сотрудничать с общественной организацией Y в вопросах идентификации и обучения 25-и помощников в DOT-лечении для 100 туберкулезных пациентов в населенных пунктах 1, 2 и 3 Региона X. 	<ol style="list-style-type: none"> 25 общественных помощников в DOT-лечении обучены осуществлению DOT в населенных пунктах 1, 2 и 3 Региона X. 	<ol style="list-style-type: none"> 100 туберкулезных пациентов в пунктах 1, 2 и 3 принимают минимум 80% своих лекарств амбулаторно, в рамках DOT под наблюдением общественных помощников DOT-лечения. 	<ol style="list-style-type: none"> Обучение начинается в 4^{ом} квартале первого года и заканчивается к 1^{му} кварталу второго года; осуществление DOT начинается во 2^{ом} квартале второго года и продолжается в течение всего проекта.