

Германское собрание публикаций  
о практике борьбы против ВИЧ



## Здоровые дивиденды

О том, как германские инвестиции помогают остановить  
ТБ и ВИЧ на Кавказе и в Центральной Азии



## Благодарность

Создание данного отчета стало возможным благодаря значительному вкладу экспертов, работающих в данной области. Игорь Кандадзе, исполнительный директор, Национальный центр туберкулеза и болезней легких, г. Тбилиси, и Мия Квартадзе, координатор, Глобальный фонд для борьбы с туберкулезом, г. Тбилиси, посвятили свое время описанию важнейших аспектов НП-ТБ Грузии. Гульноз Узжов, руководитель отдела по реализации проектов (ТБ) Глобального фонда г. Ташкент, и Квим Мухомедов, координатор Программы KfW по борьбе с ТБ, г. Ташкент, сделали логичный вклад, описав работу программ по борьбе против ТБ/ВИЧ в Узбекистане. Пиерпаоло де Коломбони, медицинский инспектор, Европейское региональное бюро ВОЗ, г. Копенгаген, предоставил ценный обзор картины сочетанной эпидемии ВИЧ/КВКВ и в Центральной Азии. Спасибо также двум независимым экспертам, доктору Ричарду Элескису из Европейского регионального бюро ВОЗ и Мусуду Дариз Туберкулезного фонда KNCV за их полезные комментарии и рекомендации включить данный отчет в Германское собрание публикаций о практике борьбы против ВИЧ. Также благодарность выражается медицинскому антропологу Кэтрине Грейфельд, которая провела исследование и составила черновик отчета, а также Петеру Реффу из KfW, детально комментировавшему работу на разных стадиях. Джеймс Бутройд провел дополнительные исследования и составил итоговую версию отчета. Анна фон Рёне осуществляла контроль за проектом в качестве главного редактора.

Для загрузки короткой версии данного отчета и других публикаций по данной теме перейдите на ссылку [www.german-practice-collection.org](http://www.german-practice-collection.org).

# Содержание

Германское собрание публикаций о практике борьбы против ВИЧ . . . . .	4
Основные положения . . . . .	5
Введение . . . . .	7
Контекст . . . . .	8
Двойная угроза ТБ и ВИЧ . . . . .	8
Грузинский и узбекский контекст . . . . .	10
Глобальная и региональная ангажированность . . . . .	12
Помощь Грузии и Узбекистану в остановке ТБ / ВИЧ . . . . .	14
Усиление национальных программ по борьбе с туберкулезом . . . . .	15
Объединение справочных лабораторий . . . . .	17
Защита заключенных в соответствии с принципами стратегии «Остановить ТБ» . . . . .	18
Содействие развитию региональных сетей сотрудников здравоохранения . . . . .	20
Работа в динамических партнерствах . . . . .	21
Результаты . . . . .	25
Полученный опыт . . . . .	28
Региональные сети стимулируют сотрудничество и повышают эффективность . . . . .	28
Партнерства являются очень важными, но требуют национальной координации . . . . .	28
Поддержка, привязанная к увеличению политической ангажированности . . . . .	28
Интеграция и консолидация услуг в общественную систему здравоохранения . . . . .	29
Экспертная оценка . . . . .	30
Литература . . . . .	32

## Сокращения

АМР США	Агентство США по Международному Развитию	НСЦ	Национальный справочный центр
ВБГ-Франция	Врачи без границ	ООН	Организация Объединенных Наций
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека	ППЗЛ	Практический подход к здоровью легких
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	РЦД	Республиканский центр ДОТС
ВПП	Всемирная продовольственная программа	СКМ	Страновой Координационный Механизм (ГФСТМ)
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией	СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ДОТС	лечение под непосредственным наблюдением, краткий курс химиотерапии	ТБ	туберкулез
ИМЛ	Институт микробиологии и лабораторной медицины	ТЛУ	тестирование на лекарственную устойчивость
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ	ЦКЗ	Центры по контролю и профилактике заболеваний США
МБТ	Mycobacterium tuberculosis, палочка Коха	ЦРТ	Цель развития тысячелетия
Минздрав	Министерство здравоохранения	ШЛУ-ТБ	ТБ с широкой лекарственной устойчивостью
МККК	Международный комитет Красного Креста	ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость	GDC	German Development Cooperation / Германское общество по сотрудничеству в сфере развития
МЛУ-ТБ	ТБ с множественной лекарственной устойчивостью	GIZ	German International Cooperation (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit) / Германское общество по международному сотрудничеству
МСКИ	корпорация «Медикел Сервис Корпорейшен Интернейшенел»	GTZ	German Technical Cooperation / Германское общество по техническому сотрудничеству (сейчас – GIZ)
МСЛ-ТБ	Международные стандарты по лечению ТБ	KfW	KfW Entwicklungsbank (Германский банк развития)
НПО	неправительственная организация	M&E	мониторинг и оценка
НП-ТБ	национальная программа по борьбе с туберкулезом		
НСЛ	Национальная справочная лаборатория		

# Германское собрание публикаций о практике борьбы против ВИЧ

Проверено  
экспертом

## Цель

В 2004 году эксперты в области ВИЧ, работающие в германских организациях по содействию развитию и в партнерских учреждениях по всему миру, инициировали создание Германского собрания публикаций о практике борьбы против ВИЧ. С самого начала цель состояла в распространении положительного практического опыта и ноу-хау, накопленных в ходе реализации программ по борьбе против ВИЧ при поддержке Германского общества по сотрудничеству в сфере развития. При этом совместное определение положительного практического опыта его документирование и извлечение уроков в процессе экспертной оценки считаются столь же важными, как и конечные публикации.

## Процесс

Руководители программ, пользующихся поддержкой со стороны Германии, предлагают удачные программы Секретариату Германского собрания публикаций о практике борьбы против ВИЧ, направляя их по электронной почте на адрес [ghpc@giz.de](mailto:ghpc@giz.de). Консультативный совет, состоящий из экспертов в области ВИЧ и представляющий организации, работающие в сфере содействия развитию, и Министерство экономического сотрудничества и развития Федеративной Республики Германия (BMZ), отбирают наиболее достойные предложения для документирования и публикации. Затем профессиональные редакторы посещают мест реализации избранных программ, где они тесно сотрудничают с соответствующими местными, национальными и немецкими партнерами, ответственными за разработку и внедрение программ или проектов.

После этого, независимые международные эксперты-рецензенты, обладающие опытом в той или иной области, выносят оценку о том, является ли задокументированный практический подход «удачной или многообещающей практикой», основываясь при этом на восьми критериях:

- результативность,
- переносимость,
- обеспечение заинтересованного и деятельного участия целевых групп и организаций страны проведения проекта

- учет гендерных аспектов,
- качество мониторинга и оценки,
- инновационность,
- относительно экономическая эффективность и
- устойчивость развития.

Для публикаций утверждаются только отчеты, отвечающие большинству этих критериев.

## Публикации

Все отчеты, вошедшие в Собрание публикаций, содержат достаточно детальное описание подходов, чтобы их можно было воспроизвести или адаптировать к другим контекстам. Отчеты имеют стандартную структуру и написаны простым языком, поскольку предназначены для широкого круга читателей, в том числе и для специалистов в соответствующей области. Публикации также содержат ссылки на полезный инструментальный материал и представлены в краткой и полной версиях, доступных для чтения в режиме онлайн и скачивания, также выслаемых по запросу в печатном виде.

## Приглашение к участию

Вам известно многообещающее практическое подходе? Мы всегда рады получить информацию от коллег, разработавших решения проблем в сфере здравоохранения и социальной защиты. Мы также предлагаем посетить нашу веб-страницу, где вы сможете оставить свои комментарии, также принять участие в обсуждении и оценке наших отчетов. Здесь вы также сможете узнать о предложениях и подходах, проходящих в настоящее время экспертную оценку.

Нашу веб-страницу вы найдете по адресу [www.german-practice-collection.org](http://www.german-practice-collection.org). Здесь вы сможете загрузить краткую версию данной публикации, также полную и краткую версии других публикаций. Для получения дополнительной информации обратитесь к главному редактору по адресу электронной почты [ghpc@giz.de](mailto:ghpc@giz.de).

## Основные положения

По подсчетам, проведенным в 2008 году, более 9 млн. людей по всему миру заболели туберкулезом и 1,8 млн. умерли. Это самый высокий уровень смертности от любой излечимой инфекционной болезни. Еще полмиллиона смертей пришлось на лиц, имеющие сочетанную инфекцию ТБ и ВИЧ. Но и количество случаев ТБ со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) тоже возросло во многих частях мира, хотя выявляется менее 5 % случаев МЛУ-ТБ и менее 3 % случаев в получают отвечающую международным стандартам терапию.

Едва ли найдутся другие регионы Земли, где настолько распространены ТБ и ВИЧ – болезни, которые, сочетаясь друг с другом, вызывают обоюдное бурное прогрессирование, – как Восточная Европа (включая Кавказ) и Центральная Азия. Уровень распространения ТБ в 50 раз превышает распространение в Западной Европе, уровень распространения туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) – самый высокий в мире. Если добавить к этому широкое употребление инъекционных наркотиков (основной способ передачи ВИЧ), большое количество тюремных заключенных, ужасные условия в тюрьмах и высокий уровень бедности, то становится ясно, почему многие страны этого региона опасаются, что они могут находиться на грани взрыва двойной (сочетанной) эпидемии ТБ/ВИЧ.

Настоящий отчет описывает многообещающий подход к данной угрозе общественному здоровью, используемый Германским обществом по сотрудничеству в сфере развития (GDC), региональными министерствами здравоохранения и другими партнерами в семи странах Южного Кавказа и Центральной Азии. Для простоты данный отчет концентрируется на программах, проведенных GDC в двух странах данного региона: Грузии и Узбекистане. Германские усилия по борьбе с ТБ в данном регионе имеют более, чем десятилетнюю историю и помогли обеим странам стать лидерами

в этой критической сфере стремлений, способствуя укреплению национальных программ по борьбе с ТБ (НП-ТБ).

Поддержка правительства Германии в сфере профилактики сочетанной эпидемии в этих регионах носит преимущественно финансовый характер – стратегические инвестиции с целью укрепления систем здравоохранения, – и производится посредством банка KfW Entwicklungsbank (Германского банка развития). Являясь одним из основных инструментов Германского общества по сотрудничеству в сфере развития, KfW финансирует, предоставляет консультации и руководит программами развития по всему миру, фокусируясь на нуждах стран-партнеров и разработке стратегий с ними. GDC и KfW также стремятся к развитию долгосрочных отношений с партнерами. Поэтому на протяжении последних десяти лет GDC предоставило около 65 млн. евро на программы по борьбе с ТБ на Южном Кавказе и в Центральной Азии.

Целью реализуемых GDC программ является поддержка стран-партнеров при внедрении стратегии «Остановить ТБ», стремящейся к достижению Шестой Цели развития тысячелетия: «...остановить к 2015 году распространение ... и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости» как ТБ, так и ВИЧ. По этой причине действие программ концентрируется в пяти сферах: создание национальных программ по борьбе с ТБ; содействие региональным сетям; защита заключенных; укрепление систем здравоохранения; также работа в динамических партнерствах.

Благодаря непосредственному участию GDC в обеспечении надежности поставок качественных медикаментов и других важных медицинских товаров, Национальные программы по борьбе с ТБ (НП-ТБ) в Грузии и ее филиал в Узбекистане (Республиканский центр ДОТС) смогли обеспечить соответствующее лечение для больных ТБ в своих странах. Однако, финансовая помощь предоставлялась при условии, что правительства



Данных стран продемонстрируют растущую приверженность принципам ДОТС и стратегии «Остановить ТБ». Таким образом, выплаты GDC стимулировали рост национальной инновационности и позволили НП-ТБ стать эффективной действующей силой, способной принимать участие от других партнеров в сфере развития, включая Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Это предоставило им право координировать работу многих партнеров для создания систем, сохраняющих жизни.

Таким образом, всего за несколько лет Грузия и Узбекистан построили национальные справочные лаборатории, объединенные с национальными справочными лабораториями в Германии и включили их в обширные национальные сети лабораторий, обеспечивающих точное диагностирование ТБ и высококачественное тестирование и определение культуры и лекарственную устойчивость.

GDC и другие партнеры также сотрудничали с НП-ТБ и тюремными органами здравоохранения при внедрении стратегии «Остановить ТБ» в местах лишения свободы, чтобы уязвимые лица, находящиеся в этих закрытых учреждениях, получали современные услуги по профилактике, лечению и наблюдению за ТБ, МЛУ-ТБ и сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ. Совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ, GDC организовало регулярные региональные конференции и учебные сборы для того, чтобы расширить возможности и стимулировать региональное сотрудничество и обмен информацией между практикующими специалистами в области ТБ/ВИЧ.

Германский подход также позволил НП-ТБ организовать динамические партнерства с национальными и международными партнерами: Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Туберкулезным фондом KNCV, Médecins sans Frontières («Врачи без границ»), Красным Крестом, Программой развития и Всемирной продовольственной программой ООН, а также АМР США.

Среди полученного GDC и его партнерами опыта можно выделить следующее: региональные сети сотрудников здравоохранения, инновационные тем, которые поддерживают GDC и ВОЗ, стимулируют сотрудничество и повышают эффективность, а также играют миротворческую роль в странах, находившихся ранее в конфликте. Опыт также показывает, что партнерства требуют национальной координации (в идеальном случае – со стороны национальных программ по борьбе с туберкулезом и национальным органам по борьбе со СПИДом) и тщательности при выборе правильного партнера для достижения особых целей. Еще один «извлеченный урок» – это то, что политическая инновационность может быть усилена путем привязки финансовой помощи к конкретным действиям со стороны правительств; например, ограничению свободного доступа к противотуберкулезным медикаментам через частные аптеки и другие неподходящие каналы, таким образом, чтобы пациенты получали соответствующие медикаменты и необходимую медицинскую поддержку. И наконец, германский и другие подходы подчеркнули необходимость интеграции и консолидации услуг по борьбе с ТБ и ВИЧ в общую систему здравоохранения.

Согласно экспертной оценке данного отчета подход GDC квалифицируется как «многообещающая практика», т.к. он является переносимым, новаторским, стимулирующим и обеспечивающим объединенное участие, экономически эффективным (хотя официальных исследований по этому вопросу еще не проводилось) и устойчивым в развитии. Что касается его результативности, эксперты заметили, что GDC внесло вклад в контролирование распространения ТБ и ВИЧ на Южном Кавказе и в Центральной Азии, способствуя открытию качественных микроскопических лабораторий и лабораторий по выявлению культур/лекарственной устойчивости (ЛЛУ), улучшив выявление новых случаев ТБ, предложив эффективный способ мониторинга и оценки, а также стимулируя обмен информацией между странами.

## Введение

Настоящий отчет описывает поддержку Германии национальных попыток по сокращению распространения ТБ и ТБ/ВИЧ в Грузии и Узбекистане – участников программ Германского общества по сотрудничеству в сфере развития (GDC), реализуемых в семи странах Южного Кавказа (Армения, Азербайджан и Грузия) и в Центральной Азии (Казахстан, Киргизия, Таджикистан и Узбекистан).

Предназначенный для широкого круга читателей (журналисты и законодатели, а также специалисты в этой области), отчет кратко излагает важные аспекты постепенного расширения остро необходимых медицинских услуг и предоставляет ссылки на дальнейшие источники. Он не ставит себе целью дать всестороннюю оценку всех подходов, применяемых всеми местными, национальными и международными организациями, работающими в сфере ТБ и ВИЧ в данном регионе.

Кроме того, учитывая участие множества партнеров, каждый из которых выступает со своими программами, и комплексные факторы, влияющие на эпидемиологию данных болезней на Южном Кавказе и в Центральной Азии, становится сложно соотносить изменения в эпидемиологических данных с отдельными мероприятиями. Все же многие наблюдатели считают, что постоянная поддержка GDC национальных программ по борьбе с ТБ в Грузии, Узбекистане и других странах этого региона заслуживает признания за проведение мер, которые, судя по всему, помогают контролировать и сокращать негативное влияние этих потенциально смертельных болезней.

## Контекст

### Двойная угроза ТБ и ВИЧ

По оценкам экспертов, каждый год во всему миру заболевают 9 млн. людей туберкулезом (ТБ) – инфекционным заболеванием, которое можно предупредить и вылечить. ТБ распространяется воздушно-капельным путем, когда инфицированные кашляют, чихают или плают. Предполагается, что более 2 млрд. людей инфицированы *Mycobacterium tuberculosis* (палочкой Коха МБТ) – бактерией, вызывающей большинство видов легочного туберкулеза. Примерно у 90 % инфицированных инфекция остается в латентном виде и эти лица никогда не заболеют. Примерно у одного из десяти инфицированных ТБ в течение жизни переходит в активную форму, характеризуемую такими симптомами, как хронический кашель с кровохарканием, лихорадка и потеря веса. Без получения соответствующего лечения эти люди также подвержены продолжительным болезням, инфицируют от 10 до 15 человек в год и имеют меньше 50 % шансов выжить. В 2009 году около 1,8 млн. людей умерло от ТБ (более, чем от любой другой излечимой инфекционной болезни). Среди этих жертв находилось около 500 000 лиц, имеющих сочетанную инфекцию ТБ/ВИЧ (хотя они не обязательно умерли от ТБ) (WHO, 2009b).

Туберкулез распространен по всему миру, но чаще всего это болезнь малоимущих, переходящая в активную форму у людей с плохими жилищными условиями и недостаточным питанием. Молодые мужчины наиболее подвержены риску, большинство смертей, связанных с ТБ приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, причем более половины из них – в Азии.

Из-за роста численности населения Земли, общее количество случаев заболевания ТБ и смерти от него продолжит расти, хотя доля людей, которые ежегодно заболевают туберкулезом, сокращается примерно на 1 % в год. Если правильно лечить ТБ, стандартный шестимесячный курс (препаратыми основного, первого, ряда) стоит всего 16 дол.

США, что делает его доступным для большинства систем здравоохранения. К сожалению, методы диагностики и лечения слишком часто не отвечают требованиям, так как было подсчитано, что на каждые десять случаев ТБ приходится четыре случая, которые были либо неверно диагностированы, либо было назначено неверное лечение. К факторам, лежащим в основе этой ужасающей статистики, относятся пациенты, не посещающие больницы, врачи и медицинский персонал, который не может правильно установить симптомы ТБ, а также медицинские учреждения, не сообщающие о новых случаях болезни.

» Вероятность заболеть активной формой ТБ у людей, инфицированных одновременно ТБ и ВИЧ, в 20-40 раз выше, чем у людей, инфицированных ТБ, но имеющих ВИЧ-негативный статус.

Перекресившие эпидемии ВИЧ и ТБ несет с собой значительную угрозу. Из 9,4 млн. новых случаев ТБ, зарегистрированных в 2008 г. (139 случаев на 100 000 населения), около 1,4 млн. были людьми, живущими с ВИЧ (14,7 %). Этот факт вызывает особое беспокойство, т.к. вероятность заболеть активной формой ТБ у людей, инфицированных одновременно ТБ и ВИЧ, в 20-40 раз выше, чем у людей, инфицированных ТБ, но имеющих ВИЧ-негативный статус. (WHO, 2009a). ТБ и ВИЧ ускоряют развитие друг друга. Иммунодефицит, вызванный ВИЧ-инфекцией, может активировать латентный туберкулез или вызвать новую инфекцию, а ТБ усиливает прогрессирование ВИЧ-инфекции. Кроме того, ТБ остается наиболее частой причиной смертности среди людей с ВИЧ.

Около 8 % случаев ТБ по всему миру ассоциируются с ВИЧ. Эта доля возрастает с распространением пандемии ВИЧ. Негативное влияние ВИЧ было наиболее сильным в странах Южной и Восточной Африки, где до 40 % взрослого населения потенциально заражены ВИЧ, а



коэффициент заболеваемости ТБ возрос в четыре или пять раз всего за 10 лет. Другие значимые факторы риска включают курение, диабет, недостаточное питание, а также перенаселенность, могут иметь примерно такое же по значению влияние на уровень распространения заболевания в зависимости от воздействия (Nunn et al, 2005; Lin et al, 2007; Coker et al, 2006; Stevenson et al, 2007; Cegielski and McMurray, 2004).

В то время, как 79 % всех новых случаев сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ в 2007 году приходилось на африканские страны, Восточная Европа и Центральная Азия и другие регионы, предположительно подвержены высокому риску возникновения сочетанной эпидемии ТБ/ВИЧ. Почему? Потому что это единственный регион Земли, где уровень заболеваемости ВИЧ явно растет. Предположительно 110 000 людей были вновь инфицированы ВИЧ в 2008 году; таким образом, количество людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в Восточной Европе и Центральной Азии достигло 1,5 млн. По сравнению с 900 000 ЛЖВ в 2001 году, это означает возрастание на 66 % (UNAIDS/WHO, 2009). Учитывая существующую эпидемию ТБ в данном регионе, только решительные меры по контролю смогут предотвратить значительное наложение этих двух потенциально смертельных эпидемий.

Туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), который по оценкам встречается в 5 % всех случаев ТБ, еще сильнее усложняет картину (WHO, 2009a). Он не поддается лечению противотуберкулезными препаратами основного ряда и прогрессирует у пациентов, которым назначили неправильное лечение или которые не прошли полного курса лечения. Данная форма ТБ становится настоящей проблемой, если системы здравоохранения неправильно управляют поставками медикаментов или недостаточно инвестируют в контроль за ТБ (Schwalbe, 2008). Как и лекарственно чувствительный ТБ, МЛУ-ТБ может передаваться от человека к человеку, но его лечение является более сложным и дорогостоящим.

» *Предполагается, что Восточная Европа и Центральная Азия подвержены высокому риску возникновения сочетанной эпидемии ТБ/ВИЧ.*

Не менее 70 000 случаев МЛУ-ТБ ежегодно регистрируются в Восточной Европе и Центральной Азии – регионе с самым высоким коэффициентом распространения этой формы туберкулеза. По всему миру, предположительно, более 130 000 людей ежегодно умирают от МЛУ-ТБ (Zaleskis, 2008), но обнаруживаются менее 5 % всех случаев, т. к. большинство лабораторий плохо оборудованы и не соответствуют мировым стандартам.



Пациенты в «Пункте лечения под непосредственным медицинским наблюдением (DOT)», подобных этому пункту в Тбилиси и расположенных по всей Грузии, ежедневно принимают противотуберкулезные препараты под непосредственным надзором медработников.

Примерно у 40 000 человек по всему миру была установлена форма МЛУ-ТБ, известная как ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). Как и другие формы ТБ, она передается от одного человека к другому, но в отличие от них, способ лечения ее не известен. По грубым подсчетам, в Восточной Европе каждый десятый случай МЛУ-ТБ является ТБ с широкой лекарственной устойчивостью.

Неданный момент мало известно о возможном негативном влиянии ШЛУ-ТБ на ЛЖВ (Smart, 2009). Однако, авторы недавнего исследования предупреждают, что «Люди, живущие с ВИЧ, особенно восприимчивы к влиянию ТБ с лекарственной устойчивостью из-за сложности и задержки в диагностике, осложнений, возникающих при одновременной терапии противотуберкулезными препаратами и антиретровирусной терапией (АРТ), а также из-за недостаточности мероприятий по контролю за ТБ во многих учреждениях, занимающихся медицинским обслуживанием ЛЖВ» (Getahun, 2009). Кроме того, ВИЧ усиливает распространение форм ТБ с множественной лекарственной устойчивостью. Также предполагается, что смертность людей с сочетанной инфекцией МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ и ВИЧ в 30 раз выше, чем у пациентов с нормальной сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ.

Употребление инъекционных наркотиков является другим волнующим фактором по отношению к ТБ/ВИЧ. В Восточной Европе и Центральной Азии, где предположительно проживает 3,2 млн. лиц, употребляющих наркотики, уровень заболеваемости ВИЧ примерно в 20 раз превышает уровень заболеваемости в Западной Европе. Частичное совпадение групп лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и инфицированных ВИЧ, становится значительной проблемой в Центральной Азии, т. к. такие страны, как Киргизия и Узбекистан лежат на основном торговом пути опиоидов из Афганистана и Пакистана в Европу. Предполагается, что от 30 % до 90 % случаев заражения ВИЧ в Центральной Азии связано с употреблением инъекционных наркотиков. Германское общество по сотрудничеству в сфере развития (GDC) поддерживает программы по снижению вреда употребления инъекционных наркотиков, стимулируя доступ к достоверной информации о безопасном сексе и употреблении наркотиков и снижая ПИН чистыми иглами и шприцами.

Тюрьмы в регионе тоже стали «питомниками» ТБ и ВИЧ. Риск инфекции ТБ в таких закрытых учреждениях в 50 раз выше, уровень смертности – 28 раз выше, чем в другой среде, т. к. заключенные тесно живут в антисанитарных и стрессовых условиях. Кроме того, заключенные часто подвергаются высокому риску заражения штаммами ТБ с множественной лекарственной устойчивостью. Это в особенности справедливо для тюрем в таких центральноазиатских странах, как Киргизия и Узбекистан, а также стран Кавказа – Грузии, Азербайджан и Армении. Заключенный также подвергается большому риску ВИЧ из-за опасных способов употребления наркотиков и опасных сексуальных практик, а также очень чувствительны к сочетанной инфекции. Хотя количество заключенных с сочетанной инфекцией на Южном Кавказе и в Центральной Азии не известно, достоверно известно, что без немедленной диагностики и соответствующего лечения, многие из них могут умереть. ТБ из мест лишения свободы также оказывает воздействие на широкие слои населения посредством передачи при перемещении заключенных (после освобождения или при переводе в другое учреждение), а также через сотрудников и посетителей тюрем (USAID/ГВСТА/ICRC, 2009).

## Грузинский и узбекский контекст

Граничащая с Черным морем, Турцией, Арменией, Азербайджаном и Российской Федерацией, Грузия приобрела независимость от Советского Союза в 1991 году. Большая часть следующего десятилетия характеризовалась экономическим спадом и общественными волнениями. В 1994 году валовой внутренний продукт составил всего четверть ВВП 1989 года (European Bank for Reconstruction and Development, 2009). Сельское хозяйство и туризм традиционно являются двигателями грузинской экономики, но начиная с 2000 года экономика восстанавливалась, частично благодаря растущему сектору услуг. Однако, страна воевала с Россией в 2008 году по поводу оспариваемой

Южной Осетии, безработица остается на уровне 12,6 %. В 2009 году население страны составляло около 4,4 млн., индекс нищеты населения (ИНН) составляет 4,7 % – процентное количество людей, не живущих долгою и здоровую жизнь, не имеющих доступ к образованию и достойный жизненный уровень. Этот показатель вывел Грузию на 18 место среди 135 стран, для которых был подсчитан этот индекс (UNDP, 2009).

Узбекистан тоже стал независимым в 1991 году. Имея общие границы с четырьмя другими бывшими советскими республиками (Кыргызстан, Киргизия, Таджикистан и Туркменистан), в нем проживает около 26,6 млн. граждан, экономика сильно зависит от экспорт сельскохозяйственных товаров и полезных ископаемых. В 1995 году – после нескольких лет экономического упадка – правительство объявило о политике постепенного перехода к свободным рыночным структурам, сохраняя при этом жесткий контроль рынков и инвестиций. Учитывая экономический рост последнего десятилетия, в 2007 году страна имела показатель ИНН в 8,5 % – 42-е место среди 135 стран Индекса нищеты (UNDP, 2009).



Нур-Султан, в одном часу сданы на юго-востоке от Ташкента Узбекистан: После приобретения в 1991 г. независимости, в Узбекистане начался период экономического спада и нищеты – условия, повлиявшие на рост ТБ.

Независимость принесла грузинам и узбечам не только новые экономические перемены, но в первую очередь привела к разрыву систем здравоохранения в обеих странах. В 1990-х гг., недостаток

ное финансирование вакцинации, например, в сочетании с растущей нищетой послужило толчком распространения различных болезней; среди наиболее серьезных угроз – ТБ, малярия и заболевания, передающиеся половым путем, включая ВИЧ. Однако, с середины 1990-х гг. Грузия и Узбекистан начали перестройку и новые инвестиции в секторы медицинского обслуживания.

Все же, в обеих странах в десятилетие, последовавшее за независимостью, наблюдался резкий рост заболеваемости ТБ и ВИЧ. В Грузии количество зарегистрированных больных ТБ возросло с 32 человек на 100 000 жителей в 1995 году до 97 человек на 100 000 жителей в 2002 году. В Узбекистане за тот же период количество зарегистрированных случаев болезни возросло с 43 до 81 на 100 000 жителей. Уровни регистрации продолжали расти до 2006 года в обеих странах, хотя и в более медленном темпе, потом впервые начали спадать. В Грузии, количество зарегистрированных случаев ТБ снизилось со 103 в 2006 году до 98 в 2007 году; в Узбекистане за те же два года уровень регистрации упал с 89 до 72. Предварительные данные за 2008-2009 гг. для этих двух стран подтверждают эту тенденцию спада (WHO, 2009b).

В противоположность этому, лекарственная устойчивость ТБ продолжает расти в Грузии и Узбекистане настолько сильно, что обе страны вошли в список из 27 стран с наибольшим бременем МЛУ-ТБ (WHO, 2009c).<sup>1</sup> Согласно предоставленным в 2010 году данным, в Грузии около 6,8 % всех новых случаев ТБ и 27,4 % ранее лечимых случаев ТБ имеют МЛУ. В Узбекистане аналогичные показатели достигают 14,2 % и 49,8 % соответственно (WHO, 2010).

Число людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), растет в обеих странах, употребление инъекционных наркотиков является основным методом его передачи. Опросы показывают, что уровень заболеваемости ВИЧ в тюрьмах Восточной Европы и Центральной Азии значительно выше, чем среди

<sup>1</sup> 15 из 27 стран по всему миру с наибольшим бременем МЛУ-ТБ расположены в Восточной Европе и Центральной Азии: Армения, Азербайджан, Болгария, Грузия, Казахстан, Киргизия, Латвия, Литва, Республика Беларусь, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Украина, Узбекистан и Эстония. Остальные страны с наибольшим уровнем заболеваемости: Бразилия, Вьетнам, Демократическая Республика Конго, Индия, Индонезия, Китай, Мьянма, Нигерия, Польша, Филиппины, Эфиопия и ЮАР.

общего населения. В Грузии предположительно 2700 взрослых и детей являлись ЛЖВ в 2007 году; по оценкам 2001 года – менее, чем 500 грузинских взрослых, имели ВИЧ (для этого года отсутствует оценка количества взрослых и детей с ВИЧ). В 2007 году, распространенность ВИЧ среди взрослого (15–49 лет) населения Грузии оценивалась в 0,1 %. В Узбекистане примерно 16 000 взрослых и детей имели ВИЧ в 2007 году, в 2001 году, для сравнения, 1400 человек. Распространенность среди взрослого населения (15–49 лет) составила в 2007 году 0,1 % (UNAIDS/WHO, 2009; UNAIDS 2008).

Уровень распространения сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ в Кавказе и в Центральной Азии неизвестен. Имеющиеся статистики, которые в лучшем случае являются фрагментарными, показывают, что общее количество случаев остается невероятно низким. Из стран Кавказа и Центральной Азии, только Узбекистан имеет соответствующие данные, демонстрирующие, что в 2007 году из 25 310 больных ТБ 371 человек (или 1,5 %) были ВИЧ-серопозитивными. Это отвечает 0,9 % в 2006 году (European Centre for Disease Prevention and Control/WHO, 2010). Требуется больше точных данных для оценки распространения сочетанной инфекции в регионе и выделения тенденций. Эта информация необходима срочно, так как случайные факты и история показывают, что данный регион может находиться на грани взрыва двойной (сочетанной) эпидемии.

## Глобальная и региональная ангажированность

В течение последних двух десятилетий страны по всему миру всё больше проявляли политическую заинтересованность и поддержку координированных мероприятий с целью остановить распространение ТБ и, в последнее время, угрозу сочетанной эпидемии ТБ/ВИЧ. В 1999 году государства-члены 44-й Всемирной Ассамблеи здравоохранения признали угрозу, представляемую ТБ, и установили глобальные цели, которые необходимо достичь к

2005 году. В них вошло выявление 70 % всех случаев ТБ при помощи недавно внедренной стратегии ДОТС (Directly Observed Therapy Short Course, лечение под непосредственным наблюдением, короткий курс химиотерапии), рекомендованной ВОЗ; также успешное лечение по крайней мере 85 % выявленных случаев ТБ этим способом. Несмотря на некоторые успехи, страны не достигли этих целей; поэтому усилия были удвоены и запущен первый глобальный план по остановке ТБ на 2001–2005 гг., действие которого было в последствии продолжено на 2006–2015 гг.

Если глобальный план будет выполнен, он позволит странам достичь, в том числе и цели, установленные Всемирной Ассамблеей здравоохранения, также пункт 8 Шестой Цели развития тысячелетия (ЦРТ): «остановить к 2015 году распространение ... и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости всеми формами ТБ». Партнерство «Остановить ТБ» ответственно за внедрение этого амбициозного плана Секретариат Партнерства этой частно-государственной инициативы, расположен в штаб-квартире ВОЗ в Женеве и координирует деятельность и знания частных корпораций, основных надежд и неправительственных организаций, ученых, правительств и глобальных агентств.



Лица принимающие решения, на Конференции, посвященной проблеме МЛУ-ТБ в Центральной Азии, г. Ташкент, 2008 г.: (слева направо) А. Алишеров, директор НП-ТБ Киргизии; Х. Исмаилов, директор НП-ТБ Казахстана; М. Ходжибеков, заместитель министра здравоохранения, Узбекистан; А. Убайдуллаев, директор НП-ТБ Узбекистан; Ольга Хефеле, КfW; и Г. Тсогт, ВОЗ, Узбекистан.



В свою очередь, ВОЗ / департамент «Остановить ТБ» учредили Глобальную службу обеспечения противотуберкулезными препаратами (Global Drug Facility) – новаторский механизм по производству качественных, недорогих противотуберкулезных препаратов, лабораторного оборудования и медицинских товаров. Это было сделано с целью расширить доступ и наличие эффективных медикаментов против ТБ, а также тестов, чтобы способствовать расширению стратегии ДOTS по всему миру. Кроме того, департамент «Остановить ТБ» учредил Комитет зеленого света направленный на помощь в планировании и учреждении эффективных программ управления пациентами с МЛУ-ТБ. Специальная рабочая группа по вопросам ТБ/ВИЧ координирует глобальные мероприятия по контролю инфекции и предоставляет руководство странам, особенно с высоким уровнем ВИЧ.

Растущая глобальная антимикробная устойчивость, как например партнерство «Остановить ТБ» сопровождалась и стимулировалась другими региональными и глобальными программами по борьбе с ТБ. Например, в 2005 году ВОЗ объявил ТБ острой проблемой здравоохранения в Восточной Европе и Центральной Азии. Министерский форум по проблеме туберкулеза организованный Министерством здравоохранения Германии и Европейским региональным бюро ВОЗ в октябре 2007 года в Берлине, завершился «Берлинской Декларацией», подписанной странами, входящими в Европейский регион ВОЗ (включая все страны бывшего СССР, а также Турцию и другие страны). В ней официально была принята стратегия «Остановить ТБ» (Stop TB Strategy); декларация также призывает к непрерывным инвестициям в контроль зТБ и дальнейшему информационному сотрудничеству при исследованиях и практической деятельности (WHO Regional Office for Europe, 2007). И наконец, такие декларации демонстрируют растущее признание факта что только согласованные, многосторонние действия останавливают вред, наносимый ТБ и ТБ/ВИЧ.

» В 2005 году ВОЗ объявил ТБ экстренной проблемой здравоохранения в Восточной Европе и Центральной Азии.

В свою очередь Министерство экономического сотрудничества и развития Германии, через GDC, заявило о своих обязательствах в данной важной области народного здравоохранения. Большинство германских программ по борьбе с сочетанной эпидемией нЮжном Кавказе и в Центральной Азии финансируется через программы Германской финансовой кооперации и управляются германским банком KfW Entwicklungsbank (Банк Развития). Являясь одним из основных инструментов Германского общества по сотрудничеству в сфере развития, KfW финансирует, предоставляет консультации и руководит программами развития по всему миру, фокусируясь на нуждах стран-партнеров и совместном развитии стратегий. За последние 10 лет правительство Германии предоставило около 65 млн. евро – через KfW – на программы по контролю зТБ нЮжном Кавказе и в Центральной Азии.



Вывеска на входе Узбекской НСЛ, говорящая о сотрудничестве между Германией (KfW) и Узбекистаном.



# Помощь Грузии и Узбекистану в остановке ТБ / ВИЧ

В последнее время попытки, направленные на борьбу с ТБ/ВИЧ в Грузии, Узбекистане (и многих других странах) руководствовались принципами глобальной стратегии «Остановить ТБ». Основной постулат данной стратегии заключается в том, что ни одна отдельная страна или глобальное агентство не может самостоятельно снизить бремя сочетанной эпидемии (WHO/ Stop TB Partnership, 2006), и призывает к действию в шести главных областях с целью достичь «мир, свободный от ТБ»:

1. **Добиться расширения и увеличения высококачественной стратегии ДОТС**
  - а. Промотивить политическую приверженность, с соответствующим и постоянным финансированием.
  - б. Обеспечить раннее выявление случаев болезни/диагностику посредством качественной бактериологии.
  - в. Предоставить стандартное лечение с наблюдением и поддержкой пациентов
  - г. Обеспечить эффективное снабжение и управление медикаментами.
  - д. Контролировать и оценивать выполнение и влияние стратегии.
2. **Создать стратегию по борьбе с ТБ/ВИЧ, МЛУ-ТБ и другими проблемами**
  - а. Увеличить масштаб объединенных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ.
  - б. Расширить масштаб профилактики и контроля зМЛУ-ТБ.
  - в. Учесть потребности лиц, контактирующих с ТБ, а также малоимущих и уязвимых слоев населения (заключенные, беженцы и др.).
3. **Способствовать укреплению систем здравоохранения**
  - а. Помочь улучшить политику здравоохранения, кадровое развитие, финансирование, поставки, предоставление услуг и информацию.
  - б. Усилить контроль зинфекций в службах здравоохранения, других местах скопления людей и в быту.

- в. Модернизовать сети лабораторий и внедрить Практический подход к здоровью легких (Practical Approach to Lung Health, ППЗЛ).
- г. Перенять эффективные подходы из других сфер и секторов, а также стимулировать деятельность по социальным факторам здоровья.

#### 4. Привлечь к сотрудничеству все службы, обслуживающие больных

- а. Привлечь общественные, добровольные, корпоративные и частные службы при помощи смеси из частно-государственных подходов.
- б. Продвигать использование Международных стандартов лечения ТБ (МСЛ-ТБ).

#### 5. Предоставлять поддержку больным ТБ и коммуна

- а. Преследовать пропаганду, коммуникацию и социальную мобилизацию.
- б. Стимулировать участие коммун в лечении ТБ.
- в. Продвигать использование ХХртии пациентов для лечения туберкулез

#### 6. Содействовать и продвигать научные исследования

- а. Проводить операционное исследование в рамках программ и применять на практике новые инструменты.
- б. Промотивить и учествовать в исследованиях с целью разработки новых видов диагностики, медикаментов и вакцин.

Целью поддерживаемой Германией программы было внедрение стратегии «Остановить ТБ», чтобы сократить заболеваемость, смертность и передачу ТБ и ВИЧ и достичь показателей шестой ЦРТ. Поэтому почти все виды поддержки направляются через учрежденные национальные программы по борьбе с туберкулезом (НП-ТБ). Конкретно, Германия поддерживает улучшенную координацию и усовершенствованное разделение работ между партнерами стратегии «Остановить ТБ» по пунктам 1, 2 и 3 данной стратегии. Данные усилия также служат достижению других

пунктов стратегии. В остальной части данного раздела описываются пять характерных элементов поддержки со стороны GDC: создание национальных программ по борьбе с ТБ; объединение и техническая помощь для лабораторий; защита заключенных; содействие региональным сетям; также работы в двусторонних партнерствах.

### Долгосрочная кооперация стимулировала лидерство по лечению ТБ

Попытки Германии в борьбе с ТБ в этом регионе уходят корнями в середину 1990-х гг. Эта долгосрочная поддержка помогла Грузии и Узбекистану стать лидерами в этой проблемной области здравоохранения, усилил национальные программы лечения и улучшил услуги по диагностике и лечению. Быстро полученный успех укрепил национальную ангажированность и помог странам наладить сотрудничества с другими партнерами. Например, в мае 2007 года Грузия приняла пятилетний Национальный стратегический план по борьбе с ТБ/ВИЧ (заканчивающийся в 2011 году), с поддержкой со стороны АМР США и Туберкулезного фонда KNCV. Данная стратегия, одобренная Минздравом и национальными программами по борьбе с ТБ и ВИЧ, является одной из первых в своем роде в Восточной Европе (Министерство здоровья, Грузия, 2007). Страна также внедрила национальную систему скрининга сочетанной инфекции ТБ и ВИЧ – важный элемент контроля сочетанной эпидемии.

### Усиление национальных программ по борьбе с туберкулезом

Возможно, наибольший вклад, сделанный GDC в борьбу с ТБ/ВИЧ на Кавказе и в Центральной Азии, это техническая помощь странам в создании эффективных органов и структур для координации и постепенного внедрения стратегии ДOTS (см. Пункт 1 стратегии «Остановить ТБ», расположенный выше). В Грузии это национальная программа по борьбе с ТБ (НП-ТБ), учрежденная в 1995 году и имеющая штаб-квартиру в г. Тбилиси; в Узбекистане эту роль выполняет Республиканский центр ДOTS (РЦД), открытый в 2001 году на базе Национального института туберкулеза и болезней легких, г. Ташкент. Республиканский центр ДOTS координирует национальную программу Узбекистана по борьбе с ТБ (здесь: НП-ТБ) и является подотчетным по отношению к Министерству здравоохранения (Минздрав).

» Характерной чертой поддержки со стороны GDC являлась ее продолжительность.

Как отмечено в вышерассмотренном текстовом окне, характерной чертой поддержки со стороны GDC являлась ее продолжительность. Германское Агентство помогло учредить НП-ТБ в регионе, и его постоянная поддержка с начала при содействии ВОЗ, Всемирным и Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) частично объясняет авторитетность и организационную силу НП-ТБ у правительства и внутри страны.

Данная поддержка имела важное стратегическое значение. Использование ДOTS гарантировало качество, как это сформулировано в стратегии «Остановить ТБ», считается наиболее экономически эффективным способом сокращения бремени ТБ и ТБ/ВИЧ. Используя простые основополагающие процедуры и стандартное оборудование, этот

принцип широко применяется в различных контекстах, хотя странами часто приходится создавать условия или приспособлять свои системные структуры, чтобы получить наибольшую пользу от стратегии «Остановить ТБ».

Таким образом, поддержка GDC национальных программ по борьбе с ТБ фокусируется на помощи в внедрении и расширении стратегии ДOTS двумя характерными методами. В первую очередь, общество профинансировало поставки основных противотуберкулезных препаратов, чтобы обеспечить непрерывный и беспланный доступ всех пациентов к наилучшему лечению. Во-вторых, оно поддержало развитие инфраструктуры для национальных сетей лабораторий, поставляя кирпичи и строительный раствор, компьютеры, микроскопы и другое оборудование для всех видов тестирования – от базовой микроскопии мокроты в периферийных учреждениях до тестирования на выявление культуры и лекарственную устойчивость (ТЛУ) в национальных сплоченных лабораториях, расположенных в столицах.



Точки снабжения противотуберкулезными препаратами основного ряда подобные этому пункту «DOT Spot» в г. Тбилиси, финансируются GDC, которое поддержало национальные программы Грузии и Узбекистана по борьбе с ТБ.



Больной, страдающий МЛУ-ТБ, принимает медикаменты в тбилисском пункте «DOT Spot».

Обеспечение доступности по всей стране к противотуберкулезным препаратам основного ряда было чрезвычайно важно для успеха и доверия к недавно учрежденным НП-ТБ, задачей которых являлось обеспечение того, что пациенты получают правильные медикаменты в нужный момент и строго следят за режимом приема лекарств до своего полного выздоровления. Всё, что не отвечает этому стандарту, приводит к дальнейшей передаче инфекции в обществе, развитию лекарственной устойчивости, заболеваемости и смерти. Благодаря усилению позиции НП-ТБ обеспечением непрерывных поставок препаратов основного ряда врачи, руководители лечебных учреждений и политики по-новому признали важность программ.

Однако, распространение стратегии ДOTS зависит не только от наличия медикаментов, но и от быстрого и надежного выявления случаев, а также от бактериологического анализа. Поэтому GDC уделило не меньшее значение помощи НП-ТБ Грузии и Узбекистана, а также других стран региона в создании инфраструктуры и сети лабораторий по выявлению ТБ.

В результате этого, Грузия обладает сейчас широко развитой сетью лабораторий, состоящей из Национальной справочной лаборатории (НСЛ) в Тбилиси, региональной лаборатории в Звонно-грузинском центре туберкулеза и болезней легких, 30 первоклассных микроскопических лабораторий и 37 пунктов приема мокрот. Она также имеет современное оборудование и надежную систему транспортировки образцов мокроты из пунктов сбора в первоклассные лаборатории для микроскопии мазков, региональные лаборатории для выявления культур и национальные справочные лаборатории для тестирования лекарственную устойчивость. При поддержке Германии Грузия сейчас строит и оборудует новую национальную справочную лабораторию, позволяющую в том числе и быструю диагностику ТБ с множественной и широкой лекарственной устойчивостью.



Лаборант, работающий на микроскопе в новой Национальной справочной лаборатории, г. Ташкент.

Еще одной характерной чертой поддержки поставок противотуберкулезных препаратов и создания инфраструктуры лабораторий со стороны GDC является то, что они имеют условием демонстрацию правительствами растущей политической заинтересованности в отношении ДОТС. Таким образом, выплаты, производимые GDC, вызвали рост стремления

правительства придать НП-ТБ форму государственного учреждения и предоставить им работу, что также позволило НП-ТБ стать эффективной действующей силой, способной принимать капитал от других партнеров в сфере развития, включая ГФСТМ. В Грузии НП-ТБ является настоящим моментом основным координационным и реализующим органом и имеет значительное влияние на принятие правительством решений по инвестициям в услуги по борьбе с ТБ и ВИЧ. Аналогичную позицию имеет и узбекский Республиканский центр ДОТС.

### Объединение справочных лабораторий

Так же как и создание инфраструктуры лабораторий, яркой чертой поддержки GDC для услуг по борьбе с ТБ/ВИЧ на Кавказе и в Центральной Азии были согласованные усилия по созданию условий, оказанию операционной поддержки и обеспечению качества работы национальных справочных лабораторий (НСЛ). Поэтому начиная с 2006 года эти НСЛ были объединены с двумя сертифицированными ВОЗ национальными справочными лабораториями: Национальным справочным центром (НСЦ) микобактерий в г. Борстель на севере Германии, который связан с Федеральным министерством здравоохранения и Институтом им. Роберта Коха и Национальной справочной лабораторией при Институте микробиологии и лабораторной медицины (ИМЛ), расположенной в клинике «Асклепиос Флуклиникен», Мюнхенский университет, г. Мутинг, на юге Германии.

Объединение в рамках сотрудничества персонала узбекской Национальной справочной лаборатории с экспертами из лаборатории г. Мутинг обеспечило техническую поддержку в планировании и строительстве лаборатории в г. Ташкенте в соответствии с международными (S 3) стандартами по биологической безопасно-



сти. Кроме того, это позволило обучить персонал НСЛ по вопросам определения культуры и тестирования на лекарственную устойчивость, а также внедрить стандартные технологические процессы для систем обеспечения качества. Партнерские программы помогли узбекской НСЛ разработать систему обеспечения качества, включая регулярное перекрестное тестирование, и предоставить средства экспертам из Пуллинга для регулярных (три раза в год) двухнедельных визитов ташкентской лаборатории в период с 2007 по 2010 гг.



Специалист в новой Национальной справочной лаборатории, г. Ташкент.



Сертификат качества выданный НСЛ г. Ташкент Институтом микробиологии и лабораторной медицины, г. Пуллинг, Германия.

Благодаря средствам GDC сотрудники ташкентской лаборатории посетили Пуллинг с целью повышения квалификации. Эти и другие шансы сотрудничества помогли Узбекистану создать сильную национальную справочную лабораторию, способную самостоятельно обеспечить себя, а также передать свой опыт в регионе. Сотрудники ташкентской НСЛ сейчас обучают лаборантов по всему Узбекистану, а также помогли стране открыть пять новых региональных лабораторий по выявлению культур ТБ в Термезе, Нур-Обде, Фергане, Бухаре и Самарканде. Кроме того, эксперты из Ташкента обучают своих коллег в соседних странах, например, в Таджикистане.

### Защита заключенных в соответствии с принципами стратегии «Остановить ТБ»

Пункт 2 стратегии «Остановить ТБ» призывает к проведению мер с целью «учета потребностей лиц, контактирующих с ТБ, а также малоимущих и уязвимых слоев населения». Сюда входят, в особенности, заключенные. Поэтому, начиная с 1999 года GDC использовало свое влияние на Южном Кавказе и в Центральной Азии для сотрудничества с правительствами с целью предоставления услуг по диагностике и лечению ТБ, а также иных медицинских услуг в тюрьмах. По началу, это было задумано из простых, так как услуги для остального населения часто были недоступными или отсутствовали вообще, и правительству стран было невыгодно удовлетворять потребности заключенных. Кроме того, эффективная работа в местах лишения свободы требовала сотрудничества различных министерств. GDC справилось с этой задачей, обратив внимание на высокий уровень ТБ в закрытых учреждениях и подчеркнув факт, что контроль за ТБ и ВИЧ будет сложным, если заключенные не получат свободный доступ к необходимым услугам. Германское общество также поддержало строительство и оснащение больниц при тюрьмах, преимущественно в



партнерстве с Международным комитетом Красного Креста (МККК), который обучил тюремный и медицинский персонал оказывать новые услуги и реализовывать стратегию «Остановить ТБ» в системе исправительных учреждений.

**Бывший студент заразился ТБ в тюрьме**  
Георгий, 37 лет, находился в Туберкулезной больнице г. Абастумани, Грузия, уже шесть месяцев, когда была сделана эта фотография. Не женат, без детей, он был некогда студентом мединститута, прервавшим свое обучение в 1993 году для службы в грузинской армии в Абхазии и, позже, проведшим два года в тюрьме. «Когда я в апреле вышел из тюрьмы, я заболел и пошел к врачу», – говорит он. «Он сказал мне, что я болен ТБ и направил меня на лечение в Туберкулезный центр в Тбилиси. Я заразился в тюрьме. Через некоторое время, у меня диагностировали МЛУ-ТБ, и я был направлен сюда, в Абастумани. Я думаю, что мне придется остаться здесь надолго, но здесь приятно, красивая природа и спокойно».



В Узбекистане для инициативы GDC стимулировалось сотрудничество Министерства внутренних дел и Минздрава. В результате этого заключенные Узбекистана имеют такой же доступ к услугам по диагностике и лечению ТБ и ВИЧ, как и широкие слои населения. Они пользуются

новой сетью лабораторий по определению ТБ, которые проводят диагностику и тестирование на лекарственную устойчивость как для заключенных, так и для широких слоев населения. В дополнение к этому системы на данный момент способны обеспечить освобожденным заключенным подготовленный доступ к продолжению лечения и наблюдения – важная мера с целью ограничения развития лекарственной устойчивости. Это означает, что заключенные, имеющие МЛУ-ТБ и не излеченные полностью на момент освобождения, отправляются до полного излечения в специальное отделение Республиканской туберкулезной больницы в г. Ташкенте. Это отделение было открыто в апреле 2009 года при поддержке НП-ТБ, Министерства внутренних дел, GDC и ГФСТМ.



Заключенные, получающие лечение против МЛУ-ТБ, по завершению срока заключения направляются до полного выздоровления в специальное отделение этой ташкентской больницы.

GDC и МККК также поддержали распространение услуг по борьбе с ТБ и ВИЧ в тюрьмах Грузии. МККК интенсивно сотрудничает с тюремными органами с целью предоставления медицинских услуг в тюрьмах и, что еще более важно, обеспечения продолжения получения заключенными необходимых им медицинских услуг, когда они возвращаются в общество. Это агентство также обеспечивает возможность заключенным с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ получить точный диагноз и соответствующее лечение.

## Содействие развитию региональных сетей сотрудников здравоохранения

ТТБ, как и другие инфекционные заболевания, не знает границ. Это особенно справедливо в отношении Кавказа и Центральной Азии, где миграция – общепринятое явление, границы легко пересекаемы, страны имеют сходные системы здравоохранения и общую историю (будучи бывшими советскими республиками). Это требует, как минимум, взаимной поддержки стран в данном регионе при разработке высококачественных услуг по профилактике и лечению ТБ и ВИЧ. В идеале, страны должны быть в состоянии обеспечить мигрантам с ТБ и/или ВИЧ продолжение качественного лечения после смены страны жительства. Так как данный уровень сотрудничества еще не достигнут, поддержка Германией НП-ТБ сделал значительный вклад в развитие региональных сетей специалистов по ТБ и лиц, принимающих решения, с целью обмена информацией о лучших практиках и взаимной технической поддержки.

С 1998 года GDC и Европейское региональное бюро ВОЗ содействовали проведению ежегодных конференций для специалистов по ТБ из Казахстана, Киргизии, Таджикистана, Туркменистана, Узбекистана и других стран, на которых обсуждались пути профилактики ТБ/ВИЧ. Аналогичные конференции проводятся на Южном Кавказе с 2007 года для специалистов по ТБ и ВИЧ из Армении, Азербайджана и Грузии. В круг участников входят организации, предоставляющие услуги, а также должностные лица и политики из разных стран. В течение этих лет конференции помогли усилить региональные технические сети, стимулировали обмен опытом, прозрачность, обмен информацией и даже имели миротворческую функцию среди сотрудников здравоохранения и политиков стран, находящих или ранее находившихся в конфликте. Еще десять лет назад национальные службы строго охраняли свою информацию. Но

сегодняшний день правительственные чиновники и сотрудники программ обмениваются даже наиболее проблемной информацией, например, об уровне заболеваемости ТБ в тюрьмах.

### Сети стимулируют сотрудничество в конфликтной ситуации

Возможно, одним из менее ожидаемых дивидендов германских инвестиций в развитие технических сетей по борьбе с ТБ на Кавказе и в Центральной Азии стал мир. После распада Советского Союза здесь часто обсуждались государственные границы, приводя к нагнетанию обстановки между странами и вооруженным конфликтам. Создание сетей и дружеских связей, стимулируемое региональными конференциями по вопросам ТБ, а также учебными сборами, проводимыми целое десятилетие, помогло пробиться сквозь воинствующие ряды и соединило в общих гуманитарных стремлениях политиков и чиновников здравоохранения конфликтующих стран. Это способствовало сотрудничеству групп докторов, медицинских сестер и сотрудников лабораторий из разных стран, а также подчеркнуло объединяющие их факторы. Например, организации, предоставляющие услуги по борьбе с ТБ и ВИЧ, из Армении и Азербайджана благодаря обмену опытом и информацией, а также совместным учебным сборам наладили новые связи. Это помогло странам преодолеть конфликт, который вновь вспыхнул в войне 1991–1994 гг. за оспариваемый странами регион Нагорного Карабаха.

В Центральной Азии ВОЗ использует финансовую поддержку Германии для привлечения компетентных неправительственных организаций с целью проведения совместных учебных сборов для медработников. Случайные факты предполагают, что такие региональные собрания (для всех четырех стран-партнеров GDC)

являются эффективным средством обучения персонал национальных сетей лабораторий и распространения высококачественной стратегии ДOTS, так как организации в большинстве стран, предоставляющие услуги, имеют уникальные потребности и могут обмениваться соответствующим опытом.



Делегаты из министерств здравоохранения и KfW на Конференции по вопросам туберкулеза проводимой в 2009 году для стран Южного Кавказа в г. Тбилиси, Грузия, ноябрь 2009 года совместно организованной GDC и WHO.

## Работа в динамических партнерствах

Финансовые и технические аспекты расширения масштабов услуг по профилактике, наблюдению и лечению ТБ и ВИЧ являются решающими. Как показывает опыт, для эффективного решения таких проблем требуются партнерства. Принципы стратегии «Три», изложенные в Парижской декларации (2005), сделанной ЮНЭЙДС и правительствами больших стран, отвечают реальной ситуации путем продвижения гармонизации действий по борьбе с ВИЧ и предоставлению других медицинских услуг при помощи согласованных рачных условий по ВИЧ, национального координационного органа по ВИЧ и системы мониторинга и оценки.

Поэтому GDC стремилось так адаптировать свой вклад, чтобы способствовать достижению целей национальных программ по борьбе с ТБ каждой из стран в соответствии с генеральной линией и политикой ВОЗ. В последнее время общество также усиленнее сотрудничало с другими двухсторонними и глобальными

партнерствами: ГФСТМ, АМР США, МККК и другими. Такие партнерства являются достаточно гибкими, чтобы ответить на изменяющиеся потребности, и хорошо координируются НП-ТБ каждой из стран.

Например, директор грузинской НП-ТБ, бывший министр здравоохранения, ежемесячно проводит технические собрания для координации действий и обсуждения новых направлений и инициатив. НП-ТБ также регулярно организует встречи заинтересованных сторон. На них представители МККК, ВОЗ, корпорации «Медикал Сервис Кооперейшен Интернейшенел» (Medical Service Cooperation International, МСКИ) и GDC встречаются с сотрудниками НП-ТБ и Минздрава для обсуждения деятельности НП-ТБ и помощи со стороны различных партнеров в сфере развития. На этих собраниях партнеры также обсуждают мониторинг и оценку и результаты рчных инициатив.

В 2005 году Грузия также учредила Структурной Координационный Механизм (СКМ), чтобы добиться поддержки со стороны ГФСТМ. СКМ предоставляет сильную поддержку НП-ТБ, его председатель, первая леди Грузии (жена нынешнего президента Саакашвили), участвовала в региональных конференциях и собраниях, посвященных проблемам ТБ. Это один из показателей эффективности правительства с целью улучшить борьбу с ТБ и ВИЧ и условие успеха программ по контролю за ТБ.

В Узбекистане для координации Национальной программы контроля за ТБ (НП-ТБ) по указу Министерства здравоохранения в 2001 году был создан Республиканский центр ДOTS. РЦД расположен в Национальном институте туберкулеза в Ташкенте, где также расположен Национальная справочная лаборатория по выявлению ТБ, и нынешний момент он имеет собственный операционный бюджет и является основным получателем грантов ГФСТМ.

### Партнерства перестраивают туберкулезные больницы для лечения в них наиболее тяжелых случаев

Наиболее признанная и, до последнего времени, ветхая туберкулезная больница в г. Абастумани, Грузия, была открыта в 1898 году. Расположенная в горах Кавказа на границе с Турцией, эта больница считалась лучшей туберкулезной лечебницей в Советском Союзе, но после развала политической империи в 1991 году пациенты перестали приезжать на лечение в Абастумани и его знаменитый санаторий. Возрождение больницы началось в 2004 году, когда фондовые средства ГФСТМ позволили ей вновь открыть свои двери, на этот раз для растущего числа грузинских пациентов, нуждающихся в лечении от МЛУ-ТБ. В ноябре 2009 года в больнице было 80 коек, 50 из которых были заняты – преимущественно мужчинами. В



соответствии с наилучшими международными практиками, большинство пациентов имели свои палаты или делили палату только с одним соседом. Так как хорошее питание является важной составляющей лечения, пациентам предоставляется пятиразовое диетическое питание. Здание тоже было отремонтировано, чтобы еще больше улучшить жизненные условия пациентов – важная мера, так как лечение МЛУ-ТБ может продолжаться многие месяцы.

Больничное наблюдение интегрировано в систему здравоохранения за ее стенами. Например, в конце 2009 года тбилисский Центр по борьбе со СПИДом взял на себя наблюдение над двумя недавно выписанными пациентами из Абастумани с сочетанной инфекцией ВИЧ, гарантируя, что они будут получать необходимое лечение ТБ препаратами резервного ряда и антиретровирусную терапию против ВИЧ.

Возрождение Абастумани отражает объединенные усилия Грузии в борьбе против ТБ и ВИЧ. Правительство страны оплачивает врачей, медицинских сестер и прочих медицинских и социальных работников, а также питание и техническое обслуживание здания. Корпорация «Медикел Сервис Корпорейшен Интернейшенел» (МСКИ) совместно с другими НПО покрывает расходы на ремонт здания. ГФСТМ оплачивает дорогостоящие препараты резервного ряда, необходимые пациентам; а поддержка со стороны Германии помогла оборудовать больницу и создать сеть лабораторий, способную поставить пациентам быстрый и точный диагноз и определить лечение. Одновременно, НП-ТБ Грузии координирует и контролирует работу различных агентств для получения желаемых результатов.



КК и в Грузии, Узбекистанский СКМ при поддержке Глобального фонда был учрежден в 2005 году. Он объединил глав различных министерств, департаментов и местных НПО, а также международные организации, работающие в сфере ТБ и ТБ/ВИЧ. Правительство также продемонстрировало приверженность в борьбе против ТБ на высшем уровне: например, Министерство внутренних дел сотрудничает с Минздравом для того, чтобы обеспечить заключенных соответствующим противотуберкулезным лечением.

Сочетанная инфекция ТБ/ВИЧ еще не стала значительной проблемой общественного здравоохранения Грузии и Узбекистана, но власти уже начали принимать профилактические меры на случай, если сочетание эпидемия усилится.

Кроме того, появление ШЛУ-ТБ усиливает опасность возможной эпидемии туберкулезной формы ТБ, для которой имеются лишь немногие способы лечения. О влиянии ШЛУ-ТБ на людей, живущих с ВИЧ, известно мало. За границами Прибалтики, Грузия является первой бывшей советской республикой, предоставляющей универсальный доступ к лечению мультирезистентного ТБ. Это не стало бы возможным без координированных усилий и инвестиций национальных и международных агентств. При технической поддержке Туберкулезного фонда КНСУ и АМР США Грузия разработала объединенный стратегический план по борьбе с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ. НП-ТБ Грузии и РЦД Узбекистана сейчас полностью взяли руководство на себя и эффективно координируют работу партнеров по стратегии «Остановить ТБ». Они также тесно сотрудничают с ГФСМ для обеспечения препаратов резервного ряда пациентов с МЛУ-ТБ и/или сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ. Через Глобальную службу обеспечения противотуберкулезны-

ми препаратами Грузия и Узбекистан также обеспечили пациентов качественными и недорогими противотуберкулезными препаратами основного ряда. Кроме того, Комитет зеленого света, входящий в партнерство «Остановить ТБ», помог сократить почти на 95 % стоимость препаратов резервного ряда.



Фридон, этот 34-летний водитель микроавтобуса узнал о своем положительном ВИЧ-статусе после тестирования в пункте выдачи бесплатных противотуберкулезных препаратов. После этого он был направлен в Национальный институт инфекционных болезней в г. Тбилиси, Грузия, где и была сделана эта фотография, ноябрь 2009 г.



Питание и возмещение расходов на проезд иногда используются как стимул для пациентов приходить для получения терапии в пункты «DOT Spot», подобные этому пункту в г. Тбилиси.



Многие технические партнеры сделали свой вклад в достижение целей стратегии «Остановить ТБ» в обеих странах, однако, каждый из них действовал в соответствии со своими возможностями и специфическими преимуществами. Специальные рабочие группы ВОЗ/Партнерств «Остановить ТБ» по проблемным сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ и другим вопросам управляли совместными действиями через свои бюро в г. Тбилиси и г. Ташкенте, а также через Европейское региональное бюро ВОЗ в г. Копенгагене. В Узбекистане НПО, такие как Туберкулезный фонд KNCV, Médecins sans Frontières («Врачи без границ»), ВБГ-Франция) и корпорация «Медикел Сервис Корпорейшен Интернейшенел» (МСКИ), а также двусторонние агентства такие как Центры по контролю и профилактике заболеваний США (ЦКЗ), предоставили обучение и техническую помощь при внедрении стратегии ДOTS. В Грузии ВБГ-Франция и ЦКЗ предоставили логичную поддержку, а GDC посредством KfW предоставляет помощь некоторым учебным сборам по вопросам ДOTS в Грузии. Одновременно МККК, с недавнего времени и ВБГ-Франция поддерживают контроль за ТБ в грузинских тюрьмах, а Всемирная продовольственная программа ООН (ВПП) распространяет продовольствие среди пациентов ТБ в этой стране. Цель данной акции – мотивировать пациентов прийти в пункты предоставления ДOTS, где они получают еду и компенсацию на транспортные расходы, а также бесплатное лечение. В Узбекистане логичную программу реализует Национальное Общество Красного Полумесяца

Управляемые усиленными НП-ТБ, эти партнеры отразили букву и дух Берлинской Декларации по туберкулезу 2007 года, а также ее поддержку стратегии «Остановить ТБ» и международного сотрудничества в исследованиях и практических мероприятиях.



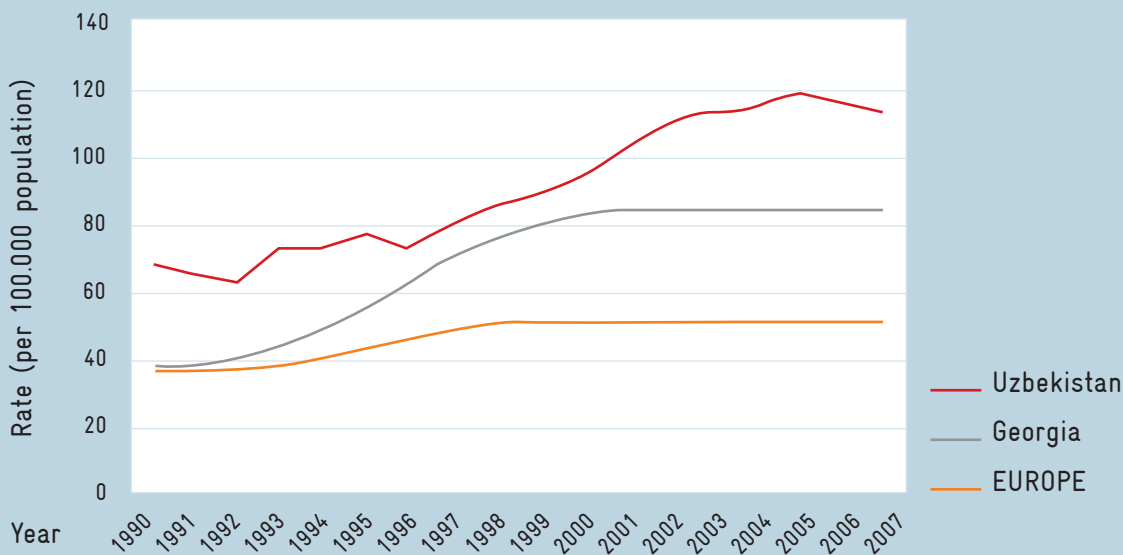
Леди изображенная здесь, проходит лечение против МЛУ-ТБ в недавно отремонтированной больнице г. Абхстумани, Грузия.

## Результаты

Эпидемиологические данные по ТБ и ВИЧ, входящие в набор международно признанных индикаторов стратегии «Остановить ТБ», позволяют предположить, что поддержка со стороны GDC национальных программ по туберкулезу, а также сотрудничество с другими партнерами помогают сократить негативное влияние ТБ и ВИЧ в Грузии и Узбекистане.

Коэффициенты заболеваемости (предполагаемое количество людей, заболевших ежегодно) предоставляют некоторую картину результатов

программ, и они, как правило, позитивны. В то время как уровни регистрации всех форм ТБ значительно возросли в Грузии и Узбекистане в период с 1990 по 2000 гг., и менее сильно – в Европе, они выровнялись в первое десятилетие нового тысячелетия (Рис. 1). И хотя уровень заболеваемости начинает снижаться, этот спад происходит медленно. Поэтому наиболее важный момент слишком рано прекращать совместные меры, которые привели к этому достижению в общественном здравоохранении.



(Source: WHO, 2009b)

Рисунок 1: Предполагаемые уровни заболеваемости ТБ в Грузии, Узбекистане и Европейском регионе ВОЗ, 1990–2007 гг.

Однако, снижение предполагаемого уровня заболеваемости отражается в снижении уровня выявления новых случаев ТБ, что было зарегистрировано национальными программами Грузии и Узбекистана по борьбе с ТБ. Таким образом, есть доказательства того, что стратегии и программы, реализуемые на местах, начинают оборачиваться катастрофической вспышкой ТБ, наблюдающейся в этом

регионе два десятилетия назад. Как было упомянуто в Введении, трудно соотнести эпидемиологические данные с отдельными мероприятиями, но наблюдения показывают, что постоянная поддержка НП-ТБ этих двух стран со стороны GDC способствует своего признания контролю эпидемии ТБ и расширения попыток по борьбе с МЛУ-ТБ и потенциальной сочетанной эпидемией ТБ/ВИЧ.

Необходимо поддерживать качество и охват этих национальных программ, и распространение качественной стратегии ДOTS следует продолжать. Это особенно важно для ограничения роста мультирезистентного ТБ по причине тяжелого бремени МЛУ-ТБ в Восточной Европе и Центральной Азии. Более распространенная и качественная стратегия ДOTS, а также сотрудничество с многочисленными партнерами являются также наилучшей защитой против вспышек эпидемий сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ, которая, как и мультирезистентный ТБ, является очень сложной и требует сложных и всеобъемлющих контрмер.

» *Долгосрочная поддержка Германии при внедрении противотуберкулезных препаратов основного ряда и проведении других мер помогли остановить распространение ТБ.*

В то же время, национальные органы власти подтверждают позитивные эпидемиологические данные. Согласно Министерству здравоохранения Узбекистана и комментариям директору НП-ТБ Грузии, Игорю Коваленко (в беседе с редактором Кристиной Грейфельд, ноябрь 2009 г.), долгосрочная поддержка Германии при внедрении противотуберкулезных препаратов основного ряда и проведении других мер помогли остановить распространение ТБ. Мэр Худайкулович Ходжибеков, заместитель министра в Узбекистане, также сказал, что GDC – благодаря непрерывной и тщательной работе по планированию и долгосрочной приверженности данному делу – сделал значительный вклад в укрепление Республиканского центра ДOTS.

Кроме того, широко распространено мнение, что германский региональный подход в сфере борьбы с ТБ и ВИЧ, заключающийся в стимулировании развития международных сетей сотрудников здравоохранения, особенно предпочтительна своему делу, стала экономически эффективной формой создания условий (создание сетей и усиление

позиции организаций, а также обучение персонала) и, что не менее важно, помог стимулировать сотрудничество и повысить обстановку в странах региона.

Еще в 2005 году, в Грузии и Узбекистане не было сетей лабораторий по выявлению ТБ. Нас сегодняшний день, по мнению референта ВОЗ по борьбе с ТБ в центральноазиатских республиках, Гомбогорма Тсогт (давшего интервью составителям настоящего отчета в январе 2010 года), ташкентская национальная справочная лаборатория, объединенная с национальной справочной лабораторией в г. Иутинге, Германия, является наилучшей в Центральной Азии. Он заметил, что создание мощностей лабораторий по выявлению ТБ является одной из важнейших мер по расширению и усилению программ по борьбе с МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ.



Вход в Туберкулезную больницу № 1 г. Ташкент

Поддержка Германии при внедрении услуг по борьбе с ТБ в местах лишения свободы тоже рассматривается как успешная. В особенности, наблюдатели отмечают, что пропаганда и инвестиции GDC послужили катализатором для сотру-

сотрудничество между Министерством здравоохранения и Министерством внутренних дел Узбекистана привело к охвату заключенных услугами по ТБ и ВИЧ и появлению систем, обеспечивающих продолжение получения заключенными этих услуг после выхода на свободу. В свою очередь, это помогло сократить опасность распространения этих болезней среди заключенных, а также других уязвимых слоев населения и широкой общественности. В Грузии сотрудничество между Минздравом и Министерством юстиции имело аналогичный положительный эффект.



Пациент туберкулезной больницы г. Абхстумани, Грузия.



## Полученный опыт

### Региональные сети стимулируют сотрудничество и повышают эффективность

- » Региональные сборы поощряют прозрачность, совместное использование данных и более продуктивный обмен между национальными противотуберкулезными программами.

Туберкулез и ВИЧ не знают границ. Поэтому в регионах, в которых страны имеют много общего, таких как Южный Кавказ и Центральная Азия, региональные конференции и учебные сборы могут оказаться очень эффективными при развитии политической приверженности здравоохранительным инициативам, согласованном создании возможностей для предоставления услуг, а также стимулировании сетей экспертов по ТБ и ВИЧ, которые будут поддерживать дальнейшее распространение услуг. Кроме того, создание людских резервов для усиленной борьбы, региональные сборы и сети поощряют прозрачность, совместное использование данных и более продуктивный обмен между национальными противотуберкулезными программами. И наконец, такой подход является экономически эффективным и может стимулировать свежее сотрудничество между находящимися в конфликте странами.

### Партнерства являются очень важными, но требуют национальной координации

Ни одно отдельное агентство или программа не способны самостоятельно побороть ТБ и ВИЧ, так как эти болезни требуют сложных и объединенных усилий многих организаций, предоставляющих услуги, и едва ли одна страна с высоким уровнем заболеваемости этими болезнями сможет самостоятельно понести все расходы. Поэтому требуются хорошо скоординированные множественные партнерства, которые – в идеальном случае – должны координироваться национальными противотуберкулезными программами и национальными

комиссиями по СПИДу или другими органами. Важнейшей задачей по координации является подбор правильных партнеров для выполнения разных задач, так чтобы каждый смог воспользоваться своим относительным преимуществом. СКМ Глобального фонда может помочь в этой работе – и воспользоваться обильными источниками фондов. ВОЗ также продемонстрировал свою ценность в качестве организатора собраний и источников стратегического руководства



Специалисты в новой ташкентской НСЛ: хорошие гигиенические условия и рабочее место, достойные зарплаты и возможности продвижения помогают сохранить квалифицированный персонал и поддерживать системы здравоохранения.

### Поддержка, привязанная к увеличению политической ангажированности

Внешние агентства играют важную роль в помощи странам в борьбе с ТБ и ВИЧ, но их поддержка не должна быть безусловной. Скорее, она должна быть пропорциональна ангажированности, проявляемой руководством стран в борьбе с этими значительными болезнями. GDC призвал как Грузию, так и Узбекистан интенсивнее инвестировать в свою борьбу с этими болезнями, а также вводить новшества (например, расширяя область предоставления услуг мест лишения свободы). В обмен общество

предложило капиталы для обеспечения бесплатного доступа к противотуберкулезным препаратам основного ряда и создания инфраструктуры, которое также предоставило техническую помощь для лабораторий и тюремных больниц. Другие инвестиции GDC были успешно привязаны к конкретным действиям правительств в других основных областях: например, к ограничению доступности противотуберкулезных препаратов (так, чтобы пациенты получали правильное лечение и необходимое профессиональное наблюдение), которое также к принятию соответствующего законодательства Агентства, работающие в сфере здравоохранения и экономического развития, также поддержали страны в улучшении условий труда для работников здравоохранения. Хорошие гигиенические условия и контроль за инфекцией на рабочем месте, достойные зарплаты и возможности продвижения по карьерной лестнице помогают сохранить квалифицированный персонал и поддерживать системы здравоохранения.

## Интеграция и консолидация услуг в общественную систему здравоохранения

Услуги по ТБ и ВИЧ будут нежизнеспособными, если их полностью не интегрировать в общую систему здравоохранения путем реформ, которые консолидируют услуги и сокращают неэффективность. Многие системы здравоохранения на Южном Кавказе, в остальной части Восточной Европы и Центральной Азии слишком фрагментарны, услуги разбросаны по множеству учреждений и больниц. Это приводит к излишнему повторению и растрачивает ценные ресурсы. В то время, как закрыть клиники и больницы является политически непопулярно, услуги по ТБ, ВИЧ и другим заболеваниям страдают, если правительство страны безрассудно тратит деньги на дорогостоящее содержание зданий и коммунальные услуги. Поэтому новые инвестиции должны быть тщательно спланированы, чтобы оптимизировать использование ресурсов и позволить интеграцию услуг.

## Экспертная оценка

Редакционные сотрудники Германского собрания публикций о практике борьбы против ВИЧ установили ряд критериев, которым должны соответствовать проекты, реализуемые при поддержке GTZ (с января 2011 г – GIZ), чтобы быть опубликованными в Собрании. Согласно двум экспертным оценкам этого доклада описанный выше подход, используемый для поддержки программ по ТБ и ВИЧ на Южном Кавказе и в Центральной Азии, является «многообещающей практикой», отражающей «современное положение дел» в этой сфере. Оба эксперта согласились с тем, что данный подход заслуживает публикации, и что использованные здесь знания будут полезными для работников программ и специалистов-практиков в области ТБ, МЛУ-ТБ и сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ. Один эксперт добавил, что вклад GDC позволил «партнерам приспособить современные принципы менеджмента и надлежащее управление», и что GDC следует «похвалить за содействие внедрению современного подхода к контролю за ТБ при ориентировании создания условий и сохранения национальной ответственности за программы». Однако, он не был уверен, не имеет ли данный подход «каких-либо побочных эффектов», и задумался вопросом, что необходимо сделать в будущем, чтобы «сохранить движущую силу» программ. В отношении отдельных критериев, определяющих качество «многообещающей практики» Германского собрания публикций о практике борьбы против ВИЧ, эксперты сообщили следующее:

**Результативность:** GDC сделало вклад в улучшение контроля за ТБ на Южном Кавказе и в Центральной Азии, а также в Восточной Европе в целом, основываясь на качественных лабораториях по микроскопии, выявлению культуры и ТЛУ, улучшив выявление случаев ТБ, введя эффективные системы мониторинга и оценки и стимулируя обмен информацией между странами этого региона.

**Переносимость:** Поддерживаемые GDC и описанные выше мероприятия и технологии были частично отобраны по причине их переносимости. Успех при их использовании, достигнутый правительствами разных стран, подтверждает это. Этот критерий особенно важен для успешного контроля мер, так как ТБ и ВИЧ не знают границ.

**Обеспечение заинтересованного и деятельного участия целевых групп и организаций страны проведения проекта:** После тщательного изучения потребностей партнеры GDC разработали такой пакет мероприятий, который предполагал непосредственное участие национальных коллег. Таким образом, реализация подходов и принятие решений проводились совместно. Кроме того, как было упомянуто в настоящем отчете, KfW предоставляет не только финансовую поддержку, но также участвует в качестве технического партнера ВОЗ и других международных организаций.

**Учет гендерных аспектов:** В то время, как один из экспертов подчеркнул, что программы GDC учитывают гендерные аспекты, другой не был в этом уверен. Он заметил, что в отчете упоминается, что больше мужчин, чем женщин страдают от ТБ, но его интересовало соотношение между полами у людей с активной формой ТБ в разных странах и факт, насколько упомянутые программы включали специфические действия «для учета гендерных аспектов при борьбе с ТБ и ТБ/ВИЧ».

**Качество мониторинга и оценки:** Мониторинг и оценка (M&E) являются краеугольным камнем работы GDC. При этом агентство подчеркивает, что создание условий для реализации национальных программ сопровождается хорошим M&E. KfW проводит регулярные мониторинги, иногда – совместно с ВОЗ. Кроме того, ежегодные конференции, проводимые для всех пяти европейских республик Центральной Азии и республик Южного Кавказа «вносят свой постоянный вклад в мониторинг и оценку контроля за ТБ в этих странах».

**Инновационность:** Адаптация стратегии ВОЗ «Остановить ТБ» к особым контекстам отдельных стран этого региона не была бы возможной без инноваций. Например, использование здесь поддерживающего контроля для стимулирования создания людского капитала и также «воспитание» современных управленческих кадров являются истинно инновационными. Кроме того, новаторскими являются также мероприятия по борьбе с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ.

**Относительная экономическая эффективность:** В данном отчете не упоминаются исследования по относительной экономической эффективности подхода GDC, однако, Всемирный банк определил ДОТС и стратегию ВОЗ «Остановить ТБ», являющиеся ключевыми элементами данного подхода как экономически эффективными.

**Устойчивость развития:** Большинство мероприятий, проводимых при поддержке GDC, были переняты национальными правительствами и/или финансируются Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, следовательно, вероятно, будут поддерживаться и в будущем. Кроме того, партнерства поддерживаемые KfW – как технически, так и финансово, – способствуют устойчивости описанных здесь программ по борьбе с ТБ и ВИЧ.



## Литература

- Cegielski JP, McMurray DN (2004). The Relationship between Malnutrition and Tuberculosis: Evidence from Studies in Humans and Experimental Animals. «Зависимость между недоеданием и Туберкулезом: Доклады о результатах полученных из исследований на людях и опытов на экспериментальными животными», *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, № 8: с. 286–298.
- Coker R et al. (2006). Risk Factors for Pulmonary Tuberculosis in Russia: Case Control Study. «Факторы риска легочного туберкулеза в России: Пример контроля», *British Medical Journal*, № 332, с. 85–87.
- European Bank for Reconstruction and Development (2009). *EBDR Factsheet: Georgia*. «Перспектив ЕБРР: Грузия», Тбилиси.
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2010). *Tuberculosis Surveillance Report in Europe 2008*. «Отчет о контроле туберкулеза в Европе в 2008 году», Стокгольм.
- Getahun H et al. (2009). Paradigm Shift to address drug resistant tuberculosis in people living with HIV needed, and needed now. Editorial. «Требуются перемены в борьбе с резистентным туберкулезом у людей, живущих с ВИЧ, и требуются они сейчас. Редакционная статья», *Tropical Medicine and International Health*, 2009, № 19, с. 376-378.
- Lin HH, Ezzati M, Murray M (2007). Tobacco Smoke, Indoor Air Pollution and Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-analysis. «Табачный дым, загрязнение воздуха внутри помещений и туберкулез: Систематический обзор и мета-анализ», *Public Library of Science Medicine*, № 4(1), с. e20.
- Ministry of Health, Georgia (2007). *National TB-HIV Strategic Plan 2007-2011*. Национальный стратегический план борьбы против ТБ/ВИЧ на 2007-2011 гг., Тбилиси.
- Nunn P, Williams N, Floyd K et al. 2005. Tuberculosis Control in the Era of HIV. «Контроль туберкулезом в эпоху ВИЧ», *National Review of Immunology*, № 5: с. 819–826.
- Schwalbe N, Lazarus J, Adeyi O (2008). HIV/AIDS and tuberculosis in post-Soviet Union countries. «ВИЧ/СПИД и туберкулез в пост-советских странах», In: Coker R, Atun R and McKee M (eds.). *Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases. Experiences from Europe and Latin America*. «Системы здравоохранения и проблем инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки», (European Series on Health systems and Policy Series) Open University Press, 2008, с. 154-170.
- Smart T (2009). Catalysing HIV/TB research: a meeting report. «Усиление научных исследований в сфере ВИЧ/ТБ: отчет собрания», *HATIP (HIV and AIDS Treatment in Practice)*: № 147, 15 октября 2009, с. 8.
- Stevenson CR, Critchley JA, Forouhi NG et al. (2007). Diabetes and the Risk of Tuberculosis: A Neglected Threat to Public Health? «Диабет и риск туберкулеза. Игнорируемый риск общественному здоровью?», *Chronic Illness*, № 3, с. 228–245.
- UNAIDS/WHO (2009). *AIDS Epidemic Update*. «Новости эпидемии СПИДа», 2009, Женев.
- UNAIDS (2008). *2008 Report on the Global AIDS Epidemic*. «Доклад 2008 года о глобальной эпидемии СПИДа», Женев.
- (UNDP (2009). *Human Development Indices – Table 3: Human and income poverty (Population living below national poverty line (2000-2007))*. «Индексы развития человека – Таблица 3: Человеческая нищета и нищета доходов (Население, живущее ниже национальной черты бедности (2000-2007))», Женев.

USAID/ТВСТА/ICRC et al. (2009). *Guidelines for Control of TB in Prisons*. «Руководство по контролю з/ТБ в мест/х лишения свободы», Вашингтон, 2009.

WHO (2004). *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. «Временн/я политик/х по объединенным действиям против ТБ/ВИЧ», Женев/х

WHO (2009a). *Factsheet: TB/HIV Facts 2009*. «Проспект: Ф/кты о ТБ/ВИЧ – 2009», Женев/х

WHO (2009b). *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO Report 2009*. «Глоб/альный контроль туберкулез/х эпидемиология, стр/егия, финансиров/ние: Докл/д ВОЗ-2009», Женев/х

WHO (2009c). *The Beijing "Call for Action" on Tuberculosis Control and Patient Care: Together addressing the global M/XDR-TB Epidemic*. «Пекинский «Призыв к действию» по контролю з/х туберкулезом и медицинскому н/блюдению: Совместн/я борьб/х против глоб/альной эпидемии МЛУ/ШЛУ-ТБ», Женев/х

WHO/Stop TB Partnership (2006). *The Stop TB Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals*. «Стр/егия «Ост/новить ТБ»: Р/звив/я и усилив/я ДOTS с целью достижения Целей р/звития тысячелетия, связ/нных с ТБ», Женев/х

WHO (2010). *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response*. «ТБ с множественной и широкой лек/рственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ-ТБ): Глоб/альный докл/д по р/хпростр/ненности и борьбе – 2010 г.», Женев/х

WHO Regional Office for Europe (2007). *The Berlin Declaration on Tuberculosis*. «Берлинск/я декл/рция по туберкулезу», Копенг/ген.

Zaleskis R (2008). Strategic Steps for Improving TB Control in the WHO European Region. «Стр/егические ш/ги по улучшению контроля з/ТБ в европейском регионе ВОЗ», *Koch-Metschnikow Journal*, № 2/2008 (Петербургский ди/алог), с. 12-14 (т/хже н/русском языке).

# Контактная информация и состав исполнителей

Основные контактные лица по вопросам, связанным с описанным подходом:

**Германия:** Петер Рефф (Peter Reff), KfW

E [peter.reff@kfw.de](mailto:peter.reff@kfw.de)

**Грузия:** Иагор Каландадзе, Исполнительный директор, Национальный центр туберкулеза и болезней легких

E [iagor.kalandadze@tbgeo.ge](mailto:iagor.kalandadze@tbgeo.ge)

**Узбекистан:** Гульноз Узюкова, Руководитель отдела по внедрению проектов (ТБ) Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

E [g.uzakova@dots.uz](mailto:g.uzakova@dots.uz)

## Издатель:

Германское собрание публикаций о практике борьбы против ВИЧ (The German HIV Practice Collection)

Ответственный: Томас Кирш-Воик

(Thomas Kirsch-Woik)

Германское общество по международному сотрудничеству (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH)

Dag-Hammerskjöld-Weg 1–5

65760 Eschborn / Германия

E [ghpc@giz.de](mailto:ghpc@giz.de)

I [www.german-practice-collection.org](http://www.german-practice-collection.org)

От имени Министерства экономического сотрудничества и развития Федеративной Республики Германия (BMZ):

Симон Копперс (Simon Koppers, Referat 311)

E [simon.koppers@bmz.bund.de](mailto:simon.koppers@bmz.bund.de)

## Редакторы:

Джеймс Бутройд (James Boothroyd) и

Катарина Грейфельд (Katarina Greifeld)

## Дизайн и техническая реализация:

[www.golzundfritz.com](http://www.golzundfritz.com)

## Фотографии:

Габриел Сюттнов (г. Ташкент);

Анс Гогичадзе (г. Тбилиси и г. Абхстумани).

Все лица чьи фотографии размещены в настоящем документе, выразили свое согласие на фотографирование.

г. Эшборн, март 2011 г. (версия на английском языке: июнь 2010 г.)





Германское собрание публикаций о практике борьбы против ВИЧ  
(The German HIV Practice Collection)

Ответственный: Томас Кирш-Воик (Thomas Kirsch-Woik)

Германское общество по международному сотрудничеству  
(Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH)

Dag-Hammerskjöld-Weg 1-5  
65760 Eschborn / Германия  
E ghpc@giz.de  
I [www.german-practice-collection.org](http://www.german-practice-collection.org)