

**НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН
НА ПЕРИОД 2010-2015гг.**

Душанбе 2009

Программу разработали:

Салимову Н.С. - Министр Здравоохранения Республики Таджикистан;

Рахмонов С.Б. - заместитель Министра здравоохранения Республики Таджикистан;

Бобоходжаев О.И. - начальник Управления организации медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Таджикистан;

Саидалиев С.М. - главный специалист Управления организации медицинских Услуг Министерства здравоохранения Республики Таджикистан;

Зокирова К.А. - главный внештатный специалист по туберкулезу Министерства здравоохранения Республики Таджикистан

Сироджидинова У.Ю. - зав. кафедрой фтизиатрии Таджикского государственного

медицинского университета им. Абуали ибн Сино

Шехов А.Дж. - Директор Республиканского центра борьбы с туберкулезом;

Стефан Талевски - консультант ВОЗ, директор Национальной Программы по борьбе с туберкулезом Македонии

Хасанова С. - Страновой офис ВОЗ в Таджикистане, Национальный координатор по вопросам ИППП, ВИЧ/СПИД и туберкулез

Коробицын А. - Проект ХОУП, Менеджер туберкулезной программы

Махсумова З. - ПРООН, Менеджер гранта по туберкулезу

Ходжимуродов Г.М. - Координатор Проектов, финансируемых Немецким Банком

Развития

Давлатов Ф. - Заместитель директора Агенства по Государственному санэпиднадзору

Министерства здравоохранения Республики Таджикистан

Нуров Р. - Начальник медицинского отдела Управления исправительных дел Министерства Юстиции.

Программа была разработана при технической и финансовой помощи офиса Всемирной Организации Здравоохранения в Таджикистане.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

АБР	Азиатский банк развития
АКСМ	Адвокация, коммуникации и социальная мобилизация
АРТ	Антиретровирусная Терапия
ВБ	Всемирный банк
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретённого иммунного дефицита
ВЛТБ	Внелегочная локализация туберкулеза, т.е. когда ТБ поражает все ткани, кроме лёгких и лёгочной паренхимы
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБАО	Горно-Бадахшанская автономная область
ГФ ЛП	Глобальный фонд по лекарственным препаратам
ГФ СТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, Туберкулезом и Малярией
ДОТ	Лечение под непосредственным наблюдением
ДОТС	Лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением
ЕС	Европейский Союз
ЕЦКПЗ (CDC)	Европейский Центр по контролю и профилактике заболеваний
ИОК	Информация, образование и коммуникации
КЗС	Комитет Зеленого Света
КИП	Коммуникации изменения поведения (мышления)
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
ЛУ-ТБ	Лекарственная устойчивость к туберкулезу
МЗ	Министерство здравоохранения
МЛУ-ТБ	Множественная лекарственная устойчивая форма туберкулеза
ММ-	Отрицательный мазок мокроты
ММ+	Положительный мазок мокроты
МиО	Мониторинг и оценка
МСПТ	Международные стандарты по оказанию медицинской помощи больным с туберкулезом
НКК	Национальный Координационный Комитет
НПЗНТ	Национальная Программа защиты населения от туберкулеза
НПО	Неправительственная Организация
НРЛ	Национальная референс лаборатория по туберкулезу
НТП	Программа борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на 2003-2010гг.
ОЧС	Общество - Частный Сектор
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПКОМ	Пропаганда, коммуникация и общественная мобилизация
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППЗЛ	Практический подход к здоровью легких
ПРОГРАММА	Национальная программа защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на период 2010 – 2015 гг.
ПРООН	Программа развития ООН
ПТП	Противотуберкулезные препараты
РРП	Районы республиканского подчинения
РТ	Республика Таджикистан
РЦБТ	Республиканский центр по борьбе с туберкулезом
СГСЭН	Служба Государственного санитарно-эпидемиологического надзора
СМИ	Средства массовой информации

ТБ	Туберкулёз
ТБ/ВИЧ	Туберкулёз/Вирус иммунодефицита человека, сочетанная инфекция
ТГМУ	Таджикский Государственный Медицинский Университет имени Абуали ибн Сино
ТИППМК	Таджикский Институт Последипломной Подготовки Медицинских Кадров
ТРГ	Техническая рабочая группа
ФКД	Фиксированные комбинированные дозы
ЦАР	Центральноазиатские Республики
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ШЛУ-ТБ	Широчайшая лекарственная устойчивая форма туберкулеза
ЮСАИД	Агентство США по Международному Сотрудничеству
KfW	Немецкий банк развития
KNCV	Фонд Королевства Нидерландов по борьбе с ТБ
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ИППП	Инфекции передающиеся половым путём
ДОЗ	Детерминанты Общественного Здоровья

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 1996 году была принята «Национальная Программа борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на 1996-2000 гг.». Однако, из-за слабого финансирования и недостаточной поддержки программы международными партнерами, поставленные цели не были достигнуты. С учетом сложившейся ситуации в 2002 г. была принята «Программа борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на 2003-2010гг.» (в последующем НТП). Основу НТП составляла стратегия ДOTS в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Данная Программа нашла всестороннюю поддержку со стороны Правительства и международных партнеров и поэтапно реализовалась по всей стране.

В настоящее время НТП внедряется на общенациональном уровне, во всех государственных центрах здоровья и больницах. Основной целью НТП является выявление новых мазок положительных случаев туберкулеза (ТБ) как минимум на 70% и последующее успешное излечение выявленных случаев как минимум на 85%. Достижение и укрепление поставленных целей вносит существенный вклад в уменьшение проблемы ТБ в Республике Таджикистан (РТ).

В связи с тем, что НТП не включала в себя вопросы борьбы с устойчивыми формами ТБ, ТБ/ВИЧ и некоторых других компонентов, появилась необходимость в принятии новой Национальной Программы защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг. (далее Программа).

КРАТКИЙ ОБЗОР ДОКУМЕНТА

Данный документ представляет шестилетний план (2010-2015) по контролю за ТБ в РТ, с новой политикой, совместной стратегией по структуре и организации детальных планов по внедрению международных стандартов по профилактике, диагностике, лечению, улучшению человеческих ресурсов, управлению, инвестиционного бюджета и текущих расходов.

Проблема туберкулёза в Республике Таджикистан

Расчетная заболеваемость ТБ - 231 на 100.000; Регистрируемая заболеваемость – 83,6 на 100.000 (Центр мед. статистики МЗ -2008 г.).

Расчетная смертность от ТБ - 46 на 100.000; Регистрируемая смертности от ТБ – 5,7 на 100.000 (Центр мед. статистики МЗ -2008 г.).

Бедность и ТБ: РТ остаётся самой бедной страной на постсоветском пространстве, где 51% населения живут за чертой бедности (оценка Всемирного Банка, февраль 2009 г.).

Множественная лекарственная устойчивая форма туберкулеза (МЛУ-ТБ): оценочный коэффициент МЛУ-ТБ среди новых заболеваний - 16%, среди ранее получивших лечение – 60%

ТБ в местах лишения свободы: впервые зарегистрированные случаи ТБ за 2008 год - 1270 на 100.000 нас. (127 больных); повторные случаи ТБ – 850 на 100.000 (85 больных) и случаи летальных исходов – 140,0 на 100.000 (14 больных).

Расчетная распространенность ТБ/ВИЧ среди новых больных - 4%.

СТРАТЕГИЯ

Глобальная "Совместная стратегия по предотвращению ТБ" будет служить основой для Программы. Она состоит из следующих частей:

1. Добиться расширения и усиления качественного ДOTS

- Политическая приверженность в сочетании с возросшим и устойчивым финансированием
- Выявление случаев заболевания с помощью бактериологических исследований гарантированного качества
- Стандартная контролируемая химиотерапия с оказанием поддержки пациентам
- Эффективная система снабжения и управления лекарственными средствами
- Система мониторинга и оценки, в том числе, количественная оценка результатов лечения

2. Борьба с ВИЧ ассоциированным ТБ (ТБ/ВИЧ) и МЛУ-ТБ при помощи расширения деятельности ТБ/ВИЧ и правильного ведения больных МЛУ/ТБ. Стратегия ДOTS будет внедряться в местах лишения свободы с целью улучшения ситуации с ТБ и будет налаживаться сотрудничество между исправительной и гражданской системой.

3. Вклад в укрепление системы здравоохранения с акцентом на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

ПМСП будет полностью интегрирована в программу контроля над ТБ. Развитие людских ресурсов, в соответствии со стратегическим планом, будет гарантировано Программой. Поэтапное внедрение Практического Подхода к Лёгочным

Заболеваниям (ППЗЛ) в стране, даст гарантию улучшения диагностики и лечения распространённых респираторных заболеваний, включая ТБ.

4. В борьбу с ТБ будут вовлечены все соответствующие поставщики медицинских услуг: центры по борьбе с ТБ, противотуберкулезные больницы, Государственная Служба Санитарно Эпидемиологического Надзора (ГССЭН), учреждения ПМСП, медицинские учебные заведения, неправительственные организации (НПО), медицинская служба исправительных учреждений, медицинская служба силовых структур, страховые компании, с последующим привлечением частной медицины.

5. С целью оказания поддержки больным ТБ и общинам, пораженным ТБ, будет внедрена стратегия по адвокации, коммуникации и общественной мобилизации (АКСМ), и будет оказана всесторонняя поддержка общин по уходу за больными ТБ. Также будет оказана поддержка сети волонтеров по уходу за больными ТБ.

6. Научные исследования будут важной частью Программы, призванной в помощь специалистам ТБ, для выявления эффективных способов внедрения вмешательств, и дальнейшего мониторинга воздействия вмешательств.

Индикаторы

Пять основных индикаторов будут использованы для оценки достижений целей Программы:

1. Коэффициент выявления новых случаев ТБ с ММ+: больше 70% легочного ТБ, при микроскопическом исследовании мокроты;
2. Коэффициент успешного лечения новых случаев с ММ+: >85%;
3. Коэффициент новых случаев легочного ТБ с ММ+: > 50,0%;
4. Коэффициент распространения ТБ: не более 200 на 100 000 нас.;
5. Коэффициент смертности: <7 на 100 000 нас.

Структура координации и службы по реализации Национальной программы защиты населения от туберкулеза.

Национальный Координационный Комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и Малярией (НКК) является основным координирующим органом в реализации национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИД, ТБ и малярией.

Координационный Совет при МЗ РТ представляет собой орган координации по реализации Национальной программы защиты населения от туберкулеза в РТ и ответствен за внедрение Программы.

Центральным исполняющим органом реализации программы является Республиканский центр борьбы с туберкулезом (РЦБТ).

С учетом важности и актуальности проблемы ТБ в стране, планируется создание Агентства по защите населения от ТБ, нового органа с расширенными функциями и полномочиями, который позволит более эффективно координировать и проводить мониторинг и оценку реализации деятельности по борьбе с ТБ.

Будет организована лабораторная сеть на трёх уровнях: национальном, областном и районном. Также будут разработаны и внедрены рационализированные стандарты для лабораторий каждого уровня.

Партнёрство

Будет поддерживаться, и расширяться партнерская деятельность с международными институтами, такими как ВОЗ, Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), Проект HOPE, Федерация Красного Креста и Красного Полумесяца, Европейская комиссия, KNSV, ПРООН, ЮСАИД и др. для более эффективного сотрудничества во внедрение Программы.

Профилактика

Вакцинация БЦЖ должна быть проведена при рождении ребенка, без последующей повторной ревакцинации.

Химиопрофилактика должна проводиться только для детей младше 6 лет в течение 9 мес., при установлении латентной туберкулезной инфекции, и для лиц ВИЧ инфицированных – 9 мес. которые имеют контакт с ТБ пациентами активной формы.

Пошаговое внедрение административных, инженерных, экологических и индивидуальных мер инфекционного контроля будет проведено во всех учреждениях противотуберкулезной службы.

Реабилитация и рационализация

МЗ будет разработан план реабилитации учреждений противотуберкулезной службы и реализует принятый план рационализации туберкулезных коек.

Технические консультации

Технические руководства будут разработаны и будут соблюдаться медицинскими работниками.

Будет проводиться среднесрочная (в 2012г.) и финальная (в 2015г.) оценки Программы.

Ежегодный и шестилетний план деятельности Программы

Будут разработаны шестилетний план, а также ежегодный план внедрения Программы, которые являются дополнением к настоящей Программе.

Бюджет

Будет разработан и предоставлен общий бюджет внедрения Программы, который является дополнением к данной программе в сумме 141 млн. долларов США.

Правительство РТ в рамках предусмотренных средств для отрасли продолжит финансирование и предусматривает ежегодное увеличение бюджета по контролю над ТБ.

Проекты ГФСТМ, ЮСАИД, Еврокомиссии, Немецкого Банка Развития и других доноров будут продолжать оказывать техническую и финансовую поддержку в реализации Программы.

Глава 1. ПРЕДИСЛОВИЕ

1. Общая информация о стране

Таджикистан - государство в Центральной Азии, бывшая Таджикская Советская Социалистическая Республика в составе СССР. Таджикистан расположен в предгорьях Памира и не имеет выхода к морю. Это наименьшее по площади Центральноазиатское государство, площадь которой составляет 143,100 м². Республика Таджикистан граничит с Узбекистаном и Киргизией на севере и западе, с Китаем на востоке и с Афганистаном на юге. Столицей страны является г. Душанбе.

Таджикистан богат природными ресурсами, но так как 93% территории республики занимают горы, их добыча затруднена слабо развитой инфраструктурой. Таджикистан расположен вдали от основных евразийских транспортных потоков. Бедственное положение является следствием многих факторов: невыгодным экономико-географическом положении (ЭГП) (отстранённость от мировой инфраструктуры, высокогорное положение), тяжёлой социальной обстановкой (после распада СССР в стране грянула гражданская война), слабым развитием экономики и слабой властью (в современных условиях Таджикистан обладает небольшим опытом государственности). Таджикистан остается одной из бедных стран бывшего Советского Союза, где 53% населения живут за чертой бедности. (Всемирный Банк, исследование по определению уровня жизни, 2007г.)

По объёму ВВП на душу населения (402 долларов США, 2006г.) республика уступает всем постсоветским государствам, занимая третье место с конца в Азии.

Административно, Республика Таджикистан разделена на 2 области и одну автономную область. Кроме этого, имеются 13 районов республиканского подчинения (РРП) в центральной части страны, и г. Душанбе, имеющий особый статус. Каждая область разделена на районы, которые в свою очередь делятся на джамоаты и далее - на села. В настоящее время РТ представлена 66 районами и 367 джамоатами.

Географическо-административное деление РТ:

1. Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО);
2. Хатлонская область;
3. Согдийская область;
4. Районы республиканского подчинения (РРП);
5. г. Душанбе

* Карта и территориально-административное деление страны приведены в приложении 1.

Таблица 1. Основные индикаторы и информация по стране

Таблица 1.

Площадь страны	143,100 кв.м.
Население	7,297, 700 (2009 г.)
Возрастная структура	0-14 лет: 35,6 % 15-64 лет: 58,5 % 65 лет: 5,9%
Средний возраст населения	21,9 лет
Уровень прироста населения	1,878 % (2009, оценочные данные)
Рождаемость	26,9 родов на 1,000 населения (2009 оценочные данные)

Смертность	6,83 на 1,000 нас. (2009, оценочные данные)
Уровень миграции	1,28 мигрантов на 1,000 нас. (2009, оценочные данные)
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	65,3 лет (всего нас.) 68,5 лет (жен) 62,2 лет (муж)
Этнические группы	таджики 79,9 %; узбеки 15,3 %; русские 1,1%; кыргызы 1,1 %; др 2,6 % (перепись населения 2000г.)
Религия	Мусульмане сунниты 85%; мусульмане шииты 5%; др. 10% (2003)
Уровень образованности (общего населения)	99,5 %
Уровень безработицы	2,3 % (2008)
ВВП на душу населения	1,800 долл. США ¹
Уровень бедности населения	60 % (2007 оценочные данные)
Уровень инфляции	11.8 %

Источник: World Fact book, 2009

2. Экономическое положение

Таджикистан является аграрно-индустриальной страной и одной из бедных стран мира, несмотря на немалый экономический потенциал. По расчетам Международного валютного фонда, 63% населения живут меньше чем на \$2 (по паритету покупательной способности) в день. Длительная война, и связанные с ней разрушения и людские потери привели к резкому спаду в экономике (ВВП в 1995 г. составлял лишь 41% от показателя 1991). За последние мирные годы экономика и уровень жизни значительно поднялись.

На сельское хозяйство приходится 30,8% ВВП, на промышленность - 29,1% и на сектор услуг всего 40,1%.

Основным сектором экономики остаётся государственный. Государство контролирует большую часть крупных промышленных предприятий.

3. Система здравоохранения

В секторе здравоохранения все ещё имеется определённые трудности, особенно в плане выполнения Целей Развития Тысячелетия (ЦРТ), а именно проблемы в предотвращении и управлении обширным бременем инфекционных заболеваний; слабое финансирование, слабая организация, управление и предоставление медицинских услуг; слабое развитие государственного сектора и слабые результаты по охране здоровья и др.

Концепция Реформы Здравоохранения в РТ, принятая Правительством РТ 4 марта 2002 г. является стратегическим документом, определяющим направление и развития реформ здравоохранения. Этот документ обозначает приоритеты развития здравоохранения, где акцент делается на развитие ПМСП при институте семейной медицины (общая практика). Эти приоритеты были в дальнейшем приняты в Стратегии РТ по защите охраны населения до 2010 г., которая была принята Постановлением Правительства № 436 от 5 ноября 2002 г. При поддержке международных партнёров, таких как Всемирный Банк (ВБ) и Азиатский Банк

¹ Всемирный Банк, данные оценки, февраль 2009 г.

Развития (АБР). Правительством РТ были предприняты важнейшие шаги, которые можно сгруппировать по 4 основным направлениям:

- Реформа финансирования здравоохранения;
- Реструктуризация оказания медицинских услуг (расширение сети ПМСП, в качестве основы реформ; рационализация услуг больниц и специализированной помощи; реорганизация функций общественного здравоохранения);
- Обеспечение соответствующего ухода для наиболее уязвимых групп при помощи внедрения подходов общественного здравоохранения, персонального здоровья и общин.
- Улучшения прозрачности и подотчетности системы здравоохранения, при помощи мониторинга и оценки.

В настоящее время Министерством здравоохранения разрабатывается Стратегия развития сектора здравоохранения на 2010-2015гг. Одним из приоритетных направлений Стратегии является снижение бремени туберкулеза в стране.

4. Социальные Детерминанты Здоровья (СДЗ) и релевантность с туберкулезом

Известно, что на риск развития ТБ оказывают влияние ряд факторов, которые связаны с социально-экономическим статусом индивидуума, а также косвенно обширными процессами социальных и экономических изменений. На уязвимость к ТБ влияют программные действия, укрепление системы здравоохранения и широкий круг социальных детерминантов вне сектора здравоохранения.

В ответ на обращение Комиссии по Социальным Детерминантам Здоровья (Комиссия)¹ Министерство здравоохранения Республики Таджикистан осознает свою роль в оказании:

- поддержки анализа важности различных факторов риска к ТБ
- улучшения совместных интервенций с другими программами общественного здравоохранения
- укрепления системы здравоохранения, и
- предоставления дополнительных интеллектуальных ресурсов для обеспечения плана действий, разработанного Комиссией для адресования широкому кругу социальных детерминантов.

МЗ осознает, что в действия по социальным детерминантам здоровья должны быть вовлечены все основные социальные секторы, а не только сектор здравоохранения.

5. Национальная Программа защиты населения от туберкулеза

5.1 История программ по борьбе с туберкулезом

Для улучшения эпидемиологической ситуации по ТБ в РТ Правительством Республики Таджикистан было принято Постановление от 13.06.1996 г. № 271 "О Национальной программе борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на 1996 - 2000 гг." В рамках реализации данной программы и с целью координации основных стратегических направлений были созданы Республиканский, областные и районные центры борьбы с туберкулезом (приказ МЗ РТ от 22.05.98 г. №172 «О реорганизации противотуберкулезных диспансеров в центры по борьбе с туберкулезом») и разработаны региональные программы борьбы с туберкулезом до 2000г..

Однако, из-за недостаточной поддержки, поставленные задачи «Национальной программы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на 1996-2000 годы» не были достигнуты. Постановлением Правительства за №524 от 31 декабря 2002 г. была принята Программа борьбы с туберкулезом в РТ на период 2003-2010гг. Основу НТП составляла стратегия ДОТС. Внедрение стратегии ДОТС в стране была начата в середине 2002 г. с г. Душанбе (при поддержке ЮСАИД и проекта НОРЕ). Стратегия была постепенно расширена при поддержке таких международных организаций как ВОЗ, ЮСАИД, проект НОРЕ, проектами Сино, Мерлин и Фонд Ага-Хана. В 2004 г. 32.4% населения проживающего в пилотной зоне была охвачена стратегией ДОТС. Ускоренное распространение стратегии ДОТС стало возможным благодаря 3-ему гранту ГФ СТМ в 2004 г. Полный охват ДОТС (100%) был достигнут в октябре 2007 г.

5.2 Структура противотуберкулезной службы

Противотуберкулезная служба в РТ имеет вертикальную структуру (см. Приложение 2).

Услуги по ТБ предоставляются на 4-х различных уровнях:

1. На центральном уровне: РЦБТ является главным центром по стране:
 - РЦБТ не располагает ТБ койками. РЦБТ учрежден в качестве Центральной Единицы НТП, и в основном ответственен за планирование, внедрение, мониторинг и оценку деятельности по ТБ.
 - Республиканская клиническая туберкулезная больница пос. «Шифо», располагает 700 койками. В рамках рационализации коек ТБ службы планируется сокращение коек до 420 единиц. В больнице недавно было открыто отделение МЛУ-ТБ с мощностью 80 коек. Эта больница является независимой структурой при МЗ РТ.
 - Педиатрическая ТБ больница г. Душанбе с мощностью 50 коек.
2. Региональный (областной) уровень - четыре центра на областном уровне,
3. Районный уровень - 69 городских и районных центров борьбы с ТБ.
4. На уровне джамоатов – учреждения ПМСП.
5. На областных и районных уровнях, общее количество учреждений противотуберкулезной службы составляет 71 единиц (центры ДОТС). В 37 стационарных учреждениях, в том числе 1 на центральном, 4 на областном и 32 на районном уровне, имеются отделения ТБ с мощностью 2630 коек. В настоящее время средняя обеспеченность койками на 10.000 нас. составляет 3.8 со средней продолжительностью пребывания не более 90 дней.

5.3 Слабые стороны Программа борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на 2003-2010гг.

Основные слабые стороны существующей НТП приведены ниже:

- Отмечается слабый потенциал человеческих ресурсов на руководящих постах национального и регионального уровней в планировании, управлении и мониторинге внедрения программы, в определении приоритетных нужд и проведении вмешательств. Также ощущается недостаток медицинского персонала. Недостаток человеческих ресурсов имеет негативное влияние на реформу сектора здравоохранения. Недостаточная мотивация медицинских

работников отрицательно сказывается на качестве услуг и деятельности и ведет к высокой текучести кадрового потенциала из системы.

- В течение многих лет отсутствовал глубокий анализ общей ситуации с ТБ и в частности существующих пробелов и барьеров низкого выявления случаев ТБ.
- Недостаточно налажена сеть бактериологических лабораторий. Отмечается слабая диагностическая база ТБ службы, что препятствует улучшению доступа к диагностике ТБ, особенно для населения, проживающего в отдаленных районах. Также наблюдается высокая текучесть кадров среди специалистов лабораторий. С недавнего времени начала функционировать система контроля качества лабораторий, но пока она покрывает только микроскопические лаборатории. На начальном этапе находится создание сети лабораторий по выделению культуры и определению лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам (ППП). Недостаточные условия для диагностики, лабораторного исследования и лечения случаев ТБ, включая случаи МЛУ-ТБ, грозит опасности распространения ШЛУ-ТБ. Национальный план по управлению МЛУ-ТБ находится на стадии разработки и утверждения.
- Интеграция между службами ТБ и ВИЧ/СПИД носит пилотный характер и полностью не распространен по всей стране.
- В пенитенциарной системе наблюдается слабое управление, диагностика, профилактика и лечение ТБ. Не достаточно тесно налажено сотрудничество между пенитенциарным и гражданским сектором здравоохранения. Заключение не подвергаются диагностике ТБ сразу при поступлении, а подозрительные случаи не диагностируются и не лечатся своевременно. Это показатель программных и технических упущений в контроле над ТБ в исправительной системе, который нуждается в улучшении менеджмента и технических возможностей путём реорганизации медосмотра, обучения персонала и ремонта зданий.
- Отсутствие национальной стратегии/плана по инфекционному контролю и неудовлетворительные меры инфекционного контроля в учреждениях ТБ, вызывают высокий уровень заболеваний ТБ среди медработников, что значительно подрывает усилия по привлечению и укреплению потенциала специалистов по ТБ.
- Поддержка больных ТБ общинами только началась, и такая деятельность не распространена по всей стране.
- Недостаток человеческих ресурсов оказывает негативное влияние на реформу сектора здравоохранения. Слабая мотивация медицинских работников негативно влияет на качество предоставляемых услуг и проводимых мероприятий, и приводит к высокому оттоку кадров из системы.
- Рационализация широкой сети ТБ коек только на стадии планирования и амбулаторное лечение не поддерживается должным вниманием. Учреждения противотуберкулезной службы находятся в плохом состоянии, около 60% учреждений требуют серьезных реконструкции или ремонта.
- Отмечается слабая интеграция между программами ТБ и ПМСП и недостаточная координация между министерствами, областями, районами, региональными менеджерами здравоохранения и заинтересованными сторонами.
- Услуги здравоохранения в РТ в основном предоставляются государством, частный сектор слабо развит, и не играет должной роли в предоставлении услуг по ТБ.
- Не смотря на увеличении средств, выделяемых на борьбу с ТБ в стране различными международными агентствами, в последнее время, эти ресурсы не используются рационально и не координируются РЦБТ.

- Данные функционирующей системы учета и отчетности не используются лицами, принимающими решение при планировании и отслеживании программы. Не налажена система анализа и прогнозирования, которая могла бы иметь влияние на систему финансирования и обеспечения качества услуг. Отмечается низкое качество статистических данных сектора здравоохранения, и слабый обмен информацией. Частые проблемы с энергообеспечением в стране создают определённые барьеры для сбора качественных статистических данных и обмена информацией.
- Настоящая НТП не соответствует новой стратегией "Остановить ТБ", и не предусматривает ежегодный план внедрения, соответствующих индикаторов и долгосрочного планирования для определения финансовых нужд. Также Программа не учитывает новые задачи борьбы с ТБ, такие как ТБ в тюрьмах, ТБ-МЛУ, ТБ/ВИЧ, социальная мобилизация, общественная поддержка, оперативные исследования и др.

6. Факты по туберкулёзу

6.1 Ситуация по туберкулезу в мире

- По оценочным данным в 2007 г., по всему миру, зарегистрировано 9.27 млн. новых случаев ТБ (139 на 100.000 нас.);
- В общей сложности заболеваемость ТБ достигло 13.7 млн (206 на 100.000 населения);
- По оценочным данным из 9,27 миллионов зарегистрированных случаев ТБ в 2007 г., 1.37 миллионов (15%) были ВИЧ инфицированными;
- По оценочным данным по всему миру в 2007г. имело место 1.3 миллионов смертных случаев среди людей, неинфицированных ВИЧ (20 на 100.000 населения). Среди людей, живущих с ВИЧ, случаи смерти составили 456 000. Эти случаи составляют 33% от ВИЧ положительных случаев ТБ и 23% от расчетных 2 миллиона смертей в 2007г.
- По оценочным данным отмечено 0.5 случаев МЛУ-ТБ в 2007г. В 27 странах (15 из которых страны Европейского Региона) насчитывается 85% всех случаев. К концу 2008г., 55 стран и территорий отметили как минимум 1 случай ШЛУ-ТБ.
- В 2007г., 5.5 миллиона случаев ТБ были выявлены через программы ДOTS. Из них 2.6 миллиона положительных случаев по мазку. Уровень выявляемости новых положительных случаев по мазку программы ДOTS составил 63%.
- По всему миру уровень успешного излечения новых мазок положительных случаев по программе ДOTS достигла 85% (2006г.).
- Отмечается положительная динамика в выявление ВИЧ среди ТБ больных и обеспечение их котримоксазолом для профилактического лечения. В сумме за 2007 год зарегистрировано 1 млн. случаев ВИЧ\ТБ (16% зарегистрировано).
- В мире зарегистрировано 30 000 случаев МЛУ-ТБ в 2007 году, которые находятся в основном в Европе и Юге Африки.
- В большинстве стран в проведение диагностики и контроль над лечением туберкулеза участвует учреждением ПМСП.
- В сумме для контроля над туберкулезом для 94 стран, в которых находится 93% больных ТБ необходимо 3 млн. долларов США и недостаток только в этом году составил 1.2 милр. Долларов США.

6.2 Ситуация по туберкулезу в Республике Таджикистан

	оценочные данные	
	2006	2008
Население	6 736 000	7294700
Заболеваемость (все случаи/100 000 населения в год по расчётным данным ВОЗ)	231	231
Заболеваемость (ММ+/100 000/год)	103	95,1
Распространенность, все случаи (100 000 населения в год по расчётным данным ВОЗ)	322	318
Смертность (умершие на 100 000 население в год по расчётным данным ВОЗ))	46	41
% ВИЧ среди новых случаев ТБ	4,0	4,0
% МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ	16	16,8
% МЛУ-ТБ среди ранее получивших лечение случаев ТБ	41	61
Эпидемиология и реализация ДOTS		
Регистрация (новые и рецидивы)	6 300	6 361
Показатель регистрации (новые и рецидивы на 100 000 населения)	95	87,2
Регистрация, новые случаи ММ+	2 300	2 044
Показатель выявляемости, новые случаи ММ+ на 100 000 населения	33	28,0
% от легочной формы ТБ	51	47,4
Показатель выявляемости по ДOTS, новые случаи ТБ, в %	30	31,7
Регистрация новых внелегочных случаев ТБ	1 700	1 770
% от всех новых выявленных случаев	29	28,9
Охват ДOTS (%)	100	100
Успешно вылеченные (новые случаи МТ+,%)	85	82,6
Успешно вылеченные (повторные МТ+, %)	67	67,8

В 2008 г. эпидемиологическая ситуация в республике по ТБ по регистрируемым данным представлена следующими показателями:

- Заболеваемость – 83,6 на 100 000 нас.;
- Болезненность - 185,8 на 100 000 нас.;
- Смертность – 5,4 на 100 тысяч нас.
- В структуре смертности от туберкулеза 31.4 % составляют - состоявшие на учете менее одного года.

В настоящее время на учете в противотуберкулезных центрах республики состоят 15,5 тысяч активных больных. В 2008г. выявлено 6115 больных, из них 52,9% имеют деструктивные формы ТБ и 48.0% - выделяют микобактерии туберкулеза, 7,0% имеют хронические формы ТБ легких. Из общего количества заболевших 36.9% (1296) женщины, из них 82.1% (1065) женщины детородного возраста. Деструктивные формы ТБ среди женщин имеют 59% больных, из них 49% выделяют микобактерии туберкулеза. Заболеваемость детей от 0 до 14 лет составляет 8,8 на 100 000 детского населения, из них с деструктивными формами 0,7% случаев.

В отдельных районах уровень заболеваемости и смертности остается высоким, что отражает более реальную картину заболеваемости ТБ в 2008г., в частности в

г. Куляб - 290,6; Восейский район -160,0; район Хамадони -148,3; Темурмаликский район – 156,1; Таджикабадский район – 187,2; Матчинский район - 116,4 на 100 тысяч населения.

Динамика заболеваемости и смертности по ТБ в Республики Таджикистан, 1999-2008 гг. (на 100 000 населения)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Заболеваемость	42	56	56	63,7	65,5	66,6	73,4	74,6	85,1	83,6
Смертность	6,0	8,3	8,5	9,7	8,6	7,8	6,8	5,7	5,7	5,4

Успешное лечение пациентов, с позитивным тестом на мокроту, в рамках программы ДОТС за 2007 г. достигло отметки 82.7% (1 713 / 2 073), доля летальных исходов 4.6% (96 / 2 073).

Общее количество повторных лечений составляет 2 003 случаев, включая 899 больных с отрицательным тестом мокроты, и 219 больных с рецидивом болезни.

6.3 Туберкулез и ВИЧ

Распространенность ВИЧ инфекции в РТ находится на концентрированном уровне (19,3 на 100 000 нас. в 2009г.). Доступ к тестированию на ВИЧ все еще остается низким, в связи с высокой стигмой и недостаточного количества обученных специалистов.

В 2007 г. 18% (1378 / 7690) больных ТБ были протестированы на ВИЧ. Из них 43 были ВИЧ инфицированными. В 2007 г. в исправительных учреждениях были зарегистрированы 40 ВИЧ инфицированных, в том числе 4 с ТБ/ВИЧ инфекцией.

МЗ РТ была одобрена Стратегия по совместному ведению ТБ и ВИЧ и разработан протокол ведения ТБ/ВИЧ. Компоненты стратегии находятся в фазе пилотирования и поддерживаются международными агентствами. Но нет повсеместного проведения тестирования на ВИЧ среди больных ТБ. Запланирована разработка надзора за ВИЧ среди больных ТБ и расширение совместной деятельности по ТБ/ВИЧ при поддержке 8-ого раунда проекта ГФСТМ.

6.4 Множественная лекарственная устойчивая форма туберкулеза (МЛУ-ТБ)

МЛУ-ТБ является одной из проблем контроля за ТБ в Республике Таджикистан. Таджикистан относится к числу 27 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ. Большинство больных ТБ являются уязвимой и социально ущемленной группой населения. Это создает высокую эпидемиологическую вероятность инфекции ВИЧ/ТБ и распространения ТБ среди заключенных и трудовых мигрантов.

В РТ расчетный уровень МЛУ-ТБ среди ранее не получавших лечение больных ТБ составляет 16.0% (2 164) и среди ранее получивших лечение – 42,4% (1 040, 2004г.).

Согласно данным исследования по определению лекарственной устойчивости за 2008-2009г. в г. Душанбе и районе Рудаки, выявлено 16.8% (16/95) случаев МЛУ-ТБ среди впервые выявленных случаев ТБ и 61.6% (53/86) среди ранее получивших лечение больных ТБ. Наиболее распространенная форма устойчивости среди больных с МЛУ-ТБ является устойчивость к четырем ПТП 1-го ряда, 10.5% (10/95) и 38.4% (33/86) соответственно.

Также имеется резистентность к ПТП 2 ряда, что говорит о проведении неправильного лечения или неоптимальном выборе режима лечения, а также

неконтролируемой продаже препаратов в аптеках. Таким образом, среди препаратов 2 ряда была выявлена резистентность к ципрофлоксацину 24.7% (40/162), моксифлоксацину 7.1% (12/168), канамицину 22.6% (38/168), амикацину 13.7% (23/168), капреомицину 16.7% (28/168), протионамиду 22.0% (37/168).

Глава 2. ВИДЕНИЕ ПРОГРАММЫ, МИССИЯ, ЦЕЛИ И ОСНОВЫ ПРОГРАММЫ

Таджикистан является членом Всемирного альянса по борьбе с ТБ, и разделяет видение, миссию и цели других стран по борьбе с ТБ.

2.1 Видение Программы

Конечное видение Программы - Таджикистан без ТБ.

2.2 Миссия Программы

Миссия программы на 2010-2015 год:

- Обеспечить всем больным ТБ доступ к эффективной диагностике, лечению и выздоровлению;
- Предотвратить распространение ТБ инфекций и ТБ заболевания;
- Уменьшить несправедливые аспекты, такие как социальное и экономическое бремя ТБ;
- Разработать и внедрить новые профилактические, диагностические и терапевтические меры и стратегии по предотвращению ТБ.

2.3 Цели Программы

До 2015 года, в соответствии с данной Программой планируется достигать следующие цели, принятые международным сообществом:

- Как минимум выявлять 70% от общего количества больных ТБ, находящиеся в обществе, и как минимум вылечить 85% от общего количества выявленных больных.
- Уровень заболеваемости и летальных исходов сократить на 50% по сравнению с уровнем 1990 г. Для Таджикистана - это значит:
 - Сократить уровень заболеваемости на 41,0 на 100.000 нас. (или ниже);
 - Сократить уровень летальных исходов на 7,0 (или ниже), в расчёте на 100.000 населения, включая больных ТБ/ВИЧ. В 2008г смертность была 5,4, но предполагается, что с ростом ТБ/ВИЧ смертность будет возрастать (см табл3).

Следует отметить, что данная Программа соответствует задачам Целей Развития Тысячелетия (ЦРТ) по ТБ (№6, цель №8: "Остановить и обратить вспять заболевания ТБ до 2015 года).

2.4 Основные принципы Программы

1. **Глобальный подход** - этот подход очень важен, и должен включать в себя все значимые аспекты контроля за ТБ и достичь основную цель Программы.

2. **Гармонизация и сотрудничество** - вся деятельность Программы должна быть взаимодополняемой, и деятельность должна быть внедрена при помощи широкого и непрерывного сотрудничества.
3. **Устойчивое развитие** - для достижения максимальной эффективности, вся деятельность должна планироваться и проводиться с обеспечением устойчивости Программы и с расчётом на длительный период.
4. **Эффективность** - может быть достигнута при помощи применения лучшего опыта, мониторинга результатов, оценки и исследований, а также использования всех имеющихся ресурсов.
5. **Публичность и Прозрачность** - можно достичь при помощи средств массовой информации (СМИ), образовательной и пропагандисткой деятельности, увеличения уровня осведомлённости населения.

Ожидаемый результат этой стратегии во многом зависит от эффективных усилий в сторону реформ противотуберкулезной службы, намеченного в период внедрения настоящей Программы.

Стратегия обозначает нижеследующие приоритеты:

1. **Продолжение внедрения стратегии ДOTS с акцентом на улучшение качества внедрения ее компонентов (особенно контроля над лечением);**
2. Предоставление непрерывной политической и финансовой поддержки для деятельности, запланированной в рамках Программы;
3. Улучшение диагностики ТБ, особенно бактериологической диагностики, включая доступ к культуральным тестам и тестам на лекарственную чувствительность для всех больных ТБ;
4. Внедрение международных стандартов лечения, непрерывное обеспечение ПТП;
5. Обеспечение и укрепление лечения под непосредственным наблюдением (ДОТ) для всех пациентов;
6. **Улучшение системы учёта ТБ в соответствии с лучшими опытами, общепринятыми партнёрами по всему миру;**
7. Расширение деятельности по ведению ТБ/ВИЧ, управление МЛУ-ТБ и другими проблемами ТБ;
8. Укрепление деятельности по профилактике ТБ в медицинских учреждениях;
9. **Развитие человеческих и системных ресурсов по контролю над ТБ;**
10. **Мобилизация общин и расширение деятельности по повышению уровня осведомлённости населения;**
11. **Укрепление партнёрской деятельности и сотрудничества на национальном и региональном уровнях по контролю над ТБ (с международными организациями с целью обмена информацией и получения технической помощи);**
12. **Мониторинг и оценка деятельности по контролю ТБ, поддержка оперативных исследований;**
13. **Развитие межсекторального сотрудничества (права человека, социально-экономические и другие релевантные аспекты);**
14. Мониторинг результатов и эффективности Программы при помощи измеримых индикаторов (выявляемость с ММ+ – 70%, излечение с ММ+ - 85%, излечение среди МЛУ-ТБ – 65%);
15. Предотвращение дальнейшего распространения ТБ, устойчивого к лекарственным препаратам путем решения проблемы несистематического лечения ранее зарегистрированных хронических случаев ТБ (их перерегистрация в соответствии с рекомендациями ВОЗ как диагностическая группа IV).

Глава 3. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ И ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПАРНЕРОВ ПО ВНЕДРЕНИЮ ПРОГРАММЫ

Обязательства НКК, МЗ, РЦБТ, ГССЭН, министерств, ведомств и местной власти

3.1 Национальный Координационный Комитет по борьбе со СПИД, ТБ и Малярией

Основным направлением деятельности НКК, как это указано в его Положении, является координация и осуществление взаимодействия министерств, ведомств, органов исполнительной государственной власти на местах, международных организаций, аккредитованных в Республике Таджикистан, гражданского общества, религиозных и неправительственных организаций в проведении профилактических и противоэпидемиологических мероприятий по ВИЧ/СПИДу, ТБ и малярии. В НКК входят представители министерств и ведомств, таких, как Министерства здравоохранения, образования, финансов, труда и социальной защиты, юстиции, иностранных дел, Комитета по делам молодежи и религии, а также агентства ООН, доноров, местных и международных неправительственных организаций и ЛЖВ.

3.2 Министерство здравоохранения Республики Таджикистан

- Планирование, внедрение, мониторинг и оценка внедрения Программы;
- Координация и контроль выполнения Закона РТ о защите населения от ТБ министерствами, административными ведомствами и местными государственными администрациями;
- Координацию и сотрудничество с международными организациями, предоставляющими техническую поддержку: ВОЗ, ГФ ЛП, КЗС, KNCV TF и другими, принимая во внимание обращение Комиссии по социальным детерминантам здоровья;
- Обеспечение наличия и укрепление мультидисциплинарной команды (менеджер, специалист по закупкам, мониторингу и оценке, эпиднадзору и т.д.) на уровне РЦБТ для эффективного внедрения настоящей Программы.
- Обеспечение достаточных финансовых средств для деятельности Программы. В частности сотрудничество с донорами и привлечение внешних ресурсов для эффективного внедрения Программы;
- Планирование и проведение реформы в секторе здравоохранения и обеспечение интеграции службы ТБ со службой ПМСП;
- Налаживание сотрудничества с медицинской службой исправительного сектора, а также с силовой структурой, ответственных за диагностику, лечение и общественную поддержку больных ТБ внутри своих секторов, в частности проведение мониторинга за выявлением и лечением больных ТБ;
- Разработка и утверждение нормативно-правовых актов и инструктивно-методических документов по вопросам противотуберкулезной работы;
- Проведение ежегодного анализа деятельности Программы и достигнутых результатов;
- Обеспечение безопасности медицинского персонала на рабочем месте;
- Обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров для борьбы с ТБ.
- Разработка механизма взаимодействия с Министерством юстиции и другими министерствами по внедрению данной Программы, которая основана на меморандумах о взаимопонимании.

3.3.1 Республиканский Центр по борьбе с туберкулезом:

- Основным исполнителем Программы является Республиканский центр по борьбе с туберкулезом*;
- Реализация настоящей Программы в сотрудничестве со структурами здравоохранения, в частности с ПМСП и соответствующими учреждениями других министерств и ведомств;
- Усиление взаимодействия с секторами медицинских служб исправительного и военного секторов в обеспечении диагностики, лечения и поддержки больных ТБ;
- Сотрудничество с международными организациями, предоставляющими техническую и финансовую поддержку: ВОЗ, Глобальный Фонд, ГФ ЛП, КЗС, KNCV TF, ЮСАИД и др.;
- Проведение ежегодного анализа деятельности Программы;
- Разработка годовых планов и бюджета Программы;
- Назначение ТБ менеджеров на областном/районном и национальном уровне;
- Обеспечение мониторинга больных ТБ: эффективности лечения на основе индивидуального учета и ежеквартального анализа исходов лечения ТБ и отчетности из регионов;
- Регулярное обеспечение ПТП и средствами диагностики ТБ медицинских учреждений, вовлеченных в борьбу с ТБ;
- Разработка совместно с соответствующими заинтересованными сторонами региональных Программ по борьбе с ТБ;

Техническая и финансовая поддержка Тематических Рабочих Групп (ТРГ) по ТБ, в частности:

- ТРГ по лабораторной службе
- ТРГ по управлению медикаментами
- ТРГ по предоставлению лечения
- ТРГ по коммуникации и социальной мобилизации
- ТРГ по МЛУ/ТБ
- ТРГ по ВИЧ/ТБ
- ТРГ по ТБ в тюрьмах
- ТРГ по мониторингу и оценке
- ТРГ по ППЗЛ

Круг обязанностей и ответственность ТРГ будет регулироваться положением, которое будет разработано РЦБТ, одобрено всеми партнерами и утверждено МЗ РТ в начале 2010 года. Положение должно включать в себя роль и задачи ТРГ, критерии отбора членов группы, условия проведения совещаний, отчетность, механизм обратной связи с Министерством здравоохранения и РЦБТ.

Одним из приоритетных направлений деятельности РЦБТ будет создание механизма координации и обратной связи с областными и районными центрами ТБ для обеспечения эффективного и своевременного внедрения Программы. С такой же целью необходимо разработать механизмы взаимодействия (соглашения) между РЦБТ и местными хукуматами и местными управлениями здравоохранения.

* С учетом важности и актуальности проблемы ТБ в стране, планируется создание Агентства по защите населения от ТБ, нового органа с расширенными функциями и полномочиями, который позволит более эффективно координировать и проводить мониторинг и оценку реализации деятельности по борьбе с ТБ.

3.2.2 Государственная Служба санитарно-эпидемиологического надзора

- Разработка, совместно с фтизиатрической службой, региональных программ по борьбе с ТБ;
- Контроль за своевременностью проведения периодических профилактических медицинских осмотров граждан, своевременной госпитализацией бациллярных больных, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в медицинских противотуберкулезных учреждениях;
- Подготовка, совместно с противотуберкулезными учреждениями, предложений о направлении документов в суд о госпитализации больных заразными формами ТБ, неоднократно нарушающих санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющихся от обследований в целях выявления и лечения ТБ;
- Разработка, совместно с противотуберкулезной службой методических рекомендаций, приказов и инструкций по профилактике туберкулеза;
- Проведение санитарно-противоэпидемиологических мероприятий в очагах ТБ с целью локализации очага и предупреждения распространения заболевания;
- Проведение расследований контактов с целью локализации источника и предотвращения распространения болезни;
- Надзор за обеспечением мероприятий по инфекционной безопасности в ЛПУ;
- Проведение систематических обучающих семинаров для специалистов Госсанэпиднадзора, укрепление материально-технической базы Центров Госсанэпиднадзора;
- Эпидемиологический анализ ситуации по ТБ инфекции в целом, оценка эффективности работы в очагах и обсуждение совместно со специалистами противотуберкулезной службы результатов работы;
- Координация действий учреждения ПМСП по иммунизации БЦЖ;

3.2.3. Республиканский центр иммунизации

- Обеспечение непрерывных поставок вакцины БЦЖ;
- Обеспечение качественного проведения иммунизации БЦЖ через учреждения ПМСП и контроль за проведением иммунизации;
- Государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против ТБ;
- Методическая и консультативная помощь ПМСП в планировании прививок и туберкулиновых проб, определении потребности вакцины БЦЖ и туберкулина.

3.3. Роль и обязанности других министерств и ведомств при Правительстве РТ

3.3.1 Министерство юстиции Республики Таджикистан

- Координировать с МЗ настоящую Программу в местах заключения и следственных изоляторах;
- Обеспечить контроль МЗ за внедрением медицинского компонента Программы в местах заключения и следственных изоляторах;
- Создать систему флюорографического обследования всех вновь поступивших в места заключения и следственные изоляторы лиц. При невозможности проведения такового, выделить изолированную комнату для лиц с подозрением на ТБ и последующее их обследование на ТБ;
- Обеспечить раздельное лечение выявленных больных ТБ от других заключенных;

- Своевременно предоставить в органы государственной статистики данные по ТБ в тюрьмах;
- Своевременно информировать РЦБТ о выявленных случаях ТБ с целью обеспечения специализированной помощи больным;
- Обеспечить своевременное извещение центров ТБ по месту жительства об освобождении заключенного больного;
- Выделять необходимые финансовые средства для реализации компонентов данной Программы.

3.3.2 Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Управление пограничных войск Республики Таджикистан:

- Совместно с МЗ РТ координировать внедрение Программы в органах МВД;
- Обеспечить контроль реализации мероприятий в рамках Программы в органах МВД со стороны МЗ РТ;
- Обеспечить обследование военнослужащих на ТБ до их прибытия в военную службу и во время службы (активное выявление на ТБ). Обеспечить соответствующую нормативную базу и разработать соответствующий протокол обследования;
- Обеспечить раздельное лечение выявленных больных ТБ отдельно в специализированном отделении;
- Своевременно предоставить в органы государственной статистики данные по ТБ в системе МВД;
- Своевременно информировать РЦБТ о выявленных случаях ТБ с целью обеспечения специализированной помощи больным;
- Обеспечить своевременное извещение РЦБТ и Центров по борьбе с ТБ по месту жительства больного ТБ, об освобождении военнослужащего из рядов военной службы;
- Разработать положение об освобождении военнослужащего от военной службы по причине заболевания ТБ до окончания полного курса лечения (6 – 8 месяцев). Данное положение должно распространяться на все военные ведомства, находящиеся на территории внедрения стратегии ДОТС или имеющие соглашения с РЦБТ;
- Выделять необходимые финансовые средства для реализации компонентов данной Программы.

3.3.3 Министерство образования Республики Таджикистан:

- Внедрить международные (сертифицированные) учебные программы для пульмонологов, ТБ специалистов, среднего медицинского персонала;
- Разработать программу среднего образования укороченного курса обучения для больных детей, лечащихся в ТБ стационарах;
- Включить в учебную программу общеобразовательных школ вопросы профилактики ТБ и общей гигиены в целом, а также вопросы стигмы и дискриминации, связанной с ТБ инфекцией.
- Выделять необходимые финансовые средства для реализации компонентов данной Программы.

3.3.4 Министерство Труда и Социальной Защиты Населения Республики Таджикистан:

- Провести целенаправленную работу с уязвимыми группами населения по отношению к ТБ;
- Оперативно и более упрощенно обеспечить законные права инвалидов по ТБ;
- Выделять необходимые финансовые средства для реализации компонентов данной Программы.

3.3.5 Министерство сельского хозяйства Республики Таджикистан:

- Разработать Закон Республики Таджикистан «О ветеринарной службе»;
- Принять меры по улучшению диагностики туберкулеза среди животных;
- Обеспечить финансирование настоящей Программы по части ветеринарной службы.

3.3.6 Комитет по телевидению и радиовещанию при Правительстве Республики Таджикистан:

- Проводить, на систематической основе, просветительскую работу среди населения по профилактике ТБ;
- Обеспечить бесплатное радио- и телевидение социальных роликов по профилактике и лечению ТБ.

3.3.7 Органы исполнительной власти на местах (Хукуматы):

- Внедрять в соответствии с местными условиями данную Программу и финансировать мероприятия по борьбе с ТБ из местного бюджета, обеспечивая социальную поддержку больных ТБ и их семей. Активно привлекать все слои общественности в борьбе с ТБ и эффективно привлекать местные ресурсы.

3.3.10 Юридические лица, частные предприниматели и общественные организации:

- Сохранять рабочее место за больными ТБ. Участвовать в гуманитарных миссиях в рамках Программы.

3.4 Разработка системы международного партнёрства

С целью обеспечения международного сотрудничества в регионе, а также на глобальном уровне необходимо обеспечить проведение следующих мероприятий:

1. Встречи по обмену опытом и региональная координация деятельности;
2. Принятие международных стратегий и поддержка международных инициатив;
3. Обмен опытом среди ведущих специалистов, разработчиков стратегий, экспертов по мониторингу и оценке и др;
4. Презентация и издание достижений и извлеченных уроков по внедрению Программы во время международных встреч и конференций.

РЦБТ несет ответственность за разработку международного партнерства. Совещания со всеми партнерами (включая международными) будет регулироваться протоколами.

Глава 4. ПАРТНЁРСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

4.1 Расширить и улучшить качество стратегии ДОТС

4.1.1 Политическая приверженность

Правительство РТ, при помощи РЦБТ и МЗ РТ продолжают реализации настоящей Программы путём:

- Выполнения политических обязательств по контролю над ТБ на центральном уровне;
- Политической поддержки в продолжение качественного внедрения стратегии ДОТС по всей стране;
- Политической поддержки в продолжение сотрудничества с донорами и международными организациями, работающими по снижению бремени ТБ в стране, КЗС и ГФ ЛП;
- Поддержки начатой реформы системы здравоохранения и контроля над ТБ как часть этой реформы;
- Мобилизации дополнительных ресурсов (местных и международных) с прогрессирующим привлечением собственных средств для достижения целей и задач, поставленных перед настоящей Программой.

4.1.2 Выявление случаев заболевания

Бактериологическая диагностика ТБ остаётся приоритетным методом выявления случаев ТБ, с использованием микроскопии мокроты, культуры и иммунотестирования с определением резистентности к ПТП первого и второго ряда.

Необходимо отказаться от проведения микроскопии тканей, при ее замене культурой. Для олигобациллярных образцов, диагностические культуры должны дополнять микроскопию. Диагностическая культура должна быть включена в алгоритм диагностики ТБ;

Необходимо проводить регулярные общие встречи и тренинги с целью активизации взаимодействия между врачами и лабораторными специалистами. Лабораторные специалисты должны больше узнать о клиническом фоне заболевания и диагностических процедурах, с тем, чтобы они могли лучше понять о том, какую они несут ответственность перед больными и Программой;

В РТ будет функционировать новая структура лабораторной сети на трех уровнях:

- на национальном уровне – лаборатория 3-го уровня, Национальная референс лаборатория (НРЛ);
- на областном уровне – лаборатории 2-го уровня, культуральная лаборатория;
- на районном уровне – лаборатории 1-го уровня, микроскопические лаборатории.

* Структура лабораторной службы представлена в приложение 3. Задачи и обязанности на каждом уровне приведены в приложении 4.

На уровне Национальной референс лаборатории также будет проводиться мониторинг за лечением МЛУ-ТБ, а также тестирование для периодических исследований по МЛУ-ТБ и определение устойчивости к ПТП.

Лабораторная сеть будет основываться на следующих принципах:

- Принятие национальных стандартов в соответствии с международными рекомендациями;
- Децентрализация диагностических услуг, при обеспечении высокого профессионального уровня оказания услуг;
- Хорошо отлаженная коммуникация между разными уровнями лабораторной сети;

- Функционирование внешнего и внутреннего менеджмента качества на всех уровнях, включая надзор.

В целях обеспечения диагностических услуг как можно ближе к больному, сбор образцов должен быть возможным в каждом учреждении ПМСП. Транспортировка образцов в лабораторные центры подлежат стандартизации, а также случаи должны быть надежными и бесплатными. Создание такой системы должно быть осуществлено при выполнении трех одновременных действий:

1. Сокращение лабораторий: число лабораторий 1-го уровня подлежат сокращению (в соответствии с рекомендациями миссии ВОЗ/ПРООН, март 2009г.), а лабораторная диагностика - объединению в несколько высококачественных лабораторий.
2. Транспортировка образцов:
3. Передача результатов лабораторных исследований: Каждое лабораторное и медицинское учреждение должно иметь в своем распоряжении факс.

Необходимо создать комплексную Систему Управления Качеством (СУК) для всей сети лабораторий с включением вопросов мониторинга и оценки.

С целью укрепления кадрового потенциала лабораторной службы необходимо обеспечить непрерывное обучение специалистов, участие на международных тренингах и совещаниях, а также мотивацию для их удержания.

Обеспечить материально-техническую базу лабораторной службы с целью устойчивого содержания текущей работы, продумать механизм обеспечения транспортировки биологических материалов.

Улучшение диагностики внелёгочного туберкулеза и детский туберкулез

- Во всех случаях с подозрением на внелёгочный ТБ, медицинским работникам следует приложить усилия для взятия различного рода образцов (образцов ткани, биологических жидкостей и т.д.) побочного заболевания, с целью культурального, цитологического и гистологического подтверждения заболевания.
- Служба ТБ должна использовать действующие гистопатологические отделения общесоматических больниц или других медицинских центров для диагностики локализации внелёгочного ТБ.
- Диагностика ТБ среди детей будет основываться на существующих тестах (медицинский анамнез, мокрота, культура, рентгенография, туберкулиновый тест и существующие алгоритмы).

Использование других методов диагностики туберкулеза

- Использовать методы лучевой диагностики для группы риска по отношению к ТБ;
- Использовать современные методы компьютерной диагностики при сложных и необходимых случаях ТБ;
- Туберкулинодиагностика и другие методы.

4.1.3 Лечение

Координаторами программы назначаются главные врачи районов.

Все больные, не имеющие возможность принимать лечение в амбулаторных условиях под непосредственным наблюдением медицинского работника, больные выделяющие микобактерии туберкулеза в мокроту и больные с тяжелыми и сопутствующими заболеваниями должны госпитализироваться во время интенсивной фазы лечения.

В поддерживающей фазе лечения в учреждениях ПМСП, ТБ центры должны организовать лечение под непосредственным наблюдением в сотрудничестве с

учреждениями ПМСП и другими возможными поставщиками услуг. Поддержка больных обеспечивается при помощи НПО, из правительственного и неправительственного источника финансирования.

Будет налажена централизованная система закупки лекарственных препаратов. Все препараты ТБ, включая препараты второй линии, предоставляются бесплатно, абсолютно всем без исключения больным ТБ. Будет продолжено сотрудничество миссиями ГФ ЛП и КЗС. Лечение больных ТБ будет проводиться строго в соответствии с принятыми международными стандартами ВОЗ и рекомендациями, описанными в Национальном руководстве по ТБ (2009г.).

Все больные ТБ будут получать лечение, и принимать лекарственные препараты под прямым наблюдением назначенного лица (семейного врача, фтизиатра и семейной медсестры).

В лечение больных широко используется фиксированные комбинированные дозы (ФКД) ПТП для лечения всех случаев ТБ.

Лечение МЛУ-ТБ будет проводиться в соответствии с Национальным руководством по контролю за ТБ.

Лечение больных ТБ с ВИЧ инфекцией будет проводиться в соответствии с Национальным Руководством по ТБ и Национальным клиническим протоколом по лечению, и помощи при ВИЧ/СПИДе (раздел «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией»).

Госпитализация больных ТБ

Все больные с активной формой легочного и внелегочного ТБ (новые или повторно заболевшие) госпитализируются в соответствии с положением Национального Руководства по ТБ. Условия госпитализации, категории лечения, сроки госпитализации и индикаторы подробно описаны в Руководстве. Госпитализировать ТБ больных в стационар только при условии соблюдения международных норм инфекционного контроля. Если таковые не соблюдаются, лечение и уход ТБ больных должно проводиться в условиях амбулатории под непосредственным наблюдением медицинского работника.

- Подтверждение случаев ТБ при помощи теста на мокроту и выделения культуры ;
- Изменение теста на мокроту при окончании интенсивной фазы лечения (для новых случаев ММ+);
- Выявление и регистрация побочных явлений от ПТП;
- процент коек, задействованных для лечения, не менее 75% коек должны быть задействованы;
- средний срок госпитализации – не более 60 дней.

* Примечание: Средний срок госпитализации в данный момент составляет 98 дней.

Рационализация госпитальной сети туберкулезной службы

Качественное внедрение стратегии ДOTS повсеместно в стране уменьшает вероятность использования коечной сети в полном существующем объеме.

Анализ ситуации в госпитальной сети туберкулезной службы в республике позволил определить следующие приоритетные направления её развития и совершенствования:

- Улучшение стационарного обслуживания и ориентация мер по администрации, развитию, управлению деятельностью больничных учреждений на конечный результат медико-санитарных вмешательств;
- Развитие базы знаний и профессиональной компетенции в области управления и администрации и повышение роли различных категорий медицинских работников;

- Изменение финансирования госпитальной сети туберкулезной службы;
- Оптимизация и рационализация структуры госпитальной службы;
- Развитие системы ПМСП и социальных услуг, способствующие более рациональному и экономичному использованию туберкулезных стационаров;
- Максимальное необходимое количество коек фтизиатрической службы должно быть ограничено цифрами в 1600 коек, при одновременном усилении роли ПМСП;
- При уменьшении количества больничных коек возрастает интенсивность их использования и сокращается средняя продолжительность пребывания больного в стационаре.

*План рационализации коечной сети туберкулезной службы приведен в Приложении 5.

Амбулаторное лечение

Больные ТБ, не выделяющие микобактерии туберкулеза (без осложнений и сопутствующих заболеваний) и больные с внелёгочными формами ТБ должны проходить лечение в учреждениях ПМСП. Центры ТБ и пункты ДОТ в структуре учреждений ПМСП несут ответственность за амбулаторное лечение. Порядок и схема амбулаторного лечения будет проводиться строго в соответствии с Национальным руководством по ТБ.

Хирургическое лечение

Успешное лечение большинства больных ТБ гарантировано при своевременном выявлении и правильном лечении, основанном на стандартизированном режиме. Количество больных, направляемых на хирургическое лечение должно быть постепенно доведено до минимума. Хирургическое лечение больных должно проводиться только при строгом соблюдении следующих моментов:

- Соблюдение международных стандартов инфекционного контроля в стационаре
- Достаточное количество эффективных противотуберкулезных препаратов для лечения
- Эффективный послеоперационный уход, который отвечает международным рекомендациям

Хирургическое лечение больных ТБ описано в Руководстве по ТБ.

Лечение под непосредственным наблюдением

4.1.4 Система снабжения и управление лекарственными средствами

Одним из важнейших факторов предоставления лечения больным ТБ является непрерывное снабжение ПТП. Будет разработана централизованная система непрерывного снабжения медикаментами (отбор, закупка, распространение, рациональное использование), базированная на принятых международных стандартах.

Снабжение ПТП-ми будет регулироваться соответствующими приказами МЗ РТ. Такая система обеспечит налаживание и постоянное обеспечение запасами медикаментов на уровне района - на 3 месяца, на уровне области – на 6 месяцев и на центральном уровне – на 12 месяцев.

Все ПТП, включая вторую линию ПТП обеспечивается на бесплатной основе всем ТБ пациентам без исключения.

Программа гарантирует обеспечение различными формами ПТП и также их комбинирование, а именно:

- Фиксированно-комбинированная доза (ФКД) двух, трех или четырех лекарственных средств, для уменьшения рисков монотерапии;
- Специальные наборы (киты) для пациентов для предотвращения риска прерывания лечения, легкого обращения с лекарствами и улучшение приверженности пациентов к лечению;
- Блистерные упаковки лекарств для лучшего обращения с лекарствами и контроля инвентаризации.

РЦБТ и национальный координатор по лекарственному менеджменту несут полную ответственность за управление ПТП. Мониторинг лекарственного менеджмента будет проведен в соответствии с Национальным Руководством по ТБ. Необходимо усилить реализацию новых информационных систем по управлению лекарствами (DMIS) на всех уровнях, а также грамотно использовать формы. Данная система (DMIS) должна играть важную роль, помогая отслеживать запасы лекарственных препаратов, следя за истечением сроков годности и обеспечивая расчет потребности в лекарственных препаратах.

Страна продолжит сотрудничество с ГФ ЛП, который является гарантом надежных поставщиков, качественных ПТП и приемлемых цен. Доступ к ПТП должен быть предоставлен наряду с мерами рационального использования. Это должно включать в себя ограниченное индивидуальное использование ПТП первой и второй линии, так как часть больных (с менингитом, тяжелые формы ТБ/ВИЧ) нуждаются в парентеральном применении ПТП.

Государственная Служба надзора за фармацевтической деятельностью Министерства здравоохранения Республики Таджикистан несет ответственность за обеспечение качества и регистрацию лекарств.

Необходимо укрепить подготовку в вопросах управления лекарственными препаратами, в частности в ключевых аспектах, таких как расчет потребностей, закупка, подготовка проекта тендерных требований, решение важных проблем, хранение и распространение лекарственных препаратов, обучение в вопросах управления информационной системой служб (LMIS). Также необходимо продолжить обучение медицинского персонала в оптимальном использовании комплектов для больных, особенно на периферийном уровне (в том числе врачами общей практики).

Необходимо ведение реестра по регистрации нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов (для противотуберкулезных препаратов первой и второй линии); обновление в настоящее время используемых учетных форм о «нежелательных побочных эффектах», (включая номер партии и производителя);

Будут инициированы дискуссии и приняты действия совместно Министерством здравоохранения, партнерами и другими должностными лицами в целях обеспечения контроля качества ПТП, доступных на рынке и используемых в государственном секторе.

4.1.5 Система мониторинга и оценки, учета и отчетности

С целью улучшения и укрепления системы мониторинга и оценки в стране будут проводиться следующие мероприятия:

- Укрепление и налаживание системы надзора и мониторинга с регулярным двухсторонним сообщением между центральным и периферийным уровнями;
- Укрепление группы мониторинга и оценки на национальном уровне при функционировании на неполную рабочую ставку специалиста по информации и технологиям и полную ставку специалиста эпидемиолога

- Необходимость обеспечения мониторинга и оценки квалификации персонала на периферийном уровне, особенно в проведении анализа данных. Эти данные подлежат использованию, в первую очередь, на периферийном уровне для оценки деятельности Программы;
- Представление электронной базы данных по ТБ на национальном уровне в центральный офис ГССЭН, ответственному специалисту – инфекционисту для проведения совместного анализа и интерпретации в целях интеграции борьбы с ТБ в общий надзор на национальном уровне.
- Внедрение электронной системы сбора данных на основе количества людей, обслуживаемых за определённый период (только в учреждениях с более чем 30 случаев в год). Пересмотр системы с целью повышения гибкости в области анализа данных посредством внедрения штрих-кодов для автоматического расчета показателей эффективности программы на основе анализа когорты. Министерство здравоохранения должно обеспечить устойчивость системы.
- Проведение анализа и интерпретации данных на основе методологии анализа когорты на национальном уровне специалистом по МиО и координатором по надзору на местах в тесном сотрудничестве с национальными эпидемиологами СГСЭН.
- Использование основы/таблицы, рекомендованной ВОЗ, для оценки и измерения заболеваемости ТБ с использованием данных наблюдений с целью оценки и повышения достоверности и полноты, оценки эпидемиологических тенденции и последствий борьбы с ТБ, обновление оценок по бремени ТБ.

Система учётности и отчетности будет укреплена, в частности будут проведены следующие мероприятия:

- Пересмотр и официальное утверждение форм и реестров, которые будут использованы для ведения случаев заболевания ТБ, программы мониторинга и оценки, основанных на анализе когорты.
 - Карточки по управлению случаем ТБ (ТБ-карты) путем пересмотра или дополнения следующих граф:
 - тип случаев при регистрации и результатах лечения
 - добровольное консультирование и тестирование, терапии котримаксазолом, а также АРВ- терапия;
 - разработка форм направления / результатов тестирования на ВИЧ (ТБ карты), связанные с реестром ТБ по кодам (код страны + номер записи в страновом реестре по ТБ);
 - включение результатов тестирования на ВИЧ из вышеупомянутой формы только в реестр по ТБ.
- Отказ от использования старых формуляров, а также обеспечение внедрения по всей стране новых формуляров. Формы и реестры, подлежащие использованию, следует размножить и распространить на местах;
- Ведение регистрации и отчетности в форме бумажной документации
- Разработка и внедрение отчетности и регистрационной документации по случаям МЛУ-ТБ в рамках 4 категорий лечения. Необходимость включения в долгосрочные планы данных по управлению случаями ШЛУ-ТБ и индивидуальных режимов лечения.
- Завершение реализации TBESCM и проведения курса переподготовки среди всех менеджеров по ведению ТБ – реестров.
- РЦБТ будет нести ответственность за сбор и анализ данных по ТБ (совместно с СГСЭН), и предоставлять полный отчет Минздраву, ВОЗ, Европейскому CDC, ГФ ЛП, КЗС, донорам, заинтересованным сторонам и партнёрам;

Все формы учёта и отчетности приведены в Руководстве.

4.2 Управление двойной инфекцией ТБ/ВИЧ, ТБ-МЛУ и другие проблемы

4.2.1 Внедрение совместной деятельности по ТБ/ВИЧ

Деятельность по управлению двойной инфекции ВИЧ/ТБ будет проводиться в соответствии со Стратегическим планом деятельности по ТБ\ВИЧ в РТ на 2008 – 2012гг.

Основными задачами Плана являются:

- К концу 2010г. все региональные и районные управления здравоохранением должны иметь функционирующие механизмы координации между центрами ТБ и ВИЧ/СПИД, а также учреждениями ПМСП и другими службами, вовлеченными в борьбе с ТБ и ВИЧ/СПИД;
 - К концу 2010г. региональные и районные управления здравоохранением будут внедрять пакет услуг по профилактике и уходу за больными ТБ/ВИЧ;
 - К концу 2009г. все региональные и районные управления здравоохранением разработают операционный план по устойчивому развитию институционального и человеческого потенциала для ответных мер по ТБ/ВИЧ;
 - К концу 2009г. будет разработана система мониторинга и оценки за ТБ/ВИЧ, включая систему эпидемиологического надзора.
 - Укрепить сотрудничество между программами по борьбе с ТБ и ВИЧ/СПИД;
- Цели, задачи и детальный план внедрения приведен в стратегическом документе.

4.2.2 Предотвращение и контроль над МЛУ-ТБ

Следующие мероприятия будут осуществлены в рамках контроля над МЛУ-ТБ:

- Продолжить оценку возможных факторов, способствующих развитию новых случаев ЛУ-ТБ;
- Поощрять и оказать поддержку в установлении репрезентативного эпидемиологического надзора для рутинного мониторинга уровня устойчивости к ПТП.
- Укрепить потенциал по проведению культурального бактериологического теста и теста устойчивости на ТБ по всей стране.
- Улучшить управление МЛУ-ТБ путем разработки руководства в соответствии с международными рекомендациями;
- Обеспечить поддержку национальной команде в проведении мероприятий по запуску, расширению и управлению МЛУ-ТБ, основанном на международных стандартах.
- Распространить лучшую практику по контролю МЛУ-ТБ путем обучения специалистов, как для гражданского, так и для пенитенциарного сектора.
- Обеспечить адекватную поставку и использование качественных ПТП второй линии, на основе рекомендаций КЗС;
- Поощрять деятельность по контролю за ТБ, направленную на группы высокого риска, включая заключенных, трудовых мигрантов и других социально уязвимых групп;
- Улучшить эффективность лечения ТБ и управление случаями путем определения нужд ТБ больных, включая социальную и психологическую поддержку.

* План внедрения по управлению ЛУ-ТБ будет разработан как часть данной Программы.

4.2.3 Борьба с туберкулезом в местах лишения свободы, среди трудовых мигрантов, беженцев и других групп риска населения

В рамках деятельности программы будет продолжен поиск по дальнейшему налаживанию и совершенствованию сотрудничества между системами исполнения наказания и гражданским сектором, т.е. между МЗ РТ, РЦБТ и Министерством Юстиции.

- Необходимо пересмотреть и обновить существующие директивные положения политики по борьбе с ТБ в пенитенциарной системе.
- Имеет место острая необходимость в создании стратегического плана по усилению борьбы с ТБ в тюремных учреждениях и других групп риска населения. План должен охватывать следующие мероприятия:
 - Внедрение стандартных процедур по выявлению случаев заболевания, диагностике и лечению больных ТБ в тюремных учреждениях;
 - Оценка потребностей в обучении для сотрудников пенитенциарных учреждений с последующим их обучением и переобучением;
 - Создание системы по созданию изоляции больных ТБ;
 - Развитие системы по управлению ПТП в пенитенциарной системе;
 - Разработка базы данных по ТБ и механизмов по созданию потока информации о больных ТБ и потока ТБ пациентов в пенитенциарной системе, а также между тюремными и гражданскими службами по борьбе с ТБ;
 - Достижение хорошего уровня сотрудничества между тюремными и гражданскими службами по борьбе с ТБ;
 - Регуляторные нормы по транспортировке ТБ больных с периферийных колоний в медицинские отделения тюрем;
 - Разработка руководства по инфекционному контролю в местах лишения свободы;
 - Внедрение мер инфекционного контроля в местах лишения свободы;
 - Проведение информационно-образовательных мероприятий среди заключенных, солдат и других групп риска населения;
 - Мониторинг и оценка внедрения ТБ программы в тюрьмах, военных частях, трудовых мигрантов и других групп риска населения;
- Укрепить координацию деятельности по ТБ на всех уровнях пенитенциарной системы (Министерства, административный уровень тюрем, группа по мониторингу и оценке).

Контроль за туберкулезом среди трудовых мигрантов

Трудовые мигранты становятся уязвимой группой к ТБ инфекции в силу социального экономического положения и условий труда и проживания в принимающей стране. В рамках Программы в сотрудничестве с заинтересованными государственными и международными агентствами необходимо разработать и внедрить мероприятия по улучшению доступа услуг по ТБ среди трудовых мигрантов, как в РТ, так и в принимающей стране. Данные мероприятия также должны включать пересмотр нормативно-правовых актов, препятствующих оказанию медицинских услуг, повышению осведомленности мигрантов и их семей по вопросам ТБ и приверженности к лечению и др.

4.2.4 Социальные детерминанты здоровья

Следующие действия будут адресованы для снижения уязвимости к ТБ:

- Оценка барьеров в доступе качественных услуг по ТБ с последующими действиями по улучшению диагностики и лечения социально уязвимых групп;
- Устранение барьеров для успешной профилактики ТБ, лечения и ухода среди уязвимых групп;

- Уменьшить бремя ТБ среди уязвимых групп.

4.2.5 Меры профилактики ТБ

Инфекционный контроль

Инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях здравоохранения недостаточен и до сих пор не принята Стратегия по инфекционному контролю.

В рамках внедрения Программы будут выполнены следующие мероприятия:

- Будет разработана и утверждена национальная стратегия и руководство по инфекционному контролю по ТБ, основанная на международных стандартах, и адаптированная в соответствии с местными нуждами и ситуацией. Меры инфекционного контроля будут включать в себя меры организационного, административного, экологического контроля и контроля индивидуальной защиты.
- Будет разработан план внедрения по инфекционному контролю с определением деятельности, сроков реализации плана, ответственных лиц и финансирования на национальном уровне, а также на уровне каждого учреждения противотуберкулезной службы.
- Будет определен механизм мониторинга и оценки внедрения деятельности по инфекционному контролю;
- Меры по инфекционному контролю будут проводиться в соответствии с Руководством по инфекционному контролю.

В настоящее время, в связи со сложившимися условиями, соблюдение условий инфекционного контроля, отвечающих международным стандартам, не представляется возможным. Необходимо отметить что, из 37 существующих ТБ стационаров, только два соответствуют требованиям инфекционного контроля. В связи с чем, в начале реализации Программы необходимо больше акцентировать внимание на административные и индивидуальные меры инфекционного контроля, и поэтапно усилить реконструкцию и восстановление ТБ стационаров, с учетом рационализации коечного фонда.

Обследование контактов и лечение латентной ТБ инфекции

Обследование людей, имевших тесный контакт с больными ТБ, является одним из приоритетов профилактических мер, проводимых в рамках Программы, и должны быть направлены на выявление и лечение людей со скрытой и активной формой ТБ, инфицированных лиц в результате контакта с больными ТБ.

Стандарты выявления больных, будут описаны в Национальном Руководстве по контролю за ТБ в РТ, и придерживаться следующих правил:

- Любое лицо, имевшее тесный контакт с больным ТБ, особенно контактные лица на уровне домохозяйств будут приоритетными для расследования.
- Основной группой для лечения латентной ТБ инфекции являются те, которые представляют наибольший риск развития ТБ, а именно:
 - Новорожденные и дети до 6 лет, которые имеют контакт с больными ТБ;
 - Лица, живущие с ВИЧ;
 - Детям находящимся в контакте с МЛУ ТБ больными химиопрофилактика с изониазидом не проводится.
- Выявление контактных будет осуществлен: путем эпидемиологического расследования (вопросник), рентгенографии органов грудной клетки, анализа

мокроты, иммунологического теста (при возможности) и туберкулиновой пробы (для детей). Для некоторых случаев с симптомами или изменениями рентгенографии грудной клетки будут использоваться дополнительные исследования, такие как культуральный метод исследования мокроты;

- Будут разработаны специальные отчетные формы (в 2010г.) для регистрации количества исследований контактов, количества людей, прошедших скрининг, количество людей с латентными формами ТБ инфекции и ТБ больных и количества людей, находящихся на лечении;
- Лечение латентной формы ТБ инфекции будет проводится изониазидом с ежедневной дозой 5 мг/кг массы тела (максимум 300 мг) в течении девяти месяцев;
- Руководство по управлению контактными будет подготовлен национальной командой по ТБ, на основе международных стандартов.

БЦЖ вакцинация

- Однократная доза вакцины БЦЖ должна быть проведена для всех здоровых детей, в первые дни после родов (в течении 3-7 дней);
- Для детей, рождённых в домашних условиях, БЦЖ вакцинация должна быть проведена в течении 12 месяцев после родов.
- Если мать больна активной формой туберкулеза, то ребенок подлежит вакцинации БЦЖ при отсутствии противопоказаний, после чего изолируется от матери до формирования иммунитета (на срок до 2-х месяцев).
- При отсутствии возможности условий изоляции новорожденного ребёнка, проводится лечение изониазидом в течение 3-х месяцев, после чего проводится туберкулиновый тест. В случае отрицательного результата теста, лечение изониазидом прекращается и проводится вакцинация БЦЖ. В случае положительного результата теста, лечение изониазидом продолжается до 9-ти месяцев с последующим обследованием ребёнка на активный туберкулёз.
- БЦЖ вакцинация не должна проводиться среди детей: (1) ВИЧ-инфицированных (2) болеющих СПИДом (3) страдающих другой формой иммунодефицита или имеющих аллергию на любой компонент вакцины.

Профилактические, восстановительные и паллиативные меры осуществляется с помощью и активном участии Правительства и международных организации: ВОЗ, ГФСТМ, проект Хоуп, Общество Красного Полумесяца, Еврокомиссии, ПРООН, ЮСАИД, KNSV и другие организации, участвующие в реализации Программы.

Активное выявление случаев ТБ

Массовая флюорография включает обследование групп риска к развитию ТБ, таких как определенная категория медицинских работников, заключенные, мигранты, потребители наркотиков, беженцы, лица, без определенного места жительства, обитатели трущоб и др. группы риска.

РЦБТ разработает ежегодный план по проведению массовой флюорографии в соответствии с фактической потребностью и имеющихся ресурсов. Массовая флюорография не является приоритетом программы.

Скрининг людей, живущих с ВИЧ

Все лица, живущие с ВИЧ будут проходить скрининг на ТБ, независимо от наличия симптомов путем проведения флюорографии.

Скрининг других групп риска

Особый акцент будет уделяться контролю за ТБ среди следующих людей: диабетики, люди, страдающие хроническими заболеваниями легких, ЖКТ, страдающие от недоедания, алкоголики, люди, ранее переболевшие ТБ, курильщики и широкий круг состояний, которые ухудшают защиту организма от ТБ инфекции (силикозы, злокачественные опухоли, лечение иммунодепрессантами, различные системные иммунодепрессивные состояния).

Политика по раннему выявлению ТБ больных будет определена в Руководстве по скринингу групп риска, которое будет разработано национальной командой по борьбе с ТБ на основе международных стандартов.

4.3. Усиление системы здравоохранения в ответ на туберкулез

4.3.1 Усиление по укреплению всех уровней системы здравоохранения

МЗ РТ, РЦБТ и партнёры примут активное участие в усилиях Правительства РТ по укреплению деятельности основных направлений системы здравоохранения, включая такие аспекты, как разработка стратегий, человеческие ресурсы, финансирование, менеджмент, предоставление услуг (включая инфраструктуру и систему снабжения) и информационная система, для более эффективной борьбы с ТБ.

Для этого необходимо проводить следующие мероприятия:

- Анализ барьеров, которые мешают укреплению системы здравоохранения в РТ;
- РЦБТ в сотрудничестве с МЗ ищет пути воздействия на реформы сектора здравоохранения с акцентом на дальнейшее укрепление ПМСП и развитие семейной медицины;
- Улучшение информационной системы здравоохранения с целью своевременного доступа к качественной информации для дальнейшего анализа, планирования и финансирования сектора здравоохранения, а также других секторов и партнеров;
- Разработка действий по укреплению системы здравоохранения, и также создание благоприятных условий для:
 - гармонизации планирования и бюджетирования мероприятий по контролю за ТБ в рамках всего сектора;
 - оптимизации использования общих ресурсов;
 - уменьшение и предотвращение дублирования усилий
 - усиление взаимосвязи между службами НПТ и ПМСП
- Все запланированные мероприятия по интеграции ТБ служб в ПМСП должны оказывать поддержку и помощь Программе по борьбе с ТБ, чтобы обеспечить равный доступ к услугам по ТБ для мужчин и женщин, находящихся в группе риска, а также приблизить услуги к сельской общине;
- Необходимо осуществить смелые и решительные действия с целью проведения противотуберкулезных мероприятий под эгидой общей медицинской помощи;
- Продолжить непрерывную подготовку специалистов по семейной медицине, особенно в свете явно высокого уровня текучести кадров;
- Разработать стратегический план по развитию кадровых ресурсов согласно фактическим потребностям программы по борьбе с ТБ;
- Определить потребности в обучении и подготовить кадры на всех уровнях оказания медицинской помощи для устойчивой и эффективной реализации всех компонентов Стратегии «Стоп ТБ»;
- Пересмотреть учебные программы до и последипломного медицинского образования и привести их в соответствие с международными рекомендациями;
- Разработать должностные обязанности менеджеров Программы на различных уровнях;

- Обновить учебные программы по туберкулезу для различных медицинских работников;
- Непрерывное обучение имеющегося персонала на всех уровнях системы здравоохранения;
- Систематический надзор и мониторинг за процессом найма и потребностей в обучении;
- Обеспечить планирование соответствующего числа сотрудников на различных уровнях системы здравоохранения, которые имеют навыки, знания и практика необходимые для успешного внедрения и поддержания деятельности по борьбе с ТБ, основанной на стратегии ДOTS.

4.3.2 Практический Подход к Здоровью Лёгких (ППЗЛ)

На ближайшие 2 года, РЦБТ и другие партнёры и ВОЗ будут ответственны за внедрение стратегии ППЗЛ по всей стране:

- Улучшения ситуации выявления случаев, при помощи компонентов Глобального Плана Расширения DOTS;
- Улучшения качества диагностики ТБ при помощи должного обращения с больными респираторными инфекциями;
- Улучшения качества медицинских услуг;
- Улучшение эффективности, в том числе и экономической, системы ухода за больными респираторными инфекциями;
- Стандартизированное предоставление медицинских услуг путём разработки и внедрения клинических практических рекомендаций;
- Координация между различными уровнями системы здравоохранения, а также координация между различными программы по ТБ и организация менеджмента медицинских услуг.

РЦБТ в сотрудничестве с другими партнерами будут ответственны за внедрение следующих мероприятий:

- Создание технической рабочей группы по ППЗЛ;
- Усиление политической приверженности по принятию и развитию стратегии ППЗЛ, включение ППЗЛ в реформу сектора здравоохранения;
- Оценка сложившейся ситуации для принятия стратегии ППЗЛ;
- Разработкой общенационального плана по ППЗЛ, включая плана обучения специалистов для внедрения стратегии. План должен содержать затраты на его внедрение, и ответственных лиц за внедрение;
- Разработка Руководства по ППЗЛ на национальном уровне, разработка и издание учебных материалов для успешного внедрения ППЗЛ;
- Исследование по оценке управления респираторными инфекциями,
- Внедрение ППЗЛ в пилотных районах, и проведение исследования по результатам внедрения ППЗЛ в пилотных районах;
- Мониторинг и Оценка внедрения деятельности по ППЗЛ;
- Принятие и поддержка плана расширения ППЗЛ на национальном уровне.

4.4. Привлечение всех поставщиков медицинских услуг

4.4.1 Подходы Общество - Обществу, и Общество - Частный Сектор (ОЧС)

На данный момент только государственный сектор принимает активное участие в контроле над ТБ. Частный сектор не имеет никакого влияния, а также участия в программе по ТБ.

Первый шаг в привлечение всех поставщиков медицинских услуг является:

- Составление списка всех соответствующих государственных и частных учреждений, предоставляющих медицинские услуги на территории РТ.
- Выявление роли каждого медучреждения по внедрению Программы и разработки плана участия каждого медучреждения, имеющего отношение к ТБ, по внедрению Программы.

Разработка плана будет опираться на рекомендации ВОЗ.

Программа окажет поддержку и укрепит сотрудничество между учреждениями государственного сектора, которые призваны служить единой цели - предоставление ухода больным ТБ в:

- ТБ центрах и стационарах;
- учреждениях ПМСП;
- тюрьмах,
- военных госпиталях,
- общесоматических больницах,
- медучреждениях в структуре государственного пенсионно-страхового фонда.
- Настоящая Программа запустит поэтапное участие частного сектора в рамках деятельности ТБ программы.
- Программой предусматривается активное вовлечение и участие волонтеров в контроле над ТБ. Очень важна роль волонтеров в контроле над ТБ, так как они являются мостом между больными и провайдерами медицинских услуг. Волонтеры вполне способны проводить обучение, предоставлять уход на дому, пропагандировать, выявлять недобросовестных врачей, предоставлять DOT и общественную поддержку.
- Программа приложит особые усилия для вовлечения медсестер в уход за ТБ больными. Будут отдельно наняты, и обучены, медсестры из числа госмедучреждений для работы в отдаленных районах, или же определенное количество медсестер будет обучено из средств НПО.

4.4.2 Международные стандарты по оказанию помощи больным ТБ (МСПТ)

- МСПТ будут приняты и придерживаться по всей стране для обеспечения высокого уровня профилактики, диагностики, лечения и ухода за больными ТБ. МСПТ это научно обоснованные стандарты, которые должны выполняться при работе с больным ТБ как государственными, так и частными медицинскими учреждениями.
- В начале внедрения Программы (2010г.) Руководство по МСПТ будет адаптировано, переведено на таджикский язык, размножено и доступно всем провайдерам услуг по ТБ;
- Будут разработаны и внедрены учебные материалы по МСПТ на уровне до – и последипломного медицинского образования. Ежегодно определенное количество специалистов ТБ службы и общей практики будут обучаться вопросам МСПТ.
- Обучение по вопросам МСПТ должны быть частью обучающих программ специалистов разного профиля на разных уровнях оказания медицинской помощи.

4.5. Расширение возможностей для лиц с туберкулезом и общин

4.5.1 Привлечение общин

Настоящая Программа будет придерживаться Национальной стратегии по информационно-образовательной работе, утвержденной в 2006г.

С этой целью будут функционировать ТРГ по коммуникации и назначается координатор на страновом уровне.

Ежегодно координатор отчитывается о достижениях, результатах, выявленных проблемах и предпринимаемых необходимых мер в будущем, отчет сдает менеджеру Программы.

Все действия по информационной деятельности направлены на изменение отношения целевых групп к ТБ и здоровью. Стратегия опирается в основном на активистов сообществ и лиц имеющие право принять решение на районном, областном и страновом уровнях.

Реализуемая стратегия разработана на основе концепции создания осведомленного о туберкулезе сообщества, которое включает в себя:

- улучшение качества оказания услуг противотуберкулезной службы посредством приверженности медицинских работников к стратегии ДOTS и улучшения отношений врач-пациент;
- привлечение больных к ответственному отношению к своему здоровью путем улучшения знания пациентов о ТБ;
- создание сообществ, поддерживающих друг друга;
- мобилизация сообществ.

Для достижения вышеуказанного необходимо:

- Разработать национальный ежегодный план деятельности по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ) с обеспечением достаточной поддержки в плане финансов и человеческих ресурсов, с целью успешной реализации плана;
- Оценить влияние деятельности по АКСМ путём регулярного проведения опроса среди населения (среднесрочная и финальная оценки Программы);
- Усилить возможность активного привлечения общин в профилактике и лечении ТБ;
- Выступление авторитетов общества на тему туберкулеза;
- Политические мероприятия и парламентское слушание;
- Ток-шоу в телевидение и радио во время различных сериалов фильмов и других возможностей;
- Конференции, симпозиумы и международные встречи;
- Проведение различных мероприятий среди больных, направленных на повышение уровня их приверженности к профилактике и лечению;
- Оказать поддержку группам пациентов и волонтерам в мониторинге выполнения своих обязанностей провайдером медицинских услуг;
- Разработать инструменты мониторинга и оценки стратегии по АКСМ.
- Создать потенциал сотрудников проектов, а также оказать техническую помощь в проведении тренингов для волонтеров, которые играют огромную роль в повышении осведомленности населения в вопросах выявления и профилактики ТБ;
- Расширить информационные мероприятия среди населения по вопросам ТВ/ВИЧ, МЛУ-ТБ и обеспечить все медицинские учреждения образовательными материалами;

- Усилить роль НПО в проведении деятельности по АКСМ среди различных целевых групп.

Программа предусматривает проведение мероприятий по повышению уровня информированности общества, больных и членов их семей, а также среди специальных групп провести на постоянной основе.

Программа от реализации данного компонента ожидает следующих результатов:

- увеличение числа знающие признаки ТБ и больше заботятся о своем здоровье;
- усиление приверженности медицинских работников к своим обязанностям;
- увеличение возможности общества к контролю деятельности медработников.

Мобилизация общин направлена на обеспечение поддержки с участием общественности.

4.5.2 Хартия Пациентов по уходу за ТБ

Страна примет документ, рекомендованный на международном уровне - "Хартию Пациентов по уходу за ТБ», который подчеркивает права и обязанности больных ТБ.

- Документ "Хартия Пациентов" по уходу за ТБ будет адаптирован к условиям Таджикистана, переведён на таджикский язык и распространён и пропагандирован по всей стране;
- Медперсонал, на различных уровнях, будет информирован о правах и обязанностях пациентов;
- Будут разработаны специальные листовки и плакаты, с целью информирования пациентов и населения по поводу их прав и обязанностей;
- Менеджеры по ТБ национального, областного и районного уровня, главврачи больниц и учреждений ПМСП несут ответственность за защиту прав пациентов.

4.5.3 Равенство и доступность к услугам по контролю над ТБ

Одной из основных задач МЗ РТ и настоящей Программы является обеспечение и улучшение равного доступа к услугам ТБ для всего населения, и в частности для групп высокого риска и малоимущих слоев населения.

В начале 2010 г. будет разработан механизм и стратегия для выявления малоимущих слоев населения при финансовой и технической поддержке международных доноров и партнёров (ВОЗ, USAID, АБР, KfW, проект Глобального Фонда и т.д.).

Нижеследующие шаги будут предприняты Минздравом/ РЦБТ:

- Будут чётко определены и выявлены категории групп наиболее уязвимых к ТБ, их количество половое и географическое (административное) распределение, статус занятости, уровень дохода. Также будут выявлены группы, нуждающиеся в пристальном внимании (женщины, трудовые мигранты, БОМЖИ, заключенные, ВИЧ-инфицированные, беженцы, наркоманы);
- Будут выявлены все барьеры, мешающие предоставлению лечения и ухода больным ТБ, включая экономические, географические, социальные, культурные и гендерные барьеры;
- Будет проведена оценка потенциальных действий для преодоления этих барьеров;
- План внедрения Программы должен быть согласованы со Стратегией Снижения Бедности в РТ для уменьшения ареала распространения ТБ по стране;
- Будет проведён надзор над проделанной работой и оценка результатов.

4.6 Содействие и поощрение проведения научных исследований

Программа сталкивается с различными проблемами в плане улучшения эпидемиологической ситуации по ТБ. Операционные исследования (ОИ) очень важный компонент работы Программы. Нижеследующие действия должны быть предприняты Минздравом/РЦБТ и партнёрами:

- Создание Тематических Групп по ОИ (начало 2010г.);
- Нарращивание потенциала группы местных экспертов для разработки и проведения ОИ на местном уровне (при технической и финансовой поддержке МЗ РТ и международных агентств и доноров);
- Менеджеры Программы в сотрудничестве с другими экспертами и исследователями других сфер (эпидемиология, системы здравоохранения, экономика здравоохранения, общественных и политических исследований), а также академии и международные организации будут определять основные проблемы, нуждающиеся в изучении, и возьмут руководство над проведением ОИ;
- На постоянной основе будут проведен анализ эпидемиологической ситуации ТБ в стране путем проведения исследований по таким направлениям как:
 - Трудовая миграция и ТБ;
 - Распространенность ВИЧ инфекции среди больных ТБ, и бремя ТБ среди ВИЧ - инфицированных;
 - Побочные явления ПТП;
 - Активное выявление случаев ТБ среди групп населения особого риска (заключенные, мигранты, ВИЧ-инфицированные, наркоманы);
 - Типы резистентности среди больных ТБ;
 - Сравнительный анализ результатов лечения больных ТБ, в условиях амбулатории и стационара;
 - Тест квантиферон (QuantiFeron) для выявления скрытой формы ТБ, среди лиц имевших тесных контакт с больными ТБ (дети и подростки)
 - Анализ экономической эффективности активного выявления случаев ТБ по сравнению с пассивным выявлением случаев ТБ.

Результаты этих ОИ помогут менеджерам укрепить усилия по контролю над ТБ, путём расширения существующей деятельности и введение новых эффективных стратегий.

Глава 5. НАДЗОР, МОНИТОРИНГ и ОЦЕНКА ПРОГРАММЫ

Надзор, мониторинг и оценка Программы должны проводиться на постоянной основе, под руководством МЗ РТ.

Мониторинговые визиты должны охватить пять основных направлений:

- лаборатории;
- лекарственное обеспечение;
- больницы - клинические отделения;
- амбулаторное лечение;
- учётной записи и отчётности.

Надзор, мониторинг и оценка программы будут проведены, а также:

- Процесс надзора будет стандартизирован и будет разработано руководство по подготовке и проведению надзора. Руководство будет содержать инструкции для подготовки визитов на местах, стандартизированного контрольного списка, форм отчётности и индикаторов программы, как для учреждений противотуберкулезной службы, так и ПМСП. Аналогичный подход будет также для надзора внедрения Программы в тюремной системе и в силовой структуре.
- Надзор будет проводиться в соответствии с 6-ти летним планом и в соответствии с годовым операционным планом, при соблюдении всех технических рекомендаций, приведенных в Руководстве.
- Основная функция визитов на места - это не только сбор данных, которые должны быть предоставлены до нанесения визитов, но также надзор за организацией и предоставлением услуг по ТБ, обсуждение проблем и оценка достоверности информации.
- Надзор, мониторинг и пошаговая оценка исполнения Программы на ближайшие 6 лет, будет переведена из вертикальной методики в горизонтальную.
- Команда надзора из центрального уровня будет проводить надзор на областном уровне и по случайной выборке в нескольких учреждениях ТБ районного уровня, а также физических лиц и больных ТБ.
- Областная команда Мониторинга и оценки будет ответственна за регулярный надзор в учреждениях, предоставляющих услуги по ТБ (ТБ больницы, общесоматические больницы, учреждения ПМСП, лаборатории и т.д.), и за надзор ТБ больных на дому на периферийном уровне.
- Надзор должен проводиться в образовательной и поддерживающей манере, и ни в коем случае в манере наказания.
- Количество визитов будет зависеть от тяжести эпидемиологической ситуации по ТБ в областях и районах, выявленных проблем и обозначенных решений. Первые 2 года, надзор будет проводиться на квартальной основе, позже надзор может проводиться реже, в зависимости от проблем и достижений.
- Специалисты, ответственные за надзор, мониторинг и оценку будут определены менеджером Программы на центральном уровне, и последовательно на областном уровне.
- Результаты надзора, мониторинга и оценки будут предоставлены в виде отчёта менеджеру Программы в присутствии представителя от Минздрава (НКК), на квартальной основе.
- Результаты мониторинга также будут обсуждены с представителями местной власти и соответствующие меры будут предприняты для устранения выявленных проблем.
- Ежемесячно будут проводиться консультативные встречи с экспертами, ответственными за мониторинг и оценку.
- Будет налажена координация надзора, мониторинга и оценки между различными министерствами (Министерство юстиции, обороны и др.), местными властями, НПО и заинтересованными сторонами.
- Абсолютно для всех уровней (национальный, областной и районный), будет налажена система непрерывного развития человеческих ресурсов, при помощи регулярного тренинга по надзору, мониторингу и оценке.
- Будет введена электронная система ведения учётных записей, отчётности и анализа данных.

Индикаторы оценки внедрения Программы и достигнутых результатов

1. Выявление, как минимум, 70% новых случаев легочного туберкулёза;
2. Как минимум 85% успешно вылеченных больных легочным ТБ;

3. Количество больных ТБ/ВИЧ;
4. Количество случаев ТБ-МЛУ;
5. Количество и соотношение обследований среди групп высокого риска;
6. Количество и соотношение новых случаев ТБ, выявленных микроскопией мокроты;
7. Количество и соотношение новых случаев легочного ТБ, которые пошли на поправку сразу после окончания интенсивной фазы лечения;
8. Количество лиц, охваченных химиопрофилактикой;
9. Количество инициатив среди общин, по охране общественного здоровья по тематике ТБ;
10. Количество оперативных исследований, с целью улучшения контроль над ТБ;
11. Количество активных единиц в системе, призванных для регистрации случаев ТБ по всей стране;
12. Соотношение фондов бюджета здравоохранения, выделенных для финансирования деятельности Программы, на фонды из других источников (международные организации, доноры и др.) ;
13. Количество и соотношение органов исполнительной власти на местах, принимающих участие во внедрение Программы;

Ежегодно, все достижения по вышеуказанным индикаторам будут предоставлены в виде отчёта, областными и национальными координаторами по ТБ.

Глава 6. ВНЕДРЕНИЕ СТРАТЕГИИ

Нижеследующие стороны будут вовлечены в процесс внедрения и мониторинга Национальной Программы по защите населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2010 – 2015 гг.:

- Министерство здравоохранения РТ;
- Министерство юстиции, для контроля над ТБ в местах заключения;
- Министерство образования РТ;
- Министерство внутренних дел;
- Министерство обороны, Управление пограничных войск Республики Таджикистан;
- Министерство Труда и Социальной Защиты Населения Республики Таджикистан
- Министерство сельского хозяйства Республики Таджикистан;
- Комитет по телевидению и радиовещанию при Правительстве РТ;
- Органы исполнительной власти на местах (Хукуматы):
- Центральная Единица – Республиканский центр борьбы с туберкулезом;
- Государственной Служба санитарно-эпидемиологического надзора;
- Республиканский центр иммунизации Министерства здравоохранения;
- Национальная Референс лаборатория, с целью улучшения лабораторной сети и контроля качества бактериологического диагноза;
- Областные центры по борьбе с ТБ (4 единицы);
- Городские/районные центры по борьбе с ТБ (66 единиц) ;
- Учреждения ПМСП;
- Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино и Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров;
- Больницы общего профиля, военные госпиталя;
- Частные медицинские учреждения и доктора;

Глава 7. РАЗРАБОТКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ И РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

В рамках Программы будет разработан план с целью развития человеческих ресурсов для выполнения работ по контролю над ТБ на всех уровнях оказания услуг.

Будет разработан чёткий круг обязанностей и полномочий для менеджеров по ТБ, экспертов ответственных за надзор, мониторинг и оценку, для главврачей медучреждений по ТБ. Чёткий круг обязанностей и полномочий будет приведен в новом справочнике по ТБ.

На постоянной основе будет укреплена экспертиза и качество непрерывного развития человеческих ресурсов, при помощи нижеследующих действий:

- Оценка существующих человеческих ресурсов, вовлечённых в деятельность контроля над ТБ, оценка нужд в человеческих ресурсах для внедрения Программы;
- Разработка Плана развития человеческих ресурсов для выполнения Программы;
- Проведение семинаров и симпозиумы для разработчиков стратегий и менеджеров по ТБ на различных уровнях;
- Проведение семинаров по определённой тематике: менеджмент лекарственных препаратов, анализ стратегии, анализ результатов лечения, вакцинация, права человека и ТБ, группы риска и ТБ, ТБ-МЛУ и др;
- Включение стратегии «Стоп ТБ» в учебный план медицинских колледжей и университетов;
- Ежегодные встречи и собрания специалистов по ТБ для обмена информацией и опытом;
- Непрерывное освещение фактов по ТБ средствами массовой информации, с целью предоставления точной информации населению;
- Непрерывное обучение и обмен опытом во время проведения международных конференций;
- Организация междисциплинарных собраний, с целью обмена информацией по контролю над ТБ.

Будут организованы и укреплены роль профессиональных ассоциаций. Они также будут выступать в качестве контрольных механизмов обмена опытом и обучения.

Международные организации будут поддерживать развитие человеческих ресурсов в рамках Программы путем оказания технической и финансовой помощи, а также путем организации и проведения международных курсов обучения.

Глава 8. ПРАВОВЫЕ И РЕГУЛЯТИВНЫЕ ВОПРОСЫ

В настоящее время в Республике Таджикистан существуют следующие нормативно-правовые и регулятивные документы:

- Международные Медико-Санитарные Правила (ММСР);
- Закон РТ «О защите населения от туберкулеза».
- Закон РТ «О противодействии ВИЧ/СПИД».
- Стратегия РТ по закупке и распределению лекарственных средств.
- Закон РТ «Об охране труда в Республике Таджикистан»

Глава 9. РЕГИОНЫ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ БРЕМЕНИ ТУБЕРКУЛЕЗА

В группе районов Кулябской зоны Хатлонской области создалась особая эпидемиологическая ситуация по ТБ. Заболеваемость ТБ по региону превышает средне республиканскую (149,5 на 100 тысяч населения) и смертность (8,0 на 100 тысяч населения). По районам региона наблюдается резкое отличие эпидемиологических показателей по ТБ. Если в Пархарском, Дангаринском, Ховалингском районах заболеваемость находится ниже среднереспубликанского уровня, то в г. Кулябе, районах Восе, Хамадони, Темурмалик и Балджуане она превышает средне республиканский показатель в 2-3 раза (от 148 до 306 на 100 000 население). Показатель смертности в этих районах также превышает средне республиканские показатели в 2 раза, а в Балджуанском районе в 5 раз. За 2008 год 24% впервые выявленных больных по стране, зарегистрированы в Кулябском регионе.

Первые результаты исследования по определению лекарственной устойчивости в данном регионе показывают высокий уровень устойчивости. 41,8% из впервые выявленных больных и 67,6% из числа повторных больных имеют устойчивость к одному или нескольким противотуберкулезным препаратам. Наблюдается высокий уровень полирезистентности (20%) среды первичных больных, что в 2,5 раза (8,4%) превышает уровень пилотных районов (г. Душанбе и района Рудаки).

Данная ситуация с учетом возможности страны и принятых стандартов лечения грозит резкому увеличению мульти и полирезистентного туберкулеза, в результате фактической монотерапии.

Необходимо отметить, что в Восейском районе в 70-е годы XX века имело место эпидемия туберкулеза и в результате принятых комплексных мер социально-экономического характера, ситуация была стабилизирована, однако начиная с 90х годов ситуация начала ухудшаться.

В связи с чем требуется принятие следующих дополнительных мер, наряду с мерами предусмотренными в Программе, по коренному улучшению эпидемиологической обстановки в этих районах:

- Реконструкция и реструктуризация противотуберкулезных учреждений;
- Коренное улучшение диагностической базы туберкулеза (усиление работы лабораторий по проведению культуральных методов исследования и изучение чувствительности к ПТП в регионе, оснащение рентгено-флюорографическим оборудованием, проведение туберкулинодиагностики и др.);
- Организация лечения больных в соответствии с результатом лекарственной чувствительности и социальных аспектов поддержки;
- Расширенное применение активных методов выявления больных, для лиц из групп риска;
- Усиление контроля за лечением с привлечением членов семьи, волонтеров и других возможностей;
- Реализация мер по улучшению экономического и социально-бытового положения населения региона согласно глобальных целей и задач ЦРТ по снижению бедности.
- Широкомасштабная организация и проведение информационно-образовательных мероприятий по профилактике туберкулеза;
- Привлечение дополнительных возможностей государства, общества, частных лиц и партнеров для улучшения эпидемиологической ситуации по ТБ;
- Проведение научного исследования с целью определения причин и факторов создавшейся эпидемиологической ситуации;
- Дополнительное поощрение медработников, привлеченных к реализации Программы в регионе.

Глава 10. ЕЖЕГОДНЫЙ ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ

Ежегодный план внедрения План, охватывающий все компоненты Программы на период 2010-2015 гг., находится на стадии разработки, и будет частью данной Программы. Ежегодный план реализации Программы разрабатывается РЦБТ с участием всех партнеров..

Глава 11. БЮДЖЕТ

Бюджет данной Программы частично обеспечивается за счет выделяемых средств на здравоохранения на страновом, областном и районном уровне. С целью достижения целей и задач Программы, привлечены многие внешние источники финансирования.

Одним из основных источников финансирования, является Глобальный фонд по борьбе со СПИД, туберкулез и малярии и в 3х грантах выигранных страной, которая охватывает 45% потребности данной Программы. Со стороны Германского банка развития проводится полная реконструкция Республиканской клинической туберкулезной больницы в пос. Шифо Вахдатского района, стационар при Областном центре борьбы с туберкулезом в Согдийской области, ремонт и оснащение Референс лаборатории, который составляет около 12% потребности бюджета Программы. Со стороны ЮСАИД страна раньше получала помощь и в дальнейшем предусмотрено определенная финансовая поддержка, которая составляет 2-3% потребности бюджета. Неправительственная организация Каритас Люксембург оказывает финансовую и техническую поддержку в реализации тюремного компонента Программы. ВОЗ, KNSV, GDF, ПРООН, проект Хоуп, Общество Красного полумесяца страны и многие другие организации намерены продолжить оказание технической поддержки в реализации Программы.

Наряду с этим около 30% бюджета не имеет определенного источника финансирования, и Правительство совместно с Министерством здравоохранения активно ищут новых источников. С этой целью Правительство намерена подать заявку на 10 раунд ГФСТМ. Наряду с этим имеется надежда на поддержку со стороны Исламских стран Востока и частных лиц.

Общий бюджет/расходы Программы в течение 6 лет будет частью данной Программы.

ПРИЛОЖЕНИЯ

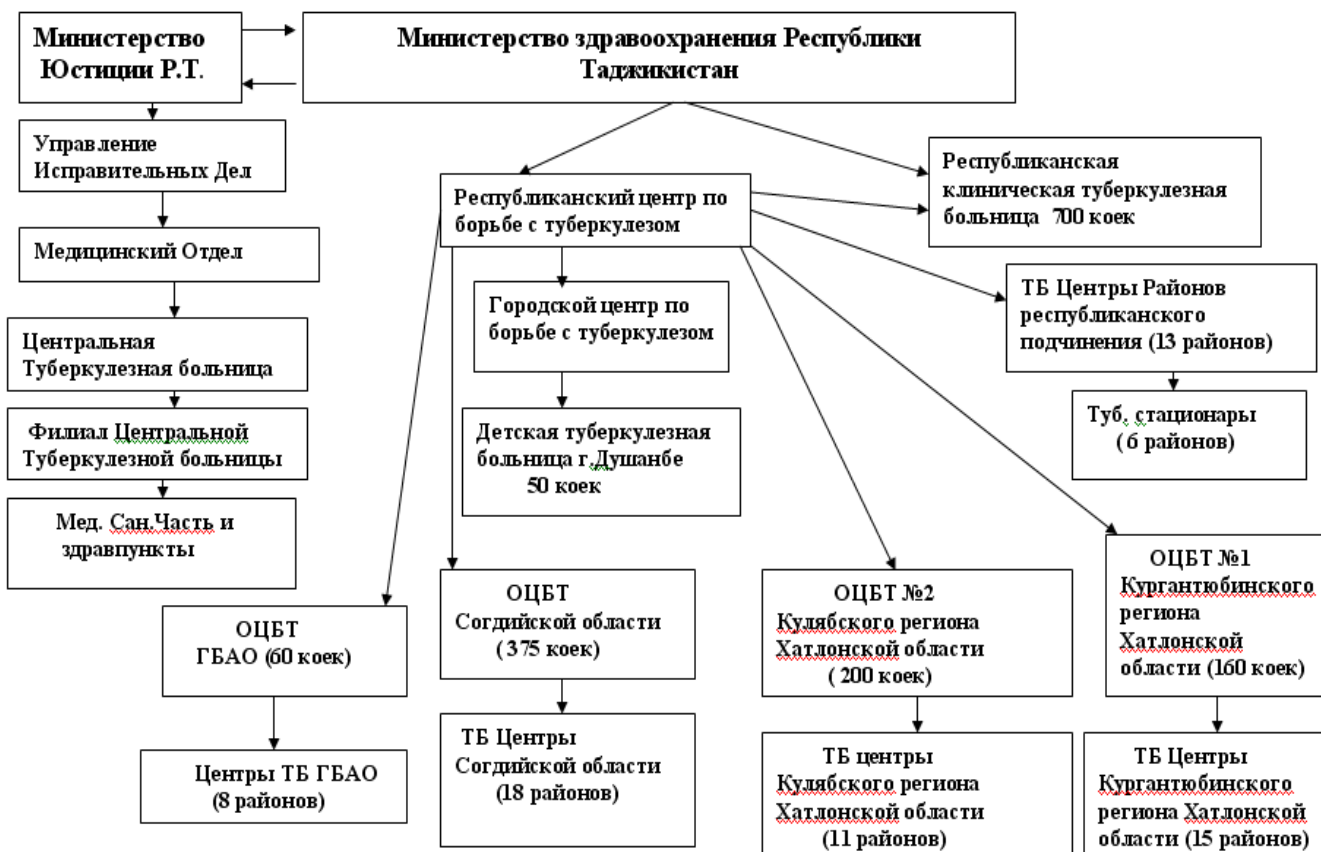
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Карта и административное деление Таджикистана



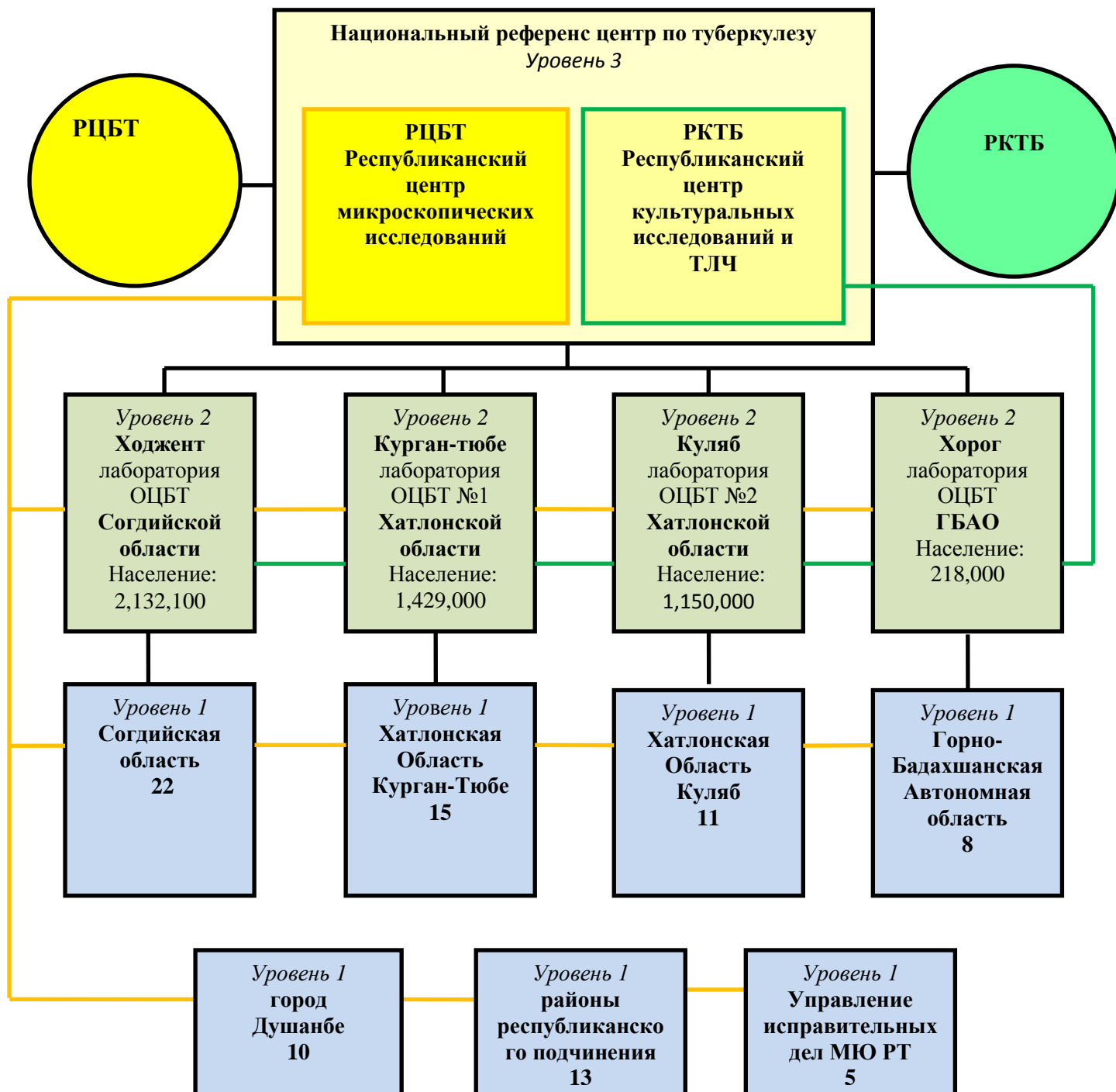
No	Административное деление	Столица	Площадь (км²)	Население (2006)
1	Согдийская область	Худжанд	25,4	2,060,900
2	РРП	Душанбе	28,6	1,531,300
3	Хатлонская область	Курган-тюбе	24,8	2,463,300
4	ГБАО	Хорог	64,2	218,4
5	Душанбе	-		670,200

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Структура службы по борьбе с ТБ в Таджикистане

Структура туберкулезной службы в Республике Таджикистан



ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Новая структура лабораторной сети



ПРИЛОЖЕНИЕ 4 План рационализации коечной сети туберкулезной службы

No		Нас-ие	Кол-во коек по категориям		Общее кол-во коек	Рекомендуемое сокращение		Кол-во коек после сокращения
			Взрослые	Детские		Взрослые	Детские	
1.	Г. Душанбе	670,2	50	50	100	0	0	100
	Республиканские учреждения		600	100	700	230	50	420
2.	РРП							
	Рашт	94,4	15	0	15	5		10
	Гиссар	233,9	60	0	60	30		30
	Рудаки	324,0	60	0	60	20		40
	Турсун-заде	227,3	30	0	30	5		25
	Нурабад	63,7	15	0	15			15
	Всего		180	0	180	60		120
3.	Согдская обл							
	Худжанд	155,3	320	50	370	120	30	220
	Зафарабад	56,8	20	0	20	10		10
	Исфара	221,0	40	0	40	15		25
	Матча	96,7	25	0	25	10		15
	Пенджикент	228,9	35	15	50		10	40
	Истаравшан	211,1	20	30	50	5	20	25
	Канибадам	174,7	30	10	40	10	10	20
	Всего по Согдской обл.	2113,9	490	105	595	170	70	355
	Хатлонская обл.							
	Курган-тюбе	70,4	140	20	160	20	5	135
	Вахш	146,0	50	0	50	10		40
	Джилликуль	88,4	20	10	30		10	20
	Дж. Руми	150,4	55	25	80		20	60
	А. Джоми	127,7	15	5	20		5	15
	Кабодиен	137,9	20	0	20	10		10
	Хуросон	85,1	10	0	10			10
	Кумсангир	100,5	50	0	50	20		30
	Пяндж	94,3	30	10	40	10	5	25
	Шаартуз	97,1	40	0	40	20		20
	Яван	165,4	25	0	25			25
	Г. Куляб	92,9	170	30	200	20	10	170

	Восе	171,7	45	20	65			65
	Дангара	114,2	40	0	40	20		20
	Хамадони	122,6	80	0	80	40		40
	Фархор	131,4	50	0	50	20		30
	Темурмалик	57,0	15	0	15	5		10
	Шурабад	49,2	20	0	20			20
	Всего по хатлонской обл.	2549,5	875	120	995	195	55	745
5.	ГБАО	219,2	40	20	60			60
	Г. Хорог		40	20	60			
	Всего по республике	7139,8	2235	395	2630			1800

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 Задачи лабораторной службы по уровням

Первый уровень - Национальная референт лаборатория.

В ее задачи входят:

- Проведение тестов на мокроту, выделение культуры и выявление МЛУ-ТБ;
- Проведение тестов при подозрении на устойчивость к ПТП (первая и вторая линия при необходимости);
- Проведение контроля в процессе лечения за МЛУ больным;
- Надзор за качеством работы других лабораторий, а также предоставление СНЛ всей информации по бактериологическому анализу ТБ. Обеспечение качества будет достигнуто в соответствии с рекомендациями;
- Введение квартальных и годовых учётных записей и отчётности;
- Обучение и образование медперсонала, работающего в лабораторной сети;
- Введение новых методов (Бактек, Генетические методы, ПЦР и т.д.);
- Проведение научно-исследовательской работы;
- Сотрудничество с супранациональной лабораторией Института микробиологии и лабораторной медицины, Гаутинг, Германия.

Второй уровень – Областные лаборатории (Соغد, Куляб, Кургантюбе, ГБАО). В их задачи входят:

- Проводить прямую микроскопию мокроты;
- Выращивание образцов культур на твердую среду (media-Lowenstein);
- Ввести учёт и отчётность на квартальной и годовой основе, для Референт лаборатории;
- Отправлять в Референт лабораторию каждый штамм микобактерии ТБ для определения чувствительности к ПТП;
- Хранить все положительные тесты мокроты и 10% от общего числа негативных тестов (в течении 3 месяцев).

Третий уровень – Районные лаборатории (около 77 единиц). В их функции входят:

- Анализ мокроты каждого штамма;
- Внутренний контроль качества;
- Хранить все положительные тесты мокроты и 10% от общего числа негативных (в течении 3 месяцев).

ССЫЛКА

1. World Fact Book, assessed 07 July 2009.
2. World Bank, assessed 17 February, 2009.
3. Global Tuberculosis Control. Epidemiology, Strategy, Financing. WHO Global Report 2009.
4. Implementing the WHO Stop TB Strategy. A handbook for national tuberculosis control programmes. WHO 2008.
5. The global plan to stop TB 2006-2015 / Stop TB Partnership.. Actions for Life. WHO.2006.
6. National Tuberculosis Control Programme, Republic of Tajikistan, 2003-2010.
7. National Tuberculosis Program Assessment Report, WHO, March 2009.
8. The Stop TB Strategy. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Who/HTM/STB/2006.37
9. WHO/IUATLD/KNCV. Revised international definitions in tuberculosis control. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2001, 5(3):213–215.
10. Enarson, D et al. Management of tuberculosis: a guide for low-income countries, Fifth edition. Paris, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2000.
11. Pio A, Chaulet P. Tuberculosis handbook, Second edition. Geneva, World Health Organization. (Document in preparation; will replace Pio A, Chaulet P. Tuberculosis handbook. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/TB/98.253)
12. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Geneva, World Health Organization, 2006.371.
13. Centre for Diseases Control and Prevention. Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis; recommendations from the National Tuberculosis Controllers Associations and CDC, and Guidelines for using the Quantiferon-TB Gold test for detecting M. tuberculosis infection, United States. MWR 2005; 54 (No RR-15)
14. A hand book for national tuberculosis control programmes. Implementing the WHO Stop TB Strategy. World Health Organization.2008 (WHO/HTM/TB/2008.401)
15. KFW. Report. Rationalization of beds. (Please find and cite (quote) the title of the report).
16. Practical Approach to Lung Health. Manual on initiating PAL implementation..WHO/HTM/TB/2008.410.
17. Guidelines for Surveillance of drug resistance in tuberculosis. WHO/CDS/TB/2003.200.
18. International Standards for Tuberculosis Care (ISTC). The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006.
19. Guidelines for Monitoring and evaluation of the NPT in Tajikistan. GFTAM. Dushanbe, 2006.
20. Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control: Documented experiences and interventions. WHO/HTM/STB/2007.39.
21. Guidelines for Social Mobilization. A human rights approach to tuberculosis.WHO/CDS/STP/2001.9.
22. Untapped Potential: Engaging Civil Society to Fight the TB Emergency in Europe. A background paper prepared for the civil society meeting preceding the Ministerial Forum on TB in Europe. August 2007.
23. The Beijing "Call For Action" On Tuberculosis Control And Patient Care Benjin Documents, April 2009.