

Ускорение реализации совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ

16-17 июля 2010 г., Вена, Австрия

Резюме

Расширение масштаба совместных действий в отношении туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ) в Европейском регионе ВОЗ является приоритетной задачей. На долю Региона приходится 6% глобального бремени ТБ при самых высоких уровнях лекарственно-устойчивого ТБ в мире. В 2008 г. число детей и взрослых, живущих с ВИЧ, составило в Регионе около 2,4 млн, причем 1,5 млн из них проживали в странах Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии (ВЕКЦА); кроме того, темпы нарастания эпидемии ВИЧ-инфекции в Регионе самые высокие в мире. При этом в странах Региона с низким и средним уровнем доходов регистрируется самый низкий в мире уровень охвата антиретровирусной терапией (АРТ). Первое Европейское региональное совещание по ТБ/ВИЧ «Ускорение реализации совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ» было организовано Всемирной организацией здравоохранения (штаб-квартирой и Европейским региональным бюро) в сотрудничестве с Рабочей группой по ТБ/ВИЧ Партнерства «Остановить ТБ» накануне состоявшейся в Вене в июле 2010 г. XVIII Международной конференции по СПИДу.



В совещании приняли участие 186 человек из 37 стран, представляя все 18 стран с высоким бременем ТБ и страны, особенно серьезно пострадавшие от ВИЧ-инфекции, в том числе страны с самой высокой распространенностью ВИЧ-инфекции в Регионе. Участники обсудили вопросы усиления сотрудничества и координации между программами, а также подходы к решению проблемы лекарственно-устойчивого ТБ и оказанию комплексной, всеобъемлющей помощи людям из групп наибольшего риска, включая потребителей наркотиков, мигрантов и заключенных. Участники обменялись опытом

и передовыми практическими методами для информационной поддержки рекомендаций с целью ускорения темпов расширения общенациональных совместных действий.

Вместе с руководителями национальных программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией и программ снижения вреда, а также должностными лицами пенитенциарной системы в работе совещания приняли участие представители самых разных кругов, заинтересованных в решении проблем ТБ и ВИЧ/СПИДа в Европейском регионе ВОЗ, члены Рабочей группы по ТБ/ВИЧ, представители неправительственных организаций и организаций гражданского общества.

В этом отчете кратко изложены основные итоги, выводы и рекомендации совещания.

Отчет о работе совещания
Всемирной организации
здравоохранения (с участием
представителей штаб-квартиры и
Европейского регионального бюро),
организованного в сотрудничестве
с Рабочей группой по ТБ/ВИЧ
Партнерства «Остановить ТБ».

Stop TB Partnership



Всемирная организация
здравоохранения



фото: Doina Lin

Церемония открытия совещания – Слева направо: Дмитро Шерембей, заместитель Председателя Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ; д-р Julio Montaner, Президент Международного общества борьбы со СПИДом; д-р Diane Navliir, Председатель Рабочей группы по ТБ/ВИЧ Партнерства «Остановить ТБ»; д-р Hiroki Nakatani, заместитель Генерального директора по вопросам ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, ВОЗ; д-р Hans Kluge, Специальный представитель Регионального директора по борьбе с МЛУ/ШЛУ-ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ; д-р Bernhard Schwartlander, директор Департамента доказательных данных, стратегии и результатов деятельности, ЮНЭЙДС

Реализация совместных действий в области ТБ/ВИЧ: на каком этапе мы находимся?

На Европейский регион ВОЗ приходится 6% глобального бремени заболеваемости ТБ. Доля 18 стран¹ в региональном бремени ТБ составляет 86% при регистрируемой заболеваемости от 11 до 72 случаев на 100 000 населения. Наряду с этим в Регионе происходит резкий подъем уровня инфицирования ВИЧ, что в основном обусловлено инъекционным потреблением наркотиков в странах ВЕКЦА.

По расчетным данным, в 2008 г. распространенность ВИЧ среди больных ТБ на региональном уровне составляла 5,6%. Несмотря на то, что в этом же году около 80% всех больных ТБ прошли тестирование на ВИЧ, было выявлено лишь меньше половины (48%) от расчетного числа людей, живущих с ВИЧ и ТБ в Регионе. Из числа ВИЧ-инфицированных лиц профилактическое лечение котримоксазолом и АРТ получили соответственно 61% и 28%. В целом Регион занимает предпоследнее место по уровню доступа к АРТ для тех, кто в ней нуждается (23%). Показатели выявления случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, и охвата профилактическим лечением изониазидом остаются крайне низкими.

Более того, жертвами обеих эпидемий становятся такие группы наибольшего риска и подвергающиеся стигматизации лица, как потребители инъекционных наркотиков (ПИН), заключенные и мигранты, живущие вне социальной системы, чаще всего без вида на жительство и, как следствие этого, частично или полностью лишены возможности пользоваться медобслуживанием. Среди таких маргинализированных групп охват тестированием на ВИЧ и доступ к АРТ являются недостаточными.

Переход от обязательств к практическим действиям: недостающее звено

Имеется несколько региональных стратегий и политических обязательств долгосрочных обязательств по противодействию двойной эпидемии ТБ и ВИЧ-инфекции в Европейском регионе, включая Берлинскую декларацию по туберкулезу, План мероприятий на 2007-2015 гг. «Остановить ТБ» в 18 наиболее приоритетных странах и Дублинскую декларацию о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии. На глобальном уровне вопросы профилактики, диагностики и лечения

ТБ являются компонентами основного пакета ВОЗ/ЮНЭЙДС по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди ПИН. Предложенный основной пакет мероприятий одобрен на самом высоком уровне, например Экономическим и социальным советом ООН (ЭКОСОС) и Координационным советом по программной деятельности ЮНЭЙДС.

Stop TB Partnership

Мы, министры государств-членов, с обеспокоенностью отмечаем, что в нашем Регионе ТБ является наиболее распространенной причиной заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом; при этом лишь в немногих странах применяется комплексный подход к контролю коинфекции ТБ/ВИЧ.

Берлинская декларация по туберкулезу, Европейский министерский форум ВОЗ, 2007 г.

¹ Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония.

Начиная с 2002 г., страны ВЕКЦА получили от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией почти 1 млрд долл. США, в частности на проведение совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ – от 0,1 млн, полученного Болгарией, до 19 млн – Республикой Молдова. Финансирование в таком объеме в сочетании с политической приверженностью должно обеспечить дополнительные возможности для смягчения остроты этой проблемы в Регионе. Кроме того, в наличии должны быть средства из внутренних источников финансирования, а разработанные планы включать четкое описание сотрудничества между программами борьбы с ТБ и ВИЧ/СПИДом в предоставлении комплексных услуг в связи с ТБ и ВИЧ-инфекцией. Рассчитанная на перспективу информационно-пропагандистская деятельность нужна для того, чтобы поднять престиж проблемы ТБ/ВИЧ в глазах политиков и лиц, принимающих решения, и содействовать предоставлению интегрированных услуг по ТБ/ВИЧ, в том числе в рамках программ снижения вреда и в местах лишения свободы.

Тестирование на ВИЧ для больных ТБ и лиц с подозрением на ТБ: прямая дорога к лечению и помощи при ВИЧ-инфекции

Несмотря на то, что в Регионе предпринимаются конкретные шаги по организации тестирования больных ТБ на ВИЧ, между странами Региона существуют большие различия в доле туберкулезных больных, которые прошли его. Тестирование на ВИЧ все еще недоступно для всех больных ТБ и пока систематически не связано с предоставлением помощи и лечения при ВИЧ-инфекции, включая предоставление АРТ. По расчетным данным, в странах Центральной Азии более трети людей, живущих с ВИЧ, умерли от ТБ в 2009 г. К возможным причинам такого положения следует отнести жесткий вертикальный характер программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией и почти полное отсутствие взаимодействия между

ними при слабом понимании роли друг друга. К тому же, для этих стран часто характерно отсутствие интегрированных услуг по ТБ и ВИЧ-инфекции, имеет место неудовлетворительный обмен информацией между медицинскими работниками, занимающимися проблемами ВИЧ-инфекции и ТБ, и затруднен доступ к добровольному, бесплатному и конфиденциальному тестированию на ВИЧ и консультированию. В конечном итоге такое положение приводит к поздней диагностике и отсрочке начала лечения и оказания помощи ВИЧ-инфицированным и поздней постановке диагноза ТБ. В еще большей степени это распространяется на такие группы наибольшего риска, как потребители наркотиков, мигранты и заключенные. По аналогии с этим, тестирование на ВИЧ обычно не предлагается пациентам, обращающимся с симптомами и признаками ТБ (с подозрением на ТБ), что еще больше может отсрочить доступ к помощи при ВИЧ-инфекции.

Жесткая вертикаль: фактор, ограничивающий оказание качественной помощи при ТБ и ВИЧ-инфекции

Во многих, если не во всех странах Региона программы борьбы с ТБ и ВИЧ/СПИДом функционируют отдельно друг от друга и имеют свои собственные механизмы управления и организации обслуживания. Таким

же образом, независимо друг от друга работают службы снижения вреда и охраны здоровья заключенных, за которыми стоят отдельные структуры, не имеющие в своем распоряжении формализованных или эффективных каналов коммуникации и взаимодействия. Из-за взаимосвязанного характера проблем, касающихся ТБ, ВИЧ-инфекции, потребления инъекционных наркотиков и пребывания людей в местах заключения, для эффективного и комплексного противодействия ТБ и ВИЧ-инфекции в Регионе жизненно важное значение приобретают вопросы сотрудничества и координации между программами по ТБ, ВИЧ/СПИДу и снижению вреда, с одной стороны, и системой уголовного судопроизводства и гражданским обществом, с другой. Не менее актуальным представляется создание или активизация деятельности эффективных координирующих органов в области ТБ/ВИЧ на национальном, региональном или местном уровнях. Большой упор следует сделать на предоставлении комплексных услуг, касающихся ТБ и ВИЧ-инфекции на всех уровнях, и в срочном порядке создать необходимые условия для программной и нормативно-правовой деятельности.

Организация комплексного обслуживания в связи с ТБ и ВИЧ-инфекцией позволяет не допустить лишних смертей

Профилактика, диагностика и клиническое ведение ТБ у людей, живущих с ВИЧ, как и прежде, представляют собой насущную проблему, несмотря на



Группа обсуждает ключевые вопросы и действия по расширению масштабов борьбы с ТБ/ВИЧ в местах лишения свободы

наличие четких международных рекомендаций. В частности, показатели недиагностированного ТБ у людей, живущих с ВИЧ, в том числе у ПИН, очень высоки, о чем наглядно свидетельствуют результаты вскрытия в Украине и Российской Федерации, где более 40% смертей при ВИЧ-инфекции были связаны с ТБ. В Регионе ТБ по-прежнему является единственной доминирующей причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ, несмотря на разработку четких методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения ТБ у людей, живущих с ВИЧ, включая предоставление АРТ. В соответствии с рекомендациями ВОЗ по АРТ при ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков 2010 года, все ВИЧ-инфицированные с активной формой ТБ имеют право на АРТ независимо от количества лимфоцитов CD4 и должны начинать АРТ как можно раньше после начала лечения ТБ. Кроме того, рекомендуется начинать АРТ на раннем этапе у всех подростков и взрослых, включая ВИЧ-инфицированных беременных женщин, при количестве CD4 \leq 350 клеток/мм³. Расширение охвата АРТ является мощной стратегией для уменьшения связанных с ТБ и ВИЧ-инфекцией показателей заболеваемости, смертности и частоты новых случаев. Поэтому пересмотр национальной политики, равно как и соответствующей системы профессиональной подготовки кадров, является обязательным условием для создания оптимального стандарта помощи людям, живущим с ВИЧ и ТБ.

Расширение масштабов реализации программ снижения вреда, включающих опиоидную заместительную терапию

В странах ВЕКЦА предоставление услуг по профилактике, лечению и помощи потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) остается на крайне низком уровне. По данным недавнего проведенного систематического обзора, только 10% ПИН имеют доступ к программам обмена игл и шприцев, только один из 100 ПИН получает опиоидную заместительную терапию (ОЗТ), и только один из 100 ПИН, живущих с ВИЧ, имеет доступ к АРТ. Вопреки убеждениям многих работников здравоохранения, люди, которые употребляют наркотики

Программы лечения наркозависимости/снижения вреда: проблемы и потенциальные возможности, опыт Украины

Начиная с 2006 г., Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ, предоставляет комплексную помощь потребителям инъекционных наркотиков, включая опиоидную заместительную терапию, как в рамках программ по ТБ и ВИЧ/СПИДу, так и в рамках системы здравоохранения в целом. Украинская НПО представила информацию о некоторых трудностях, возникших при внедрении интегрированной модели помощи:

- **Юридическое и административное лицензирование является барьером на пути к универсальному доступу потребителей наркотиков к интегрированной помощи. Службы, специализирующиеся в области ТБ, ВИЧ-инфекции и снижения вреда, все еще работают «как в бункере», причем лечение ТБ в условиях стационара лишает возможности потребителей инъекционных наркотиков получать опиоидную заместительную терапию. НПО старалась добиться регистрации противотуберкулезных учреждений в качестве метадоновых центров для продолжения курса заместительной терапии на фоне приема противотуберкулезных препаратов. Однако предоставление комплексных услуг в полном объеме станет возможным только при условии отказа от практики лечения ТБ в стационаре и проведения лечения в амбулаторных условиях.**
- **Смерть от ТБ среди ВИЧ-инфицированных сотрудников сектора НПО стала причиной серьезной обеспокоенности. Установлены строгие правила, не позволяющие ВИЧ-инфицированным сотрудникам работать на местах в непосредственном контакте с клиентами. Рекомендуется пользоваться защитными масками, и решен вопрос с их наличием, однако, по мнению работников, предоставляющих помощь, маски затрудняют налаживание взаимоотношений с клиентами. Все это требует более четкого определения мер инфекционного контроля при работе в таких условиях и предоставлении подобных услуг.**

могут точно также соблюдать режим лечения ТБ и АРТ,² как и те, кто наркотики не употребляет. Недавно проведенный мета-анализ показал, что доля потерянных для последующего наблюдения и частота вирусологической неудачи АРТ были сопоставимы у тех, кто потребляет инъекционные наркотики, и у тех, кто этого не делает.³ Нет оснований считать, что это правило не должно распространяться на лечение ТБ. Как заметил один из участников совещания: «Если у потребителей наркотиков что-то и получается хорошо, так это принимать препараты!».

Расширение масштаба ОЗТ в странах Региона по-прежнему является весьма отдаленной перспективой. Из стран с высоким бременем ТБ в четырех (Армения, Российская Федерация, Туркменистан и Узбекистан) ОЗТ все еще недоступна, а во всех других странах ОЗТ осуществляется в рамках пилотных программ с охватом ограниченного числа лиц. Даже Украина – страна с самой высокой

численностью лиц, получающих ОЗТ в Регионе (5000 человек) – далека от достижения рекомендуемого 40%-ного охвата,⁴ хотя расчетное число ПИН составляет здесь сотни тысяч. Более того, этими программами обычно занимаются неправительственные организации на средства из внешних источников финансирования.

Предоставление комплексных услуг, связанных с ТБ, ВИЧ-инфекцией и снижением вреда осуществимо в пенитенциарных учреждениях

Люди, находящиеся в тюрьмах и в других местах лишения свободы, подвержены наибольшему риску коинфекции ТБ и ВИЧ. ТБ с множественной лекарственной устойчивостью также шире распространен в тюрьмах.

В Республике Молдова услугами, связанными с ТБ/ВИЧ и снижением вреда, (включая раннее выявление случаев ТБ), лечением ТБ под непосредственным наблюдением,

² Mathers et al; HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage; Lancet 2010; 375:1014-28.

³ Werb et al; Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis; Lancet Infectious Diseases 2010; 10:464-9.

⁴ WHO, UNODC, UNAIDS; Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users; 2009, World Health Organization; Geneva, Switzerland.

добровольным консультированием и тестированием, АРТ, а также программами обмена игл и шприцев и оказанием психосоциальной помощи занимаются неправительственные организации (НПО) при поддержке органов власти страны. Однако все еще нерешенными остаются такие проблемы, как отсутствие быстрых тестов для диагностики ТБ, низкий уровень охвата профилактическим лечением изониазидом, отсутствие ОЗТ и высокая частота потерь для последующего наблюдения после освобождения из тюрьмы, что расценивается как основной фактор, обуславливающий неудовлетворительные исходы лечения во многих странах Восточной Европы. Изъятие паспортов как результат пребывания в тюрьме и отсутствие прописки по месту жительства после освобождения означает, что бывшие заключенные сталкиваются с трудностями регистрации и продолжения лечения ТБ или ВИЧ-инфекции, а также доступа к любым другим медицинским услугам. В Республике Молдова такие механизмы, как психосоциальная поддержка, поощрение и содействие стратегии DOTS, ориентированные на то, чтобы

бывшие заключенные не теряли связь с системой здравоохранения после освобождения, открывают дополнительные возможности для снижения частоты неудачного лечения и потерь для последующего наблюдения. Заключенные должны получать помощь, аналогичную той, которую получают остальные граждане, и эта помощь не должна прерываться при поступлении в пенитенциарное учреждение или при освобождении из места заключения.

Мониторинг и оценка жизненно необходимы

Участники совещания также обсудили необходимость координации мониторинга и оценки, связанных с ТБ и ВИЧ-инфекцией в целях улучшения последующего наблюдения за пациентами. В Российской Федерации создана интегрированная, взаимосвязанная система мониторинга, позволяющая отслеживать людей, живущих с ВИЧ и получающих помощь в разных подразделениях гражданской системы здравоохранения. Однако пенитенциарная система существует отдельно, и сопоставление данных

между двумя системами происходит один раз в квартал. Подчеркивалось, что отсутствие единой системы мониторинга является препятствием в организации помощи. Кроме того, использование гармонизированных и согласованных на международном уровне индикаторов по ТБ/ВИЧ,⁵ а также стандартизованного формата регистрации и отчетности является важным условием для оценки совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ в масштабах страны. Как в программах по ТБ, так и по ВИЧ/СПИДу, необходимо регистрировать количество пациентов, получающих помощь и лечение и при ТБ, и при ВИЧ-инфекции. Перекрестная проверка данных также имеет большое значение для подтверждения правильности данных, поступающих из регистров оказания помощи при ТБ и ВИЧ-инфекции.

Опыт стран

Помимо пленарных презентаций в рамках интерактивного форума с представлением стендовых докладов и обсуждениями происходил обмен опытом совместных действий, направленных против ТБ/ВИЧ. Презентации были сделаны представителями Армении, Азербайджана, Беларуси, Эстонии, Грузии, Нидерландов, Республики Молдова и бывшей югославской Республики Македонии. В них шла речь о мероприятиях, организованных министерствами здравоохранения, академическими институтами, партнерскими организациями, специализированными агентствами и НПО. Реализация на страновом уровне действительно происходит, однако все еще не обеспечивается охват всеми 12 совместными инициативами в отношении ТБ/ВИЧ на территории всей страны.⁶ Для стран уже не существует уважительных причин, чтобы не планировать общенациональное расширение масштаба мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ, тем более что четкие рекомендации по этому вопросу уже существуют с 2004 г.



фото: Dmitry Sherembei

Мне поставили диагноз ТБ, ВИЧ-инфекции и гепатита сразу после освобождения из тюрьмы. Мне сказали, что у меня нет никаких шансов выжить. К счастью, я выжил. Я получил образование, женился и у меня есть двое прекрасных детей, сотни друзей и отличная работа. Но самое страшное то, что я являюсь исключением.

Дмитро Шерембей

⁵ A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities, Stop TB Department and Department of HIV/AIDS World Health Organization, United States President's Emergency plan for AIDS Relief, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2009, WHO/HTM/TB/2009.414

⁶ Interim Policy on Collaborative TB/HIV activities, Stop TB Department and Department of HIV/AIDS World Health Organization, 2004, WHO/HTM/TB2004.33010:464-9.

Армения

При наличии поддержки и информации основные заинтересованные стороны могут принять на себя обязательства совместно решать вопросы, связанные с ТБ/ВИЧ. Для перехода от этих обязательств к конкретным действиям необходимо сделать еще несколько шагов: постоянно вовлекать в совместные мероприятия пропагандистов в области борьбы с ТБ/ВИЧ, включая наиболее пострадавшие от ТБ и ВИЧ-инфекции сообщества; наращивать масштабы тестирования на ВИЧ больных ТБ по инициативе медицинских работников; совершенствовать национальную систему мониторинга и оценки с включением индикаторов по ТБ/ВИЧ и разработать соответствующие форматы регистрации и отчетности.

Азербайджан

Государственная поддержка - основа для осуществления совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Министерством здравоохранения было разрешено ведение ВИЧ-инфицированных больных ТБ фтизиатрами и проведено несколько курсов обучения врачей и персонала, предоставляющих услуги первичной медико-санитарной помощи. Нерешенными остаются такие вопросы, как отсутствие соответствующей системы мониторинга и оценки, нехватка квалифицированных работников здравоохранения и дефицит лекарственных препаратов, а также низкий уровень информированности пациентов и медицинских работников.

Беларусь

Более половины (55%) ВИЧ-инфицированных пациентов умерли от ТБ в 2009 г. по сравнению с 17% в 2002 г.; кроме того, с 2002 по 2009 г. заболеваемость ВИЧ-ассоциированным ТБ выросла в 7,5 раз. Выявлены группы населения, особенно подверженные опасности заражения как ТБ, так и ВИЧ-инфекцией: ПИН, алкоголики, бывшие заключенные и безработные. Понимание эпидемической ситуации в стране важно для принятия соответствующих мер и снижения бремени как ТБ, так и ВИЧ-инфекции.

Эстония

В стране проводятся такие совместные мероприятия по борьбе с ТБ/ВИЧ, как тестирование на ВИЧ больных ТБ и скрининг на ТБ людей, живущих с ВИЧ; одновременное лечение противотуберкулезными препаратами, АРТ и ОЗТ при наличии показаний; информирование пациентов и обучение врачей. Благодаря этому стало возможным раннее выявление и ТБ, и ВИЧ-инфекции, снижение показателя нарушения режима лечения среди ВИЧ-инфицированных больных ТБ и повышение информированности о ТБ у людей, живущих с ВИЧ.

Грузия

Распространенность активной формы ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, достигает 22%, а латентного ТБ - 32,6%. Распространенность ВИЧ-инфекции среди больных ТБ колеблется в пределах от 1,7 до 2,2%.

Разработан национальный стратегический план по борьбе с ТБ/ВИЧ на 2007-2011 гг. и создана рабочая группа по ТБ/ВИЧ для обеспечения эффективного осуществления таких совместных мероприятий, как скрининг на ТБ (включая использование кожной туберкулиновой пробы и теста на высвобождение гамма-интерферона) для выявления латентного ТБ у людей, живущих с ВИЧ; тестирование на ВИЧ больных ТБ и обеспечение всеобщего и бесплатного доступа к лечению и ТБ, и ВИЧ-инфекции.

Нидерланды

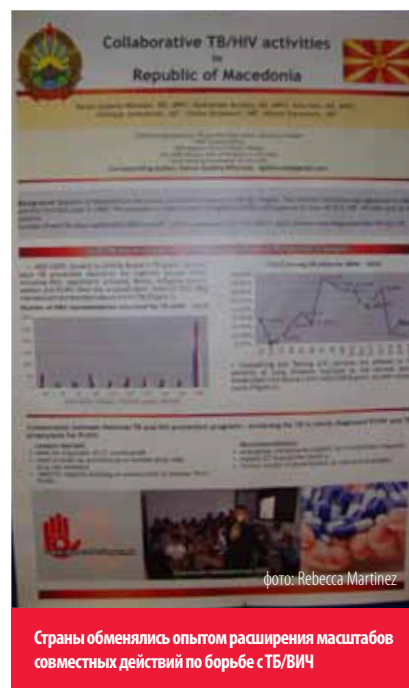
Компьютеризированный курс обучения работников здравоохранения проведению диагностики ТБ и оказанию помощи при ВИЧ/СПИДе был разработан Health[e]Foundation и реализован как пилотный проект в Уганде. Обучение включает 3-месячный компьютеризированный курс самоподготовки в онлайн-овом или офлайн-овом режиме и 3-дневный семинар на местах. Система дистанционного обучения TB[e]Education дает возможность многочисленным группам работников здравоохранения проходить обучение по широкому кругу связанных с ТБ вопросов, используя индивидуальный график. Эта программа будет в дальнейшем распространена на другие регионы мира.

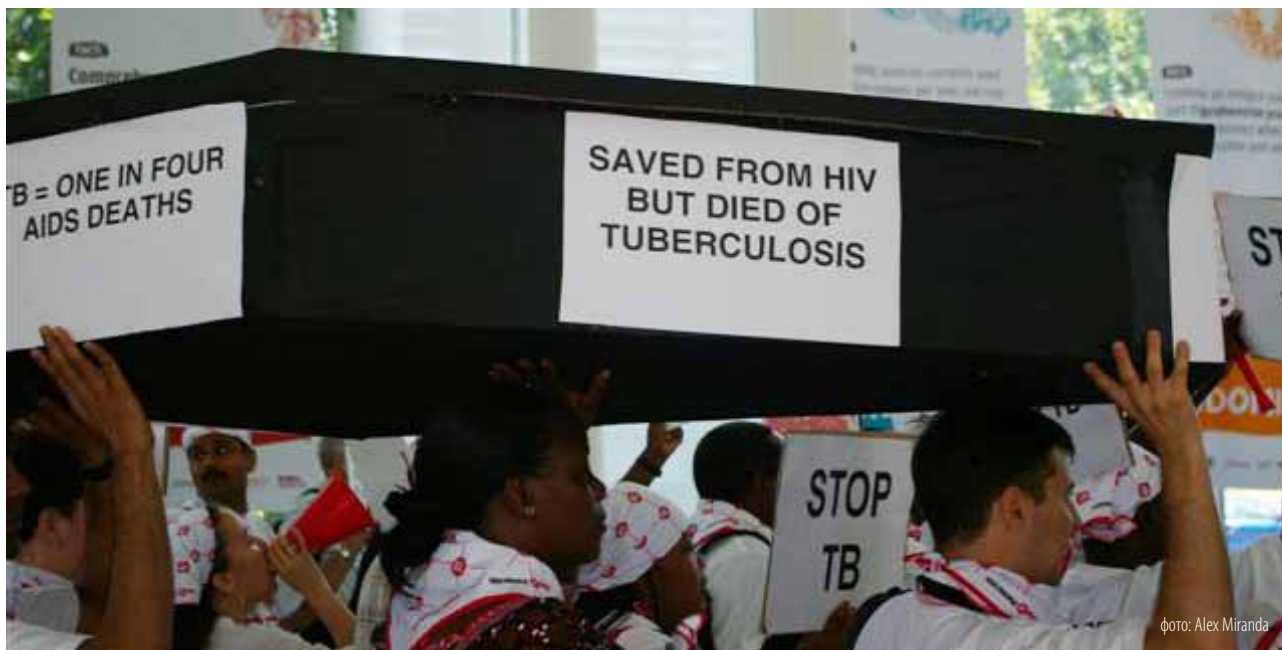
Республика Молдова

Общественная организация «Speranta Terrei» города Бэлць, где распространенность ТБ и ВИЧ-инфекции выше, чем в среднем по стране, оказывает персональную поддержку социально уязвимым пациентам при лечении ТБ. Показатель нарушения режима лечения в районах, охваченных «Speranta Terrei», низкий: 4% по сравнению с общенациональным показателем, составляющим 11%. Большое значение для завершения курса лечения имеет поддержка, оказываемая местным сообществом и практикующими медицинскими работниками.

Бывшая югославская Республика Македония

Несмотря на невысокое бремя ТБ и ВИЧ-инфекции, в стране проводятся совместные мероприятия по борьбе с ТБ/ВИЧ. В группах высокого риска, включая людей, живущих с ВИЧ, силами НПО распространяются информационные, обучающие и просветительские материалы по ТБ; больным ТБ предлагается пройти тестирование на ВИЧ, хотя масштабы этой деятельности необходимо расширять. Проводится скрининг на ТБ людей, живущих с ВИЧ, а также профилактическое лечение ТБ, если оно показано.





«Давайте смотреть реальности в глаза: туберкулез по-прежнему является ведущей причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ», – заявил д-р Samraio на специальном пленарном заседании по ТБ/ВИЧ в рамках Конференции по СПИДу

Лекарственно-устойчивый ТБ и ВИЧ-инфекция: перекрывающиеся эпидемии

В 2008 г. во всем мире было выявлено 440 000 случаев ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), и, по расчетным данным, МЛУ-ТБ был причиной 150 000 смертей. В Европейском регионе ВОЗ наблюдаются самые высокие уровни лекарственно-устойчивого ТБ в мире; при этом в некоторых районах Восточной Европы МЛУ-ТБ выявляют в одном из четырех новых случаев ТБ. К марту 2010 г. в 24 странах⁷ Региона зарегистрирован по крайней мере один случай ТБ с широкой лекарственной устойчивостью. До настоящего времени не представлялось возможным продемонстрировать связь между ВИЧ-инфекцией и МЛУ-ТБ на популяционном уровне. Однако частота новых случаев ВИЧ-инфекции также увеличивается в тех странах, где доля случаев МЛУ-ТБ выше. На основании имеющихся данных, ВИЧ-инфицированные пациенты с ТБ в Латвии, Республике Молдова и Эстонии, судя по всему, подвержены повышенному риску инфицирования штаммами, вызывающими МЛУ-ТБ.⁸

Программное ведение лекарственно-устойчивого ТБ: необходимо срочно наращивать усилия в масштабе страны

В настоящее время лечение получает лишь незначительная доля больных с МЛУ-ТБ: в 2009 г. во всем мире около 10 000 пациентов с МЛУ-ТБ было охвачено лечением по стандартам Комитета Зеленого Света (КЗС). Для обсуждения недостаточно энергичных ответных мер в отношении лекарственно-устойчивого ТБ на национальном и международном уровнях в марте 2010 г. в Женеве было проведено рабочее совещание. Определены такие основные трудности на пути расширения масштабов борьбы с МЛУ-ТБ, как недостаточные диагностические мощности и лекарственное обеспечение, дефицит кадровых ресурсов и плохая координация усилий на глобальном уровне. На совещании был достигнут консенсус относительно необходимости активизации общенациональных усилий по диагностике и лечению МЛУ-ТБ и по включению МЛУ-ТБ в постоянно действующие программы по контролю ТБ. Укрепление политической приверженности, ощущение сопричастности на национальном уровне, подотчетность и согласованная система мониторинга и оценки состояния пациентов

независимо от того, получают они лечение по программе КЗС или нет, являются крайне важными.

Также приводились примеры постановки диагноза и лечения МЛУ-ТБ. В Латвии стандартная помощь в отношении ТБ включает культуральное исследование мокроты и определение лекарственной чувствительности на плотных питательных средах у всех лиц с подозрением на ТБ, тогда как жидкие среды и методы гибридации с олигонуклеотидными зондами используются для более быстрой диагностики в группах высокого риска лекарственно-устойчивого ТБ, в том числе у людей, живущих с ВИЧ. Что касается ведения больных, важным является отказ от практики госпитализации больных ТБ и переход на новые модели помощи пациентам, в том числе к лечению на дому как при лекарственно-чувствительном, так и с лекарственно-устойчивом ТБ. Также был представлен проект «Expand TB» (Расширение доступа к новым средствам диагностики ТБ), предназначенный для оказания поддержки отобранной группе стран во внедрении недавно одобренных ВОЗ технологий диагностики ТБ (автоматизированное культуральное исследование на жидких средах и определение лекарственной чувствительности,

⁷ Азербайджан, Армения, Бельгия, Германия, Грузия, Ирландия, Испания, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Словения, Таджикистан, Украина, Франция, Чешская Республика, Швеция, Эстония.

⁸ Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB), 2010 Global report on surveillance and response, World Health Organization, WHO/HTM/TB/2010.3

быстрый иммуноферментный анализ для видовой идентификации туберкулезной микобактерии и методы гибридизации с олигонуклеотидными зондами). В проекте участвуют несколько международных партнеров: Фонд по внедрению новых диагностических технологий (FIND), Глобальная система обеспечения противотуберкулезными препаратами (ГСОП), Международный механизм закупки лекарств (ЮНИТЭЙД) и Глобальная лабораторная инициатива. От реализации проекта должны выиграть восемь стран ВЕКЦА: Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан. Перечисленные страны находятся на разных этапах осуществления проекта, хотя некоторые страны, например Узбекистан, уже приступили к использованию в повседневной практике новых средств диагностики ТБ.

Инфекционный контроль: необходимо шире внедрять самые передовые методы

При высокой лекарственной устойчивости особое значение приобретает осуществление мер инфекционного контроля. В Украине, где распространенность МЛУ-ТБ среди новых случаев и случаев повторного лечения достигает соответственно 16% и 45%, в Донецкой области при поддержке ВОЗ и других партнеров в 2006 г. начался пилотный проект по инфекционному контролю. Проект заключался в организации четырех отделений для лечения больных с МЛУ-ТБ, переоборудовании пяти лабораторий, обучении работников здравоохранения и вовлечении

местных партнеров, в частности санитарно-эпидемиологических служб, для проведения планового мониторинга и оценки. Для реализации мер инфекционного контроля в необходимом объеме к решению вопросов, связанных с ним, были привлечены национальные органы власти, что позволило подготовить и утвердить соответствующий приказ. На данном этапе национальная политика в области инфекционного контроля проходит окончательную доработку.

В связи с проведением пилотного проекта также возникло несколько проблем:

- ▶ Недостаточный управленческий потенциал, дефицит финансовых ресурсов и плохая координация действий между участниками;
- ▶ Неоправданно длительное пребывание больных ТБ в стационаре с риском совместного содержания пациентов с лекарственно-устойчивой формой ТБ и людей, живущих с ВИЧ, в большинстве противотуберкулезных больниц;
- ▶ Недостаточно полная реализация мер инфекционного контроля в лечебных учреждениях для ВИЧ-инфицированных лиц;
- ▶ Недостаточное информирование, обучение и коммуникация по вопросам инфекционного контроля среди работников здравоохранения; большинство из них по-прежнему считают, что невозможно защитить себя от инфекции в условиях работы в противотуберкулезном учреждении;
- ▶ Недостаточно активная информационно-пропагандистская

деятельность, коммуникация и социальная мобилизация из-за неудовлетворительного вовлечения гражданского общества в решение проблемы ТБ в целом;

- ▶ **Необходимость составления инструкций в соответствии с международными руководствами для обеспечения регулярного мониторинга и оценки мероприятий в области инфекционного контроля на уровне учреждения.**

Профилактическое лечение изониазидом в условиях, характеризующихся высокой лекарственной устойчивости: это работает

В 2008 г. Регионе только 9% людей, живущих с ВИЧ, у которых не было активного ТБ, получали профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ), несмотря на убедительные доказательства того, что ПЛИ снижает риск развития активной формы ТБ. Представлены и широко обсуждались фактические данные, указывающие на то, что, учитывая высокий общий уровень монорезистентности возбудителя к изониазиду, у большинства людей ПЛИ будет эффективна. Нет фактических данных о пороговой распространенности устойчивости к изониазиду, при которой риски от ПЛИ превышали бы ее преимущества. ПЛИ не вызывает формирование устойчивости к изониазиду, когда используется для лечения латентного ТБ. Скрининг на ТБ людей, живущих с ВИЧ, - основа для расширения масштабов использования этого метода. ПЛИ обладает преимуществом у людей с активным ТБ благодаря раннему началу лечения и снижает уровень экспозиции при контакте посетителей клиники и работников здравоохранения с заразными больными ТБ. Участники совещания обратились с призывом ускорить практическое внедрение рекомендаций ВОЗ по более активному выявлению случаев и использованию ПЛИ, в основе которых лежит алгоритм скрининга на четыре симптома. Это действительно позволит получить достоверные данные скрининга для определения, соответствуют ли обследуемые лица критериям назначения ПЛИ, или для диагностики ТБ необходимо проведение дополнительной оценки.



фото: Rebecca Martinez

Марш протеста, призывающий покончить со смертями от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, состоявшийся во время проведения XVIII Международной конференции по СПИДу в Вене, Австрия, июль 2010 г



Президент Samraio, Специальный посланник Генерального секретаря ООН по борьбе с ТБ, и Marcos Espinal, Исполнительный секретарь Партнерства «Остановить ТБ», возглавляют марш протеста против ТБ во время работы Конференции по СПИДу

ТБ и ВИЧ-инфекция у потребителей наркотиков: оставленная без внимания бомба замедленного действия

В 2008 г. в Регионе более четверти случаев ВИЧ-инфекции (27%) были диагностированы у ПИН. В некоторых странах более 50% людей, живущих с ВИЧ, являются ПИН. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции выше 30% зарегистрирован у ПИН во многих странах, включая Россию и Украину. Кроме того, у людей, потребляющих наркотики, наблюдаются повышенные уровни заболеваемости ТБ независимо от того, инфицированы они ВИЧ или нет. Потребители наркотиков должны получать необходимое им лечение так же, как и любые другие люди с проблемами здоровья, и иметь право на услуги, основанные на фактических данных. Однако, как правило, ПИН относятся к социально изолированным группам населения с ограниченным доступом к медико-санитарной информации и спасающим жизнь вмешательствам. Широкое распространение и внедрение совместных рекомендаций ВОЗ/ЮНОДК/ ЮНЭЙДС по решению проблемы ТБ/ВИЧ у ПИН имеет большое значение для ликвидации этого пробела. Также важны дестигматизация и декриминализация такого поведения повышенного риска, как потребление

наркотиков. Неспособность реагировать на медико-санитарные потребности ПИН и других групп повышенного риска может ощутимым образом сказаться на общественном здоровье.

Необходимо отслеживать и поощрять методы хорошей практики в странах Региона. Например, проекты НПО в Украине и Кыргызстане, а также проект Общества Красного Полумесяца в Казахстане демонстрируют возможность организации скоординированных комплексных услуг по профилактике, лечению, поддержке и помощи для людей, которые употребляют инъекционные наркотики. Социальная поддержка исключительно важна, поскольку потребители наркотиков, как правило, выходят из среды бывших заключенных, и не имеют паспортов и прописки по месту жительства, необходимых для получения доступа к медобслуживанию в странах ВЕКЦА.

Сочетание ВИЧ-инфекции, ТБ и гепатита С – что это, ящик Пандоры?

Растет озабоченность в связи с тем, что к ТБ и ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков присоединяется гепатит С, что еще больше усложняет задачу ведения больных. Во всем мире инфицирование вирусом гепатита С наблюдается у 70-100% лиц с ВИЧ-инфекцией, заражение которой произошло при инъекционном введении наркотиков. Гепатит С играет важную роль с точки зрения состояния

здоровья, поскольку ВИЧ-инфекция утяжеляет все его стадии, начиная с вероятности развития персистирующей инфекции. Однако возможности для эффективного скрининга и тестирования весьма ограничены, особенно в странах ВЕКЦА, а лечение стоит больших денег и редко бывает доступным. Скрининг и тестирование важны для поддержки профилактики, так как позволяют уменьшить распространение инфекции и предоставить лечение тем, кто в нем нуждается. К другим методам профилактики относятся меры по снижению вреда, например программы обмена игл и шприцев и лечение наркотической зависимости, в частности ОЗТ, благодаря чему снижается вероятность распространения и ВИЧ-инфекции, и гепатита С. Профилактические мероприятия должны быть усилены, когда речь идет о гепатите С, поскольку уровень трансмиссивности вируса гепатита С на порядок выше, чем ВИЧ. Необходимо провести дополнительные клинические исследования для выявления оптимальных путей ведения больных с ТБ, ВИЧ-инфекцией и гепатитом С, особенно у потребителей наркотиков. Работникам здравоохранения следует быть предельно внимательными, чтобы путем эффективного скрининга на более ранних этапах выявлять такое сочетание инфекций.

Рекомендации по ускорению реализации совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Программная деятельность

- ▶ Министрам здравоохранения стран Региона взять на себя ведущую роль в улучшении структурных механизмов для обеспечения максимального уровня сотрудничества и координации усилий с другими министерствами, гражданскими и тюремными службами, национальными программами борьбы с ТБ и ВИЧ/СПИДом, снижения вреда и наркологической помощи, а также в полноценном вовлечении гражданского общества. Создание эффективных координационных комитетов по проблемам ТБ/ВИЧ/потребления наркотиков/тюрем, в работе которых смогут участвовать представители всех заинтересованных сторон, ускорит процесс интеграции программной деятельности.
- ▶ Программам по борьбе с ТБ и ВИЧ/СПИДом проводить устойчивые комплексные вмешательства в отношении ТБ и ВИЧ-инфекции, ориентированные на пациента и основанные на моделях, доказавших свою эффективность в Европейском и других регионах мира.
- ▶ Программам по ВИЧ/СПИДу и сторонам, заинтересованным в решении проблемы ВИЧ-инфекции, взять на себя ведущую роль в расширении масштабов проведения скрининга на ТБ и организации профилактического лечения изониазидом.
- ▶ Программам по ВИЧ/СПИДу поддерживать раннее начало АРТ у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков, включая беременных женщин, и обеспечить организацию соответствующих курсов обучения для работников здравоохранения.
- ▶ Программы борьбы с ТБ не должны поддерживать лечение больных с лекарственно-чувствительным ТБ в стационаре, а переходить к амбулаторному лечению для снижения излишней нагрузки на систему здравоохранения, улучшения показателей успешного лечения и соблюдения прав пациентов.

- ▶ Национальным органам здравоохранения усилить системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и ТБ и внедрить в практику общий формат регистрации и отчетности с целью адекватного отслеживания прогресса в осуществлении совместных мероприятий. Данные эпиднадзора должны фиксировать ситуацию и позволять сравнивать исходы лечения ТБ и ВИЧ-инфекции среди групп населения наибольшего риска и социально уязвимых контингентов.

Наращивание масштабов тестирования на ВИЧ лечения ВИЧ-инфекции у больных ТБ и лиц с подозрением на ТБ

- ▶ Программам борьбы с ТБ и ВИЧ/СПИДом улучшить доступ к тестированию на ВИЧ и консультированию для всех больных ТБ и лиц с подозрением на ТБ, а также повысить уровень использования этих услуг.
- ▶ Программам борьбы с ВИЧ/СПИДом расширить охват добровольным, бесплатным и конфиденциальным тестированием на ВИЧ и консультированием с учетом потребностей наиболее уязвимых и подверженных риску групп населения, выходя за рамки клинических учреждений и привлекая гражданское общество и НПО к предоставлению услуг, опираясь на действующие связи со службами профилактики, лечения и помощи, занимающимися ВИЧ-инфекцией.
- ▶ Программам борьбы с ВИЧ/СПИДом содействовать использованию чувствительных, специфичных экспресс-тестов на ВИЧ для поддержки усилий по улучшению доступа к тестированию на ВИЧ и консультированию и повышению уровня использования этих услуг.
- ▶ Программам борьбы с ТБ и ВИЧ/СПИДом увеличивать охват профилактическим лечением котримоксазолом и АРТ для снижения смертности среди ВИЧ-инфицированных больных ТБ и для профилактики ТБ.

Потребители наркотиков

- ▶ Национальным органам здравоохранения обеспечить внедрение и расширить масштабы использования всеобъемлющего пакета из девяти мер вмешательства для снижения вреда, отдавая предпочтение «службе одного окна» или интегрированным моделям обслуживания, которые включают следующее:
 - ▷ Программы обмена игл и шприцев,
 - ▷ ОЗТ и лечение по поводу других форм наркотической зависимости,
 - ▷ Тестирование на ВИЧ и консультирование,
 - ▷ АРТ,
 - ▷ Профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем,
 - ▷ Программы распространения презервативов,
 - ▷ Информирование, обучение и коммуникацию для потребителей наркотиков и их половых партнеров,
 - ▷ Вакцинацию, диагностику и лечение вирусного гепатита,
 - ▷ Профилактику, диагностику и лечение ТБ.
- ▶ Национальным программам по ТБ, ВИЧ/СПИДу и снижению вреда внедрить в практику совместные рекомендации ВОЗ/ЮНОДК/ ЮНЭЙДС⁹ по проблеме ТБ/ВИЧ у ПИН в целях укрепления потенциала сети и служб для потребителей наркотиков с тем, чтобы оказывать помощь ТБ в рамках мероприятий по снижению вреда.
- ▶ Министрам юстиции обеспечить дестигматизацию и декриминализацию потребления наркотиков путем соответствующего пересмотра нормативно-правовой базы.

⁹WHO, UNODC, UNAIDS Policy Guidelines for collaborative TB and HIV activities for injecting and other drug users, an integrated approach; 2008; WHO/HTM/TB/2008.04

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Места лишения свободы

- ▶ Национальным правительствам вывести тюремную систему медобслуживания из подчинения Министерства юстиции, внутренних дел или безопасности в ведение Министерства здравоохранения либо создать прочную систему координации, которая обеспечивает предоставление качественных и скоординированных услуг по охране здоровья заключенных.
- ▶ Органам здравоохранения пенитенциарного сектора наращивать усилия по оказанию в местах лишения свободы эффективных, основанных на доказательствах услуг по лечению ТБ и ВИЧ-инфекции, а также снижению вреда, включая профилактику, лечение, уход и психосоциальную помощь.
- ▶ Национальным органам здравоохранения гражданского и пенитенциарного сектора улучшить систему направления больных для оказания специализированной помощи из медицинских учреждений пенитенциарного сектора в гражданские службы в целях сохранения непрерывности лечения и помощи при поступлении в места заключения и после освобождения.
- ▶ Министерством юстиции провести всеобъемлющую реформу в области уголовного права для сокращения числа обвинительных приговоров с лишением свободы, чтобы уменьшить перенаселенность и улучшить санитарные условия содержания в тюрьмах и меры инфекционного контроля.

Триединые принципы в отношении ТБ/ВИЧ (более активное выявление случаев ТБ, профилактическое лечение изониазидом и инфекционный контроль ТБ)

- ▶ Программам по ТБ, ВИЧ/СПИДу и снижению вреда поощрять медработников проводить скрининг на ТБ людей, живущих с ВИЧ, при каждом обращении с использованием простого алгоритма, основанного на симптомах, и либо начинать в соответствующих случаях лечение ТБ, либо при исключении активной

формы ТБ назначать ПЛИ. Для начала ПЛИ у людей, живущих с ВИЧ, проведение рентгенологического обследования органов грудной клетки или туберкулиновой кожной пробы не должно быть обязательным условием.

- ▶ Программам по ВИЧ/СПИДу, программам по снижению вреда и органам здравоохранения пенитенциарного сектора обеспечить в сжатые сроки наращивание усилий по профилактике ТБ путем проведения ПЛИ в лечебно-профилактических учреждениях и в местах лишения свободы, в том числе при высоком уровне устойчивости к изониазиду, поскольку фактические данные указывают на то, что ПЛИ действительно работает в таких ситуациях и не приводит к развитию дополнительной устойчивости.
- ▶ Национальным органам здравоохранения гражданского и пенитенциарного секторов разработать и внедрить в практику комплексные планы мероприятий и рекомендации по инфекционному контролю для гарантии того, что за счет реализации эффективных мер инфекционного контроля ТБ все лечебно-профилактические учреждения и другие закрытые объекты являются безопасными с точки зрения передачи ТБ.
- ▶ Национальным органам здравоохранения пропагандировать идеи формирования партнерств, вовлечения гражданского общества и мобилизации ресурсов для осуществления инфекционного контроля.

Лекарственно-устойчивый ТБ и ВИЧ-инфекция

- ▶ Программам по противотуберкулезной работе принять меры по более широкому применению на практике экспресс-методов диагностики лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого ТБ, а также подходов к лечению МЛУ-ТБ в соответствии с методическими рекомендациями, принятыми на международном уровне.
- ▶ Программам борьбы с ТБ включить обследование на ВИЧ в систему

эпиднадзора за развитием устойчивости к противотуберкулезным препаратам для оценки взаимосвязей между ВИЧ-инфекцией и лекарственно-устойчивым ТБ на популяционном уровне, а также совершенствования ведения больных путем их раннего выявления и лечения лекарственно-устойчивого ТБ у людей, живущих с ВИЧ.

Финансирование

- ▶ Правительствам стран увеличить поступление средств из госбюджета для обеспечения адекватного расширения масштаба совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ, включая услуги по снижению вреда в рамках гражданских и тюремных систем здравоохранения.
- ▶ Международному сообществу в области борьбы с ТБ/ВИЧ позаботиться о том, чтобы страны были информированы о требованиях Глобального фонда относительно включения совместных мероприятий по противодействию ТБ/ВИЧ во все заявки по проблеме ТБ и ВИЧ-инфекции с упором на группы населения наибольшего риска и/или социально уязвимые контингенты.

Дальнейшие мероприятия

- ▶ Такие заинтересованные стороны регионального уровня, как Европейское региональное бюро ВОЗ и ЮНЭЙДС, должны регулярно отслеживать ход работы по проведению в жизнь этих рекомендаций путем:
 - ▷ Оказания технической помощи,
 - ▷ Обеспечения распространения рекомендаций и нормативов, в том числе на русском языке,
 - ▷ Проведения информационно-разъяснительной работы,
 - ▷ Обмена передовым опытом стран Региона,
 - ▷ Включения компонентов, касающихся ВИЧ-инфекции и укрепления систем здравоохранения, в региональный план противодействия МЛУ-ТБ, который разрабатывается в настоящее время.

Общие организационные вопросы совещания:

Delphine Sculier при содействии Smiljka de Lussigny, Martin Donoghoe, Alasdair Reid, Caoimhe Smyth и Richard Zaleskis.

Координационный комитет совещания:

Annabel Baddeley (ЮНЭЙДС, Швейцария); Jacqueline Bataringaya (Международное общество борьбы со СПИДом, Швейцария); Monica Veg (ЮНОДК, Австрия); Valery Chernyavskiy (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария); Philippe Creach (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария); Masoud Dara (Фонд по борьбе с туберкулезом KNCV, Нидерланды); Smiljka de Lussigny (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания); Martin Donoghoe (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания); Andrew Doupe (ВОЗ, Швейцария); Haileyesus Getahun (ВОЗ, Швейцария); Lasha Gogvadze (МФККП, Швейцария); Reuben Granich (ВОЗ, Швейцария); Christian Gunneberg (ВОЗ, Швейцария); Fabienne Hariga (ЮНОДК, Австрия); Vahur Hollo (ЕЦПКЗ, Стокгольм); Erin Howe (Институт «Открытое общество», США); Csaba Kodmon (ЕЦПКЗ, Стокгольм); Zhannat Kosmukhamedova (ЮНОДК, Австрия); Konstantin Lezhentsev (Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ, Украина); Davide Manissero (ЕЦПКЗ, Стокгольм); Lars Moller (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания); Julie Pluie (Международное общество борьбы со СПИДом, Швейцария); Alasdair Reid (ЮНЭЙДС, Швейцария); Roxanne Saucier (Институт «Открытое общество», США); D. Sculier (ВОЗ, Швейцария); Caoimhe Smyth (ВОЗ, Швейцария); Annette Verster (ВОЗ, Швейцария); Claire Wingfield (Treatment Action Group, США); Richard Zaleskis (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания).

Группа составителей отчета:

Delphine Sculier при содействии Haileyesus Getahun и докладчиков.

Председатели и модераторы:

Galina Sergeevna Alexeeva; Gordana Radosavlijevic Asic; Victor Botnaru; Valery Chernyavsky; Martin Donoghoe; Amiran Gamkrelidze; Haileyesus Getahun; Jarno Habicht; Hans Kluge; Ludmila Semenova; Andrei Slavuckij; Jeroen van Gorkom; Elena Vovc, Anna Zakowicz.

Докладчики:

Silviu Ciobanu; Gayane Ghukasyan; Christian Gunneberg; Rafael Lopez; Lars Moller; Arta Kuli; Valiantsin Rusovich; Caoimhe Smyth; Javahir Sulevmanova.

Административно-техническая поддержка:

Rosalie Edma при содействии Rebecca Martinez и Doina Lin.

Участники совещания:

B. Abdulkhakov; T. Abdullaev; T. Abildayev; R. Aburabi; M. Aichelburg; G. S. Alexeeva; L. Aliev; M. Anttila; F. Apina; R. Argirova; Y. Argymbaev; V. Ashirova; G. R. Asic; N. Atabekov; L. Babenko; A. Baddeley; M. Balasanyan; A. Balkandijeva; A. Barua; S. Bazhan; N. Biloshchytska; L. Blanc; A. Bloom; V. Botnaru; H. Bozkurt; I. Burduja; S. Čaplinskas; D. Chemtob; V. Chernyavskiy; S. Ciobanu; P. Creach; I. Davrashelidze; S. de Lussigny; M. Donoghoe; M. Dotsenko; A. Doupe; E. Drinkou; O. G. Durdyeva; R. Dzhumaev; R. Edma; L. Eldred; J. Eminbayli; R. Fedosejeva; O. Frolova; H. Gadirova; J. Gadoev; K. Gamazina; A. Gamkrelidze; H. Getahun; S. Gheorghita; G. Ghukasyan; E. Girardi; L. Goginashvili; L. Gogvadze; C. Goyon; R. Granich; A. Grant; L. Grigorieva; S. Grigoryan; M. Grishina; R. Gunderlach; C. Gunneberg; J. Habicht; Y. K. Haile; K. Hasanova; D. Havlir; A. Hornung-Pickert; A. Hovhannisyan; E. Howe; V. Hryn; E. Ibraim; V. Iljina; I. Ismailov; H. Jankuloski; E. Jimenez; F. Jochims; E. Kalieva; S. Kamilova; L. Karpenko; S. Karymbaeva; O. Kheylo; H. Kluge; A. Koshoeva; D. Kudelia; O. Kulchenko; A. Kuli; M. A. Lansang; Y. Lazarevich; N. V. Leonchuk; K. Lezhentsev;

D. Lin; A. Lochoshvili; R. Lopez-Olarte; C. Lubinski; B. MacBeath; M. Madzhidov; J. Mandelbaum-Schmid; A. Manganello; M. Mardaescu; J. Martinoniene; J. Mayowa; C. Mears; R. Mehdiyev; C. Mgone; L. A. Mikhailova; K. Mitic; L. Møller; Z. Mustafayeva; H. Nakatani; D. Namutamba; A. Naukokaite; H. Njoo; C. Nyirenda; R. O'Brien; A. Olshanskiy; S. Osipchik; N. Otwoma; S. Pak; D. Pashkevich; Y. A. Pavlov; E. Pisemskiy; I. Poliakov; H. A. T. Rahmanberdiyev; A. Reid; F. Rodiucova; D. Rollason; L. Rooväli; V. Rusovich; S. Rustamov; D. Rüütel; L. Saidganieva; K. Salovaara; D. Samarin; A. Sarang; I. Schelokova; S. Schonning; D. Sculier; L. Semenova; L. Severin; D. Sherembey; O. Sheyanenko; M. Shmelev; E. Skachkova; A. Skrahina; A. Slavuckij; V. Slessarev; C. Smyth; I. Sobolev; A. Solovieva; P. Sommerfeld; A. Stirna; L. Storozhuk; J. Sulemaynova; A. Sultanova; S. P. Surenovich; J. Syed; O. Tarasenko; A. Taylakova; K. Thompson; K. Todadze; Z. Toktosonov; S. Topchubashova; T. Tsertsvadze; G. Tsogt; T. Tumanov; D. Ulmasova; I. Upmace; J. Van Gorkom; W. Vandeveld; T. Varleva; T. Vasiliev; G. Vergus; N. Vezhnina; L. Viksna; E. Vovc; I. Vyshemirskaya; M. Willingham; C. Wingfield; T. Yakimova; C. Yilmaz; R. Yuldashev; B. Yusupov; A. Zakowicz; R. Zaleskis; A. Zaripov; L. Zhylevich.

TB HIV

Для получения дополнительной информации обращайтесь : www.who.int/tb/en
За дополнительные копии, пожалуйста, посылать запросы : tbdocs@who.int

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.
Все права защищены. WHO/HTM/TB/2010.9

Stop TB Partnership



Всемирная организация
здравоохранения