



© Wendy Marjissen

# Повышение эффективности диагностики и лечения детского туберкулеза в Таджикистане

ноябрь 2013



Министерство здравоохранения  
Республики Таджикистан



## Содержание

<b>Краткий обзор</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Введение</b> .....	<b>4</b>
1.1 Глобальное бремя детского туберкулеза .....	4
1.1.1 Распространение лекарственно-устойчивого туберкулеза .....	4
1.1.2 Сложность диагностики и лечения детского туберкулеза .....	4
1.2. Туберкулез в Центральной Азии .....	4
1.2.1 Политический курс Таджикистана на борьбу с туберкулезом .....	5
1.3 Лечение детского туберкулеза в Таджикистане	
1.3.1 Программа семейной противотуберкулезной помощи .....	5
1.3.2 Деятельность в рамках программы .....	6
1.3.3 Новое руководство по оказанию противотуберкулезной помощи детям .....	6
<b>2. Ранняя и правильная диагностика</b> .....	<b>6</b>
2.1 Новые методы диагностики: индукция мокроты и GeneXpert	
2.1.1 Индукция мокроты .....	6
2.1.2 Экспресс-тест на лекарственную чувствительность с помощью анализатора GeneXpert .....	7
2.2 Использование истории контактов для определения профиля лекарственной устойчивости .....	7
2.3 Расширение масштабов активного выявления новых случаев .....	7
2.3.1 Оценка роста .....	8
<b>3. От раннего лечения к комплексному клиническому ведению пациентов</b> .....	<b>9</b>
3.1 Приготовление лекарственных форм для детей .....	9
3.2 Отслеживание и коррекция побочных эффектов .....	9
3.3 Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией .....	10
<b>4. Помощь в развитии ребенка: поддержка приверженности лечению и поддержка семье</b> .....	<b>10</b>
4.1 Психосоциальная поддержка приверженности для детей и их семей .....	11
4.2 Потребность в образовании: возвращение к школьному обучению и программа игровой терапии .....	11
4.3 Избавление детей от длительной госпитализации .....	12
<b>5. Выводы и рекомендации</b> .....	<b>13</b>
Список сокращений .....	14
Примечания .....	14

## Краткий обзор

### Контекст

Детям, наиболее уязвимой группе среди больных туберкулезом, слишком долго не уделяется достаточного внимания в лечении туберкулеза по всему миру. По оценкам, в 22 странах с наивысшим бременем туберкулеза дети составляют 10–15% больных туберкулезом, по всему миру эта болезнь ежегодно уносит по меньшей мере 130 000 детских жизней. Кроме того, растет количество детей, инфицированных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза. Причина недостатка внимания к этой проблеме заключается в том, что и диагностика, и лечение детского туберкулеза особенно сложны, поскольку отсутствуют средства диагностики, подходящие для детей, и не выпускаются детские формы противотуберкулезных препаратов. К тому же, сохранение приверженности долговому и тяжелому лечению туберкулеза, в особенности, в случае лекарственно-устойчивых форм, требует усилий и от ребенка, и от его семьи.

### Программа лечения детского туберкулеза

В 2011 году Министерство здравоохранения Таджикистана и организация «Врачи без границ» / Médecins Sans Frontières (MSF) начали интегрированную программу по оказанию комплексной помощи детям, больным туберкулезом, с тем, чтобы продемонстрировать возможность оказания такой помощи, а также успешной диагностики и полного излечения туберкулеза, в особенности лекарственно-устойчивых форм.

### Обоснование и задачи отчета

В отчете представлено описание комплексной модели лечения детского туберкулеза и опыта работы проекта в Таджикистане. На основе этого опыта сделаны некоторые выводы и рекомендации по расширению масштабов оказания противотуберкулезной помощи детям в регионе Центральной Азии и Восточной Европы. Цель отчета состоит в обмене накопленным опытом и выводами, выявлении недостатков и определении возможностей для повышения эффективности оказания детям противотуберкулезной помощи и полноценного включения детей как наиболее уязвимой группы пациентов в национальные противотуберкулезные программы.

На настоящее время опыт программы лечения детского туберкулеза указывает на следующее:

- Для эффективного лечения детского туберкулеза необходима комплексная модель лечения, которая включает лечение как лекарственно-чувствительного, так и лекарственно-устойчивого туберкулеза, а также учитывает всех членов семьи.

- Детский туберкулез необходимо точно диагностировать как можно раньше, применяя такие современные методы диагностики, как индукция мокроты, экспресс-тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) с помощью анализатора GeneXpert, а также отслеживая контакты больных.
- Необходимо как можно раньше начинать комплексное лечение, включающее приготовление детских форм препаратов, систематический мониторинг и эффективное лечение побочных эффектов, дополнительное питание и лечение сопутствующих заболеваний.
- Ребенку и семье необходима поддержка в приверженности лечению, чтобы свести к минимуму отрицательное влияние, которое может оказывать длительное лечение туберкулеза на развитие ребенка. Здесь речь идет о психосоциальной поддержке приверженности, скорейшем возвращении в школу после конверсии мокроты, сокращении длительности госпитализации и предпочтительно амбулаторном режиме лечения.

Министерство здравоохранения, MSF и организации-партнеры, занимающиеся лечением туберкулеза, продолжают поиск и разработку более совершенных подходов к диагностике и лечению детского туберкулеза.



# 1. Введение

## 1.1 Глобальное бремя детского туберкулеза

Детский туберкулез<sup>1</sup> является всемирной проблемой, которая слишком долго оставалась без внимания. В районах с высоким уровнем распространения туберкулеза это заболевание является одной из основных, но зачастую непризнанной причиной других болезней и смертности среди детей.<sup>2</sup> Согласно подсчетам, в 2011 году число случаев туберкулеза по всему миру составило 8,7 млн, причем 500 тыс. из них приходилось на детей, что составило около 6% от общего числа случаев.<sup>3</sup> По оценкам, в 22 странах с самыми высокими показателями заболеваемости туберкулезом, детский туберкулез составляет 10-15% от всех случаев заболевания и ежегодно уносит жизни, по меньшей мере, 130 000 детей в мире.<sup>4</sup> Безусловно, детский туберкулез заслуживает отдельного внимания, и существует острая необходимость в особой диагностике и лечении для детей.

Несмотря на то, что цифры оценочные, можно предположить, что вплоть до сегодняшнего дня реальное число случаев детского туберкулеза сообщалось не в полном объеме и занижено. Ни одна страна не предоставляет отдельных данных по случаям детского туберкулеза, и лишь в 2012 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила оценку числа детей, больных туберкулезом, и связанной с ним детской смертности в Глобальный доклад по борьбе с туберкулезом (Global Tuberculosis Report).<sup>5</sup>

### 1.1.1 Распространение лекарственно-устойчивого туберкулеза

Картина распространения туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью выглядит тревожно. В 2008 году 3,6% случаев туберкулеза, зарегистрированных в мире, составил туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью<sup>6</sup>, что позволяет предположить, что и среди детей был подобный всплеск лекарственно-устойчивого туберкулеза.<sup>7</sup> Число детей с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза продолжает расти.<sup>8</sup>

### 1.1.2 Сложность диагностики и лечения детского туберкулеза

Показатели выявления случаев туберкулеза являются низкими не в последнюю очередь из-за сложности диагностики туберкулеза у детей. Одна из причин того, что детский туберкулез плохо выявляется и эта уязвимая группа долгое время оставалась без внимания<sup>9</sup>, заключается в том, что диагностика туберкулеза у детей представляет большую сложность, чем у взрослых. У детей выделяется меньше мокроты, бактериальная нагрузка у детей не столь велика, а вероятность развития внелегочного туберкулеза намного выше, чем у взрослых. Таким образом, иногда подтверждение туберкулеза с помощью микробиологической диагностики бывает невозможным.

Ввиду отсутствия на рынке лекарственных форм для детей, длительности и тяжести заболевания, лечение туберкулеза весьма затруднительно, в особенности в случае лекарственно-устойчивых форм, при которых лечение может длиться до 2 лет, и приверженность лечению требует больших усилий от пациентов и их семей.

Вдобавок ко всему, длительная и изнурительная болезнь может иметь серьезные негативные последствия для развития ребенка, и, вне всякого сомнения, настало время уделить лечению детского туберкулеза должное внимание. Ввиду того, что детский туберкулез обычно возникает в результате контакта с инфицированным взрослым, эпидемиология детского туберкулеза отражает успехи или неудачи противотуберкулезной программы.<sup>10</sup>

## 1.2. Туберкулез в Центральной Азии

Туберкулез представляет серьезную угрозу общественному здоровью в центрально-азиатском регионе. По оценкам ВОЗ, в 2012 году распространенность заболевания в регионе варьировалась от 99 до 217 случаев на 100 000 населения.<sup>11</sup> Сообщенные данные по уровню заболеваемости варьируется от 71 до 141 новых случаев на 100 000 населения в 2012 году.<sup>12</sup>

По данным, приведенным в Глобальном докладе по борьбе с туберкулезом 2013 г., уровень выявления туберкулеза среди общего населения в регионе составляет 66-81%.<sup>13</sup> К сожалению, до 2012 года в глобальных отчетах не приводились данные по детям, и в их отсутствие невозможно узнать уровень выявляемости среди детей, который, учитывая сложности в диагностике детского туберкулеза, может быть значительно ниже. Однако с 2014 года в Таджикистане будут приняты новые определения туберкулеза и стандарты отчетности, в том числе более совершенные стандарты отчетности о детском туберкулезе.

Здесь, как и во всех странах региона, особую обеспокоенность вызывает высокий процент случаев инфицирования туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. В 2010–2011 гг. было проведено национальное исследование по лекарственной устойчивости, согласно которому туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью составляет 13% от всех новых случаев заболевания и примерно 54% от случаев повторного лечения.<sup>14</sup>

### 1.2.1 Политический курс Таджикистана на борьбу с туберкулезом

Правительство Таджикистана признало, что туберкулез представляет собой угрозу здоровью населения страны. В 2007 и 2009 годах Таджикистан подписал Берлинскую и Пекинскую декларации по туберкулезу, признав следующее:

*«В связи с неадекватным осуществлением международно принятых стратегий борьбы с туберкулезом в регионе наблюдается высокий показатель неблагоприятных исходов лечения. Необходимо еще больше расширить применение имеющихся в настоящее время проверенных высококачественных диагностических средств, а также соответствующих стратегий и схем лечения, основанных на фактических данных».*<sup>15</sup>

Правительство Таджикистана принимает последовательные меры по борьбе с туберкулезом, в том числе:

- В настоящее время осуществляется третья национальная программа (2010–2015) эффективной борьбы с туберкулезом.
- Был принят Закон Республики Таджикистан от 22 декабря 2006 года №223 «О защите населения от туберкулеза»<sup>16</sup>, который включает разделы о социальной защите больных туберкулезом и медицинских работников.
- В 2012 году при поддержке Немецкого банка развития была полностью отремонтирована и оборудована современными диагностическими средствами Республиканская противотуберкулезная больница в Мачитоне. Она стала национальным центром лечения туберкулеза, легочных заболеваний, хирургического лечения туберкулеза, там находится национальная референс-лаборатория, кроме того, больница станет учебным центром.
- Недавно открылись новые противотуберкулезные больницы, две областные и одна районная, в каждой из которых, по сообщениям противотуберкулезной программы Таджикистана, есть детское отделение.
- После посещения Президентом Республики Таджикистан Эмомали Рахмоном Национального центра лечения туберкулеза, легочных заболеваний и торакальной хирургии и областного туберкулезного стационара Хатлонской области был составлен план мероприятий, который включает постепенное увеличение финансирования противотуберкулезной службы.

Лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью началось в 2009 году в рамках национальной противотуберкулезной программы Таджикистана и при содействии ключевых партнеров. Тем не менее, в условиях ограниченных ресурсов, в том числе нехватки препаратов, детский туберкулез не рассматривался в качестве основной угрозы здоровью населения, так как очень часто дети менее заразны, чем взрослые, и дети, больные лекарственно-устойчивым туберкулезом, не получали лечения.

После принятия обязательств и начала программы Минздрава и MSF по комплексному лечению детского туберкулеза в 2011 году Таджикистан постепенно становится лидером в осуществлении систематической диагностики и специализированного лечения лекарственно-устойчивого и лекарственно-чувствительного детского туберкулеза.

### 1.3 Лечение детского туберкулеза в Таджикистане

#### 1.3.1 Программа семейной противотуберкулезной помощи

В 2011 году Министерство здравоохранения Таджикистана и организация «Врачи без границ»/Médecins Sans Frontières (MSF) начали комплексную программу по оказанию помощи детям, больным туберкулезом, чтобы продемонстрировать возможность оказания такой помощи, а также успешной диагностики и полного излечения туберкулеза, в особенности лекарственно-устойчивых форм.

Целью программы семейной противотуберкулезной помощи является совершенствование диагностики и лечения лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого туберкулеза у детей и членов их семей. С учетом того, что дети наиболее часто заражаются туберкулезом от членов своих семей, необходим комплексный подход к лечению всей семьи, бесполезно лечить одного лишь ребенка. Для его успешного выздоровления очень важно лечение взрослых членов семьи, контактирующих с ребенком, если они еще не включены в национальную противотуберкулезную программу.

Программа включает в себя три ключевых компонента, которые необходимы для реализации систематического подхода к лечению туберкулеза у детей:

#### 1. Ранняя и правильная диагностика, включая:

- Новые методы диагностики: индукция мокроты и тест на лекарственную чувствительность при помощи анализатора GeneXpert
- Отслеживание контактов
- Расширение активного выявления новых случаев заболевания

#### 2. Раннее и комплексное лечение:

- Эмпирическая терапия
- Приготовление детских форм препаратов
- Систематическое наблюдение за побочными эффектами и их оперативное лечение
- Лечение сопутствующих заболеваний
- Дополнительное питание

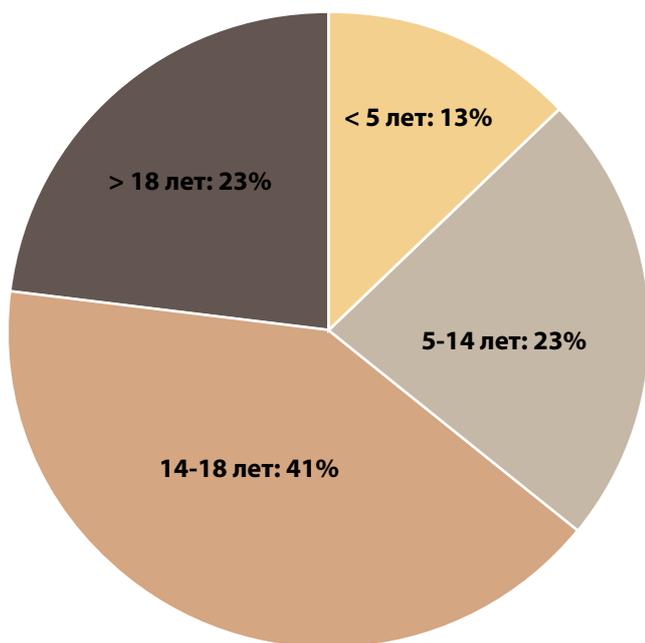
#### 3. Поддержка приверженности лечению у детей и их семей

- Психосоциальная помощь пациентам и их семьям (или опекунам)
- Лечение по месту жительства и на дому
- Раннее возвращение к школьному обучению и получение образования

### 1.3.2 Деятельность в рамках программы

Всего лечение против лекарственно-устойчивого туберкулеза в стране проходят 46 детей<sup>17</sup>. MSF предоставляет лечение 39 пациентам, в том числе взрослым из контактных лиц, среди которых 32 пациента с МЛУ и семь – с ШЛУ туберкулезом. На графике ниже приводится распределение больных лекарственно-устойчивым туберкулезом по возрастам.

**Диаграмма 1: Распределение пациентов с множественной лекарственной устойчивостью, находящихся на лечении в педиатрической программе Минздрава Таджикистана и MSF, по возрастным группам, октябрь 2013 г.**



Пациенты проходят лечение в противотуберкулезных больницах в Душанбе или по месту жительства. В настоящее время 33 больных лекарственно-устойчивым туберкулезом проходят лечение на дому или амбулаторно. Наблюдение за приемом препаратов и мониторинг лечения осуществляют DOT-медсестры или обученные волонтеры.

В 2011 году на лечение против лекарственно-чувствительного туберкулеза в национальную противотуберкулезную программу было принято 838 детей, в 2012 году – 599 детей и 568 детей в 2013 году.<sup>18</sup> В настоящее время MSF проводит наблюдение 83 из этих пациентов.

### 1.3.3 Новое руководство по оказанию противотуберкулезной помощи детям

В руководстве Министерства здравоохранения Таджикистана по оказанию противотуберкулезной помощи детям 2011 г. учитывается туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. Однако ввиду значительных различий между пациентами-детьми и пациентами-взрослыми и, в особен-

ности, сложности получения биологического материала для подтверждения диагноза туберкулез, MSF совместно с Национальной противотуберкулезной программой подготовили новое руководство с учетом последних разработок и передового опыта в лечении лекарственно-устойчивых и лекарственно-чувствительных форм детского туберкулеза, а также технической поддержки ВОЗ и партнеров по борьбе с туберкулезом в Таджикистане.

На данный момент идет работа по объединению нового руководства с руководством 2011 года, а также процесс его одобрения Минздравом, включая подготовку соответствующего приказа. На основе этих документов MSF совместно с партнерами по борьбе с туберкулезом проводит обучение и обеспечивает медицинских работников Минздрава в проектных районах технической поддержкой по вопросам диагностики и лечения лекарственно-устойчивого и лекарственно-чувствительного детского туберкулеза.

## 2. Ранняя и правильная диагностика

Для предупреждения распространения туберкулеза и облегчения его лечения необходимо диагностировать заболевание как можно раньше. Вот почему краеугольным камнем программы семейной противотуберкулезной помощи является внедрение новых методов диагностики и обеспечение доступа к диагностическим службам для всех детей с подозрением на туберкулез, проживающих в проектных районах. Несмотря на сложность процедуры, точная диагностика возможна при тщательном анализе клинических симптомов и медицинской истории в сочетании с отслеживанием контактов и использованием таких инструментов, как индукция мокроты, анализатор GeneXpert, рентгенография и проба Манту.

### 2.1 Новые методы диагностики: индукция мокроты и GeneXpert

#### 2.1.1 Индукция мокроты

Главным препятствием для диагностики туберкулеза у детей является сложность взятия образцов для теста на лекарственную чувствительность. Даже в случае получения хороших образцов мокроты, в 50% случаев анализ будет негативным, так как у детей часто очень низкая бациллярная нагрузка. Индукция мокроты - очень эффективная и безопасная процедура, которая может применяться у очень маленьких детей и не представляет опасности даже для младенцев в возрасте одного месяца. Для более эффективного поддержания инфекционного контроля процедура проводится в отдельном кабинете индукции мокроты, изолированном от зоны нахождения пациентов.

Выход одного образца индуцированной мокроты сравним с тремя образцами промывных вод желудка, однако этот метод все же не является оптимальным решением. Минздрав и MSF продолжают поиски более эффективных методов получения



Медсестра проводит назофарингеальную аспирацию двухлетнему мальчику с подозрением на туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью.

образца мокроты у детей, но очень важно продолжать разработку других подходов.

Для проведения индукции мокроты необходим обученный и квалифицированный медицинский персонал, знакомый с правильным использованием и дезинфекцией оборудования, а также поддержанием мер инфекционного контроля в кабинете индукции мокроты. Ввиду того, что, как правило, процедура проводится квалифицированными медсестрами, риск для пациента минимален, и возможные побочные эффекты легко лечатся.

### 2.1.2 Экспресс-тест на лекарственную чувствительность с помощью анализатора GeneXpert

Анализатор GeneXpert является очень важным дополнением к процедуре индукции мокроты. Его чувствительность выше, чем у микроскопии мокроты, однако точность ниже, чем у посева мокроты, но при этом он может обнаружить устойчивость к самому сильному препарату первого ряда – рифампицину – и, таким образом, указать на вероятность МЛУ-ТБ. Использование GeneXpert позволило сократить время на диагностику лекарственно-устойчивого туберкулеза с максимальных 42 дней до всего лишь двух часов, превратив этот инструмент в основное средство эффективной и своевременной диагностики и позволяя как можно раньше начать лечение.

К примеру, наличие анализатора GeneXpert в новой лаборатории с биологической безопасностью II уровня в том же комплексе зданий, где находится больница, а также кабинет индукции мокроты, позволяет всего за один день провести полную процедуру диагностики для младенца в возрасте нескольких месяцев.

Более того, это способствует поддержанию мер инфекционного контроля, обеспечивая оперативную сегрегацию пациентов и, тем самым, снижение риска инфицирования пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом штаммом лекарственно-устойчивого туберкулеза.

В случае возможности получения образца мокроты MSF настаивает на проведении теста на лекарственную чувствительность для каждого ребенка с подозрением на туберкулез.

## 2.2 Использование истории контактов для определения профиля лекарственной устойчивости

С учетом сложности получения биологического материала для диагностики туберкулеза у детей чрезвычайно важно отслеживать контакты при диагностике и изучать возможную необходимость проведения эмпирической терапии. В условиях высокого распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза, особенно важен тщательный анализ истории контактов и выявление взрослого человека, который мог послужить источником инфицирования.<sup>19</sup> Большинство детей с лекарственно-устойчивым туберкулезом были инфицированы взрослыми, поэтому крайне вероятно, что ребенок получает штамм с такой же устойчивостью, что и индекс-случай, и поэтому должен получать соответствующее лечение.<sup>20</sup>

Совместно с участковыми медсестрами и фельдшерами из поликлиник и сельских врачебных пунктов в проектных районах региона Куляб сотрудники MSF посещают семьи пациентов с целью выявления инфицирования членов их семей лекарственно-чувствительным или лекарственно-устойчивым туберкулезом.

## 2.3 Расширение масштабов активного выявления новых случаев

Все пациенты, находящиеся на лечении в детской противотуберкулезной больнице Душанбе, проходят тест на лекарственную чувствительность. Однако для эффективной борьбы с туберкулезом недостаточно просто ждать, пока пациенты поступят на лечение: для расширения масштабов диагностики детского туберкулеза требуется активное выявление новых случаев. В Кулябском районе MSF провела отслеживание контактов в 20 семьях и нашла среди тридцати детей младше пяти лет 16 детей с подозрением на туберкулез. Следует проводить не только скрининг семей, проживающих в районах с высокой распространенностью туберкулеза, но и активное выявление новых случаев заражения детей среди тех групп населения, которые подвергаются большему риску, например,

**Диаграмма: Отслеживание контактов и активное выявление новых случаев**



беспризорные дети, воспитанники детских домов, школьники, пациенты ВИЧ-клиник или санаториев.

Минздрав Таджикистана убежден в срочной необходимости расширения масштабов отслеживания контактов и активного выявления случаев заболевания, а также систематизации этой деятельности на уровне первичного медицинского звена в поликлиниках и при участии врачей общей практики, педиатров и сети участковых медсестер и фельдшеров в сельских районах Таджикистана.

### 2.3.1 Оценка роста

Одними из самых надежных индикаторов детского туберкулеза при отслеживании контактов являются антропометрические показатели – упадок сил и прекращение роста, а также недоедание. Оценка роста ребенка очень важна для определения эффективности выбранной терапии: отсутствие прогресса в росте во время лечения указывает на неправильно подобранную комбинацию препаратов. Именно поэтому при лечении детей в рамках противотуберкулезной программы Таджикистана вес ребенка записывается в карту физического развития при каждом посещении врача, что помогает оценить эффективность текущего режима лечения туберкулеза.

Хорошее питание является залогом успешного лечения туберкулеза и показателем эффективности всей программы. Туберкулез может вызвать хроническое истощение, которое будет иметь негативные последствия для будущего развития ребенка. Дети, больные туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, обычно нуждаются в лечебном питании.<sup>21</sup> Программа лечения детского туберкулеза включает в себя обеспечение такого питания, снабжая нуждающиеся семьи ежемесячным продовольственным пайком и лечебным питанием для сильно истощенных детей.

### Туберкулез – семейное заболевание

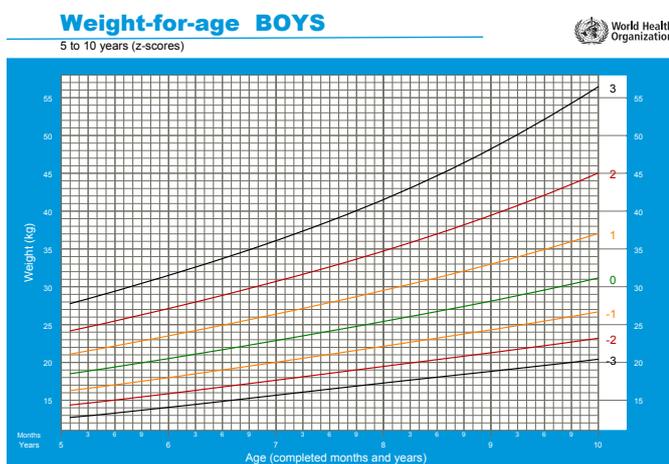
Братья Далер, 7 лет, и Абдул, 4 года, живут со своей семьей в отдаленной горной деревне. Далер инфицирован туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, а Абдул – лекарственно-чувствительным штаммом туберкулеза. Их мать Малика также больна туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Когда Малику впервые направили в противотуберкулезную больницу Душанбе, сотрудники национальной противотуберкулезной программы провели отслеживание контактов в ее семье и обнаружили, что инфицированы оба ее ребенка, а также сестра и два племянника. Все они сейчас включены в программу Минздрава и MSF по оказанию семейной противотуберкулезной помощи и находятся на лечении. Но туберкулез уже успел нанести семье непоправимый урон: несколько ее членов, включая брата Малики, умерли, не пройдя диагностику и не получив нужное лечение. Через несколько месяцев пребывания в госпитале Малика с детьми смогли вернуться домой и в настоящее время проходят лечение на дому. В деревне, где они живут, нет врачебных пунктов, которые могли бы обеспечить прямое наблюдение лечения. Помогать и контролировать ежедневное принятие пациентами лекарства вызвалась их соседка Саодат. Для этого ее специально обучили сотрудники программы педиатрической противотуберкулезной помощи. Саодат регулярно проходит повторные курсы во время приездов медсестры и консультанта проекта. «Мы посещаем эту семью раз в месяц, чтобы поддержать их в борьбе с изнурительными побочными эффектами. Мы также приносим им продовольственные пайки, чтобы поддержать их в лечении и помочь развитию детей дополнительным питанием», – рассказывает Соро, одна из консультантов проекта по приверженности лечению.

(Имена всех пациентов были изменены)



На каждом приеме ребенка взвешивают.

Ниже приводится пример графика роста, разработанного ВОЗ, показывающего соотношение вес-возраст для мальчиков 5-10 лет



### 3. От раннего лечения к комплексному клиническому ведению пациентов

Несмотря на все сложности лечения детского туберкулеза, при своевременном начале лечения прогноз в основном благоприятный, даже для очень маленьких детей с ослабленным иммунитетом.<sup>22</sup> В большинстве своем дети хорошо переносят противотуберкулезные препараты и, судя по всему, при тех же принципах лечения, что и для взрослых, имеют меньше побочных эффектов. Для успешного лечения необходимо регулярное наблюдение пациента.

#### 3.1 Приготовление лекарственных форм для детей

Еще одной областью лечения детского туберкулеза, оставленной без внимания, являются детские лекарственные формы противотуберкулезных препаратов, которых на фармацевтическом рынке нет, а также отсутствие четких руководств по приготовлению лекарственных форм, удобных для детей. Основная сложность заключается в соблюдении точной дозировки препаратов из расчета веса ребенка. В программе лечения детского туберкулеза в Таджикистане применяется индивидуальный подход с подбором доз отдельно для каждого ребенка в соответствии с его весом.<sup>23</sup> Индивидуальное лечение, в том числе его режим, должны быть подобраны для каждого ребенка в соответствии с рекомендациями MSF для Таджикистана, сформулированными в руководстве по лечению детского туберкулеза, одобренном Национальной противотуберкулезной программой.

Для обеспечения индивидуально подобранных доз и рецептов MSF разработала руководство по приготовлению форм и удобные для детей сиропы, произведенные из качественных и одобренных препаратов второго ряда, в качестве жидкого связующего для которых используется доступный в продаже сироп. Приготовление форм производится в коммерческой аптеке в Душанбе, в соответствии с протоколом, разработанным для препаратов второго и третьего ряда. Для пациентов, проходящих лечение по проекту семейной противотуберкулезной помощи, MSF предоставляет препараты второго ряда и лекарства для коррекции побочных эффектов, причем те пациенты, которые весят меньше 30 кг, получают соответствующие препараты в форме сиропа.

#### 3.2 Отслеживание и коррекция побочных эффектов

Изнуряющие побочные эффекты высокотоксичных противотуберкулезных препаратов являются основным фактором, негативно влияющим на приверженность пациентов лечению. Для поддержания результативности лечения, необходимо бороться с такими побочными эффектами, как тошнота, суставные боли и снижение слуха, для чего необходим систематизированный контроль. Чрезвычайно важно, чтобы лечащий

врач или медсестра прошли обучение применению, дозировке и хранению препаратов, наблюдению пациентов и протоколированию побочных эффектов. Для всех пациентов проекта MSF предоставляет качественные препараты в удобных для детей дозировках, предназначенные для корректировки побочных эффектов, и реализует систему лечения побочных эффектов, которая включает в себя регулярный мониторинг и ведение пациента, а также оказание психосоциальной поддержки для пациентов и их опекунов. Препараты для корректировки побочных эффектов в рамках программы лечения детского туберкулеза передаются в поликлиники и участковым медсестрам, осуществляющим лечение амбулаторных пациентов.

Потеря слуха является серьезным побочным эффектом, который может быть вызван лечением инъекционными препаратами. Он может оказать даже более разрушительное действие на развитие ребенка, чем на здоровье взрослого человека, лишив ребенка способности научиться говорить, что приведет к немоте. Потерю слуха у детей отследить гораздо сложнее, так как они не всегда замечают его снижение, поэтому основной составляющей коррекции побочных эффектов является регулярная аудиометрия.

### 3.3 Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией

ВИЧ-инфицированные дети крайне уязвимы к тяжелым формам туберкулеза, которые они могут получить в результате контакта с больным человеком.<sup>24</sup> Если ребенок имеет сочетанную патологию туберкулез-ВИЧ, он должен проходить антиретровирусную терапию (АРВ) параллельно с лечением туберкулеза.

Для каждого ребенка с подозрением на туберкулез рекомендуется провести тест на ВИЧ, а также добровольное консультирование и тестирование. Результаты теста сообщаются пациенту, опекуну и лечащему врачу-фтизиатру. Пациент должен как можно скорее начать получение АРВ-терапии и поддержки для формирования приверженности лечению, что возможно лишь при наличии хорошего информационного взаимодействия и сотрудничества между противотуберкулезными и ВИЧ-службами. Каждый ребенок, проходящий лечение по программе лечения детского туберкулеза, сдает анализ на ВИЧ и в случае подтверждения диагноза MSF рекомендует оперативно начать АРВ-терапию. В то же время ВИЧ-инфицированные пациенты и их семьи получают информацию по вопросам ВИЧ, психологическое консультирование и помощь в приверженности терапии, а также поддержку приверженности лечению туберкулеза.

## 4. Помощь в развитии ребенка: поддержка приверженности лечению и поддержка семье

Туберкулез и его лечение оказывают на детей очень сильное негативное воздействие. Дети сталкиваются с длительным и тяжелым заболеванием именно в тот период жизни, когда их развитие идет быстрее всего. В отсутствие надлежащего



### Мижгона – первая успешно вылеченная пациентка программы лечения детского туберкулеза, диагноз: туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

«Некоторые родители не верят врачам, но, если не позволить им вылечить твоего ребенка, он умрет у тебя на руках», – вне всякого сомнения, мать Мижгоны счастлива, что ее дочка наконец-то здорова после 22 месяцев лечения туберкулеза. – «Моя дочка была очень больна, она потеряла много веса и кашляла кровью». Мижгона была одной из пациенток, получающих лечение по программе семейной противотуберкулезной помощи. «В поликлинике №8 мне поставили диагноз – туберкулез», – вспоминает Мижгона. – «Я была очень слаба. Лекарства от туберкулеза мне очень помогли, мне с каждым днем становилось лучше». Девочка находилась в больнице четыре с половиной месяца, а затем была выписана для продолжения лечения на дому. В начале лечения она страдала различными побочными эффектами – тошнотой, головными болями, язвой желудка, у нее болели ноги и колени. По словам Терри Поршилльд, координатора психосоциальной программы лечения детского туберкулеза, Мижгоне нелегко дались эти два года лечения с ежедневным приемом препаратов, но благодаря психосоциальной помощи она не сдалась и закончила лечение. «Мне очень помогла книга таджикского поэта Рудаки, которую мне дали консультанты. В ней было много стихов, историй о жизни, о родине, об уважении людей – она меня поддерживала». Каждый день Мижгона ходила в поликлинику за лекарствами и после конверсии мокроты она смогла вернуться к школьным занятиям и параллельно с ними заканчивала лечение. Но самую важную поддержку ей оказала семья. «Моя мама была моим главным подспорьем, она помогала мне и очень переживала. Она была со мной каждый день». К сожалению, старший брат Мижгоны тоже включен в программу лечения детского туберкулеза как семейный контакт больного туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Но для Мижгоны лечение уже позади: «Я невероятно рада, я хорошо себя чувствую, мне снова легко дышать. Теперь я хочу выучить английский язык и стать стюардессой или переводчиком». – Мижгона радостно улыбается. Она решила оказывать столь необходимую и ценную поддержку своим сверстникам, рассказывая им о долгой борьбе с туберкулезом и успешном выздоровлении. Она выступила с речью в детской противотуберкулезной больнице на праздновании по поводу ее излечения, обратившись к другим детям и призвав их придерживаться нелегкого лечения.

(Мижгона и ее мать дали согласие на публикацию их фотографии и настоящих имен.)



© Wendy Marjijnissen

ухода тяжелобольные дети страдают от вреда, нанесенного их физическому, социальному и эмоциональному здоровью. Особенно это заметно при стационарном лечении, когда дети зачастую проводят длительное время без физической активности, стимулирующей организм, в изоляции от родных, от привычной обстановки, пропуская школьные занятия.

В то же время диагноз часто знаменует собой тяжкое бремя для семьи, особенно в случаях форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, лечение которого может длиться до двух лет. Вот почему особенно важным компонентом программы по лечению детского туберкулеза стало создание системы психосоциальной поддержки детей-пациентов и их семей, включая мотивационную, психологическую и социальную помощь. Медсестры, работающие в программе лечения детского туберкулеза, проходят обучение основам консультирования, развития ребенка и управления его поведением.

#### 4.1 Психосоциальная поддержка приверженности для детей и их семей

Семья играет неотъемлемую роль в оказании ребенку поддержки в его длительном и тяжелом лечении. Центральная роль семьи изучалась на примерах других опасных для жизни и длительных заболеваний, например, раковых опухолей.<sup>25</sup> Дети не обладают эмоциональным ресурсом, позволяющим им справиться с болезнью самостоятельно, и сильно зависят от практической и эмоциональной помощи своих опекунов. Любому ребенку приходится бороться с физическим и эмоциональным шоком, связанным с диагнозом туберкулез и последующим лечением, и члены его семьи должны стать самым значимым источником поддержки ребенка и придания ему сил.<sup>26</sup> При этом сами родители также эмоционально страдают из-за диагноза и изнуряющего лечения ребенка и тоже нуждаются в поддержке. Таким образом, консультанты по психологической поддержке приверженности лечению, работающие в программе лечения детского туберкулеза, обеспечивают детей и их родителей

#### Я пошла в школу

Почти полтора года назад 16-летней Тахмине был поставлен диагноз – туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – и восемь месяцев она не могла ходить в школу. Она живет с мамой, старшей сестрой и племянником в маленькой квартире в Душанбе. «Я очень грустила и переживала, когда не могла ходить в школу. Мне хотелось учиться, я очень люблю ходить в школу. Шамсия [консультант по психологической приверженности лечению] мне помогла пережить это трудное время». Шамсия убедила директора школы, что Тахмина не заразна и должна вернуться к школьным занятиям. Каждый день после школы Тахмина идет в поликлинику, где получает лекарства у своей медсестры по ДОТС. Каждый день она принимает 12 лекарств – их трудно глотать, но Тахмина очень старается. В обед она чувствует усталость, и единственное, на что ей обычно хватает сил, – погулять в парке, сделать домашнее задание и посмотреть телевизор. Но мама Тахмины говорит, что ее дочь хорошо успевает в школе и сдаст выпускные экзамены в конце года. Тахмина с надеждой смотрит в будущее: «После окончания лечения я хочу стать врачом, я мечтала об этом с детства».

(Имя пациентки было изменено)

постоянной и регулярной поддержкой по формированию приверженности лечению, что позволяет максимально повысить шансы на благоприятный исход лечения. Консультанты учат родителей справляться с побочными эффектами, возникающими у ребенка, дыхательным и расслабляющим техникам, а также проводят образовательную работу по вопросам туберкулеза и поддержания инфекционного контроля и информируют семью о последствиях решения по прекращению лечения. В тех случаях, когда ребенок находится в больнице, консультанты по приверженности лечению устанавливают и поддерживают связь между ребенком и его семьей, а также помогают организовать плавный переход от стационарного лечения к амбулаторному лечению ребенка.

#### 4.2 Потребность в образовании: возвращение к школьному обучению и программа игровой терапии

Для психологического благополучия и развития социальных навыков детей школьного возраста и, в особенности, подростков, им жизненно важно находиться среди сверстников и друзей. Школа представляет собой важный нормирующий фактор для детей и подростков, обеспечивая их столь необходимой структурой, социальными контактами и возможностью получить умения, которые пригодятся в жизни. Как показало исследование, посвященное значению образования для детей с раковыми опухолями, подростки, вернувшиеся к школьному обучению, чувствовали себя менее социально изолированными и более счастливыми.<sup>27</sup>

Как только результат анализа мокроты становится отрицательным, дети с туберкулезом могут и должны вернуться в школу для поддержания контакта со сверстниками и продолжения своего развития. Консультанты по приверженности, работающие в проекте, мотивируют детей вернуться в школу и объясняют директорам школ, что дети с отрицательным анализом мокроты не представляют угрозы инфицирования для других детей.

Консультанты также занимаются обучением детей и организацией развивающих мероприятий в больницах проекта. Программа игровой терапии включает в себя рисование, чтение, занятие трудом, вязание, санитарное просвещение в форме рассказов и игр, а также обучение грамоте. Дети с положительным результатом анализа мокроты и дети, прикованные к постели, получают индивидуальные игровые комплекты для развития памяти, а также игрушки и игры для развития мелкой моторики. Для того, чтобы дети проводили больше времени на свежем воздухе, на территории детской противотуберкулезной больницы в Душанбе была установлена игровая площадка.

### 4.3 Избавление детей от длительной госпитализации

Дети должны быть рядом со своими родными – единственными, кто способен дать им настоящую эмоциональную поддержку, необходимую для борьбы с болезнью. В настоящее время дети с туберкулезом долгие месяцы остаются в стационаре, вдали от семьи, оторванные от школы или детского сада. Как показывает опыт программы лечения детского туберкулеза, обычно родители не могут позволить себе находиться в больнице рядом с детьми. Дети не обладают эмоциональными ресурсами взрослого человека, и поэтому изоляция, в особенности от семьи, может вызвать у них тревожность<sup>28</sup>, и это касается, в



Приготовление удобного для приема ребенком сиропа из противотуберкулезных препаратов второго ряда.

частности, таких затяжных заболеваний, как лекарственно-устойчивый туберкулез. Таким образом, рекомендуется возвращение домой и как можно более оперативное начало амбулаторного лечения.

Более того, госпитализация без надлежащего инфекционного контроля создает угрозу кросс-инфицирования различными штаммами туберкулеза. При отсутствии теста на лекарственную чувствительность до приема пациента в стационар и своевременной изоляции пациентов, госпитализация представляет собой значительный фактор риска заражения туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. При этом амбулаторное лечение может, в том числе, снизить давление на пропускную способность больниц, в которых нет отдельных палат для больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.



## 5. Выводы и рекомендации

Как продемонстрировал опыт программы семейного лечения туберкулеза, в Таджикистане возможно обеспечить высококачественные услуги по диагностике и лечению детского лекарственно-устойчивого и лекарственно-чувствительного туберкулеза, и потенциально это может быть реализовано и в других странах региона. Эффективное лечение детского туберкулеза требует комплексной модели лечения всей семьи.

Благодаря опыту этой программы, были сделаны некоторые выводы, которые приводят к трем ключевым рекомендациям:

### 1. Ранняя и правильная диагностика

- Для предотвращения распространения туберкулеза и облегчения лечения необходима правильная и как можно более ранняя диагностика детского туберкулеза. Идеальным доказательством является результат микробиологического исследования, и поэтому каждому ребенку с подозрением на туберкулез должен быть доступен качественный тест на лекарственную чувствительность. Возможности этой процедуры сейчас расширены благодаря новым методам индукции мокроты и анализатора GeneXpert, но до полного решения всех проблем диагностики детского туберкулеза еще далеко.
- В случае невозможности получения биологического доказательства, требуется применение эмпирической терапии и отслеживание контактов.
- Требуется правильная стратегия для расширения масштабов деятельности по активному выявлению новых случаев. Необходимо проанализировать состав когорты детей, находящихся в данный момент на противотуберкулезном лечении, и провести тест на лекарственную чувствительность для всех пациентов. В случае, если ребенку поставлен диагноз лекарственно-устойчивый туберкулез, он должен быть переведен на режим лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза.

### 2. Раннее и комплексное лечение

- Приготовление детских лекарственных форм: рекомендуется приготовление форм противотуберкулезных препаратов специально для детей, чтобы обеспечить их удобными, индивидуально подобранными дозами и рецептурами.
- Отслеживание и коррекция побочных эффектов: с целью повышения приверженности, нужно обеспечить пациентов бесплатными препаратами для коррекции побочных эффектов и вести систематическое наблюдение за симптомами и ходом лечения.
- Сочетанная патология туберкулез-ВИЧ: каждый пациент с подозрением на туберкулез должен сдать анализ на ВИЧ, пройти добровольное консультирование и тестирование. Результат должен быть сообщен пациенту, его опекунам и лечащему врачу-фтизиатру. Пациент должен начать АРВ-терапию в сочетании с поддержкой приверженности лечению ВИЧ. С этой целью требуется хорошее информационное взаимодействие и сотрудничество туберкулезных и ВИЧ-служб.

- Противотуберкулезная помощь детям должна включать дополнительное лечебное питание, особенно для детей, инфицированных лекарственно-устойчивыми штаммами.

### 3. Надлежащая поддержка пациентов и семьей

- Психосоциальная помощь пациентам и их семьям (или опекунам): для формирования приверженности лечению требуется обучение медсестер (в том числе, работающих в DOTS-кабинетах) оказанию психосоциальной поддержки.
- Лечение по месту жительства и посещение школы: рекомендуется избегать длительной госпитализации и поощрять как можно более скорый переход на амбулаторное лечение для минимизации негативного воздействия на развитие ребенка. Незаразные дети должны вернуться к школьным занятиям и продолжить обучение.

В вопросах лечения туберкулеза нельзя забывать про детей. С учетом того, что детский туберкулез является показателем эффективности контроля над распространением туберкулеза во всех слоях населения, а также может служить источником будущих эпидемий,<sup>29</sup> необходима разработка новых подходов к оказанию противотуберкулезной помощи детям и интеграция этих подходов во все противотуберкулезные проекты и национальную программу по борьбе с туберкулезом. Министерство здравоохранения Таджикистана и MSF значительно продвинулись в осознании многочисленных сложностей, сопутствующих детскому туберкулезу, и борьбе с ними. На сегодняшний день полученный опыт дает богатую пищу для размышлений о том, какие механизмы лечения работают, а какие требуют больше инвестиций и усилий. При этом Министерство здравоохранения, MSF и партнеры по борьбе с туберкулезом в Таджикистане продолжают совместный поиск и выработку решений для диагностики и лечения детского туберкулеза.

## Примечания

- 1 В программе MSF по лечению детского туберкулеза детьми считаются пациенты моложе 18 лет. Данные ВОЗ по детскому туберкулезу включают пациентов до 15 лет.
- 2 Perez-Velez, Carlos M., Marais, Ben J. Tuberculosis in Children. *The New England Journal of Medicine* 2012, 367; 4.
- 3 World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2012*. WHO 2012. Geneva.
- 4 World Health Organization. *Global tuberculosis control—epidemiology, strategy, financing*. WHO, Geneva, 2009. Available at [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2009/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/index.html).
- 5 World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2012*. WHO 2012. Geneva.
- 6 World Health Organizations. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): Global report on surveillance and response*. Geneva: WHO, 2010.
- 7 Perez-Velez, Carlos M., Marais, Ben J. Tuberculosis in Children. *The New England Journal of Medicine* 2012, 367; 4.
- 8 MSF Access Campaign. *Out Of The Dark: Meeting the Needs of Children with TB, MSF/Campaign for Access to Essential Medicines 2011*, Geneva.
- 9 Perez-Velez, Carlos M., Marais, Ben J. Tuberculosis in Children. *The New England Journal of Medicine* 2012, 367; 4.
- 10 Zar, Heather J.; Pai, Madhukar. Childhood Tuberculosis – a new era. *Paediatric Respiratory Reviews* 12 (2011) 1-2.
- 11 По пяти республикам Центральной Азии: Казахстану, Кыргызстану, Узбекистану, Таджикистану, Туркменистану; World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2013*. WHO 2013. Geneva.
- 12 World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2013*. WHO 2013. Geneva.
- 13 World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2013*. WHO 2013. Geneva.
- 14 Согласно данным Супранациональной референс-лаборатории г. Гаутинг и Project Hope, Национальное исследование по лекарственной устойчивости в Таджикистане, 2012, презентация на Круглом столе по исследованию лекарственно-устойчивого туберкулеза в Таджикистане 2012 г., Душанбе.
- 15 The Berlin Declaration on Tuberculosis 2007. Available at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/68183/E90833.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/68183/E90833.pdf).
- 16 Закон Республики Таджикистан от 22 декабря 2006 года №223 «О защите населения от туберкулеза» [Law of the Republic of Tajikistan on Tuberculosis from 22 December 2006, Nr. 223.]
- 17 Национальная противотуберкулезная программа Республики Таджикистан 2013, неопубликованные данные.
- 18 Национальная противотуберкулезная программа Республики Таджикистан 2013, неопубликованные данные.
- 19 Schaaf, H. Simon, Marais Ben J. Management of multidrug-resistant tuberculosis in children: a survival guide for paediatricians, in *Paediatric Respiratory Reviews* 12 (2011) 31-38.
- 20 Schaaf, H. Simon, Marais Ben J. Management of multidrug-resistant tuberculosis in children: a survival guide for paediatricians, in *Paediatric Respiratory Reviews* 12 (2011) 31-38.
- 21 Schaaf, H. Simon, Marais Ben J. Management of multidrug-resistant tuberculosis in children: a survival guide for paediatricians, in *Paediatric Respiratory Reviews* 12 (2011) 31-38.
- 22 MSF Access Campaign. *Out Of The Dark: Meeting the Needs of Children with TB, MSF/Campaign for Access to Essential Medicines 2011*, Geneva.
- 23 Руководство по лечению детского туберкулеза для Республики Таджикистан. [Paediatric TB Guideline for Tajikistan].
- 24 Marais BJ, Rabie H., Cotton M.F. TB and HIV in Children – Advances in Prevention and Management, in *Paediatric Respiratory Reviews* 12 (2011) 39-45.
- 25 Kurtz, Brian P., Abrams, Annah N. Psychiatric Aspects of Pediatric Cancer, in *Pediatric Clinics of North America* 58 (2011) 1003-1023.
- 26 Kurtz, Brian P., Abrams, Annah N. Psychiatric Aspects of Pediatric Cancer, in *Pediatric Clinics of North America* 58 (2011) 1003-1023.
- 27 Searle NS, Askins M, Bleyer WA. Homebound schooling is the least favorable option for continued education of adolescent cancer patients: A preliminary report. *Med Pediatr Oncol* 2003; 40 (6): 380-4.
- 28 Kurtz, Brian P., Abrams, Annah N. Psychiatric Aspects of Pediatric Cancer, in *Pediatric Clinics of North America* 58 (2011) 1003-1023.
- 29 MSF Access Campaign. *Out Of The Dark: Meeting the Needs of Children with TB, MSF/Campaign for Access to Essential Medicines 2011*, Geneva.

## Список сокращений

- DOT – лечение под непосредственным наблюдением  
MSF - «Врачи без границ» / Médecins Sans Frontières  
АРВ – антиретровирусная терапия  
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ТЛЧ – тест на лекарственную чувствительность

«Врачи без границ» / Médecins Sans Frontières (MSF) – это неправительственная независимая медицинская организация, которая оказывает медицинскую и гуманитарную помощь людям, оказавшимся в кризисной ситуации. MSF соблюдает строгий нейтралитет и беспристрастность и основывается на принципах медицинской этики. Для MSF важна непосредственная близость к пациентам. Сейчас MSF работает в более чем 70 странах мира. Более десяти лет организация работает в области диагностики и лечения туберкулеза в странах бывшего Советского Союза.

#### **Проекты MSF в Центральной Азии и Восточной Европе:**

##### **Армения**

В 2005 году MSF начала оказывать помощь органам здравоохранения Армении в связи с эпидемией лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ) в стране. По состоянию на 2013 год лечение прошли более 1000 пациентов с ЛУ-ТБ. Благодаря поддержке MSF выявление, диагностика и лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза значительно улучшились. MSF также оказывает помощь в лечении ЛУ-ТБ в Нагорном Карабахе и начала оказывать поддержку национальной противотуберкулезной программе Армении во внедрении трех новых препаратов для лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). Применение одного из препаратов, который может помочь сохранить жизнь некоторым пациентам, для которых нет других вариантов лечения, было начато в рамках сострадательного использования.

##### **Российская Федерация**

MSF работает в Российской Федерации с начала 1990-х гг. За эти годы организация проводила программы в Москве, Санкт-Петербурге, Кемеровской области, Чеченской Республике, Ингушетии и Дагестане. В настоящее время MSF работает в Чеченской Республике. Совместно с Министерством здравоохранения Чечни MSF модернизировала систему лабораторной диагностики, создала в республике пункты наблюдаемого лечения туберкулеза - так называемые DOT-кабинеты), внедрила меры инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях и организовала для пациентов систему оказания психологической поддержки и помощи приверженности лечению. MSF активно поддерживает в Чечне модель амбулаторного лечения туберкулеза с первого дня. Помимо анализатора GeneXpert, лаборатория противотуберкулезного диспансера в Грозном оснащена прибором «ВАСТЕС», что позволяет провести тест на чувствительность к препаратам первого ряда за две недели, образцы для ТЛЧ второго ряда в рабочем порядке отправляются в лабораторию Центрального научно-исследовательского института туберкулеза РАМН (Москва).

##### **Грузия/ Абхазия**

MSF работает в Грузии и Автономной Республике Абхазия с 1999 года, оказывая помощь местным органам здравоохранения в борьбе с кризисной ситуацией с туберкулезом. В 2013 году MSF в сотрудничестве с национальной противотуберкулезной программой Грузии начала подготовку к клиническим испытаниям новых противотуберкулезных препаратов. В Абхазии MSF продолжает оказывать необходимую поддержку в борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом и готовится к передаче проекта местным органам здравоохранения в 2014 году.

##### **Кыргызстан**

Согласно недавнему исследованию MSF, уровень заболеваемости туберкулезом среди заключенных Кыргызстана в 20-30 раз выше, чем среди населения страны, а уровень смертности, по оценкам, может быть в 60 раз выше. В 2006 году в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Кыргызстана, администрацией пенитенциарной системы и Международным Комитетом Красного Креста MSF начала работу по оказанию противотуберкулезной помощи в местах лишения свободы. Позднее, в 2012 году MSF открыла новый проект



в гражданском секторе в Кара-Суйском районе Ошской области Кыргызстана, где в настоящее время проходят лечение 142 пациента с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Почти 80 процентов из них проходят лечение амбулаторно.

##### **Таджикистан**

В 2011 году MSF и Министерство здравоохранения Таджикистана начали программу лечения детского туберкулеза, направленную на борьбу с глобальной проблемой недостаточного внимания к педиатрическому туберкулезу и на совершенствование диагностики и лечения детского туберкулеза в стране и за ее пределами. В рамках комплексного подхода программа охватывает не только детей, но и членов их семей. В программе широко практикуются индукция мокроты, экспресс-ТЛЧ для всех детей с подозрением на туберкулез, расширение мероприятий по отслеживанию контактов и приготовление детских лекарственных форм препаратов.

##### **Украина**

Туберкулез, в том числе его лекарственно-устойчивые формы, на сегодняшний день является одной из главных проблем, угрожающих здоровью населения Украины. Особенно уязвимой группой считаются заключенные и бывшие заключенные, многие из которых являются бывшими потребителями инъекционных наркотиков и соответственно входят в группу повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией. Подтвержденные данные об уровне распространения сочетанной патологии туберкулез-ВИЧ среди заключенных и высокого риска развития лекарственно-устойчивого туберкулеза побудили MSF начать работу в местах лишения свободы, где возможности оказания противотуберкулезной помощи больным с ЛУ-ТБ ограничены. В январе 2011 года MSF в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и Государственным департаментом Украины по вопросам исполнения наказаний открыла новый проект в Донецке.

##### **Узбекистан**

В автономной республике Каракалпакстан на севере Узбекистана MSF работает в тесном сотрудничестве с Министерствами здравоохранения Узбекистана и Каракалпакстана и развернула программу лечения туберкулеза в нескольких районах республики в ответ на высокий уровень распространения ЛУ-ТБ в регионе. В настоящее время MSF работает в десяти районах Каракалпакстана, проводя диагностику и лечение пациентов с лекарственно-чувствительным и лекарственно-устойчивым туберкулезом. На конец августа 2013 года совместная программа Минздрава и MSF обеспечивала лечение в общей сложности 865 пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом и 768 пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом, недавно в двух районах было начато внедрение нового девятимесячного режима лечения. MSF с Министерством здравоохранения начали сотрудничество в рамках национальной программы по борьбе с ВИЧ/ СПИД по совершенствованию диагностики и лечения ВИЧ в стране.

## **IMPRESSUM**

Published by:  
Médecins Sans Frontières

Contact for information:  
Email: [office@berlin.msf.org](mailto:office@berlin.msf.org)  
Tel.: +49 (0) 30 - 700 130 0  
Fax: +49 (0) 30 - 700 130 340  
Internet: [www.msf.org](http://www.msf.org)

