

БЮЛЛЕТЕНЬ

ПРОГРАММЫ ВОЗ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Выпуск 8,
март 2009 г.



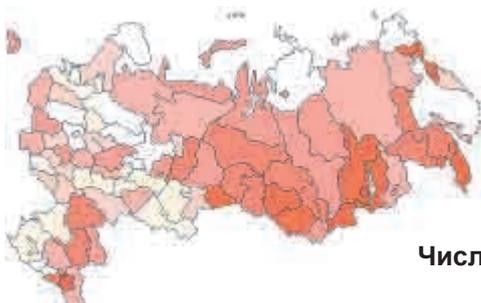
ЕВРОПА

МОСКВА – 2009 г.

Содержание

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, 2007 г.	
ИНФОРМАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ	
НОВОСТИ ШТАБ-КВАРТИРЫ ВОЗ	
ЦНИИОИЗ И ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МОНИТОРИНГА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В РФ	
МОНИТОРИНГ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОЕКТОВ И ПРОГРАММ	
Ресурсный центр по изучению политики в сфере туберкулеза	10
Круглый стол «Межсекторное взаимодействие в борьбе с туберкулезом»	11
ЛЕКЦИИ, ОБЗОРЫ, СТАТЬИ	
Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза как глобальная проблема общественного здоровья	
<i>Н.С. Матинян, Е.И. Скачкова</i>	13
Программное обеспечение управления и мониторинга проектов (на примере Программы «Развитие стратегии эффективного выявления и лечения больных туберкулезом на территории Российской Федерации»)	
<i>Н.И. Иванашева, А.В. Короткова, М.А. Иванашев, А.И. Савина</i>	22
ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА	
Дети против туберкулеза!	
<i>О. Олейник</i>	30
Республиканское совещание и методический семинар, проходившие в рамках проекта Всемирного банка «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» в г. Якутске 2–7 июня 2008 г.	
<i>Е.М. Белиловский, И.Д. Данилова, А.А. Корнилов</i>	32
ПУБЛИКАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ	
ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ	
МЕРОПРИЯТИЯ	

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, 2007 г.



Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации
составила **83,2 на 100 тыс. населения.**

Заболеваемость ТБ детей – **16,4 на 100 тыс.**

Число всех впервые заболевших туберкулезом – 118 367 человек.

Каждый день туберкулез диагностируют у **324 человек.**

Заболеваемость туберкулезом органов дыхания

с бактериовыделением, определенным микроскопией мокроты
(т. е. наиболее заразная форма заболевания) – **23,3 на 100 тыс.**

Впервые заболели туберкулезом с бактериовыделением,
определенным микроскопией мокроты – **32 335 человек.**

**Впервые заболели туберкулезом с наличием лекарственной
устойчивости** к двум основным противотуберкулезным препаратам –
изониазиду и рифампицину (**множественная лекарственная
устойчивость**) – **4 149 человек.** Всего состоит на учете **24 445 человек**
с множественной лекарственной устойчивостью.

**На диспансерном учете состоит больных активным
туберкулезом – 276 554 человека.**

**Умерли от туберкулеза, по данным Федеральной службы
государственной статистики – 25 900 человек, или 18,4 на 100 тыс.**
населения. Каждый день от туберкулеза умирает **71 человек.**

Туберкулез занимает первое место среди причин смерти
от инфекционных и паразитарных заболеваний.

В учреждениях уголовно-исполнительной системы заболеваемость
туберкулезом составляет **1372 на 100 тыс.** населения.

В учреждениях уголовно-исправительной системы содержится
44 704 больных туберкулезом. Смертность от ТБ – **82 на 100 тыс.,**
что в **4,5 раза** превышает среднероссийский показатель.

Заболеваемость туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

За 2007 год было выявлено **5 985 новых случаев** туберкулеза,
сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Среди обследованных впервые
выявленных больных туберкулезом получены положительные
результаты методом иммунного блотинга у **2,8% пациентов.**

Зарегистрировано **14 293 случая** сочетанной инфекции, или **5,2%** от всех
состоящих на учете больных туберкулезом.

Источник: отчетные статистические формы №№ 8, 33 и 61





ЕВРОПА

ИНФОРМАЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ

www.euro.who.int

Опубликован отчет о Европейском министерском форуме ВОЗ «Все против туберкулеза»

22 октября 2007 г., Берлин, Германия

Целью форума было способствование ускорению прогресса в достижении глобальных целей по борьбе с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ.

Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией, Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ

Внесены изменения на стр. 140, таблица 1: для пациентов, получавших ранее лечение от туберкулеза, в колонке «Интенсивная фаза» следует читать: «HRZES 2 месяца и после этого HRZE 1 месяц».

Международная конференция по борьбе с туберкулезом в республиках Центральной Азии

11–12 ноября 2008 г., г. Ташкент, Узбекистан

Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ) в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Узбекистана провело международную конференцию по борьбе с МЛУ-ТБ для стран Центральной Азии. Данное мероприятие прошло в рамках соглашения между правительствами республик Центральной Азии, Немецким банком развития KfW и Всемирной организацией здравоохранения.

В рамках конференции участники обсудили достижения и проблемы в борьбе с туберкулезом в своих и соседних странах, в частности вопросы МЛУ/ШЛУ-ТБ и степень внедрения стратегии «Остановить ТБ», а также обменялись опытом по воплощению ранее принятых резолюций. Конферен-

ция явилась одним из мероприятий 2007–2015 гг., отраженных в Берлинской декларации, плане «Остановить ТБ» в 18 наиболее приоритетных странах Европейского региона ВОЗ и резолюции, принятой на конференции, состоявшейся в 2007 г., в г. Алматы, Казахстан.

Сбор эпидемиологических данных по туберкулезу в Европейском регионе ВОЗ в 2008 г.

Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) и Европейское региональное бюро ВОЗ совместно продолжают эпиднадзор за туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, включая обмен данными, валидацию, анализ и распространение информации и другие задачи. В 2008 г. подача страновых отчетов проходила с 1 июля по 30 сентября. Все государства – члены Европейского региона ВОЗ могли подать информацию в электронном виде для включения в единую информационную систему ВОЗ–ECDC.

Восемнадцатое совещание рабочей группы по обучению и просвещению в области туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ

20–21 ноября 2008 г., Копенгаген, Дания

Рабочая группа проводит встречи два раза в год для обсуждения последних достижений в образовательной методологии, обмена опытом по вопросам обучения и просвещения, координации мероприятий в этой области, поддерживаемых международными организациями. Встреча была посвящена новому руководству по развитию человеческих ресурсов ВОЗ, опыту в обучении организации борьбы с лекарственно-устойчивым туберкулезом, электронным программам с целью совершенствования менеджмента лекарственных средств.

НОВОСТИ ШТАБ-КВАРТИРЫ ВОЗ



<http://www.who.int/tb>

39-я Всемирная конференция Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких

16–20 октября 2008 г., Париж, Франция

39-я Всемирная конференция Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких (The Union) прошла во Дворце конгрессов в Париже, Франция, 16–20 октября 2008 г. В этом году конференция была посвящена глобальным угрозам здоровью легких и важности реагирования систем здравоохранения. В ходе пленарных заседаний, симпозиумов, рабочих групп и обсуждений стендовых докладов был представлен опыт, послуживший основой тщательной оценки проблем легочного здоровья в мире. Проведенный анализ способствовал усилению приверженности специалистов в области здоровья легких к сотрудничеству и координации с целью наиболее эффективного решения проблем туберкулеза, табакокурения, бронхиальной астмы и других проблем здоровья легких в мире.

Помощь в подготовке заявок на грант Глобального Фонда – инструмент для планирования и бюджетирования мероприятий борьбы с туберкулезом

Данная программа представляет собой Excel-документ, в котором планы и бюджеты по всем основным компонентам стратегии «Остановить туберкулез» могут быть разработаны и рассчитаны. Сопровождающие документы и полезные ссылки, которые помогут пользователям понять и использовать данный продукт эффективно, также представлены на сайте: http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/en/index.html

Электронные формы учетной и отчетной документации

http://www.who.int/tb/country/recording_reporting/en/index.html

Электронные формы для учета и отчетности по туберкулезу и журналов учета.

Он-лайн семинар по эпидемиологии и эпиднадзору

<http://www.who.int/tb/surveillanceworkshop/>

Семинар представит инструменты для ответа на вопросы:

- 1) Как оценить бремя туберкулеза в вашей стране?
- 2) Каковы тренды показателей туберкулеза в вашей стране?
- 3) Насколько эффективна ваша противотуберкулезная программа?

ТВТЕАМ (Механизм технической помощи в борьбе с туберкулезом)

Представление странам технической помощи. ТВТЕАМ является механизмом представления технической (экспертной) помощи, созданным глобальным Партнерством «Остановить туберкулез». ТВТЕАМ расширяет состав партнеров по борьбе с туберкулезом, включая национальные программы борьбы с туберкулезом, местные и международные неправительственные организации, финансовых партнеров и представительства ВОЗ на различных уровнях. Страны имеют доступ к информации о задачах и членах Партнерства «Остановить туберкулез», информации о деятельности организаций-партнеров и базе данных международных экспертов в области борьбы с туберкулезом. <http://www.who.int/tb/dots/tbteam/en/index.html>

Борьба с туберкулезом и организация медицинской помощи пациентам на глобальном уровне. Совецание министров стран с высоким уровнем МЛУ/ШЛУ-ТБ

1–3 апреля 2009 г., г. Пекин, КНР

Данная конференция будет организована совместно Всемирной организацией здравоохранения, Министерством здравоохранения Китайской Народной Республики и Фондом Била и Мелинды Гейтс.



ЦНИИОИЗ И ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МОНИТОРИНГА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В РФ

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Согласно Приказу Минздрава Российской Федерации от 03.07.1997 г. № 193 и Приказу Минздравсоцразвития Российской Федерации от 02.03.2007 г. № 143, в Российской Федерации осуществляется реализация Государственной системы компьютеризированного эпидемиологического мониторинга туберкулеза.

В рамках мероприятий по реализации Государственной системы мониторинга туберкулеза (ГСМТ) в территориях страны проводилась организация кабинетов и отделений мониторинга, которые комплектовались в соответствии с установленным Приказом № 193 штатными нормативами.

В связи с подписанием нового Приказа Минздравсоцразвития Российской Федерации от 02.03.2007 г. № 143 «О создании Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации» было распространено письмо заместителя министра А.Г. Хальфина от 26 апреля 2007 г. № 3390-РХ, согласно которому деятельность подразделений мониторинга туберкулеза в медицинских организациях осуществляется в соответствии с приложением № 3 «Положение о системе эпидемиологи-

ческого мониторинга туберкулеза территориального уровня» к Приказу Минздрава Российской Федерации от 03.07.1997 г. № 193 «О создании государственной системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза» вплоть до введения в действие новых регламентирующих документов по организации Национальной системы мониторинга туберкулеза с учетом произошедшего разграничения полномочий и предметов ведения в сфере здравоохранения.

В соответствии с вышеизложенным сотрудниками Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации был разработан проект положения о кабинетах (центрах) мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, организуемых в составе учреждений, оказывающих противотуберкулезную помощь населению, которые обеспечивают функционирование Государственной системы мониторинга туберкулеза на территории Российской Федерации. Данный документ вошел в новый приказ Минздравсоцразвития России «О мерах по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации».

Приложение

к Приказу

№ ____ от ____ 2009

ПОЛОЖЕНИЕ

О КАБИНЕТЕ (ЦЕНТРЕ) МОНИТОРИНГА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Настоящее положение регулирует деятельность кабинетов (центров) мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, организуемых в составе учреждений, оказывающих противотуберкулезную помощь населению, которые обеспечивают функционирование Государственной системы мониторинга туберкулеза (ГСМТ) на территории Российской Федерации.

ГСМТ представляет собой единую базу данных персонализированной и агрегированной информации о противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации.

ГСМТ отражает иерархическую структуру противотуберкулезной службы и предполагает формирование системы мониторинга **на федеральном, межсубъектном уровнях и уровне субъекта Российской Федерации.**

Федеральный уровень представлен Федеральным центром мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации (Федеральный центр), созданным согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 143 от 2 марта 2007 г. «О создании Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации», на который возложены обязанности по организации государственной системы мониторинга туберкулеза в Российской Федерации.

Межсубъектный уровень представлен центрами мониторинга туберкулеза, действующими на базе профильных НИИ, которые курируют головные противотуберкулезные учреждения субъектов Российской Федерации (согласно Указанию МЗ Российской Федерации и РАМН от 7 октября 2003 г. N 1214-у/85 «Об оказании организационно-методической помощи субъектам Российской Федерации по вопросам предупреждения распространения туберкулеза»), или (в отдельных случаях) на базе противотуберкулезного учреждения субъекта Федерации, имеющего хорошую материально-техническую базу и кадровый ресурс.

Уровень субъекта представлен кабинетами (отделениями) мониторинга, действующими на базе головных противотуберкулезных учрежде-

ний субъектов Российской Федерации, а также кабинетами мониторинга, действующими на базе противотуберкулезных учреждений или учреждений, выполняющих их функции в муниципальных образованиях на территории субъекта Российской Федерации.

Общими задачами кабинетов (центров) всех уровней системы мониторинга являются:

- организация сбора и движения персонализированной и агрегированной информации баз данных ГСМТ;
- обработка данных в соответствии с задачами данного уровня;
- формирование данных для госстатистики и контроль качества статистической отчетности;
- формирование данных по ресурсному и лекарственному обеспечению;
- регулярное формирование отчетных форм на основе информации субъекта и передача их на другие уровни;
- сопровождение программного обеспечения ГСМТ и обучение персонала противотуберкулезной службы работе с программным обеспечением ГСМТ.

Программное обеспечение ГСМТ

Программное обеспечение (ПО) ГСМТ является унифицированным и обеспечивает единое базовое информационное пространство на всей территории Российской Федерации. Ответственность за установку, функционирование, своевременную корректировку ПО несет Федеральный центр. База данных Федерального центра содержит всю персонализированную и агрегированную информацию, собираемую кабинетами (центрами) мониторинга туберкулеза, в единой базе данных ГСМТ. При использовании иного программного обеспечения учреждение обязано осуществлять своевременный перевод данных в единую базу данных ГСМТ. При этом для обеспечения сопоставимости данных необходимо согласование алгоритма перевода с Федеральным центром.

Структура информации ГСМТ

Структура информации ГСМТ отражает следующие основные направления деятельности

учреждений, оказывающих противотуберкулезную помощь населению:

- оказание помощи населению;
- осуществление организационно-методического и научного руководства.

В соответствии с направлениями деятельности структура ГСМТ включает два компонента:

- электронные регистры персонифицированной информации о пациентах и агрегированных статистических данных;
- мониторинг реализации программ и мероприятий по противотуберкулезной помощи населению.

Учреждения, которые обязаны вести основные электронные регистры:

- учреждения (отделения), осуществляющие осмотры населения, включая флюорографические осмотры населения и микроскопическую диагностику в лабораториях общей лечебной сети;
- учреждения (отделения), оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь населению;
- учреждения (отделения), оказывающие стационарную помощь, включая учреждения, оказывающие санаторно-курортную и реабилитационную помощь;
- учреждения (отделения), оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь;
- лаборатории, осуществляющие исследования для подтверждения диагноза и контроля химиотерапии у пациентов противотуберкулезной службы;
- учреждения (подразделения), осуществляющие социальную, психологическую, финансовую и другие виды помощи пациентам противотуберкулезной службы.

К обязательным регистрам в соответствии с функциями учреждения относятся:

1. Персонифицированные регистры:

- Регистр впервые выявленных больных туберкулезом, предназначенный для анализа заболеваемости туберкулезом в субъекте на основе картотеки извещений о впервые выявленных больных.
- Регистр всех больных туберкулезом, состоящих на диспансерном учете учреждения.
- Регистр больных лекарственно-устойчивым туберкулезом.
- Регистр детей, состоящих в группах риска по заболеванию туберкулезом.

- Регистр стационарной помощи.
- Регистр санаторно-курортной, реабилитационной помощи.
- Регистр высокотехнологичной помощи.
- Регистр туберкулинодиагностики.
- Регистр осложнений БЦЖ.
- Регистр лабораторных исследований.
- Регистр флюорографических осмотров населения.
- Регистр умерших от туберкулеза.
- Регистр патологоанатомической, гистологической и цитологической экспертизы.

2. Регистры агрегированных данных:

- Регистр отчетов о контингентах, состоящих на учете в противотуберкулезном учреждении.
- Регистр отчетов о впервые выявленных случаях и рецидивах заболеваний туберкулезом.
- Регистр отчетов о лечении больных туберкулезом.
- Регистр отчетов по профилактике и раннему выявлению туберкулеза. Осуществляет сбор и обработку данных субъекта Российской Федерации по туберкулинодиагностике, вакцинации и ревакцинации, работе рентгеновской и флюорографической аппаратуры.
- Бактериологический регистр.
- Регистр ресурсного обеспечения учреждений.

Из электронных персонифицированных и агрегированных регистров формируется вся статистическая отчетность по оказанию противотуберкулезной помощи, лекарственному и ресурсному обеспечению в соответствии с иерархической структурой противотуберкулезной службы. Регистры автоматически формируют и передают данные в систему «МЕДСТАТ».

Формирование регистров осуществляется на основе утвержденных стандартных и собственных разработанных экспериментальных форм, которые должны быть согласованы с Минздравсоцразвития России.

Программное и информационное обеспечение и типы регистров должны соответствовать уровню учреждения, в котором они применяются.

Ресурсное оснащение кабинетов (центров, отделений) мониторинга зависит от численности обслуживаемого населения, объема помощи, оказываемой противотуберкулезным учреждением

(или учреждением, выполняющим его функции) населению, а также функций.

**Кабинет (отделение) мониторинга
в противотуберкулезном учреждении
субъекта Российской Федерации:**

1. Функционирует на базе головных противотуберкулезных учреждений субъектов Российской Федерации, а также на базе противотуберкулезных учреждений или учреждений, выполняющих их функции, в муниципальных образованиях на территории субъекта Российской Федерации. Может быть как структурным подразделением организационно-методических отделов, так и самостоятельно функционирующим подразделением.
 2. Выполняет функции организационно-методического подразделения по мониторингу противодействия распространению туберкулеза на прикрепленной территории.
 3. В пределах своей компетенции взаимодействует с федеральными органами исполнительной и законодательной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, профессиональными объединениями и ассоциациями, с различными государственными учреждениями, медицинскими и другими организациями независимо от их формы собственности, ведомственной принадлежности, государственными внебюджетными и международными фондами.
 4. Основной целью деятельности кабинета является обеспечение первичного ввода, хранения, передачи и анализа информации об оказании противотуберкулезной помощи населению по следующим разделам:
 - мониторинг мероприятий по предотвращению распространения туберкулеза, оказания медицинской и социальной помощи при туберкулезе, включая оценку качества;
 - мониторинг диспансерного слежения за пациентами;
 - эпидемиологический мониторинг;
 - мониторинг ресурсного обеспечения противотуберкулезной службы, включая финансово-экономический мониторинг;
 - мониторинг лекарственного обеспечения;
 - мониторинг лабораторной диагностики при выявлении и лечении туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети и противотуберкулезной службы;
 - мониторинг эффективности целевых программ субъектов Российской Федерации,
- целевых муниципальных и международных программ по противодействию распространения туберкулеза в Российской Федерации.
5. Штатная численность и структура кабинета утверждается руководителем учреждения, на базе которого организуется кабинет, исходя из следующих нормативов:
 - до 500 тысяч человек:
 - 1 ставка – руководитель;
 - 1 ставка – врач-методист;
 - 1 ставка – специалист со средним специальным образованием (техническим или медицинским);
 - 1 ставка – инженер;
 - 1 ставка – администратор баз данных (ставку может занимать обученный специалист с высшим образованием);
 - до 1 млн человек:
 - 1 ставка – руководитель;
 - 1 ставка – врач-методист;
 - 1 ставка – врач-эпидемиолог или врач-фтизиатр;
 - 1 ставка – специалист со средним специальным образованием (техническим или медицинским);
 - 1 ставка – инженер;
 - 1 ставка – администратор баз данных (ставку может занимать обученный специалист с высшим образованием);
 - до 3 млн человек:
 - 1 ставка – руководитель;
 - 1 ставка – врач-методист;
 - 1 ставка – врач-эпидемиолог или врач-фтизиатр;
 - 2 ставки – специалист со средним специальным образованием (техническим или медицинским);
 - 1 ставка – инженер;
 - 1 ставка – администратор баз данных (ставку может занимать обученный специалист с высшим образованием);
 - до 5 млн человек:
 - 1 ставка – руководитель;
 - 1 ставка – врач-методист;
 - 2 ставки – врач-эпидемиолог или врач-фтизиатр;
 - 4 ставки – специалист со средним специальным образованием (техническим или медицинским);
 - 1 ставка – инженер;

- 1 ставка – администратор баз данных (ставку может занимать обученный специалист с высшим образованием);
- до 8 млн человек:
 - 1 ставка – руководитель;
 - 1 ставка – врач-методист;
 - 3 ставки – врач-эпидемиолог или врач-фтизиатр;
 - 6 ставок – специалист со средним специальным образованием (техническим или медицинским);
 - 1 ставка – инженер;
 - 1 ставка – администратор баз данных (ставку может занимать обученный специалист с высшим образованием);
 - более 8 млн человек:
 - 1 ставка – руководитель;
 - 1 ставка – врач-методист;
 - 5 ставок – врач-эпидемиолог или врач-фтизиатр;
 - 8 ставок – специалист со средним специальным образованием (техническим или медицинским);
 - 2 ставки – инженер;
 - 1 ставка – администратор баз данных (ставку может занимать обученный специалист с высшим образованием).

При этом на каждый регистр, который ведется на отдельном компьютере, минимально необходима 1 штатная единица специалиста со средним специальным образованием.

Руководитель кабинета (центра) мониторинга туберкулеза должен иметь сертификат по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Допускается занятие должности руководителя лицом, имеющим первичную специализацию по специальности «Фтизиатрия» и стаж работы в противотуберкулезной службе более 5 лет, при условии прохождения первичной специализации по специальности «Общественное здоровье и

здравоохранение» в течение первых двух лет после вступления в должность.

6. Минимальное материально-техническое обеспечение:
- персональные компьютеры с принтерами на каждую штатную единицу;
 - копировальный аппарат;
 - наличие сервера при требовании, указанном в программном обеспечении ГСМТ;
 - обеспечение непрерывного соединения с сетью Интернет одного рабочего места при наличии внутренней локальной сети в учреждении и всех рабочих мест при отсутствии в учреждении локальной сети;
 - факсимильная связь;
 - расходные материалы для оргтехники.
7. Ответственный за работу кабинета мониторинга туберкулеза имеет право:
- запрашивать и получать из организаций, оказывающих противотуберкулезную помощь населению, информацию о выявлении, лечении, реабилитации больных туберкулезом и профилактике заболевания.
8. Ответственный за работу кабинета мониторинга туберкулеза обязан:
- представлять собранную информацию в кабинет (центр) мониторинга туберкулеза учреждения вышестоящего уровня в объеме и с периодичностью, установленными нормативными документами Минздравсоцразвития России;
 - организовывать повышение квалификации сотрудников в федеральном или межсубъектном центре мониторинга туберкулеза.
9. Финансовое обеспечение организационно-технической деятельности кабинета осуществляется за счет средств соответствующего бюджета, а также из других источников финансирования.

МОНИТОРИНГ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОЕКТОВ И ПРОГРАММ

РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Уважаемые коллеги!

Информируем Вас об открытии нового Интернет-проекта, обеспечивающего доступ к аналитическим материалам и данным по вопросам туберкулеза.

Ресурсный центр по изучению политики в сфере туберкулеза www.tbpolicy.ru – комплексный информационный ресурс, представляющий результаты изучения мер противодействия туберкулезу в России и странах региона и направленный на повышение уровня осведомленности о ситуации в области туберкулеза. Ресурсный центр предназначен для широкого круга специалистов, заинтересованных в обсуждении, разработке и реализации эффективных стратегий противодействия распространению туберкулеза – представителей государственного сектора и экспертного сообщества, руководителей компаний и предприятий, лидеров гражданского общества и СМИ.

На сайте **Ресурсного центра по изучению политики в сфере туберкулеза** Вы сможете

найти аналитические разделы, содержащие обзор ситуации и подборку новостей, рекомендации и выводы, подкрепляемые статистическими данными, нормативными документами, исследованиями и аналитикой, а также примерами передового российского и международного опыта, содержащимися в базах данных с функцией поиска.

Надеемся, что новый информационный ресурс окажется полезным в Вашей работе. Будем крайне признательны Вам за комментарии и предложения по улучшению формата и содержания Ресурсного центра.

Просим Вас обращаться по всем вопросам, связанным с работой Ресурсного центра по изучению политики в сфере туберкулеза, в «Трансатлантические партнеры против СПИДа» к Ольге Сеницыной по телефону (495) 629-73-44 или по электронной почте: osinitsyna@tpaa.net.

КРУГЛЫЙ СТОЛ «МЕЖСЕКТОРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ»

Круглый стол «Межсекторное взаимодействие в борьбе с туберкулезом» объединил представителей государства, бизнеса и гражданского общества.

17 сентября 2008 года организация «Трансатлантические партнеры против СПИДа / Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (ТППС/GBC)» при поддержке Партнерства «Эли Лилли» по борьбе с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью провела круглый стол «Межсекторное взаимодействие в борьбе с туберкулезом».

Круглый стол прошел в Московском представительстве Всемирного банка. В его работе приняли участие представители Государственной Думы ФС РФ, профильных научно-исследовательских институтов, Роспотребнадзора, Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ, Медицинского управления ФСИН, ВОЗ, Фонда «Российское здравоохранение», Открытого института здоровья, Международной федерации обществ Красного Креста, РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ», Агентства США по международному развитию, других некоммерческих организаций, частного сектора, а также средств массовой информации.

Основная цель мероприятия – привлечение всех заинтересованных сторон к открытому обсуждению масштабов и значимости проблемы туберкулеза в России, эффективности принимаемых мер, опыта реализации международных проектов в этой области, возможностей сотрудничества государства, бизнеса и некоммерческих организаций в борьбе с туберкулезом.

Открыл мероприятие депутат Государственной Думы, первый заместитель председателя Комитета ГД по безопасности, член Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции **Михаил Гришанков**; с докладами выступили академик РАМН, директор НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова **Михаил Перельман**; руководитель Департамента международных программ компании «Эли Лилли» **Патриция Карлеваро**; координатор Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в РФ **Виеслав Якубовяк**; директор представительства в РФ организации «Партнеры во имя здоровья» **Оксана Пономаренко**; руководитель Программы поддержки стратегических инициатив ТППС/GBC **Людмила Семенова**.

Отметив важность и актуальность обсуждаемой темы, **Михаил Гришанков** в своем выступлении



Слева направо: региональный директор ТППС/GBC Н. Подогова, руководитель программы стратегических инициатив в сфере ВИЧ Л. Семенова, координатор программы ВОЗ по ТБ В. Якубовяк, депутат ГД ФС РФ М. Гришанков, директор НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова М. Перельман, руководитель Департамента международных программ компании «Эли Лилли» П. Карлеваро, директор организации «Партнеры во имя здоровья» О. Пономаренко



Первый зам. председателя комитета ГД по безопасности Михаил Гришанков и директор НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова Михаил Перельман (справа)

подчеркнул: «Социально значимые заболевания, такие как ВИЧ и туберкулез, учитывая темпы их распространения в России, уже сегодня представляют реальную угрозу поступательному социально-экономическому развитию и безопасности страны. Распространение социально значимых заболеваний негативно отражается и на демографической ситуации, и на обеспеченности трудовыми ресурсами. Совершенно очевидно, что борьба с эпидемией социально значимых инфекционных заболеваний является уже не только и не столько медицинской проблемой. Как и во многих других сферах в современном мире, сложные комплексные задачи требуют эффективного межсекторного взаимодействия».

В качестве первоочередных задач, стоящих перед государством и обществом в сфере борьбы с распространением социально значимых заболеваний, Михаил Гришанков отметил бесперебойное снабжение необходимыми препаратами, обеспечение приверженности лечению, интеграцию деятельности профильных специализированных учреждений, занимающихся проблемами ВИЧ, туберкулеза, алкоголизма, наркомании и других социально значимых заболеваний, расширение программ профилактики, а также обеспечение необходимой информации о мерах по профилактике и лечению заболеваний не только для специалистов, но и для лиц, принимающих решения, а также для представителей гражданского общества, вовлеченных в борьбу с социально значимыми заболеваниями. Михаил Гришанков отметил, что для выполнения этих задач необходимо обеспечить координацию принимаемых мер не только между государственными структурами, но и между представителями всех секторов общества, равно заинтересованных в изменении ситуации к лучшему.

В свою очередь **Михаил Перельман** заострил внимание на проблеме ВИЧ-ассоциированного туберкулеза: «В настоящее время у нас, может быть, с некоторым запозданием, пришло понимание того, что проблема ВИЧ-инфекции очень связана с туберкулезом, а проблема туберкулеза очень связана с ВИЧ-инфекцией. Так, недавно в НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова была открыта лаборатория для диагностики ВИЧ-инфекции и стационар для ВИЧ-позитивных больных». Отметив большое значение развития информационных ресурсов, освещающих ситуацию с туберкулезом и СПИДом в России, Михаил Перельман указал на необходимость обеспечения достоверности информации и экспертной оценки качества материалов.

После завершения основных докладов директор НПО «Питерский мост» **Марина Бритвенко** инициировала открытую дискуссию, рассказав присутствующим об опыте излечения от туберкулеза, перенесенного на фоне ВИЧ-инфекции. Марина отметила исключительную важность информирования пациентов о возможностях лечения, в том числе эффективность использования опыта тех, кто сумел победить болезнь, для формирования

приверженности лечению: «Если мы будем добросовестно подходить к своему лечению, то эпидемии ВИЧ и туберкулеза пойдут на спад».

В рамках дискуссии участники круглого стола обсудили текущую ситуацию с финансированием борьбы с туберкулезом. Михаил Гришанков сообщил, что с 2007 года в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 гг.» действует подпрограмма «Туберкулез». Общий объем финансирования подпрограммы «Туберкулез» на 2007–2011 гг. из средств федерального и региональных бюджетов составляет 26 миллиардов рублей. В то же время участники признали, что необходимо принимать дополнительные меры для повышения эффективности расходования бюджетных средств. В частности, как сообщил Михаил Перельман, «в 2008 году были задержаны конкурсы на закупку лекарств. Они до сих пор не проведены. А должны были быть проведены в начале года. А это приводит к тому, что наши успехи за какие-то пару месяцев могут быть перечеркнуты. Перерыв в лечении – одна из самых существенных причин в развитии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью».

Участники выразили озабоченность распространением форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Так, если в 2000 году туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью выявлялся у 6,7% больных, то к 2006 году эта цифра выросла почти до 10%. При этом резко возрастают расходы на лечение пациентов: стоимость лечения одного больного с множественной лекарственной устойчивостью составляет до 1,5 миллиона рублей – в десятки раз больше, чем стоимость стандартного лечения.

Участники круглого стола единодушно отметили важность состоявшейся дискуссии между представителями различных секторов общества и необходимость дальнейшей совместной работы. Кроме того, они подтвердили актуальность Ресурсного центра по изучению политики в сфере туберкулеза как информационного ресурса, необходимого для государственных, некоммерческих и бизнес-структур, заинтересованных в обсуждении, разработке и реализации эффективных стратегий противодействия распространению заболевания.

ЛЕКЦИИ, ОБЗОРЫ, СТАТЬИ

МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Н.С. Матинян, Е.И. Скачкова

Туберкулез (ТБ) обычно поддается лечению с использованием курса из четырех стандартных противотуберкулезных препаратов первого ряда. Если эти лекарственные средства применяются некорректно (т. е. если эти препараты используются в неправильных комбинациях, в меньшем количестве, чем назначено врачом, принимаются в недостаточной дозировке или не в назначенное время, а также недостаточно длительно для снижения популяции МБТ, достаточной для излечения), то у больного может развиться ТБ с лекарственной устойчивостью.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) является наиболее опасной формой болезни, резистентной к наиболее важным противотуберкулезным препаратам: изониазиду и рифампицину. Лечение МЛУ-ТБ препаратами второго ряда требует больше времени, применяемые при этом лекарственные средства являются более дорогостоящими и имеют больше побочных эффектов. Если эти препараты также используются ненадлежащим образом, то может развиться ТБ с широкой лекарственной устойчивостью – ШЛУ-ТБ (или XDR-ТБ, согласно принятому международному обозначению). Поскольку ШЛУ-ТБ устойчив к препаратам как первого, так и второго ряда, варианты лечения весьма ограничены, равно как и шансы на выздоровление.

Возможно, не существует разницы между скоростью передачи МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ по сравнению с любыми другими формами ТБ. Распространение возбудителей ТБ зависит от таких факторов, как численность и концентрация инфицированных людей в определенном месте, продолжительность контакта, а также присутствие лиц с повышенной восприимчивостью к заражению, например, ВИЧ-инфицированных. МЛУ-ТБ требует значительно более дорогостоящего и длительного лечения, более тщательного наблюдения за пациентом и его поддержки по сравнению с обычным ТБ, а также чаще приводит к летальному исходу. Данные, полученные в ряде стран, располагающих эффективными программами борьбы с туберкулезом, свидетельствуют о том, что можно полностью излечивать до 50–60% больных с МЛУ-ТБ. При ШЛУ-ТБ показатели успешного лечения гораздо ниже. Успех лечения зависит также от тяжести заболевания и от состояния иммунной системы.

В Европейском регионе ВОЗ находится 13 стран с самыми высокими показателями распространенности МЛУ-ТБ в мире. По оценкам ВОЗ, в Европе сосредоточены около 70 000 случаев МЛУ-ТБ, 95% которых приходится на Восточную Европу. Они представляют в среднем 15% всех случаев в субрегионе, при этом пиковые показатели в ряде стран являются самыми высокими в мире (табл. 1).

Таблица 1. Уровень МЛУ в зависимости от страны происхождения. Европа, 2005 год (по данным Европейского бюро ВОЗ)

Регион	Число обследованных на лекарственную чувствительность	МЛУ	
		Абс.	%
ЕС и страны Западной Европы	7708	100	1,3
Балканы	722	4	0,6
Страны бывшего СССР	583	90	15,4
Азия	2509	28	1,1
Африка	2421	23	1,0
Америка и Океания	239	2	0,8
Неизвестно	823	9	1,1
ВСЕГО	15 005	256	1,7

«Tuberculosis surveillance in the European Union and West» March 2007 Euro TB, Institute De Veille Sanitaire.

В Европе зарегистрированы два первых случая туберкулеза с тотальной лекарственной устойчивостью (XXDR-TB). Эта форма туберкулеза устойчива ко всем препаратам первого и второго ряда, и следовательно, эффективность лечения больных с широкой лекарственной устойчивостью будет низкой (табл. 2).

По данным литературных источников, ТБ с лекарственной устойчивостью часто развивается у лиц из социально уязвимых групп населения, таких как бездомные, злоупотребляющие алкоголем и психоактивными веществами, а также у лиц, самостоятельно прекращающих лечение.

Представляет также значительную проблему МЛУ-ТБ среди лиц, которые содержатся в местах лишения свободы. Кроме того, некоторые подгруппы населения, такие как лица, находящиеся в местах лишения свободы, и потребители инъекционных наркотиков, подвержены повышенному риску ВИЧ-инфицирования, равно как и развития МЛУ-ТБ.

Общее число больных туберкулезом с МЛУ колеблется, как мы уже упоминали выше, по разным странам мира. Причем доля больных с МЛУ из числа обследованных варьируется от 0 по ряду стран до 100,0% (табл. 3).

Таблица 2. Уровень широкой лекарственной устойчивости в странах Европы (по данным Европейского бюро ВОЗ)

Страна	Число случаев XDR-TB	Всего случаев с МЛУ	% XDR-TB
Эстония	58	248	23
Латвия	38	552	7
Литва	25	656	4
Чешская Республика	5	38	13
Израиль	2	45	4
Румыния	2	50	4
Франция	1	152	1
Ирландия	1	8	13
Нидерланды	1	34	3
Словения	1	3	33
Другие страны	0	276	0
Всего по странам Балтии	121	1456	8
Всего по странам Европы	134	2062	6

«Molecular surveillance of multi-drug resistant tuberculosis in Europe» MDR-TB project – Report № 5 8th January 2007 Euro TB RIVM Report

Таблица 3. Данные по уровню МЛУ микобактерий туберкулеза по странам мира (среди обследованных на лекарственную чувствительность впервые выявленных больных и больных с рецидивами туберкулеза), 2006 год (по данным глобального отчета ВОЗ)

Страны мира	Число обследованных больных ТБ на МЛУ, новые случаи	Число больных ТБ с МЛУ, новые случаи	%	Число больных с рецидивом ТБ, обследованных на ЛУ	Число выявленных больных с МЛУ	%
Бенин	81	3	3,7	66	17	25,8
Гамбия	1	1	100,0	29	0	0
Гвинея	104	2	1,9	33	17	51,5
Кения	0	0	0	1 049	89	8,5

Продолжение таблицы 3

Страны мира	Число обследованных больных ТБ на МЛУ, новые случаи	Число больных ТБ с МЛУ, новые случаи	%	Число больных с рецидивом ТБ, обследованных на ЛУ	Число выявленных больных с МЛУ	%
Мадагаскар	53	0	0	35	6	17,1
Малави				875	8	0,9
Мавритания	61	3	4,9	12	4	33,3
Маврикий	85	0	0	4	2	50,0
Мозамбик	61	61	100,0	149	49	32,9
Южная Танзания	369	4	1,1	171	9	5,3
Канада	1 077	8	0,7	104	2	1,9
Чили	105	0	0	115	7	6,1
Колумбия	263	14	5,3	138	25	18,1
Куба	180	0	0	5	0	0
Ямайка	20	0	0	1	0	0
Мексика	479	61	12,7	175	62	35,4
Нидерланды Антильские острова	5	1	20,0	0	0	0
Никарагуа	0	0	0	140	0	0
Панама	57	10	17,5		5	
Парагвай	27	1	3,7	22	6	27,3
Перу	876	736	84,0	1 123	534	47,6
Пуэрто Рико	97	1	1,0	0	0	0
Тринидад и Тобаго	18	0	0	5	1	20,0
Уругвай	320	0	0	29	1	3,4
США	9 722	91	0,9			
Венесуэла	30	1	3,3	104	21	20,2
Бахрейн	2	2	100,0	0		
Египет	44	7	15,9	168	112	66,7
Иран	432	4	0,9	90	24	26,7
Иордан	72	3	4,2	16	11	68,8
Кувейт	644	10	1,6	0	0	0
Ливан	6	1	16,7	19	3	15,8
Оман	2	2	100,0	0	0	0
Катар	193	1	0,5	0	0	0

Продолжение таблицы 3

Страны мира	Число обследованных больных ТБ на МЛУ, новые случаи	Число больных ТБ с МЛУ, новые случаи	%	Число больных с рецидивом ТБ, обследованных на ЛУ	Число выявленных больных с МЛУ	%
Сирийская Арабская Республика	0	0	0	20	8	40,0
Йемен	510	15	2,9	53	6	11,3
Албания	140	1	0,7	5	0	0
Андорра	8	0	0	0	0	0
Армения	524	65	12,4	346	150	43,4
Австрия	500	8	1,6	11	2	18,2
Азербайджан	404	97	24,0	369	301	81,6
Белоруссия	1 920	224	11,7	1 194	427	35,8
Босния и Герцеговина	993	3	0,3	93	4	4,3
Болгария	1 108	24	2,2	221	29	13,1
Хорватия	614	1	0,2	82	2	2,4
Чешская Республика	552	6	1,1	15	3	20,0
Дания	286	3	1,0	22	0	0
Эстония	279	36	12,9	68	16	23,5
Финляндия	250	1	0,4	15	1	6,7
Франция	1 368	19	1,4	110	11	10,0
Грузия	1 297	111	8,6	587	155	26,4
Германия	3 258	65	2,0	243	13	5,3
Греция	507	13	2,6	0	0	0
Венгрия	478	11	2,3	77	3	3,9
Исландия	12	0	0	0	0	0
Ирландия	145	2	1,4	6	1	16,7
Израиль	264	18	6,8	2	1	50,0
Италия	847	28	3,3			
Казахстан	7 835	1 028	13,1	7 898	3 089	39,1
Киргизстан	962	248	25,8	155	88	56,8
Латвия	796	85	10,7	171	57	33,3
Литва	1 346	128	9,5	440	204	46,4
Люксембург	33	0	0			

Продолжение таблицы 3

Страны мира	Число обследо- ванных больных ТБ на МЛУ, новые случаи	Число боль- ных ТБ с МЛУ, новые случаи	%	Число больных с рецидивом ТБ, обследо- ванных на ЛУ	Число вы- явленных больных с МЛУ	%
Мальта	14	2	14,3	0	0	0
Черногория	90	0	0	15	2	13,3
Нидерланды	645	3	0,5	76	2	2,6
Норвегия	216	1	0,5	9	2	22,2
Португалия	1 120	14	1,3	97	3	3,1
Республика Молдова	1 051	242	23,0	1 655	798	48,2
Российская Федерация	25 804	2 942	11,4	4 396	1 007	22,9
Сербия	990	0	0	140	10	7,1
Словакия	340	3	0,9	61	4	6,6
Словения	176	1	0,6	8	0	0
Испания	1 265	36	2,8	54	14	25,9
Швеция	377	2	0,5	23	1	4,3
Швейцария	382	4	1,0	41	0	0
Таджикистан	0	0	0	0	0	0
Македония	133	0	0	29	6	20,7
Турция	4 112	133	3,2	700	116	16,6
Туркменистан	0	0	0	103	16	15,5
Великобритания	4 677	39	0,8	255	13	5,1
Узбекистан	206	29	14,1	89	54	60,7
Индия	0	0	0	26	21	80,8
Мальдивы	1	1	100,0	4	4	100,0
Шри Ланка	613	3	0,5	336	13	3,9
Австралия	951	17	1,8	69	10	14,5
Камбоджа	0	0	0	0	0	0
Китай	0	0	0	10	2	20,0
Гонконг	3 338	27	0,8	388	8	2,1
Китай, Макао	251	7	2,8	27	0	0
Острова Кука	0	0	0	0	0	0
Фуджи	43	0	0	1	0	0
Французская Полинезия	40	0	0	2	0	0

Окончание таблицы 3

Страны мира	Число обследованных больных ТБ на МЛУ, новые случаи	Число больных ТБ с МЛУ, новые случаи	%	Число больных с рецидивом ТБ, обследованных на ЛУ	Число выявленных больных с МЛУ	%
Гуам	34	1	2,9	0	0	0
Микронезия	21	2	9,5	2	2	100,0
Монголия	48	9	18,8	250	89	35,6
Науру	0	0	0	0	0	0
Новая Каледония	41	1	2,4	0	0	0
Новая Зеландия	250	1	0,4	16	0	0
Северные Марианские острова	18	2	11,1	0	0	0
Палау	0	0	0	0	0	0
Филиппины	33	19	57,6	424	384	90,6
Самао	0	0	0	0	0	0
Сингапур	861	3	0,3	101	3	3,0
Соломоновы острова	364	0	0	5	0	0
Весь мир	91 268	6 887	7,5	27 254	8 954	32,9

Но к этим данным нужно относиться критично, так как они зависят от уровня развития лабораторной службы страны и от качества отбора больных на исследование. Анализ данных показывает, что при реформировании системы здравоохранения, повышения качества лабораторной диагностики и полноты обследования на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза абсолютное число больных ТБ с МЛУ будет увеличиваться. Доля же больных с МЛУ среди обследованных тоже будет меняться в сторону увеличения.

При анализе эпидемической ситуации с МЛУ в различных странах мира мы можем выделить следующие варианты.

1. Рост абсолютного числа больных с МЛУ на фоне роста доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных. Данный вариант свидетельствует на первых этапах о росте качества лабораторной диагностики туберкулеза, т. е. противотуберкулезная служба начала направлять таких больных на обследование, а лаборатории стали более качественно проводить лабораторные тесты. Для того чтобы подтвердить

это, необходимо проанализировать уровень охвата больных ТБ с бактериовыделением, определенным методом посева, тестами на лекарственную чувствительность. Но после достижения максимальных значений показателя охвата та же сохраняющаяся тенденция роста показателей будет говорить о сохраняющихся грубых дефектах в организации оказания помощи больным туберкулезом. То есть серьезные недостатки в контролируемом лечении и ведении больных туберкулезом приводят к росту неконтролируемых больных с МЛУ и заражению такими штаммами здорового населения.

Такой вариант характерен для стран Африканского региона и стран Малой Азии. Эти страны ранее не имели возможности проводить лабораторные тесты на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза, не имели лабораторной сети и соответствующих ресурсов. После вступления в силу проектов Всемирной организации здравоохранения и других международных организаций больные туберкулезом все чаще стали обследоваться на лекарственную чувствительность, а следовательно, и абсолютное число больных с МЛУ, и доля

таких больных из числа обследованных начали увеличиваться. Так как на тестирование направляются в основном только лица с неэффективным курсом химиотерапии, то и доля больных МЛУ среди обследованных по ряду стран достигает 100%.

2. Рост абсолютного числа больных с МЛУ на фоне отсутствия (плато или небольшие колебания показателя) роста доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных. Обычно это свидетельствует об увеличении охвата больных ТБ с бактериовыделением, определенным методом посева, тестами на лекарственную чувствительность. В дальнейшем – о дефектах в лечении и ведении больных туберкулезом (см. вариант 1). Отличие от первого варианта заключается в том, что этот вариант менее тяжел для здравоохранения и дает возможность для быстрого влияния на ситуацию адекватных управленческих решений. Он характерен для стран с уже сложившейся противотуберкулезной службой (страны бывшего Советского Союза, например Литва (рис. 1)).

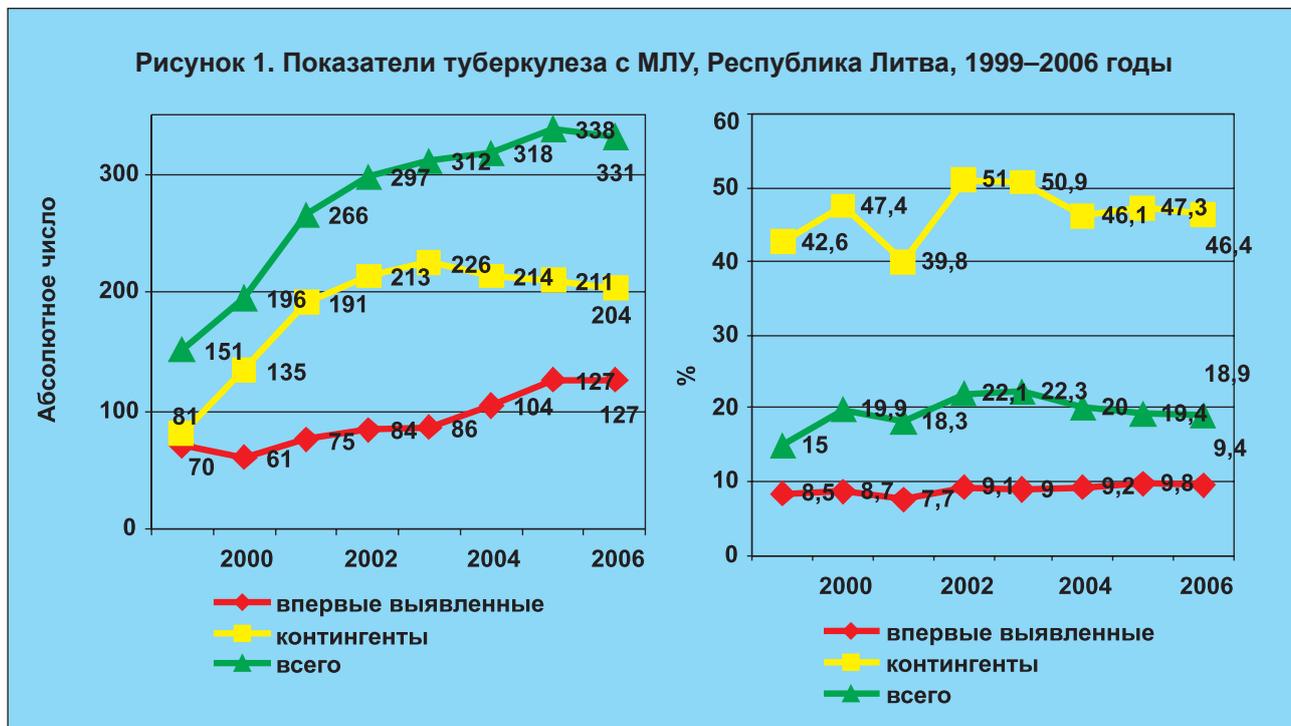
3. Снижение абсолютного числа больных с МЛУ на фоне роста доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных больных ТБ, получавших лечение, и снижение или стабилизация – среди впервые выявленных больных. Показатель свидетельствует об ограниченной эффективности национальной программы борьбы с туберкулезом. Т. е. происходит полное излечение лекарственно

чувствительных форм туберкулеза с сохранением в контингентах больных с МЛУ. Наличие таких больных поддерживает процесс заражения лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ в популяции. Для успеха противотуберкулезных мероприятий в данной группе необходимы комплексные усилия с привлечением препаратов второго ряда, патогенетических и хирургических методов лечения. Для подтверждения эффективности противотуберкулезных мероприятий в данной стране или регионе по сравнению с остальными странами или регионами необходимо пересчитать показатель на 100 тысяч населения. Полученные таким образом данные при одинаковом уровне охвата тестированием на лекарственную чувствительность МБТ помогут в оценке эффективности программ.

Данный вариант наблюдается в Томской и Архангельской областях, где на фоне успешного лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза на учете остаются в основном больные с МЛУ, а заболевают туберкулезом в основном больные из контакта с бактериовыделителями, в том числе выделяющими лекарственно-устойчивые штаммы МБТ.

4. Снижение абсолютного числа больных с МЛУ или стабилизация их числа на низком уровне на фоне снижения или стабилизации на низком уровне доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных больных ТБ, получавших лечение, и впервые вы-

Рисунок 1. Показатели туберкулеза с МЛУ, Республика Литва, 1999–2006 годы



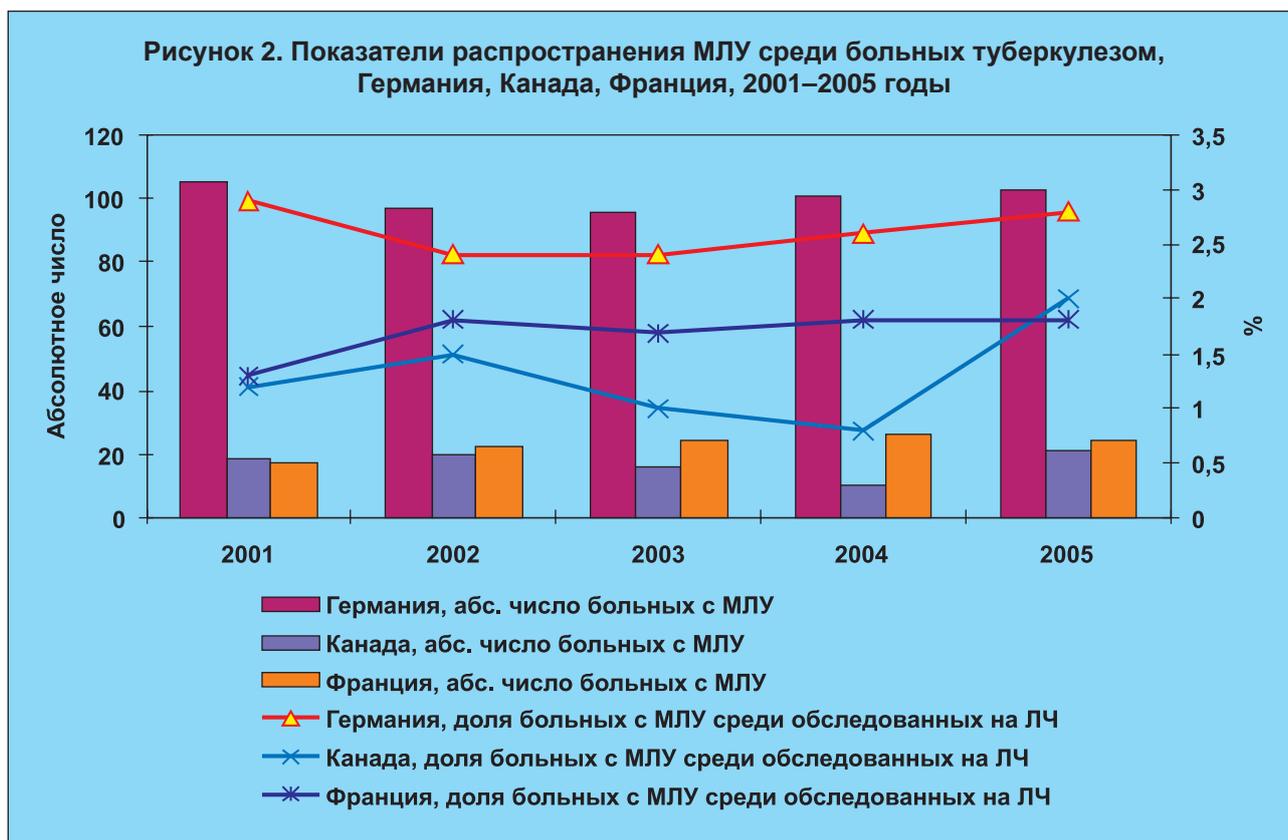
Публикуется с разрешения Др. Э. Давидавичене, Республиканская туберкулезная и инфекционная университетская больница, г. Вильнюс, Литва

явленных больных. Показатель свидетельствует об эффективности национальной программы борьбы с туберкулезом. Четвертый вариант наблюдается в развитых странах мира, хотя в последнее время отмечена тенденция роста как абсолютного числа больных с МЛУ, так и доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных на лекарственную чувствительность в странах Европы (рис. 2).

Это связано с усилением миграционных процессов, в частности из бывших стран Советского Союза (табл. 4).

Резюме

Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза широко распространена и достигла критического уровня в ряде регионов мира. Новые



Anti-tuberculosis drug resistance in the world Report no. 4

Таблица 4. Характеристика больных туберкулезом с МЛУ МБТ, находящихся на территории стран Европейского Союза, по стране происхождения, 2005 год (по данным Европейского бюро ВОЗ)

Регион	Число больных ТБ, протестированных на ЛУ МБТ	Число больных с МЛУ		
		абс.	%	Удельный вес в структуре
Европа и Запад	7708	100	1,3	39,1
Балканы	722	4	0,6	1,6
Бывшие страны СССР	583	90	15,4	35,2
Малая Азия	2509	28	1,1	10,9
Африка	2421	23	1,0	9,0
Америка и Океания	239	2	0,8	0,8
Происхождение неизвестно	823	9	1,1	3,4
Всего	15 005	256	1,7	100,0

обстоятельства стимулировали понимание того, что настало время обратить на МЛУ-ТБ более активное внимание, чем ранее.

Возникновение устойчивости к препаратам, используемым при лечении туберкулеза, и особенно появление множественной лекарственной устойчивости во многих странах, действительно стало серьезной проблемой общественного здравоохранения, препятствующей эффективной борьбе с этим заболеванием в мире.

При этом наш анализ показал, что в ряде стран мира остается неизвестной степень лекарственной устойчивости, в связи с чем лечение больных с МЛУ-ТБ нередко оказывается неадекватным. В странах с идентифицированным уровнем лекарственной устойчивости необходимо в рамках программ борьбы с ТБ проводить специальные мероприятия, направленные на правильное ведение таких больных.

Возникает необходимость в осуществлении стратегии борьбы с ТБ, в частности в целях пре-

дупреждения возникновения и распространения лекарственной устойчивости, прежде всего МЛУ-ТБ. Выявление и лечение всех форм ТБ, в том числе и лекарственно-устойчивых, должно быть составной частью национальных программ борьбы с ТБ. Еще недавно многие органы здравоохранения считали, что имеющиеся скудные ресурсы следует использовать для лечения вновь выявленных больных с лекарственно-чувствительными формами ТБ, поскольку затраты на их выявление и лечение в 10 и даже 100 раз ниже, чем у больных с МЛУ-ТБ. Однако в настоящее время стало вполне достижимым и экономически эффективным лечение **всех** форм ТБ, даже в странах со средним и низким уровнем дохода.

Больные, оставшиеся без лечения или леченные неадекватно, становятся постоянным источником распространения лекарственно-устойчивых штаммов, что впоследствии приводит к дополнительным расходам и повышению летальности от туберкулеза.

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УПРАВЛЕНИЯ И МОНИТОРИНГА ПРОЕКТОВ (НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СТРАТЕГИИ ЭФФЕКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»)

Н.И. Иванашева, А.В. Короткова, М.А. Иванашев, А.И. Савина

Пятилетняя программа «Развитие стратегии эффективного выявления и лечения больных туберкулезом на территории Российской Федерации», 2007–2011 г. (Программа), финансируемая за счет средств гранта Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), имеет целью снижение заболеваемости туберкулезом и смертности от него путем повышения эффективности выявления туберкулеза среди населения России, лечения и профилактических мероприятий с акцентом на малоимущие и маргинальные слои населения.

Основным реципиентом гранта является Фонд «Российское здравоохранение» (ФРЗ). Реализация Программы осуществляется во всех субъектах Российской Федерации. Организационная структура Программы и ее основные участники представлены на рис. 1.

Исполнителями Программы, получающими финансирование от основного реципиента, являются организации и физические лица, которые могут находиться в любом субъекте Федерации.

Рисунок 1. Организационная структура Программы и ее основные участники



Для мониторинга и оценки реализации Программы ФРЗ заключил договор с ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ЦНИИОИЗ), в котором создан и функционирует Центр мониторинга и оценки проектов и программ (Центр МиО). Организационная структура компонента по мониторингу и оценке представлена на рис 2.

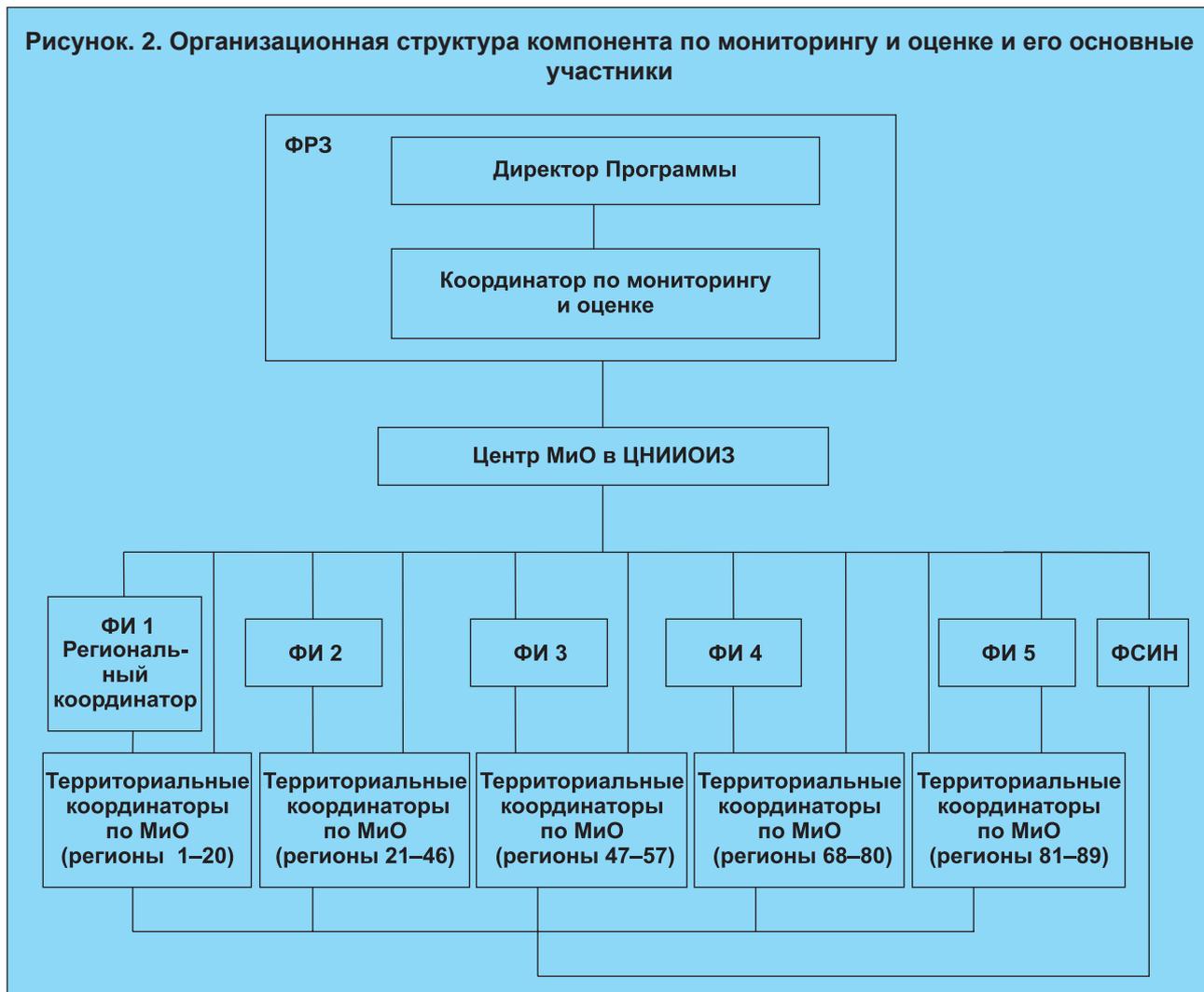
В ФРЗ есть координатор Программы по МиО, который связан непосредственно с Центром МиО в ЦНИИОИЗ, а ЦНИИОИЗ связан с пятью федеральными фтизиатрическими институтами и со всеми субъектами Федерации, находящимися в зоне курации этих пяти институтов и участвующих в Программе.

Необходимым условием успешного и эффективного управления, мониторинга и оценки программы является адекватность и актуальность получаемой информации. Часто такие факторы, как:

- отсутствие оперативности в сборе информации;
- большой территориальный охват программы;
- неунифицированный подход к отчетности у различных организаций, участвующих в реализации программы;
- большое число участников из различных регионов;
- разрозненное, нецентрализованное и неупорядоченное хранение информации о ходе реализации программы

затрудняют сбор информации для мониторинга, оценки и управления, приводят к тому, что мониторинг деятельности вырождается в констатацию фактов после завершения программы, когда уже невозможно внести коррективы в процесс ее осуществления. Современные информационные технологии позволяют существенно упростить и повысить эффективность и оперативность осуществления мониторинга и управления программой.

Рисунок. 2. Организационная структура компонента по мониторингу и оценке и его основные участники



Специалистами Центра МиО была разработана и поддерживается Информационная система управления, мониторинга и оценки Программы (ИСУП). Цель создания ИСУП – техническое и информационное обеспечение процесса мониторинга, оценки и управления программой. С помощью ИСУП осуществляется процесс сбора, хранения и обработки информации, предоставления информации для принятия управленческих решений, формирования отчетов, включая отчет по основным индикаторам Программы, координация выполнения мероприятий Программы, рутинный мониторинг Программы.

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи.

- Разработана информационная объектно-независимая модель информационной системы управления программой, с функциями мониторинга и оценки.
- Адаптация модели к нуждам конкретной Программы и создание на основе модели информационной системы с использованием Интернет-технологий.
- Определение регламента работы пользователей в ИСУП.
- Установка ИСУП и обучение пользователей.
- Мониторинг и анализ работы ИСУП.
- Консультирование и поддержка пользователей.

Методика построения ИСУП – описание информационной модели

Для разработки информационной системы были проанализированы структура Программы, ее основные участники, их информационные потребности для выполнения функций управления, структура информационного обмена и документооборота между участниками Программы, требования к отчетности.

На основании этого анализа была построена объектно-независимая информационная модель и адаптирована для нужд управления, мониторинга и оценки Программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимо к туберкулезу».

Весь объем информации о Программе можно разделить на две части: служебная информация Программы, доступ к которой должны иметь только участники Программы, и открытая для всех информация. Разделение этих частей было реализовано путем создания Интернет-портала Программы (www.srtb.mednet.ru), являющегося единым информационным пространством Программы и состоящего из открытой части, доступной всем пользователям Интернет, и защищенной, доступной

только участникам Программы. Общедоступная часть портала используется для распространения общей информации о Программе, в ней публикуются новости, объявления о проведении конкурсов и обучений, размещаются материалы библиотеки. Динамическая информация открытой части портала формируется автоматически из закрытой части через маркировку материалов «Разрешена публикация в открытой части».

Система двуязычна, вся информация дублируется на русском и английском языках.

Закрытая часть портала защищена, для доступа к ней используется двухуровневая система авторизации пользователей по группам и организациям.

Предусмотрена работа следующих групп пользователей в ИСУП:

- представители донора (ГФСТМ);
- представители основного исполнителя проекта (ФРЗ);
- партнеры;
- субконтракторы;
- внешние эксперты, в том числе по мониторингу и оценке;
- представители Центра МиО в ЦНИИОИЗ;
- территориальные и региональные координаторы;
- представители органов управления здравоохранением, ЛПУ.

Для всех пользователей системы предусмотрен различный уровень доступа к ИСУП. Разграничение прав пользователей реализовано с помощью использования таблицы разрешений, в которой для каждого пользователя установлены флаги доступа к различным возможностям закрытой части ИСУП.

Закрытая часть ИСУП имеет модульную структуру и состоит из следующих модулей: мероприятия, индикаторы, закупки, финансы, отчеты, адресная книга, сообщения и библиотека. Модульная реализация системы позволяет открывать различные модули ИСУП пользователям в зависимости от их служебных обязанностей в рамках Программы.

Одним из наиболее важных элементов управления и мониторинга Программы являются индикаторы, обязательный элемент отчетности перед донором, который предъявляет строго определенные требования к их структуре и содержанию. Индикаторы – это, с одной стороны, возможность для доноров проконтролировать эффективность распределения финансовых средств, а с другой – прекрасный инструмент для исполнителей Программы, позволяющий определить, какие области

Программы требуют больших усилий, и оперативно и своевременно внести коррективы в Программу для более успешного ее осуществления. Этот раздел портала позволяет работать с индикаторами Программы, описанными в соответствии с общепринятыми международными стандартами [1]. Наличие подробного описания каждого индикатора, методов его сбора способствует единому подходу к работе с индикаторами всех участников.

В описании индикатора использованы следующие поля:

- задача – одна из шести задач Программы;
- название индикатора;
- базовое значение (значение индикатора до начала работы Программы) и его дата;
- виды предоставляемых услуг;
- уровень индикатора (процесс / службы, которым оказана поддержка / охват клиентов / число обученных);
- пояснение;
- обоснование;
- определение индикатора: вид индикатора (абсолютный/относительный), числитель, знаменатель, комментарий); для расчета значений относительных индикаторов обеспечена возможность автоматического расчета (по определенным в описании индикаторов формулам) значений индикаторов по первичной информации;
- измерение: методика сбора, источник, частота отчетности;
- источники финансирования деятельности;
- кумулятивность индикатора; для кумулятивных индикаторов происходит автоматическое формирование кумулятивных значений;
- кумулятивный подсчет знаменателя.

Эти поля соответствуют международным стандартам и требованиям донора. Кроме того, часть полей в описании индикатора была введена для внутренних нужд Программы, ее мониторинга и оценки. Так, были введены следующие признаки для описания индикатора:

- тип индикатора: ключевой/дополнительный; федеральный/региональный.

Ключевые индикаторы в системе – основные индикаторы, по которым программа должна отчетываться в ГФСТМ. Кроме того, в системе предусмотрена возможность вводить дополнительные индикаторы для более полного анализа хода реализации Программы. «Федеральными» индикаторами

в ИСУП называют индикаторы, собираемые только на федеральном уровне, без разбивки по регионам. Для «региональных» индикаторов значения вводятся по каждому из регионов Программы.

- Связь с видами деятельности: есть/нет.

Для ряда индикаторов их значения формируются в системе при сдаче отчетов о результатах выполнения мероприятий Программы (индикаторы процесса). В ИСУП предусмотрен механизм, который позволяет для каждого индикатора указать, из каких видов деятельности Программы будет получено значение этого индикатора. И значение таких индикаторов заносится в ИСУП непосредственно после сдачи отчета по мероприятиям. Далее происходит автоматическое формирование поквартальных значений индикаторов на основании значений индикаторов, приложенных к отчетам по связанным видам деятельности.

При разработке описания индикаторов необходимо было учесть тот факт, что список индикаторов Программы непостоянен и может корректироваться в процессе осуществления Программы, могут добавляться новые и убираться старые индикаторы. Таким образом, в базе данных необходимо сохранять связь индикаторов и года программы.

Права на ввод достигнутых значений индикаторов также определяются специальной таблицей разрешений. Для каждого индикатора определяется список пользователей, у которых есть право менять значения индикаторов. Таблицы индикаторов и пользователей связаны как «многие к многим». «Федеральные» индикаторы вводят координаторы ФРЗ, «региональные» индикаторы вводят региональные координаторы по МиО. Каждый региональный координатор имеет возможность ввести значения индикаторов только по своему региону.

Обеспечивается прием, сохранение и верификация достигнутых значений индикаторов, сравнение их с плановыми значениями и построение на их основе таблиц и графиков.

Часть индикаторов программы может быть рассчитана автоматически по формулам на основании значений других индикаторов. Автоматический расчет индикаторов позволяет избежать двойного ввода информации, ввода неверных значений, связанных с неверной трактовкой расчета индикаторов. Формула индикатора описывается как отношение, в числителе и знаменателе которого может быть сумма значений абсолютных индикаторов системы или введенное вручную значение, умноженное на коэффициент.

Другой важной составляющей управления и мониторинга Программы является отслеживание хода выполнения запланированных мероприятий в рамках Программы, для этой цели в ИСУП был создан модуль «Мероприятия». Информационная организация

Рисунок 3. Пример полного описания индикатора в ИСУП

Задача-1:	Повысить выявление и лечение впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мазков на основе применения стратегии контролируемой химиотерапии краткосрочными курсами (DOTS-Surely Observed Treatment, Short course) в учреждениях не только в сфере здравоохранения Российской Федерации	Цели/подцели:	To increase early TB diagnosis and improve treatment rates for low-income and marginalized populations in the civilian sector
Индикатор:	5. Число больных туберкулезом, которые получили социальную поддержку при лечении по методу ДДТ.	Имя:	5. Number of TB patients cared for with social support during the DOT treatment.
Тип индикатора:	Ключевой, федеральный	Type of indicator:	Key, federal
Связь с другими индикаторами:	21	Relating with other indicator:	yes
Кодовое значение:	2615	Indicator code:	2615
Дата начала наблюдения:		Baseline date:	
Второе значение на втором этапе:	1000000	Second value on second phase:	
Дата начала наблюдения во втором этапе:		Baseline date on second phase:	
Имя подразделения/учреждения:	Лечение, уход и поддержка: Поддержка больных туберкулезом легким в ходе лечения под непосредственным наблюдением	Service Delivery Area:	Care and support: Supporting patients through direct observation of treatment
Кто это измеряет:	Оперативный персонал	Indicator owner:	People needed
Пояснение:	Число больных туберкулезом, находящихся на контролируемом лечении, получивших социальную поддержку.	Indicator definition:	Number of TB patients cared for with social support during the DOT treatment.
Обоснование:	Показатель отражает уровень социальной поддержки больных туберкулезом находящихся на контролируемом лечении в пределах субъекта РФ. Он позволяет подтвердить, что социальная поддержка в ходе лечения повышает эффективность лечения больных туберкулезом.	Rationale:	Indicator reflects the social support of TB patients through direct observation of treatment in RF region. It shows confirming that social support through direct observation of treatment increases the efficiency of TB patient treatment.
Определение индикатора:	Индикатор относится к абсолютному числу больных туберкулезом, которые получают социальную поддержку в ходе противотуберкулезного лечения.	Definition of indicator:	Kind of indicator - Absolute Numerator: Number of TB patients cared for with social support during the DOT treatment.
Индикатор измеримый:	Нет	Indicator measurable:	No
Источники данных:	Методика сбора: Эксперт ИФЗ вносит в систему число больных туберкулезом, получивших поддержку для территории, представляющих отчет о предоставлении отчетности по социальной поддержке больных туберкулезом. Значение индикатора определяется автоматически. Источники: Отчет ответственного исполнителя о проведении отчетности по оказанию социальной поддержки больных туберкулезом легких (форма отчета - 1 раз в квартал)	Measurement:	Method: Russian health Care Foundation expert inputs in the system the number of patients supported for regions submitted reports on actions of social support of TB patients. Indicator value is determined automatically. Instruments: Report of responsible executive on actions of social support of TB patients frequency: 1 time a quarter.
Другие комментарии:	Разработка системы социальной поддержки планируется в марте 2008	Other information:	System of social support will be developed by Mar-2008
Источники финансирования деятельности:	Планируемые поступления по данному виду предоставляемых услуг отражат результаты реализации национальной, региональных или местных программ, а исполнение к которым выделяются средства Глобального фонда	Source of financing of activity:	Targets described for this SDG reflect results of a broader national, regional, or institutional programme to which Global Fund resources contribute.
Наличие индикатора по 4 год:			
4 квартал (1.10.2008-31.03.2009)			
3 квартал (1.07.2008-30.09.2008)			
2 квартал (1.04.2008-30.06.2008)			
1 квартал (1.01.2008-30.03.2008)			
4 квартал (1.10.2006-31.03.2007)			
3 квартал (1.07.2006-30.09.2006)			
2 квартал (1.04.2006-30.06.2006)			
1 квартал (1.01.2006-30.03.2006)			

Рисунок 4. Сетевой график видов деятельности Программы в ИСУП

Виды деятельности	1 год программы												
	1 квартал (1.12.2005-31.03.2006)			2 квартал (1.04.2006-30.06.2006)			3 квартал (1.07.2006-30.09.2006)			4 квартал (1.10.2006-31.03.2007)			
Задача 3: Увеличение объема госпит. по диагностики и лечению больных туберкулезом в учреждениях первичной помощи													
Подзадача: 3.1.5 Создание 8 центров передового опыта в туберкулезной стационарной специализированной помощи (1 год - 5, 2 год - 3)	[1.2.2005]	[01.2006]	[02.2006]	[03.2006]	[04.2006]	[05.2006]	[06.2006]	[07.2006]	[08.2006]	[09.2006]	[10.2006]	[11.2006]	[12.2006]
3.1.5.1 Создание маркетингово-правовой базы.													
3.1.5.2 Определение площадок, оценка потребностей.													
3.1.5.3 Финансовая поддержка модернизации и ремонта местных служб.													
3.1.5.4 Разработка учебной программы и материалов.													
3.1.5.5 Организация и проведение обучения врачей и медицинских сестер													
Подзадача: 3.2.4 Модернизация оборудования для микробиологических лабораторий (65 лабораторий) (1 год - 40 таб, 2 год - 25 таб.)	[1.2.2005]	[01.2006]	[02.2006]	[03.2006]	[04.2006]	[05.2006]	[06.2006]	[07.2006]	[08.2006]	[09.2006]	[10.2006]	[11.2006]	[12.2006]
3.2.4.1 Проведение оценки потребностей.													
3.2.4.2 Оказание финансовой помощи.													
Подзадача: 3.2.5 Доснабжение 65 центров культуральных исследований (1 год - 40, 2 год - 25)	[1.2.2005]	[01.2006]	[02.2006]	[03.2006]	[04.2006]	[05.2006]	[06.2006]	[07.2006]	[08.2006]	[09.2006]	[10.2006]	[11.2006]	[12.2006]
3.2.5.1 Оценка потребностей в лабораторном оборудовании с учетом стандартов ББ													
3.2.5.2 Закупка лабораторного оборудования													

с первичной документацией по Программе, предоставленной экспертам возможности комментировать мероприятия, подавать запрос ответственному за мероприятие на предоставление дополнительной информации. Также у экспертов есть возможность дать задание в ИСУП территориальным координаторам по МиО на проверку мероприятий и приложить отчет о проверке этого мероприятия.

К каждому мероприятию можно приложить новость, которая будет опубликована в открытой части ИСУП, с приложением материалов этого мероприятия, помеченных для публикации в общедоступной части информационной системы. Такой механизм позволяет распространять информацию о программе быстро и удобно, параллельно с ведением планирования деятельности в ИСУП.

Собранная таким образом информация о мероприятиях и индикаторах Программы позволяет построить отчеты, необходимые как для управления и мониторинга, так и для отчетности перед донором. Такие отчеты позволяют сопоставлять планы Программы с достигнутыми результатами, осуществлять выборочные проверки предоставленных результатов с приложенной первичной документацией.

Финансовый мониторинг (модуль «Финансы») является неотъемлемой частью управления и мониторинга Программы. Модуль помогает осуществлять контроль выполнения бюджета путем сравнения бюджета Программы и фактических расходов по договорам.

Подход к сбору и анализу финансовой информации о программе основан на требованиях к отчетности ГФСТМ и ФРЗ и методике оценки национальных расходов на ВИЧ/СПИД (ОНРС) (UNAIDS, 2007), адаптированной к российским условиям специалистами ЦНИИОИЗ [2].

Единицей сбора финансовой информации в ИСУП являются договоры, подписываемые основным распорядителем финансирования программы (ФРЗ) и субреципиентами. Была разработана форма для описания каждого договора, которая включает следующие поля: даты договора, срок действия договора, присвоенный номер, контрагент (информация выбирается из общего справочника организаций), тип договора, получатель, ответственный за договор (информация выбирается из общего справочника пользователей ИСУП). Для классификации и сортировки договоров, для формирования отчетов, в том числе и для предоставления донору, используются следующие типы договоров: грант, хозяйственный, экспертный, закупки/поставки, научно-исследовательские работы и следующие типы получателей: государственная организация, негосударственная организация, коммерческая организация, частное лицо.

По каждому договору поквартально заносятся запланированные расходы и ежемесячно – фактические расходы. Запланированные и фактические расходы по каждому договору заносятся с разбивкой по подзадачам Программы. Кроме того, внесение фактических расходов по каждому договору осуществляется по статьям расходов [2].

Собранная таким образом информация позволяет планировать бюджет программы, сопоставляя агрегированные запланированные расходы по договорам, и бюджет, выделенный донором, в рамках отдельных подзадач и задач проекта. А также контролировать исполнение бюджета путем сопоставления агрегированных по всем договорам фактических расходов и бюджета программы.

Такая организация сбора финансовой информации позволяет строить и анализировать таблицы в следующих разрезах [2]:

- виды деятельности (функции/услуги);
- статьи расходов;
- поставщики товаров/услуг.

В рамках программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу» осуществляются поставки лекарств и оборудования в регионы. Поэтому в ИСУП был включен модуль «Закупки», который позволяет отследить весь путь лекарственных средств и оборудования: от момента объявления тендера до распределения в регионах.

Процесс осуществления закупок делится на 2 этапа: закупки и поставки. Этап закупки, в свою очередь, можно разделить на следующие операции:

- формирование пакета закупаемых товаров;
- подготовка технической спецификации;
- подготовка тендерной документации;
- получение предложений на тендер;
- оценка тендерных предложений и уведомление о присуждении контракта/отказа;
- проведение переговоров и подписание контракта;
- платежи по контракту;

этап поставки включает:

- отгрузка от производителя;
- таможенный склад и таможенная очистка;
- доставка на центральный склад;
- доставка на региональный склад;
- распределение лекарств.

При наличии в контракте нескольких отгрузочных партий осуществляется несколько цепочек доставок, соответствующих каждой партии, где

партия – отгрузочная единица по контракту. Каждая партия может состоять из лотов – частей партии, предназначенных конкретному грузополучателю (складу / медицинскому учреждению). Один лот может включать несколько наименований лекарств.

В информационной модели предусмотрено сохранение необходимого объема информации о закупках на каждом из этих этапов по мере выполнения соответствующего мероприятия в рамках каждого тендера.

Организовано ведение вспомогательных справочников, которые используются для внесения информации по каждому тендеру: справочники лекарств, оборудования и складов.

На основании внесенной информации в ИСУП строятся следующие отчеты по закупкам лекарств и оборудования:

- по поставке лекарств / оборудования в регионы;
- по числу распределенных лекарств;
- по наличию и запасам лекарств в регионах;
- по поставщикам;
- по контрактам;
- по среднегодовой цене лекарств (за таблетку).

Следующая часть информации, собираемой в ИСУП, – материалы библиотеки, документы, разработанные в рамках Программы, отечественные и зарубежные публикации, соответствующие задачам Программы. Раздел «Библиотека» ИСУП обеспечивает прием, каталогизированное хранение и поиск этих материалов, размещение их в закрытой и открытой частях ИСУП. Материалы хранятся по разделам, которые имеют иерархическую структуру.

Также в информационной системе предусмотрено ведение внутренней системы обмена электронными сообщениями между пользователями ИСУП. Информация об отправленных и полученных сообщениях хранится централизованно на сервере, что позволяет отслеживать статус каждого отправленного сообщения у каждого из получателей: прочитано / не прочитано, открыто / не открыто и т. д. Второй важной функцией этого раздела является генерация автоматических сообщений с отправкой копии сообщения на электронный адрес пользователя в заранее определенных случаях. Например, автоматическое сообщение о необходимости сдачи отчета в срок отправляется ответственному за это мероприятие в ИСУП, если этот отчет не был сдан в срок, который указывается при планировании мероприятия.

Программная реализация ИСУП

Техническая конфигурация ИСУП представлена следующими компонентами:

- средства вычислительной техники: выделенный сервер (сервер баз данных, файловый сервер, WEB-сервер), клиентские места пользователей, периферийное оборудование;
- глобальная сеть Интернет;
- программное обеспечение: Web-браузер на стороне клиента (например, Internet Explorer), серверное программное обеспечение.

Такая архитектура позволяет свободно работать с этой системой любому пользователю без длительной специальной подготовки, без привязки к какому-либо определенному программному обеспечению.

Выводы

В результате внедрения ИСУП удалось решить следующие задачи.

- Был создан единый инструмент для управления, мониторинга и оценки Программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу».
- Обеспечена персонифицированная работа с данными Программы в едином информационном пространстве для всех участников круглосуточно в режиме online.
- Разграничен доступ к информации о Программе.
- В рамках ИСУП обеспечена координация, согласование действий всех участников Программы.
- Унификация работы с информацией всех участников Программы с использованием международных стандартов.
- Обеспечено формирование и прием отчетов Программы с последующей блокировкой для исправления связанных с отчетом данных.
- Распространение результатов Программы, информирование широкой общественности о ходе реализации Программы.

Разработанная информационная модель объектно независима, поэтому она может быть использована для управления, мониторинга и оценки других аналогичных программ и проектов.

Литература

1. Руководящие принципы по разработке ключевых показателей // Страновой отчет 2008. – Женева, март 2007. – UNAIDS.
2. Obukhova O.V., Avdeeva O., Nitzsche-Bell A. Series of Working Papers on HIV/AIDS Monitoring and Evaluation. Issue 6. Developing a System for Annual HIV/AIDS-related Expenditure Monitoring in the Russian Federation. Methodology, Tools, Results.

ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

ДЕТИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА!

О. Олейник

Завершается подготовка к печати иллюстрированного сборника детских рисунков на тему борьбы с туберкулезом. Идея создания этого сборника возникла в связи с проводящимся с 2001 года в России конкурсом детских плакатов, посвященным Всемирному Дню борьбы с туберкулезом, который отмечается 24 марта. Неизменный интерес к конкурсу в самых разных регионах страны показал, что дети не остаются безучастными к проблемам, с которыми сталкиваются взрослые. В рисунке они воплощают свою мечту о счастливой и здоровой жизни.

Конкурс детских рисунков ежегодно проводится в рамках мероприятий Всемирного дня борьбы с туберкулезом с целью привлечения внимания учащихся к проблеме туберкулеза, ознакомления их с ранними симптомами и основными принципами профилактики туберкулеза, а также необходимостью придерживаться здорового образа жизни. Помимо Всемирной организации здравоохранения в организации и проведении конкурса участвуют Российский Красный Крест, Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, другие международные и российские партнеры. Конкурсы имеют важное просветительское значение, т. к. подразумевают проведение образовательных бесед с учащимися о проблеме туберкулеза в мире и России, о природе заболевания и путях его предотвращения.

Адресованный самой широкой аудитории – от государственных чиновников, политических деятелей, работников органов здравоохранения до простых обывателей, – иллюстрированный сборник рассказывает об истории туберкулеза, поисках способов диагностики и лечения, а также показывает, как видят это заболевание обычные люди на улице, врачи и дети. Авторы затрагивают различные аспекты проблемы туберкулеза, пытаясь донести до читателя ее серьезность и актуальность на простом, не отягощенном узкими специальными терминами языке. Сборник насыщен интересными историческими фактами, связанными с туберкулезом и знаменитостями, перенесшими это инфекционное заболевание.

Сборник иллюстрирован лучшими работами школьников из многих регионов страны, участвовавших в конкурсе тематических рисунков, проводящемся уже пять лет. Неизменный инте-

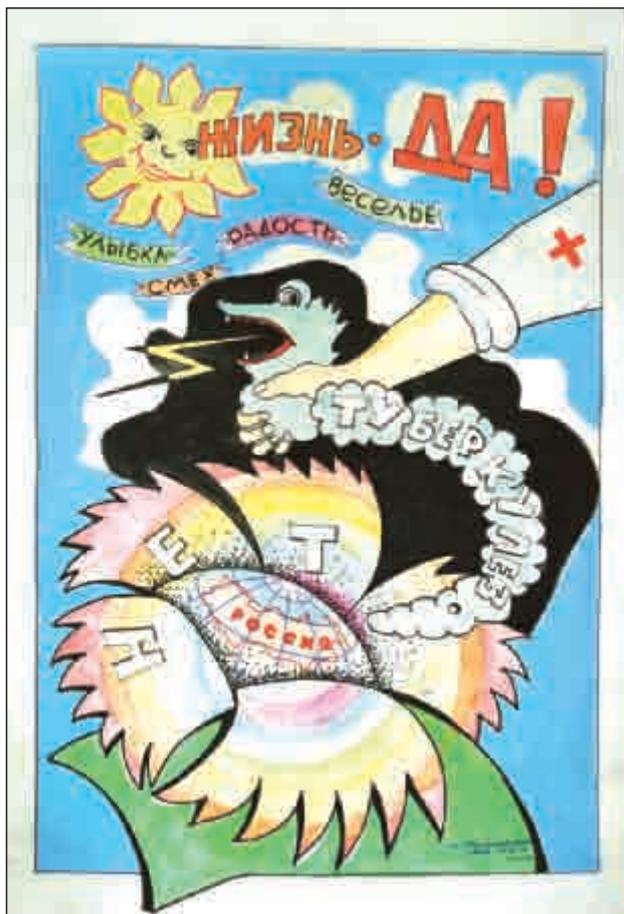


рес к конкурсу подтверждает его необходимость как эффективного механизма, способствующего формированию среди подрастающего поколения ответственного отношения к своему здоровью как

к высшей ценности, сохранение которой зависит прежде всего от самого человека.

Хочется надеяться, что книга не оставит никого равнодушным и заставит задуматься о проблеме туберкулеза, по сей день ежегодно уносящего жизни двух миллионов человек в мире, при том, что эта болезнь излечима. Туберкулез остается «убийцей № 1» среди всех инфекционных заболеваний. В сборнике этот серьезный недуг показан через призму восприятия детей, в том числе перенесших туберкулез. «На свете нет ни одного человека, который хотел бы болеть туберкулезом. Я тоже не хочу, хочу пожелать всем людям, чтобы они всегда были здоровыми, веселыми, радостными. Счастье не дается нам легко. Счастье – это когда человек радуется жизни, радуется своей работе, учебе, радуется, что родился на этот свет и, самое главное, не болеет. Чтобы заслужить счастье, надо трудиться, заботиться о своем здоровье, о своих родных и близких», – написала Маргарита Якуткина, ученица санаторной школы-интерната г. Шумерля Чувашской Республики, принявшая участие в форуме «Преодоление» для больных и излечившихся от туберкулеза, проводившемся в 2003 г.

Лозунг «Я помогаю победить туберкулез!» станет девизом очередного конкурса плакатов к Всемирному дню борьбы с туберкулезом в 2009 г. – пусть эта детская вера в силы взрослых послужит поддержкой и вдохновением.



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ СОВЕЩАНИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЙ СЕМИНАР, ПРОХОДИВШИЕ В РАМКАХ ПРОЕКТА ВСЕМИРНОГО БАНКА «ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И СПИДА» В Г. ЯКУТСКЕ 2–7 ИЮНЯ 2008 г.

Е.М. Белиловский, И.Д. Данилова, А.А. Корнилов

В начале июня 2008 года в г. Якутске были проведены важные мероприятия в рамках программы борьбы с туберкулезом в Республике Саха (Якутия).

2 июня в Национальном центре медицины прошло республиканское совещание «Роль врачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – врачей общей практики (семейных врачей) и участковых терапевтов – в борьбе с туберкулезом». Совещание было организовано и проведено НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я) и Программой ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации (ВОЗ ТБ РФ) в рамках реализации проекта Всемирного банка «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа». На совещании присутствовали 116 человек, из них 68 врачей общей практики, семейных врачей, районных и участковых терапевтов, 19 главных врачей улусных и центральных районных больниц, 6 специалистов ФСИН, 8 заведующих терапевтическими отделениями поликлиник г. Якутска, 11 заместителей главных врачей по лечебной работе и специалист Комитета здравоохранения РС(Я).

В лекциях и презентациях, прочитанных ведущими специалистами НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я) и тремя представителями Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации, было уделено серьезное внимание вопросам эпидемиологии туберкулеза и организации профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения этого заболевания.

После совещания, согласно планам мероприятий проекта Всемирного банка, с 3 по 7 июня на базе медицинского колледжа прошел методический семинар на тему «Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне». В семинаре приняли участие 88 фтизиатров и фтизиопедиатров всех районов республики и г. Якутска. Мероприятие было проведено двумя специалистами и консультантом Всемирной организации здравоохранения и специалистами из Новосибирского НИИ туберкулеза и Новосибирского областного ПТД.

Основными темами семинара были организация выявления и диагностики туберкулеза, основные принципы лечения больных, составление отчетной



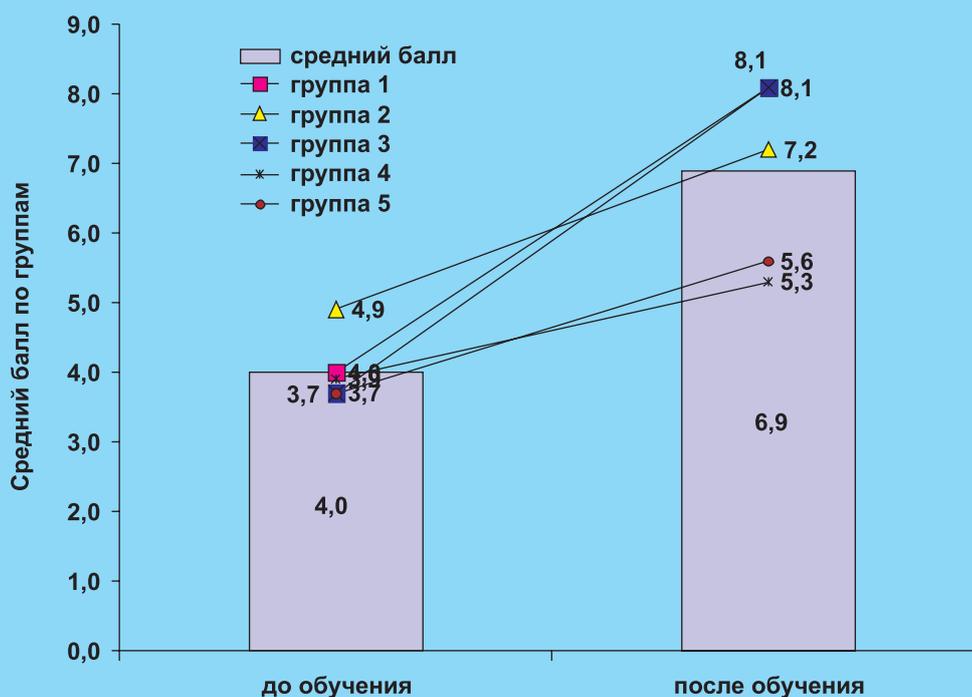
документации по контролю эффективности лечения, расчет потребности препаратов.

Для проведения семинара были подготовлены и обновлены презентации по пяти модулям курса «Борьба с туберкулезом на муниципальном уровне». Участников разделили на пять учебных групп – по числу преподавателей. Помимо занятий в группах прочитаны лекции «Эпидемиология туберкулеза в мире и Российской Федерации. Глобальный план борьбы с ТБ и его значение для России» и «Современные подходы к диагностике и лечению больных с лекарственно устойчивым туберкулезом легких».

На семинаре было проведено входное и выходное тестирование участников на основе разработанного в ВОЗ ТБ РФ в 2007 году теста и программы обработки его результатов (Epi-Info 3.3). Тест включал 32 вопроса по тематике семинара. На каждый вопрос предлагалось от 5 до 9 вариантов возможных ответов. Результаты тестирования показали, что в результате проведенного обучения, во всех учебных группах отмечено существенное повышение знаний по теме семинара (рис. 1) – в среднем с 4 до 6,9 балла (по 10-балльной шкале). До семинара основным результатом теста было 4 балла из 10 (у 30 из



Рисунок 1. Средние результаты входного (81 участник) и выходного (88 участников) тестирования в группах и в целом. Методический семинар «Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне», г. Якутск, 3–7 июня 2008 г.



81 прошедших тест), и никто не смог набрать максимальные оценки в 9 и 10 баллов. В результате проведенного обучения основным результатом уже стало 8 баллов из 10 (ответили 29 участников из 88 тестируемых), причем 10 человек набрали 9 баллов и один – 10 баллов (рис. 2).

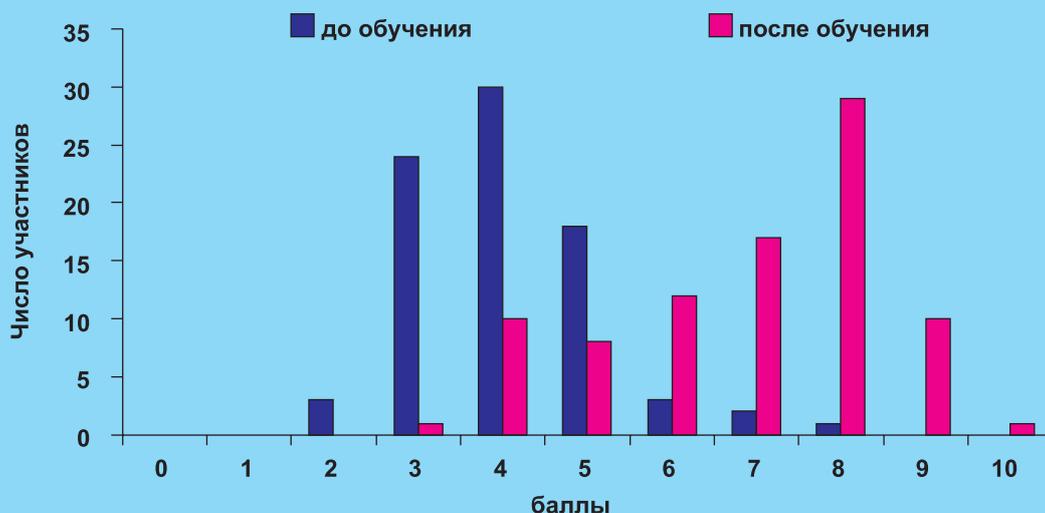
Министр здравоохранения Республики Саха (Якутия) В.Л. Александров во время встречи с организаторами совещания и семинара высоко оценил усилия по борьбе с туберкулезом, прилагаемые как республиканскими, так и международными организациями в лице ВОЗ.

В публикации Федерального информационного портала SakhaNews от 02.06.2008 г. было отмечено, что организация семинаров на столь высоком уровне при финансовой поддержке Международного Банка реконструкции и развития с участием представителей Всемирной организации здравоохранения позволит остановить распространение туберкулеза в Республике Саха в среднесрочной перспективе.

Проведенные мероприятия показали свою высокую эффективность, что подтверждает целесообразность проведения аналогичных семинаров и совещаний в других регионах Российской Федерации.



Рисунок. 2. Индивидуальные результаты входного (81 участник) и выходного (88 участников) тестирования. Методический семинар «Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне», г. Якутск, 3–7 июня 2008 г.





ПУБЛИКАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

В четвертом квартале 2008 года были изданы следующие публикации.



Туберкулез в Российской Федерации, 2007 г.: Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации

(под ред. М.И. Перельмана и Ю.В. Михайловой). – М., 2008. – 168 с.

Аналитический обзор является совместным изданием Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития), Программы Всемирной организации здравоохранения по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации (ВОЗ), Федерального государственного учреждения «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» (ЦНИИОИЗ), НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова (НИИФП), ГУ ЦНИИТ РАМН и Федеральной службы исполнения наказаний. Данный аналитический обзор представляет собой обновленное издание материалов, выпущенных в 2007 году («Туберкулез в Российской Федерации, 2006 год: Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации». – М., 2007. – 126 с.). В обзоре представлен анализ показателей, рассчитанных на основании данных государственной и отраслевой отчетности, обсуждено их значение для оценки эпидемиологической ситуации и качества противотуберкулезной помощи в Российской Федерации в 2006–2007 гг., рассмотрена их динамика за последние 10–15 лет. Особое внимание уделено вопросам методики использования и интерпретации различных показателей, применяемых в Российской Федерации и за рубежом при оценке эффективности борьбы с туберкулезом.

Санаторное лечение больных туберкулезом в Российской Федерации: современное состояние и перспективы развития: Аналитический обзор

М., 2008. – 70 с.

Аналитический обзор является изданием Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, подготовленным сотрудниками Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, расположенного на базе Федерального государственного учреждения «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития РФ». В обзоре представлен анализ современного состояния и перспектив развития санаторного лечения больных туберкулезом в Российской Федерации. Издание предназначено для руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, противотуберкулезных учреждений, врачей-фтизиатров и врачей-эпидемиологов.

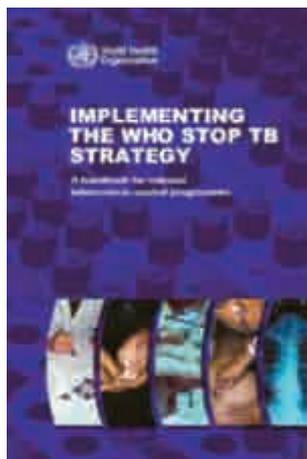
НОВЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ШТАБ-КВАРТИРЫ ВОЗ

<http://www.who.int/tb/publications/en>

Опубликован отчет группы стратегических и технических советников по туберкулезу (STAG-TB)

Восьмое совещание STAG-TB состоялось в штаб-квартире ВОЗ 23–25 июня 2008 г., оно было организовано Департаментом «Остановить туберкулез» штаб-квартиры ВОЗ. Полный отчет можно найти на сайте:

http://www.who.int/tb/events/stag_report_2008.pdf



WHO/HTM/TB/2008.401

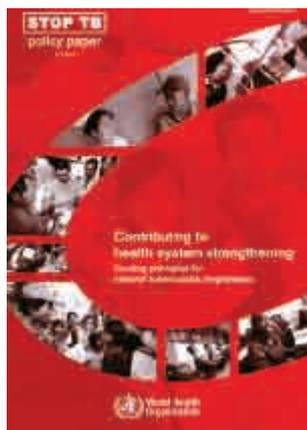
Реализация стратегии «Остановить туберкулез»: Руководство для национальных программ борьбы с туберкулезом

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546676_eng.pdf

WHO/HTM/TB/2008.400

Политика реализации стратегии «Остановить туберкулез». Содействие укреплению системы здравоохранения – руководящие принципы для национальных программ борьбы с туберкулезом

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597173_eng.pdf



Отчет о Европейском министерском форуме ВОЗ «Все против туберкулеза»

Опубликован отчет о Европейском министерском форуме ВОЗ «Все против туберкулеза», прошедшем 22 октября 2007 г. в Берлине, Германия. Целью Форума стало содействие ускорению прогресса в достижении глобальных целей по борьбе с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ.

Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией: Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ

Внесены изменения на стр. 140, табл. 1: для пациентов, получавших ранее лечение от туберкулеза, в колонке «Интенсивная фаза» следует читать: «HRZES 2 месяца и **после этого** HRZE 1 месяц».

ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ

НОВЫЕ

Интернет-портал Программы Глобального Фонда «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу»:

<http://www.srtb.mednet.ru>

Ресурсный Центр по изучению политики в сфере туберкулеза:

<http://tbpolicy.ru>

ОСНОВНЫЕ ССЫЛКИ

Основные ссылки ВОЗ по проблеме туберкулеза. Язык – русский, английский, французский, испанский:

<http://www.who.int/topics/tuberculosis/ru>

Департамент «Остановить туберкулез». Язык – английский, французский, испанский:

<http://www.who.int/tb/en/>

Отдел по борьбе с туберкулезом, Европейское региональное бюро ВОЗ. Язык – русский, английский, французский, немецкий:

<http://www.euro.who.int/tuberculosis>

Глобальное партнерство «Остановить туберкулез». Язык – английский:

<http://www.stoptb.org>

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Язык – русский, английский, французский, испанский:

<http://www.theglobalfund.org/en>

Бюллетень ВОЗ. Язык – английский, французский, испанский:

<http://www.who.int/bulletin/en>

Стратегия «Остановить ТБ». Язык – русский, английский, французский, испанский:

<http://www.who.int/tb/strategy>

Рабочая группа по распространению ДOTS. Язык – русский, английский, французский, испанский:

http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion

Проведение политики расширения и улучшения высококачественного лечения туберкулеза ДOTS. Язык – русский, английский, французский, испанский:

<http://www.who.int/tb/dots>

Борьба с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, туберкулезом с лекарственной устойчивостью и другие задачи. Язык – русский, английский, французский, испанский:

<http://www.who.int/tb/challenges>

Укрепление систем здравоохранения. Язык – английский:

http://www.who.int/tb/health_systems

Работа с больными туберкулезом и общественностью. Язык – английский:

http://www.who.int/tb/people_and_communities

Научные исследования в сфере борьбы с туберкулезом. Язык – английский:

<http://www.who.int/tb/research>

Данные по туберкулезу и информация по странам. Язык – английский:

<http://www.who.int/tb/country>

Публикации по туберкулезу. Язык – русский, английский, французский, испанский:

<http://www.who.int/tb/publications>

Финансирование противотуберкулезных мероприятий

Глобальная система по обеспечению противотуберкулезными препаратами.

Информация о бесплатных противотуберкулезных препаратах для определенного ряда стран и организаций:

<http://www.stoptb.org/GDF>

Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией:

<http://www.theglobalfund.org>

Эпиднадзор за туберкулезом

Компьютерная информационная система по инфекционным заболеваниям (Computerized information system for infectious diseases (CISID):

<http://data.euro.who.int/CISID>

Интерактивная база данных индикаторов по туберкулезу. ЕвроТБ.

Сайт дает возможность отобразить интерактивные данные:

<http://www.eurotb.org>

Документационный центр ВОЗ. Язык – русский, английский:

<http://mednet.ru/whodc>

МЕРОПРИЯТИЯ НА 2009 ГОД

Мероприятие	Место проведения	Даты
Март		
Всемирный день борьбы с туберкулезом		24
Апрель		
Всемирный день здоровья		6
Международный курс по туберкулезу для стран с низкой и средней заболеваемостью, организованный Финской ассоциацией «Здоровое дыхание»	Тарту, Эстония	20–24
Май		
62-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения	Женева, Швейцария	18–27
5-я Европейская региональная конференция Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких (The Union). Основная тема конференции: «Соединяя Восток и Запад: вызовы борьбы с респираторными заболеваниями в Европе»	Дубровник, Хорватия	27–20
Июль		
Региональный курс для стран Европейского региона ВОЗ «Организация борьбы с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ в Европе»	Сондало, Италия	1–8
Сентябрь		
Ежегодный конгресс Европейского респираторного общества	Вена, Австрия	12–16
59-я сессия Европейского регионального комитета ВОЗ	Копенгаген, Дания	14–17
Декабрь		
40-я Всемирная конференция по здоровью легких Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких (The Union). Основная тема конференции: «Бедность и здоровье легких».	Канкун, Мексика	3–7

Всемирная организация здравоохранения



ЕВРОПА