

**МИССИЯ rGLC/ЕВРОПА
ПО МОНИТОРИНГУ РЕАЛИЗАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАНА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ М/ШЛУ-ТБ**

В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

08 - 14 Октября 2014 г.

Консультанты:

Кай Блондал, MD, Ph.D., пульмонолог, международный консультант по ТБ, департамент по борьбе с инфекционными заболеваниями службы здравоохранения, Рейкьявик, Исландия (Division of Communicable Disease Control Reykjavik Health Care Services, Iceland)

Содержание

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
1. ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ.....	5
2. СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.....	6
3. КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРЕДЫДУЩЕЙ МИССИИ.....	8
4. РЕКОМЕНДАЦИИ ДАННОЙ МИССИИ (РЕЗЮМЕ).....	14
5. ОБЩИЙ ПОРТРЕТ СТРАНЫ/ РЕГИОНА.....	17
6. ДАННЫЕ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ВЫЯВЛЕНИЮ СЛУЧАЕВ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ.....	18
7. КООРДИНАЦИЯ ПРОГРАММЫ И ФИНАНСИРОВАНИЕ.....	23
8. СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ПРОВЕДЕНИЕ	27
9. ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ.....	32
10. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ.....	33
11. УПРАВЛЕНИЕ ЗАПАСАМИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВТОРОГО РЯДА	34
12. ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА И УПРАВЛЕНИЕ ДАННЫМИ.....	35
13. ЭТИКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ПОМОЩИ И КОНТРОЛЯ.....	35
14. СПИСОК СОСТОЯВШИХСЯ ВСТРЕЧ.....	36
15. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	36

Выражение признательности

Авторы желают выразить свою благодарность Национальной программе борьбы с туберкулёзом (НТП), Министерству здравоохранения и социальной защиты (МЗСЗ) и Министерству юстиции (МЮ) за прогресс, достигнутый в борьбе с туберкулёзом.

Приносим свою искреннюю благодарность за сотрудничество врачебному и среднему медперсоналу, а также больным в посещенных нами учреждениях.

Мы хотели бы поблагодарить страновой офис Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Европейское Региональное Бюро ВОЗ за содействие, оказанное в проведении визита.

Я также хочу поблагодарить Центр реализации проектов Глобального Фонда за предоставление своих данных и рекомендаций, которые были включены в данный отчет.

Список сокращений

АРВ – антиретровирусный препарат
НКЛ – непосредственно контролируемое лечение (ДОТ)
ДОТС – короткий курс лечения под непосредственным наблюдением
ИЛУ – исследование лекарственной устойчивости
ЛУ-ТБ – туберкулёз с лекарственной устойчивостью
ТЛЧ – тест на лекарственную чувствительность
ВОК – Внешняя оценка качества
FDC – комбинированный препарат с фиксированными дозами
ПТП-I - Противотуберкулёзные препараты первого ряда
GDF – глобальная система обеспечения лекарственными средствами
ГФ – Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией
КЗС - Комитет Зеленого Света (GLC)
HAIN – Hain Lifescience (HAIN); The Hain GenoType MTBDR[®] plus Assay
МСП – медикосанитарная помощь
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ИК – план инфекционного контроля
L-J – Левенштайна Йенсена проба
ЛТБИ – латентная туберкулёзная инфекция
МЛУ-ТБ – туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью
MGIT – Система определения микобактерий BACTEC[™] MGIT[™] 960
НРЛ – национальная референс-лаборатория
НТП – Национальная программа борьбы с туберкулёзом
ПТП-II - Противотуберкулёзные препараты второго ряда
СРЛ – Супранациональная референтная лаборатория
SS- отрицательный по мазку мокроты
SS+ положительный по мазку мокроты
ТБ – туберкулез
ДКТ – добровольное консультирование и тестирование
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ШЛУ-ТБ – туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью

1. Техническое задание

Задачи:

- * Оценить реализацию программы, нынешние достижения и устойчивость программы и разработать рекомендации в отношении будущей деятельности;
- * Оценить Национальный план противодействия М/ШЛУ-ТБ и удостовериться в его соответствии Европейскому плану действий по борьбе с М/ШЛУ-ТБ;
- * Оценить прогресс реализации национального плана действий по борьбе с М/ШЛУ-ТБ (если таковой имеется);
- * Оценить текущий проект по борьбе с М/ШЛУ-ТБ, осуществляемый при поддержке Глобального Фонда или любого другого донора (если применимо).

Ключевые вопросы для разработки и анализа:

- 1) Наличие национального плана противодействия М/ШЛУ-ТБ, который включает охват всех больных, в том числе детей и подростков, заключенных и мигрантов, бездомных и пр.;
- 2) Приведение Национального плана противодействия М/ШЛУ-ТБ в соответствие с *Комплексным планом действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском Регионе ВОЗ на 2011 – 2015 гг.*;
- 3) Определение необходимости технической помощи в разработке и изменении плана противодействия М/ШЛУ-ТБ;
- 4) Оценка уровня государственной поддержки и координации между правительством и внутренними и внешними партнерами (донорами, исполняющими организациями); проектом и сообществом; гражданской и пенитенциарной системой; деятельностью в отношении М/ШЛУ-ТБ и ВИЧ; управлением кадровыми ресурсами и обучением;
- 5) Оценка стратегии выявления случаев и определить барьеры для своевременного начала лечения М/ШЛУ-ТБ, включая туберкулез у детей;
- 6) Стратегии и подходы ведения и лечения случаев заболевания (клинические протоколы и руководства, ведение побочных эффектов и доступность диагностики и вспомогательных лекарств на всех уровнях, в особенности в амбулаторном секторе); ведение случаев туберкулеза у детей; этика оказания противотуберкулезной помощи и других соответствующих аспектов программы с акцентом на уязвимые группы (заключенные, бывшие заключенные, мигранты и дети);
- 7) Последующее наблюдение больных туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ; подход, ориентированный на больного, и социальная поддержка;
- 8) Стратегии инфекционного контроля в стационарных и амбулаторных условиях;
- 9) Нынешний статус лабораторных услуг, диагностики, доступности для больных, в том числе детей; сотрудничество с супранациональной референс-лабораторией;
- 10) Система управления лекарственными запасами для противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда в отношении метода подсчета, закупки, ввоза, хранения, распределения и предоставления больным, наличие технологий приготовления детских доз; сотрудничество с агентством по закупкам противотуберкулезных препаратов первого и второго ряда;
- 11) Информационная система (включая наличие учетно-отчетных форм и базы данных) и управление данными (рутинный сбор и когортный анализ); существование отдельного реестра МЛУ-ТБ или удобной для пользователя платформы для отдельного управления данными из общего реестра случаев туберкулеза. Существование модуля управления лабораторной информацией, связанного с реестром случаев МЛУ-ТБ и/или туберкулеза.
- 12) Определение потребности, частоты и продолжительности оказания технической помощи в реализации Национального плана противодействия М/ШЛУ-ТБ.

2. Справочная информация

Региональный Комитет Зеленого Света (КЗС, GLC) по Европейскому региону ВОЗ поддерживает расширение Плана противодействия М/ШЛУ-ТБ в Республике Таджикистан. Последняя миссия мониторинга проводилась д-ром Кай Блондал (Kai Blöndal) и д-ром Эльмирой Гурбановой в феврале 2014 г. Нынешняя миссия по оценке проектной деятельности со стороны регионального GLC была запланирована на 9-14 октября 2014 г.

Страна успешно подавала заявки в Глобальный Фонд (ГФ) в раунде 3 и RCC (продолжение финансирования) раунда 3 с Проектом Хоуп (Project HOPE) в качестве главного получателя; раундах 6 и 8 с ПРООН в качестве Центра реализации проекта (ЦРП). Консолидированные раунды 6 и 8 включают в себя лечение туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ). Фаза 2 RCC (начало в конце 2012 г.) была пересмотрена с тем, чтобы включить лечение больных МЛУ-ТБ. В 2012 г. страна успешно подала заявку через переходный механизм финансирования (ПМФ) Глобального Фонда (ПРООН в качестве ЦРП), и в июне 2013 г. было подписано грантовое соглашение. В общей сложности в рамках ПМФ планируется лечить 1628 больных МЛУ-ТБ в период 2014–2015 гг. Страна подготовила концептуальную записку для ГФ по новому механизму финансирования (НМФ) для подачи в октябре 2014 г. Планируется, что проект ГФ начнется в 2016 г. и будет продолжаться два года. В течение двух лет лечение будет предоставлено, в общей сложности, 2597 больным с лекарственно-устойчивым (ЛУ) ТБ; из них 1866 с МЛУ-ТБ и 100 с ШЛУ-ТБ. Одним из наиболее важных достижений является то, что правительство выделяет бюджет на закупку 50% необходимых противотуберкулезных препаратов первого ряда (ПТП-I) в 2016 г. и 100% в 2017г.

В 2014 г. МЗСРТ разработало и одобрило (в августе 2014 г.) новый национальный стратегический план (НСП) по туберкулезу на 2015-2020 гг.. План противодействия М/ШЛУ-ТБ (2015-2020 гг.) был обновлен в июле 2014 г. Как План противодействия М/ШЛУ-ТБ, так и Национальный стратегический план приведены в соответствие с Дорожной картой ЕРБ-ВОЗ по Европейском региона на 2011-2015 гг. и Глобальной стратегией и целями по профилактике, лечению и контролю ТБ после 2015 г. (стратегией борьбы с ТБ после Post-2015 TB Strategy), принятыми на 67-ой Всемирной ассамблее здравоохранения.

Таджикистан подал заявку в КЗС и в феврале 2009 г. получил одобрение на получение противотуберкулезных препаратов второго ряда (ПТП-II) для ограниченной когорты из 50 больных МЛУ-ТБ (таблица 1). Расширение когорты с включением еще 400 больных было одобрено 1-го марта 2010 г. В апреле 2011 г. КЗС одобрил ведение больных М/ШЛУ-ТБ в масштабах всей страны, однако полный охват страны будет фактически достигнут в конце 2014 г., в основном по причине ограниченного снабжения ПТП-II и трудностями в расширении доступа к культуральным исследованиям и ТЛЧ в регионах. Миссии мониторинга КЗС проводились в марте и ноябре 2009 г., ноябре 2010 г., апреле 2011 г., апреле 2012 г., июле 2013 г. и феврале 2014 г.

Таблица 1. Число больных М/ШЛУ-ТБ, диагностированных и начавших лечение в период 2009–2011г.

Год	Диагностированные случаи М/ШЛУ-ТБ	Получавшие курс лечения (не обязательно из числа диагностированных в этот год)
2009	141	52
2010	333	245
2011	721	380
2012	772	536 Раунд 8
2013	911	668
2014	По расчетам 1020 К октябрю 2014 г. диагностировано 559	814 ПМФ + 50 KNCV + 125 Проекта Хоуп и MSF до 140 больных за два года Фактически взято за первые 6 месяцев: 405
2015	По расчетам 1020	814 ПМФ+ 125 Проекта Хоуп = 939

¹ По расчетам 1040: оценочное число случаев легочного МЛУ-ТБ, источник данных: ВОЗ, ситуация в стране по туберкулезу в 2013 г. (WHO_HQ_Reports-TBepiCountryProfile_TJK.pdf)

Основные вызовы

Основная проблема состоит в функционировании национальной лабораторной сети (НЛС), в частности в работе культуральных лабораторий и, в определенной степени, работе Национальной референс-лаборатории (НРЛ). Хотя качество работы НРЛ существенно улучшилось по сравнению с 2012 г., обмен информацией между

лабораторией и врачами-клиницистами, а также биологическая безопасность все еще остаются проблемой. Шкафы биобезопасности (ШББ) вышли из строя в феврале 2014 г., и НРЛ была закрыта на три месяца, что оставило страну без возможности выполнять тестирование на лекарственную чувствительность (ТЛЧ).

Хотя бумажная система учета и отчетности в целом функционирует хорошо, и в 2014 г. были пересмотрены определения в соответствии с рекомендациями ВОЗ от 2013 г., электронная система учета и отчетности (Open MRS) находится на раннем этапе своего развития.

Зависимость страны от донорской поддержки в отношении снабжения лабораторными материалами, противотуберкулезными препаратами и поддержки больных является причиной уязвимости услуг, связанных с ТБ. Кроме того, низкий уровень заработной платы медперсонала и непрестижность фтизиатрических служб являются основными причинами недостаточной мотивации кадровых ресурсов в ТБ службах. Это будет усугубляться еще больше ввиду значительного сокращения надбавок к зарплате соответственно с более строгой политикой ГФ. Слабость медперсонала отражается в субоптимальных фтизиатрических услугах, предоставляемых больным.

В остальном прогресс НТП за последние полгода был значительным; помимо разработки основных документов, таких как концептуальная записка и НСП, было разработано/ пересмотрено несколько руководств (по ЛУ-ТБ, по оказанию паллиативной помощи при ТБ, по детскому ТБ), которые уже одобрены или будут одобрены в скором времени. Кроме того, в июле 2014 г. страна запустила Партнерство «Остановить ТБ» (Stop TB Partnership), чтобы обеспечить широкое сотрудничество НПО и общественных местных организаций (ОМО). НТП планирует стать основным центром по реализации проектов (ЦРП) РФ, начиная с 2016 г. Амбулаторное ведение укреплено посредством создания правовой основы для кабинетов ДОТ (НКЛ) по всей стране, было начато внедрение плана инфекционного контроля (ИК), разработанного ранее, при впечатляющей поддержке в обучении (USAID). Профессиональные знания клиницистов в Республиканской ТБ больнице в Мачитоне и в Душанбе в отношении ТБ и ЛУ-ТБ ТВ хорошие.

3. Контроль исполнения рекомендаций предыдущей миссии.

	Общий портрет страны /региона	комментарии
1	Продолжить подготовку концептуальной записки по туберкулёзу для подачи заявки на НМФ Глобального Фонда по борьбе с СПИД, Туберкулёзом и Малярией (ГФ) (крайний срок май или июнь 2014 г.).	Подана к 15 октября 2014 г.
2	Начать разработку нового Национального стратегического плана противодействия туберкулёзу на следующие пять лет: 2015–2019 гг. План действий в отношении М/ШЛУ-ТБ должен быть частью стратегического плана.	выполнено
3	Расширить ведение М/ШЛУ-ТБ на всю страну соответственно плану НТП/МЗСЗ к концу 2014г.	К октябрю осталось 4 района, которые необходимо охватить к концу года.
4	Важно, чтобы МЗСЗ приняло на себя обязанность закупки противотуберкулёзных препаратов первого ряда (ПТП-I) с 2015 г., в том числе закупки изониазида для профилактики ТБ среди детей. До настоящего момента ПТП-I и ПТП-II закупаются при поддержке ГФ. Тем не менее, чтобы гарантировать поддержку Партнеров, в том числе ГФ, важно продемонстрировать вклад государства.	МЗСЗН РТ выделяет бюджет с 2016 г. на покрытие 50% затрат на ПТП-I и 100% затрат с 2017 г.
5	Когда закупка ПТП-I будет осуществляться МЗСЗ, особо важно будет то, чтобы ПТП-I закупались через поставщиков, предварительно оцененных GDF/ ВОЗ на соответствие требованиям.	Все стороны согласны
6	Разработать и внедрить комплексный план управления кадровыми ресурсами для служб, имеющих отношение к ТБ (рекомендация обзора, проведенного с Всемирной организацией здравоохранения в 2013 г).	План был разработан в 2014 г. Реализация начата с предоставлением заявки в Совет Безопасности при Президенте РТ на повышение заработной платы, одобренное в 2006 г.
7	Чтобы продолжить сокращение коечного фонда ТБ (планируется сократить до 1500 коек к 2015г.), важно повторить оценку потребности с учетом изменяющихся условий. Высвобожденные бюджетные средства должны оставаться в ТБ службе, как и были до этого.	Сообщили, что освободившиеся бюджетные средства останутся в ТБ службе, число коек сократилось до 1545 больничных коек.
8	Рассмотреть возможность проведения переоценки структуры лабораторной сети с учетом недавних обстоятельств (продолжение расширения применения аппаратов Xpert MTB/Rif, потребность в тестировании на лекарственную чувствительность в Согдийской области и пр.).	Предварительная переоценка прошла в связи с разработкой НСП и КЗ (см.отчет)
9	Разработать и внедрить руководство и план по паллиативной помощи при ТБ, в том числе и для пенитенциарной системы (ПС).	План и руководство разработаны, финансирование (за исключением тренинга при помощи USAID) отсутствует

10	Хотя прилагаются очевидные усилия для увеличения снабжения продовольствием в туберкулёзных больницах (повышение на 30%), этого все еще недостаточно. Продолжать увеличение государственного финансирования продовольственного снабжения в ТБ больницах.	Предоставляется поддержка ГФ. Государственное финансирование все еще ограничено.
11	Продолжать усилия институционализации финансирования для предоставления амбулаторного НКЛ (регулярное устойчивое финансирование из МЗСЗ).	Пункты НКЛ часть структуры здравоохранения, поддержка приверженности/пропитания все еще в рамках донорских проектов (ГФ, ВПП ООН)
12	Осуществить повышение заработной платы персонала, работающего в ТБ службах, согласно закону об инфекционных заболеваниях от 2006 г.	Реализация начата с предоставлением заявки в Совет Безопасности при Президенте РТ на повышение заработной платы, одобренное в 2006 г. (см рекомендацию 6)
13	Осуществить предоставление поддержки по инвалидности безработным больным, согласно закону об инфекционных заболеваниях от 2006 г.	Одобрено МЗСЗН РТ, реализация с 2015 г.
14	Продолжать изыскивать возможности обеспечения устойчивости НПО и гражданских сообществ в деятельности, связанной с ТБ (обзор ВОЗ, 2013г.)	Партнерство Stop TB в Таджикистане учреждено 30.07.2014 г. с участием 76 членов, 6 из которых бывшие больные ТБ, 32 НПО ¹ . Продолжается работа по привлечению партнерского финансирования (НМФ). Планируется подавать заявки на малые гранты при Правительстве РТ.
Лабораторная сеть		
15	Выполнить в стране квалификационную проверку сети лабораторий, выполняющих посевы, провести обучение и мониторинг культуральных лабораторий страны.	Первый визит мониторинга проведен в августе 2014 г. СОП розданы, следует запланировать контрольные мероприятия
16	Продолжать улучшение обмена информацией между клиницистами и культуральными и ТЛЧ лабораториями (результаты посева и ТЛЧ должны предоставляться врачам без задержки, а врачи и лаборатории нижестоящих уровней должны использовать правильно заполненные формы направления).	Планируется разработать и внедрить электронную форму для отправки результатов тестов по электронной почте.
17	Разработать стандартные операционные процедуры (СОП) для культуральных лабораторий.	Выполняется

¹ Национальное партнерство Stop TB (остановить ТБ) в Таджикистане.
http://www.stoptb.org/countries/partnerships/np_tjk.asp

18	Рассмотреть возможность обсуждения с НРЛ плана по выполнению эпидемиологического надзора за лекарственной устойчивостью (использование метода «отпечатка пальцев») в будущем. НРЛ обладает коллекцией штаммов за последние несколько лет.	Не выполнено
19	Продумать планирование выполнения ТЛЧ на севере страны	Отсутствие потенциала (инфраструктурного, кадрового) в настоящее время. Может быть в рамках RgW и/или НМФ (см.текстовую часть)
20	Выполнять рутинный надзор за лекарственной устойчивостью.	Выполнено за 2013 г. Необходимо продолжать
Выявление случаев и лечение		
21	Рассмотреть возможность создания отсека для индукции мокроты для больных ТБ детей, соединенного с педиатрическими ТБ отделениями.	Организация MSF оказала поддержку в учреждении отделений в Кулябе и Душанбе и планирует еще одно в Душанбе и одно в Курган-Тюбе.
22	Обучать и переобучать клиницистов, работающих с педиатрическими случаями ТБ в республиканской детской ТБ больнице в Душанбе, поскольку эта больница имеет обоснованные алгоритмы диагностики и лечения для детей.	Выполняется
23	Продолжать улучшение диагностики латентной ТБ инфекции (ЛТБИ), в частности среди детей, посредством более широкого использования пробы Манту.	Планировалось закупить туберкулин в 2013 г. в рамках ГФ, имела место задержка до настоящего времени, цена выше запланированной. Есть надежда получить 5000 доз к 2015 г.
24	Продолжать проводить обучение по месту работы и оказывать ТП по вопросам ЛУ-ТБ областным ЦВКК и координаторам МЛУ-ТБ.	Продолжается. Необходимо провести больше, особенно с учетом движения в направлении индивидуализированных схем лечения
25	Улучшить обмен информацией между службами ВИЧ и ТБ. Лечащий фтизиатр должен быть проинформирован о ВИЧ-статусе больного.	Существуют руководства, но фактическое сотрудничество между службами слабое
26	Продолжать сокращение госпитализации больных ТБ с отрицательными результатами анализа мазка мокроты (могут быть положительными по результатам Xpert. MTB Rif).	Прогресс наблюдается, но врачей Душанбе и РЦТБ все еще приводят в замешательство результаты Xpert среди больных с отрицательными мазками мокроты
27	Рассмотреть возможность проведения анализа данных по отрывам от лечения в сравнении результатов лечения больных, госпитализированных в начале лечения, с теми, кто не был госпитализирован (возможный метод – отбор по	Не выполняется

	показателю <i>предрасположенности</i>). Этот анализ даст направление для дальнейшего снижения госпитализации больных ТБ.	
28	Рассмотреть возможность ускорить начало применения индивидуализированного режима лечения, поскольку НРЛ получила хорошие результаты квалификационной проверки. Это означает, что после первоначального диагностирования полирезистентности должен использоваться стандартизованный режим лечения, как и раньше; тем не менее, после получения результатов MGIT (или стандартного ТЛЧ) режим лечения можно адаптировать режим лечения соответственно результатам ТЛЧ	В процесс выполнения
29	Рассмотреть возможность выполнения тестов HAIN для всех больных ТБ с положительными результатами мазка мокроты при приёме в больницу, в том случае, если больной направлен в больницу без экспресс-теста или результатов стандартного ТЛЧ. Тест HAIN следует выполнять при поступлении для незамедлительного выделения случаев МЛУ-ТБ, чтобы снизить риск внутрибольничной передачи и безотлагательно начать соответствующее лечение.	Выполняется
30	Рассмотреть возможность установления более тщательного наблюдения за больными ТБ, страдающими диабетом, и обеспечение котримоксазола для ВИЧ-инфицированных больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ	Контроль диабета слабый. Котримоксазол не предоставляется
31	Проводить профилактическую терапию изониазидом (ПТИ) для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)	ПТИ предоставляется ВИЧ службами, тем не менее не дается никакой информации в ТБ службу помимо запроса на изониазид
Учет и отчетность		
32	Выполнять рутинный надзор за лекарственной устойчивостью.	Начато в 2013 г. следует продолжать
33	Продумать изыскание возможностей укрепления и расширения электронной учетно-отчетной системы на всю страну. Центральный уровень реестра ТБ должен быть укреплен: доработать базу данных так, чтобы можно было генерировать отчеты, нанять ИТ-специалистов для доработки программного обеспечения и выполнения обслуживания, получить ТП от Interactive Research & Development (IRD) в обучении ИТ-специалиста работе с программным обеспечением, нанять персонал для ввода данных (минимум три человека на центральном уровне). Областные (районные) уровни должны быть усилены посредством обеспечения достаточной численности персонала для ввода данных, постоянного энергоснабжения, мониторинга и обучения по месту работы.	Ожидается финансирование (от USAID, ГФ)
34	Продолжать обучение новым учетно-отчетным формам и определениям (определения ВОЗ, изданные в 2013 г.).	Выполняется
35	Обеспечить внесение всех случаев ТБ в реестр ТБ	Хороший прогресс
36	Обеспечить возможность анализировать случаи по бактериологическому подтверждению с использованием различных методов (микроскопия мазка мокроты, стандартный посев и ТЛЧ, Хpert, HAIN).	Новые бумажные журналы содержат соответствующие графы
Управление запасами лекарственных средств		
37	Рассмотреть возможность закупки линезолида для больных ШЛУ-ТБ и пре-ШЛУ-ТБ. Рассмотреть возможность закупки других препаратов из группы 5, как клофазимин. Во время ИЛУ было определено, что 15% больных МЛУ-ТБ имеют ШЛУ-ТБ. Тем не менее, исходя из опыта других проектов, поскольку не все ШЛУ-ТБ получают лечение по ряду причин, при планировании закупки препаратов 5-ой группы ПТП НТП может оценочно рассчитать 10% случаев	Партия Lzd и Cfz при поддержке ГФ вероятно будет поставлена в январе 2015 г.

	МЛУ-ТБ как ШЛУ-ТБ.	
38	Рассмотреть возможность подачи заявки в J&J PRD для сострадательного применения бедаквилина в случаях пре-ШЛУ и ШЛУ-ТБ.	Возможность упущена. Bdq доступен в рамках GDF, но финансирования на его закупку не будет до 2016 г. (НМФ)
39	НТП должна организовать использование HR серии 75/150 к июню 2014 г., когда истекает срок годности серии.	Препараты с истекшим сроком годности заменены, но все еще много с истекшим сроком. Остается проблемой
Противотуберкулезный инфекционный контроль		
40	Обеспечить наличие финансирования для реализации плана ИК. Привлечь партнеров в реализацию плана ИК.	Значительное улучшение в обучении, наличие респираторов, дополнительные поставки УФ ламп, планы ремонта помещений с учетом ИК
41	Продолжать повсеместное обучение медперсонала и сотрудников ГСЭН на тему ИК, например, тому, что больные ТБ с отрицательным мазком, но подтвержденные исследованием культуры или тестом Хpert, представляют минимальный риск для окружения; что дезинфекция домов больных ТБ не является эффективной мерой противотуберкулезного ИК.	Хороший прогресс в поддержании информационной связи с СГСЭН, достижение общего понимания, скоро будет создана/ подписана правовая основа
42	Больных легочным ТБ с отрицательным результатом мазка, но положительным результатом Хpert (HAIN), как правило, не следует госпитализировать. Эти больные представляют незначительный риск для других.	Очень незначительное число больных с отрицательным результатом мазка госпитализировано в Мачитоне
43	Больные с внелегочным ТБ, как правило, считаются незаразными и вне зависимости от их статуса ТЛЧ могут быть госпитализированы в отделение для внелегочного ТБ, если нет отделения для БК- больных МЛУ-ТБ.	Проблема решена в Мачитоне
44	Рассмотреть возможность выписки больных ТБ из больницы как можно раньше после наступления конверсии мазка мокроты в целях снижения возможности повторного заражения больных и сокращения расходов на медицинское обслуживание.	Проблема решена в Мачитоне
Пенитенциарный сектор		
45	Обеспечить использование экспресс-тестирования (Хpert или HAIN) для всех заключенных с подозрением на ТБ в целях раннего выявления случаев и безотлагательного начала эффективного лечения.	В рамках проекта TB REACH, начатого в 2013 г.
46	Улучшить выявление случаев ТБ и МЛУ-ТБ в пенитенциарной системе.	В рамках проекта TB REACH, начатого в 2013 г.

47	Продолжать усовершенствование мер инфекционного контроля в пенитенциарной системе. Обеспечить, чтобы в новой тюремной ТБ больнице помещения для персонала были изолированы от заразных больных ТВ и МЛУ-ТБ, а также чтобы больные были изолированы соответственно разным категориям.	Не выполняется
48	Продолжать улучшение совместной деятельности в отношении ТБ/ВИЧ в ПС. Обеспечить раннее начало АРТ (в первые 2-8 недель лечения ТБ) и лечение котримоксазолом для случаев ТБ/ВИЧ.	АРТ обычно начинают, но не терапию котримоксазолом.
49	Рассмотреть возможность создания помещений для паллиативной помощи в ПС.	Скоро будет доработано при поддержке Каритас-Люксембург.

Обновление информации по рекомендациям от 2013 г., не отраженной в предыдущих рекомендациях в настоящем отчете.

Действие/ рекомендация	Сроки
Рассмотреть возможность направления результатов и рекомендаций обзорной миссии Министерству юстиции для ознакомления и дальнейших действий, посредством платформы Национального координационного комитета (НКК).	Не выполняется
Оказание технической помощи и проведение обучения по месту работы для персонала, работающего в ТБ отделении тюрьмы в Согде, на тему диагностики и лечения туберкулёза с лекарственной устойчивостью (ЛУ-ТБ).	Техническая помощь (ТП) и обучение предоставлены КЛ, НТП, Проектом ХОУП
Улучшить учет и отчетность в ТБ отделении тюрьмы в Согде.	Оценка прогресса в тюрьме не проводилась, сказано, что ситуация улучшилась
Продолжить мобилизацию ресурсов с целью обеспечения устойчивости деятельности в отношении ЛУ-ТБ, в частности, снабжение противотуберкулёзными препаратами второго ряда (ПТП-II).	Достаточный запас на данный момент, заявка на НМФ 2016, 2017 гг.
Проведение обучения по месту работы и оказание технической помощи в отношении вопросов по ЛУ-ТБ для областных ЦВКК и координаторов по ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).	ТП предоставлена партнерами и НТП (новой кураторской командой)
Усилить обучение по месту работы и контроль над работниками ПМСП в сельских зонах, вовлеченных в ведение ЛУ-ТБ.	ТП предоставлена партнерами (Проект «Качественное здравоохранение») и НТП (новой кураторской командой)

4. Рекомендации данной миссии (резюме)

	Рекомендация	Ответственность	
	Эпидемиология, выявление случаев и работа программы		
1	Обеспечить наличие туберкулина в стране в достаточном количестве.	МЗСЗН РТ, НТП, партнеры	Продолжается
2	Продолжать улучшение диагностики латентной ТБ инфекции, в частности среди детей, а также среди взрослых, в том числе беременных женщин (посредством пробы Манту, более широкого применения ПТИ среди лиц в возрасте 6-35 лет в случае инфекции).	МЗСЗН РТ, НТП, партнеры	Продолжается
3	Продолжать создание кабинетов для индукции мокроты для случаев детского ТБ, связанных с детскими фтизиатрическими отделениями, как планировалось	МЗСЗН РТ, НТП, Республиканская детская ТБ больница, партнеры	2015 г.
4	Улучшить рутинный надзор за лекарственной устойчивостью в стране	НРЛ/ Центр мониторинга при НТП	2014 г.
	Координация и управление		
5	Продолжать улучшение учета и отчетности, чтобы обеспечить учет всех случаев ТБ и ЛУ-ТБ, а не только тех, которые начали лечение.	МЗСЗН РТ, НТП, партнеры	продолжается
6	Продолжать реализацию плана развития кадровых ресурсов (разработанного в 2104 г.) для ТБ служб.	МЗСЗН РТ, НТП, МЮ	Продолжается
7	Выполнить повышение заработной платы персонала, работающего в ТБ службах, соответственно закону от 2006 г. Об инфекционных заболеваниях. В рамках НМФ не планируется выплата надбавки к зарплате, и если не внести изменения в базовую зарплату персонала, ТБ программа столкнется с большой проблемой оттока человеческих ресурсов.	МЗСЗН РТ	2015
8	Продолжать проводить обучение на местах и оказывать техническое содействие по вопросам ЛУ-ТБ областным консилиумам по М/ШЛУ-ТБ и координаторам по МЛУ-ТБ.	НТП, партнеры	Продолжается
9	Продолжать изыскание возможностей с целью обеспечения устойчивости (местное финансирование) НПО и местных общественных организаций (МОО), связанных с ТБ (обзор ВОЗ 2013 г.).	МЗСЗН/Партнеры	Продолжается
10	Обеспечить финансирование для реализации плана по паллиативной помощи (проект руководства составлен в 2014 г.)	МЗСЗН РТ, НТП, партнеры	2015
11	Хотя были предприняты очевидные усилия по обеспечению питания в фтизиатрических больницах (повышение на 30%), этого все еще не достаточно. Продолжать увеличение государственного финансирования питания в фтизиатрических больницах в целях дальнейшей устойчивости.	МЗСЗН/Партнеры	Продолжается
12	Продолжать предпринимать усилия по институционализации финансирования для проведения амбулаторного НКЛ (регулярное устойчивое финансирование для поощрения продовольствием и поддержки в транспортных расходах от МЗСЗН)	МЗСЗН/Партнеры	Продолжается

13	Рассмотреть передачу результатов и рекомендаций обзора вниманию и для дальнейших действий Министерства юстиции посредством платформы Национального Координационного Комитета (НКК)	НКК (НТП/ВОЗ)	продолжается
	Пенитенциарный сектор		
14	Рассмотреть возможность использования жидкости для полоскания рта до сбора мокроты в целях улучшения качества фенотипической культуры и ТЛЧ	Пенитенциарный сектор	2014
15	Продолжать улучшение мер ИК в ЦТБ: Обеспечить, чтобы больные МЛУ-ТБ и ТБ с положительным результатом мазка мокроты не смешивались с больными с отрицательным мазком и персоналом (меры административного контроля) и чтобы УФ лампы содержались и использовались.	Пенитенциарный сектор	2014
16	Продолжать улучшать совместную деятельность между ТБ и ВИЧ службами в пенитенциарном секторе. Обеспечить лечение котримоксазолом для всех больных ТБ/ВИЧ.	Пенитенциарный сектор	2015
17	Обеспечить соответствующую поддержку и обучение нового назначенного фтизиатра в ЦТБ	Пенитенциарный сектор/НТП	Как можно скорее
18	Обеспечить, чтобы каждая доза противотуберкулезного препарата принималась под наблюдением	Пенитенциарный сектор/ ЦТБ	БЕЗОТЛАГАТЕЛЬНО
	Лабораторные вопросы		
19	Продолжать проводить мониторинг, тестирование на профпригодность и обучение в сети культуральных лабораторий страны (СП распространены в 2014 г., коэффициент контаминации культур и роста культур очень низкие, согласно историям болезни больных. Пример: Куляб, квартал 1 2014 г.- 21,7% (5/23) больных с легочным ТБ, образцы которых были отправлены на посев, получили положительный результат анализа культуры (в идеале 80-85%).	НТП/НРЛ	продолжается
20	Продолжать улучшать информационный обмен между клиницистами и культуральными и ТЛЧ лабораториями (результаты посева и ТЛЧ должны предоставляться врачам без задержек).	НТП/ ТБ Службы	продолжается
21	Рассмотреть возможность обсуждения с НРЛ плана по выполнению эпидемиологического надзора за лекарственной устойчивостью (использование генетической экспертизы) в будущем. НРЛ имеет коллекцию штаммов за последние несколько лет (рекомендация 2013 г.).	НРЛ/СРЛ	С 2016
22	Рассмотреть возможность планирования выполнения ТЛЧ на севере страны и/или создания еще одной ТЛЧ лаборатории на случай, если НРЛ не сможет выполнять. (наилучшая имеющаяся альтернатива – существующая лаборатория BSL-3)	НРЛ/НТП/МЗСЗН	С 2015
	Стратегии и ведение лечения		
23	Проводить больше тренингов для медперсонала по степени инфекционности больных с отрицательным результатом мазка мокроты, но положительным результатом Хpert MBT/RIF.	НТП/ партнеры	продолжается
24	Проводить больше тренингов для медперсонала по значению фенотипической культуры и ТЛЧ, что является основой для понимания ЛУ-ТБ.	НТП/ партнеры	продолжается
25	Команды мониторинга НТП и партнеров должны проводить перекрестную проверку журналов ТБ03 и лабораторной документации, поскольку это часть инициативы по улучшению охвата	НТП/ партнеры	продолжается

	посевом и ТЛЧ (в настоящее время врачи сообщают, что культура была отправлена, лаборатории сообщают, что посев был сделан, но культуральное подтверждение, тем не мене, очень низкое)		
26	Проводить дальнейшее обучение областных ЦВКК/ координаторов по ТБ, поскольку оно необходимо для успешного осуществления смены стандартизованного лечения индивидуализированными схемами лечения. Необходимо расширить полномочия координаторов по ТБ для осуществления эффективного мониторинга и поддержки персонала учреждений/ ЛПУ, которые лечат больных М/ШЛУ-ТБ. Имеет место серьезная нехватка кадров, поскольку координатор по ТБ является также главным и/или единственным фтизиатром в области/районе.	НТП/ партнеры	продолжается
27	Все изменения в схемах лечения и пропущенные дозы должны быть отражены в картах лечения М/ШЛУ-ТБ и других соответствующих формах, иначе трудно выявить причины, по которым схемы лечения оказались неудачными.	НТП	продолжается
28	Обеспечить, чтобы велось наблюдение и эффективное купирование побочных эффектов в районах, включая все соответствующие лечебные пункты, в особенности сельские.	НТП	продолжается
29	Проводить дальнейшее обучение (каскадные тренинги) современной информации (рекомендации ВОЗ от 2014 г. и обновленные национальные руководства) по ведению ЛУ-ТБ.		
30	Улучшить обмен информацией между службами ТБ и ВИЧ. Лечащий фтизиатр должен быть проинформирован о ВИЧ-статусе больного (повторная рекомендация).	МЗСЗН/ НТП	2014
31	Продолжать сокращение госпитализации больных ТБ с отрицательным мазком мокроты (которые могут иметь положительный результат Хpert MTB/Rif). Консультанты отмечают, что в действительности имеет место очень хороший прогресс в этом отношении (отчасти благодаря очень плачевному состоянию фтизиатрических учреждений).	МЗСЗН/НТП	продолжается
32	Рассмотреть внедрения более тщательного наблюдения за больными ТБ, страдающими диабетом (выполнять международные/ национальные рекомендации по контролю для диабетиков).	Мачитон	2015
33	Обеспечить предоставление котримоксазола ВИЧ-инфицированным больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.	НТП/ВИЧ	2014
34	Обеспечить доступность для НТП информации о профилактической терапии изониазидом (ИРТ, ПТИ) среди ВИЧ-инфицированных лиц.	НТП/ ВИЧ	2014
	Инфекционный контроль		
35	Хотя достигнут хороший прогресс в реализации плана ИК, требуются дополнительные мероприятия и финансирование для дальнейшего выполнения плана ИК.	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015
36	По всей стране продолжать подготовку медперсонала по вопросам ИК.	НТП/СГСЭН	продолжается
37	Выполнять соответственные меры ИК в отделении ШЛУ-ТБ в Мачитоне	Мачитон/НТП	2014
	Снабжение лекарственными средствами		
38	Обеспечить дополнительное финансирование для дополнительной закупки препаратов группы 5 (помимо ныне планируемых 30). Нынешняя закупка включает в себя линезолид и клофазимин для 30 больных ШЛУ-ТБ, которые уже находятся в списке ожидания. В закупку не входят больные пред-ШЛУ-ТБ и будущие (после октября 2014) диагностированные больные ШЛУ –ТБ, а также она не включает бедаквилин.	МЗСЗН/НТП/ партнеры	продолжается

39	Когда закупка ПТП-I будет выполняться МЗСЗН, основополагающее значение будет иметь закупка ПТП-I через поставщиков, прошедших предварительную оценку GDF / ВОЗ на соответствие требованиям. В настоящее время расхождения во мнениях нет, однако рекомендация делается повторно.	МЗСЗН	Конец 2015
40	Обеспечить постепенную передачу закупки ПТП государству. Первая закупка 50% ПТП-I в 2016 г. Имеет кардинальное значение.	МЗСЗН	2015
	Информационная система и управление данными		
41	Рассмотреть возможности укрепления и расширения электронной учетно-отчетной системы по всей стране. Следует усилить регистр ТБ на центральном уровне: доработать базу данных так, чтобы была возможность создания отчетов, нанять специалистов ИТ для окончательной доработки программного обеспечения и обслуживания, при ТП, предоставленной IRD, обучить специалиста ИТ работать с ПО, нанять сотрудников для ввода данных (минимум трех для центрального уровня). Областной (районный уровень) следует усилить за счет обеспечения достаточным числом операторов ввода данных, постоянного энергоснабжения, Мониторинга и обучения на месте работы (прошлая рекомендация).	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015
42	Продолжать обучение по новым формам отчетности и определениям (определения ВОЗ от 2013 г.) (прошлая рекомендация).	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015
43	Обеспечить, чтобы все случаи ТБ были внесены в регистр ТБ (прошлая рекомендация).	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015
	Этика		
44	Внедрить руководство и план по паллиативной помощи больным ТБ, в том числе для пенитенциарной системы.	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015

5. Общий портрет страны/ региона

Таблица 1. Сведения о стране (выбранные)

	2014 г. ²
Население, общее (млн.)	8 051 512 (по оценкам на июль 2014г.)
Показатель прироста населения	1,75%
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, население в целом (годы)	66,06
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, жен. (годы)	70,32
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, муж. (годы)	63,96
Расходы на здравоохранение	5,8% от ВВП (2011г.)
Расходы на образование	3,9% от ВВП (2011 г.)
Уровень безработицы	2,5% (по официальным оценкам 2012 г.)
Административное деление	2 области, 1 автономная область, 1 столичный регион и 1 зона, именуемая районами республиканского подчинения (РРП); Душанбе, Хатлон (Курган-Тюбе), Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО) (Хорог), РРП, Согд (Худжанд)

² World Fact Book, assessed 28 January 2014 https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/print/country/countrypdf_ti.pdf

	2012 г.
ВВП на душу населения (ППС)	\$2300
Фактический показатель роста ВВП	7,4%
Население за чертой бедности	35,6% (по оценкам 2013 г.)
Инфляция потребительских цен	3,7%

Таджикистан является страной, не имеющей выхода к морю, ландшафт которой формируется преимущественно горами Памиро-Алая, западной частью Ферганской долины на севере и Кафирниганской и Вахшской долинами на юго-западе. Этнические группы: таджики 79,9%, узбеки 15,3%, русские 1,1%, киргизы 1,1%, другие 2,6% (перепись 2000 г.).

Республика Таджикистан стала независимой в 1991г. после распада Советского Союза и в период 1992-1997 гг. пережила гражданскую войну между региональными фракциями. Внимание международного сообщества к тому моменту, как силы НАТО вошли в Афганистан, повлекло рост экономического развития и содействие в обеспечении безопасности, что могло создать рабочие места и укрепить стабильность в долгосрочной перспективе. Таджикистан стремится получить членство ВТО и присоединился к «Партнерству НАТО ради мира».

Страна остается самой бедной республикой на постсоветском пространстве. В Таджикистане один из самых низких ВВП на душу населения среди 15 бывших советских республик. По причине нехватки возможностей трудоустройства в Таджикистане целый миллион граждан республики трудятся за ее пределами, почти все – в России, поддерживая свои семьи в Таджикистане с помощью денежных переводов. Меньше 7% земли – пахотные. Хлопок является наиболее важной сельскохозяйственной культурой, и его производство во многих случаях контролируется государством. Природные ресурсы: гидроэнергетика, некоторые запасы нефти, уран, ртуть, бурый уголь, свинец, цинк, сурьма, вольфрам, серебро, золото. Промышленность состоит лишь из крупного алюминиевого завода, гидроэнергетических сооружений и некоторых устаревших фабрик, в основном, в легкой промышленности и переработке пищевых продуктов.

Экономическая ситуация Таджикистана остается хрупкой по причине неравномерного внедрения структурных реформ, коррупции, слабого управления, сезонных отключений электроэнергии и бремени внешнего долга. Производство электроэнергии увеличилось с завершением строительства гидроэлектростанции Сангтуда-1 – завершено в 2009 г., инвестиции России. Меньшая ГЭС Сангтуда-2, построенная на инвестиции Ирана, начала работать в 2011 г.

6. Данные по эпидемиологии, выявлению случаев и результативности программы

Таблица 3. Ключевые индикаторы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан, ВОЗ Глобальный доклад по ситуации с ТБ, 2013 г.

	Оценки 2012 г. ³
Оценочная численность населения	8 млн.
Коэффициент заболеваемости (БК+/100 000/год)	8,600/108
Распространенность (все случаи/100 000 нас./год)	13,000/160
Смертность (умерших/100 000 нас./год) за исключением ВИЧ+ ТБ	610/7.6
Коэффициент заболеваемости только ВИЧ+ ТБ (все случаи/100 000 нас./год)	НД
Из новых случаев ТБ, % МЛУ-ТБ	490/13
Из ранее леченных случаев ТБ, % МЛУ-ТБ	420/56
Надзор и осуществление ДOTS	2009
Охват ДOTS(%)	100
Успешное лечение (новые БК+ когорты 2011, %)	80
Успешное повторное лечение (когорты 2011, %)	71

Таблица 4. Коэффициент заболеваемости, распространенности и смертности в связи с ТБ на 100 000 чел. населения, 2009–2012 гг.⁴

³ Краткая справка по ситуации с ТБ в стране, Таджикистан. www.who.int/tb/data
WHO. Global Tuberculosis Report 2012. WHO/HTM/TB/2012.6. Geneva: World Health Organization; 2012.

Год	Коэффициент регистрации, новые случаи	Коэффициент регистрации, все случаи	Смертность ¹
2010	80,3	106	ВОЗ:9,0, НТП:6,3
2011	78,7	109,1	ВОЗ: 8,3, НТП:6,5
2012	НТП: 69,4 (5,484/ 7,897,300)	ВОЗ: 81, НТП:73,6 (5,811 / 7,897,300) ²	ВОЗ:7,6, НТП:5,1
2013	НТП: 65.7 (5,306/8,074,300)	НТП: 74.3 (5,576/8,074,300) ³	НТП: 4.9 (399/8,074,300)

1. Данные по смертности не совпадают с данными, предоставленными НТП в 2012 г.
2. НТП: число рецидивов 327.
3. НТП: число рецидивов 270.

Таблица 5. Регистрация случаев, Глобальный доклад ВОЗ, 2013 г.

Год	Новые и Рецидивы	Новые случаи						Случаи повторного лечения			Неизв.	ВСЕГО
		SS+	SS-/NA	Внелегочные	Итого новых	Легочные	SS+ из новых легочных	Рецидивы	Повторн. лечен., исключая рецидивы	Всего повторное лечение		
2010	6.994	2.290	2.038	1.631	5.959	4.328	53	338	647	985	697	7.641
2011	7.035	2.174	2.148	1.613	5.935	4.322	50	355	574	929	745	7.609
2012	6.508	2.041	1.911	1.532	5.484	3.952	52	327	421	748	697	6.929

Таблица 6. Регистрация случаев ТБ, всего в программе ТБ, 2009–2013 г.

Регистрация случаев	2009 г.		2010г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Новые случаи, из них:										
БК+/ % из новых легочных	1972	47,1	2290	52,9	2174	50,3	2041	51,6	2205	57,2
БК-/ % из новых легочных	2212	52,9	2038	47,1	2148	49,7	1911	48,4	1647	42,8
Результат мазка неизвестен										
Внелегочный ТБ/ % из новых	1683	28,7	1631	27,4	1613	27,2	1532	27,9	1454	27,4
Другие										
Всего новых/ % от общего числа	5867	78,4	5959	77,5	5935	78,0	5484	79,1	5302	81,7
Случаи повторного лечения, из них:										

⁴ Источник данных - национальная программа по борьбе с ТБ

Рецидив	263	16,3	388	22,4	355	21,2	327	23,6	270	22,7
Лечение после неудачи	168	10,4	220	12,7	198	11,8	146	10,5	133	11,2
Лечение после отрыва	100	6,2	99	5,7	87	5,2	93	6,7	58	4,9
Другие	1082	67,1	1025	59,2	1034	61,8	818	59,1	728	61,2

Таблица 8. Число зарегистрированных детей больных ТБ, 2006-2013гг.

	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.
Число новых БК+ среди детей	32	34	32	16	35	39	24	27
Число детей, больных ТБ	470	585	547	455	491	569	360	389

Таблица 9. Данные по ТБ и ВИЧ

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Регистрация случаев ВИЧ	189	204	339	373	431	536	989	828	876
Получающие АРВ-терапию из всех ВИЧ+						247	291	1044	1401
Регистрация случаев ВИЧ среди больных ТБ	0	10	15	48	21	64	69	88	88
Регистрация случаев ТБ среди ВИЧ-инфицированных	12	5	39	31	28	38	49	НД	47
Всего ТБ/ВИЧ	12	15	54	79	49	310	118 ⁵	88	135
Получающие АРВ-терапию из числа диагностированных случаев сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ						54 (17,4%)	66 (55,9%)	78 (89%)	162
Регистрация случаев ТБ	4675	5917	7689	7961	7479	7691	7609	6929	6426
Тестирование на ВИЧ среди больных ТБ			306	2545	3714	5356	6241	6375	5850
Доля (%) тестированных на ВИЧ из числа зарегистрированных случаев ТБ	0	0	4,0	32,0	49,7	69,6	82,0	92	90,1
Число больных, получающих Стх из общего числа случаев ТБ/ВИЧ	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	70	НД
Число ВИЧ-инфицированных, получающих ПТИ	НД	НД	НД	НД	НД	НД	НД	157	329

Политика применения БЦЖ

Согласно национальному руководству от 2010 г. вакцинацию БЦЖ рекомендуется проводить однократно – при рождении, а профилактическая терапия изониазидом (ПТИ) для ВИЧ-отрицательных (в основном, детей) и ВИЧ-положительных лиц в настоящее время проводится в течение 6 месяцев. Закупка вакцины БЦЖ обеспечивается за счет государственного бюджета. Согласно информации НТП, охват БЦЖ высокий, составляя 95-98%. Охват БЦЖ в Кулябе, который был посещен в рамках последнего визита, составил около 96% в 2013 г. (Таблица 10). Из 154 больных ТБ, зарегистрированных в 2013 г. в Республиканской детской ТБ больнице в Душанбе, 22 (14,2%) больных не имели прививки БЦЖ, что указывает на необходимость расширять охват вакцинацией и далее.

⁵ Отчет ВОЗ показывает 115

Таблица 10. Охват БЦЖ среди новорожденных в г. Куляб, 2013 г.

2013	Всего новорожденных		Рождены в больнице	
	N	%	N	%
Всего детей	2636		2322	
Получили БЦЖ	2528	95.9	2236	96.3

Отслеживание контактных лиц и латентная ТБ инфекция

Соответственно национальным руководствам, отслеживание контактных среди детей выполняется посредством рентгенографии для исключения активного заболевания ТБ и пробы Манту (Мх). Тем не менее, ввиду нехватки туберкулина проба Мх используется в недостаточном объеме. В 2013 г. ГФ предоставил туберкулин для всех детей в возрасте 0-6 лет, МЗСЗ закупило 21000 доз туберкулина, и еще 300 доз были предоставлены организацией MSF. Общая потребность составляет примерно 50 000 доз (только для детей). В 2014 г. ГФ планировал дополнительную закупку туберкулина в количестве 6000 доз, но этого не произошло по причине повышения цены. В настоящее время ведутся переговоры касательно приобретения 5000 доз туберкулина до конца года, что означает продолжающийся дефицит туберкулина. Отслеживание контактных среди взрослых выполняется только при помощи рентгенографии; недоступны тесты туберкулиновой пробы и ИГРА для взрослых, в том числе для беременных женщин. Существует потребность в непрерывных действиях по улучшению диагностики ЛТБИ путем более широкого применения пробы Мх.

С учетом описанных выше недостатков, политика заключается в том, чтобы лечить всех детей в возрасте 0-6 лет, которые контактировали с больным легочным ТБ (вне зависимости от того, является ли индексный случай БК+ или БК-) изониазидом в течение 6 месяцев, после исключения активного туберкулеза. Иногда детей госпитализируют в санаторий для лечения ЛТБИ.

Выявление случаев ТБ/М/ШЛУ-ТБ

За последние годы абсолютное число случаев ТБ, а также показатели регистрации и заболеваемости в гражданской и пенитенциарной системах снизились (таблицы 4-7).

С 2014 г. используются пересмотренные схемы для выявления случаев ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Это означает, что всем больным проводят одновременно микроскопию мазка мокроты и тест Хpert МТВ/Rif (или HAIN). Если какой-либо из методов окажется положительным на ТБ, у больного берется образец на фенотипический посев и тестирование на лекарственную чувствительность (ТЛЧ). Подтверждение случаев легочного ТБ микроскопией мазка мокроты увеличилось, составив 57,2% и 64,5% среди новых случаев и 53,6% (637/1189) и 70,3% среди ранее леченных случаев в гражданской и пенитенциарной системах, соответственно.

Рентгенографические методы используются по мере необходимости/ наличия. В ТБ больнице в Мачитоне имеется компьютерная томография, которая, как правило, проводится больным ТБ бесплатно. Рентгенография грудной клетки в районах доступна в летнее время. Однако качество исследований не высокое, и отключения электричества в зимнее время (с 8:00 до 16:00) нарушают работу, даже если медучреждения, в целом, имеют более высокий доступ к электроснабжению.

НТП с партнерами успешно подали заявку на гранты TB REACH в 2013 и 2014 гг. Исходя из предварительных данных, проект 2013 г. оказался очень успешным в повышении бактериологического подтверждения случаев легочного ТБ до 77% (использование Хpert МТВ/Rif) в проектной зоне.

Согласно оценкам ВОЗ за 2012 г.⁶, в РТ приблизительно 490 случаев МЛУ-ТБ среди никогда ранее не леченных больных и 420 случаев – среди ранее леченных больных. Общее оценочное число больных МЛУ-ТБ среди зарегистрированных случаев легочной формы составляет 910 случаев. ИЛУ, проводившееся в 2011 г. обнаружило 13% МЛУ-ТБ среди новых и 54% среди ранее леченных случаев легочной формы ТБ, что представляет собой уровень несколько ниже в сравнении с ИЛУ 2009 г.. (структура лекарственной устойчивости, обобщенная НРЛ в 2013 г., была представлена в предыдущем отчете)

Имеющиеся данные по устойчивости к ПТП-II ограничены. ИЛУ 2010-2011 гг. выявило 10% ШЛУ-ТБ среди случаев МЛУ-ТБ, которые были протестированы на устойчивость к ПТП-II. В 2013 г. в 50% (345) из подтвержденных (в разные годы) случаев МЛУ-ТБ было проведено ТЛЧ к ПТП-II (фторхинолонам и

⁶ Источник: краткая справка по ситуации с ТБ в стране, Таджикистан. www.who.int/tb/data Generated: October 7, 2014

инъекционным препаратам второго ряда). Среди больных, у которых МЛУ-ТБ был диагностирован в 2013 г., любая устойчивость к офлоксацину составила 21,2% (65 из 306 протестированных), моксифлоксацину 10.8% (33/306), канамицину 23.2% (71/306), амикацину 18.3% (56/306), капреомицину 12.4% (38/306), протионамиду 37.3% (114/306), линезолиду 2.0% (6/306).⁸ Данных по устойчивости к циклозерину, ПАСК и пиперазину не было. В 2014 г. данные, имеющиеся по ТЛЧ, выполненному в СРЛ в Гаутинге, показали схожую долю устойчивости к ПТП-II (Таблица 11).⁹

Таблица 11. Устойчивость к противотуберкулезным препаратам второго ряда среди образцов, протестированных в СРЛ в 2014 г.

	Всего протестировано		Устойчивость		Чувствительность при более высоких концентрациях	
	n		n	%	n	%
Ofx	257		58	22.6	2	0.8
Mfx	257		25	9.7	15	5.8
Pto	257		16	6.2	17	6.6
Sm	257		16	6.2	24	9.3
Am	257		41	16.0	1	0.4
Km	257		57	22.2	32	12.5
E	254		99	39.0	25	9.8
Lzd	257		23	8.9	2	0.8

Бремя лекарственной устойчивости в тюремном секторе высокое. В 2013 г. в 26.9% (56/208) случаев был диагностирован МЛУ-ТБ. В 2012 г. 7.2% (15/206) больных ТБ в тюрьмах были ВИЧ-положительными, а в 2013 г. эта доля увеличилась до 14.8% (23/155).

Ранее регистрировались не все диагностированные случаи МЛУ-ТБ во избежание недовольства общественности в связи с ограниченным наличием препаратов. Регистрация улучшилась в 2014 г., но еще есть, к чему стремиться.

Таблица 12. Оценочное и зарегистрированное число и доля случаев МЛУ-ТБ, 2012 г.⁷

Оценка бремени МЛУ-ТБ, 2012 г.	Новые	Повторное лечение	Всего
% случаев МЛУ-ТБ	13 (9.8-16)	54 (48-59)	
Случаи МЛУ-ТБ среди зарегистр.случаев легочн.ТБ	540 (420-670)	500 (450-550)	
Зарегистрированные случаи МЛУ-ТБ в 2012 г. (относятся к разным годам)			
Случаи, тестированные на МЛУ-ТБ	919 (17%)	469 (66%)	1388
Лабораторно подтвержденные случаи МЛУ-ТБ			668
Больные, начавшие лечение МЛУ-ТБ			911
Зарегистрированные случаи МЛУ-ТБ в 2013 г. (относятся к разным годам)			
Случаи, тестированные на МЛУ-ТБ	Нд	Нд	Нд
Лабораторно подтвержденные случаи МЛУ-ТБ			559 [‡]
Больные, начавшие лечение МЛУ-ТБ			405 [#]

[‡] в течение кварталов 1-2, 2014г.

[#] К 1 октября 2014

На момент визита только в 4 районах было недоступно ведение случаев МЛУ-ТБ. В первом полугодии 20014 г. 405 случаев М/ШЛУ-ТБ из диагностированных 559 (хотя случаи могут относиться к разным годам/когортам регистрации) начали лечение. Во время визита 127 больных М/ШЛУ-ТБ значились в списке ожидания, однако недостатка ПТП-II нет. Согласно сказанному, список ожидания включает потерянных больных, что

означает, что НТП не смогла определить их местонахождение. Это объяснялось тем, что некоторые больные покинули страну (трудовые мигранты), а некоторые предоставили ложные данные о своей личности в связи со стигмой. Общее число больных ШЛУ-ТБ в списке ожидания препаратов пятой группы составляет 40, и 30 из них отобраны для будущего лечения.

Показатель эффективности лечения случаев с положительным результатом мазка мокроты, начавших лечение ПТП-I в 2012 г., составил 72.9% (Таблица 13). В общей сложности, в 15.1% лечение оказалось неудачным, а 6.6 % умерли – обе категории включают больны М/ШЛУ-ТБ. Система еще не может сообщить число МЛУ-ТБ среди зарегистрированных по когортам.

Таблица 13. Исход лечения БК+ случаев легочного ТБ, 2002-2012 гг.

		Излечен		Заверш. курс		Умерли		Неудач		Отрыв		Пер		Всего	Д-з не подтв	Тх SS
	N	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	n	%
2002	106	86	81,1	0	0,0	5	4,7	13	12,3	2	1,9	0	0,0	106	0	81,1
2003	343	293	85,4	2	0,6	14	4,1	17	5,0	16	4,7	1	0,3	343	0	86,0
2004	599	492	82,3	9	1,5	28	4,7	31	5,2	33	5,5	5	0,8	598	1	83,8
2005	1,296	1078	83,8	30	2,3	48	3,7	81	6,3	41	3,2	8	0,6	1286	8	86,2
2006	1,757	1413	80,6	66	3,8	73	4,2	102	5,8	72	4,1	27	1,5	1753	4	84,4
2007	2,075	1618	78,1	95	4,6	96	4,6	117	5,6	114	5,5	33	1,6	2073	0	82,6
2008	2,044	1549	75,9	133	6,5	79	3,9	152	7,4	108	5,3	20	1,0	2041	3	82,4
2009	1,972	1487	75,5	117	5,9	87	4,4	160	8,1	94	4,8	25	1,3	1970	2	81,4
2010	2,290	1747	76,4	87	3,8	111	4,9	246	10,8	72	3,1	24	1,0	2287	3	80,2
2011	2,174	1607	74,0	125	5,8	104	4,8	242	11,1	74	3,4	21	1,0	2173	1	79,7
2012	2,643	1774	67,2	150	5,7	175	6,6	400	15,1	123	4,7	16	0,6	2640	3	72,9

Рекомендации:

	Рекомендация	Ответственность	
1	Обеспечить достаточное снабжение туберкулином.	МЗСЗ/НТП/Партнеры	Продолжается
2	Продолжать улучшение диагностики латентной ТБ инфекции (ЛТБИ), в частности среди детей, посредством более широкого использования пробы Манту.	МЗСЗ/НТП/Партнеры	Продолжается
3	Продолжать создавать отсеки для индукции мокроты для больных ТБ детей, соединенного с педиатрическими ТБ отделениями.	МЗСЗ/НТП/ Республиканская детская ТБ больница/ Партнеры	2015 г.
4	Выполнять рутинный надзор за лекарственной устойчивостью.	НРЛ/отдел мониторинга НТП	2014 г.

7. Координация программы и финансирование

Глава затрагивает только изменения, произошедшие с момента предыдущего визита шестью месяцами ранее. Как было кратко сказано в отчете выше (справочная информация), МЗСЗ разработало и одобрило (в августе 2014 г.) НСП по ТБ на период 2015-2020 гг. План противодействия М/ШЛУ-ТБ (2015-2020 гг.) был обновлен в июле 2014 г. План по М/ШЛУ-ТБ, также как и Национальный стратегический план, согласуется с Дорожной картой ЕРБ-ВОЗ на 2011-2015 г. и Глобальной стратегией и ориентирами по профилактике, помощи и борьбе с ТБ после 2015 г. (Стратегия ТБ Post-2015), принятой 67-ой Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. Новое исследование по национальному субсчету на ТБ (при поддержке ВОЗ) было выполнено в 2014 г., до разработки НСП и КЗ.

После НСП была подготовлена концептуальная записка (на 2016-2017 гг.) для НМФ ГФ. В общей сложности в течение двух лет лечение получают 2597 больных ТБ с лекарственной устойчивостью (ЛУ); из них 1866 – с МЛУ-ТБ, и 100 с ШЛУ-ТБ. Важным достижением является то, что правительство выделило финансирование на закупку 50% необходимых противотуберкулезных препаратов первого ряда (ПТП-I) в 2016 г. и 100% в 2017 г.

НСП, а также план по М/ШЛУ-ТБ ставят амбициозные ориентиры:

Снижение доли МЛУ-ТБ среди ранее леченных случаев ТБ минимум на 25%;

Обеспечение всеобщего доступа к диагностике и лечению всех форм ТБ, включая М/ШЛУ-ТБ, чтобы:

минимум 90% от оценочного числа случаев МЛУ-ТБ было диагностировано;

минимум 80% от всех зарегистрированных случаев были успешно пролечены.

Бюджет НТП ежегодно увеличивается; тем не менее, он далек от того, чтобы быть достаточным для покрытия базовых нужд ТБ программы. В 2014 г, согласно оценкам, представленным в НСП, вклад государства в борьбу с заболеванием в течение следующих пяти лет составит 40.5%. НТП получает поддержку от ГФ, KfW, USAID (через проект «Качественное здравоохранение», Проект «Хоуп» и KNCV), MSF и других партнеров.

В июле 2014 г. страна дала ход Партнерству «Остановить ТБ» (Stop TB Partnership) с тем, чтобы обеспечить наличие широкой коалиции партнеров, которая будет содействовать развитию потенциала (профессиональных знаний, навыков управления и пр.) НПО и местных общинных организаций (ОМО). Партнерство Stop TB включает 76 членов, в том числе 32 НПО и 6 (бывших) больных ТБ. Члены Партнерства участвовали в разработке НСП и КЗ. В дополнение к имеющемуся финансированию Партнеров, планируется продвигать систему малых грантов/ финансирования от государства, чтобы обеспечить устойчивость в будущем.

Планируется дальнейшее сокращение коечного фонда больниц. В настоящее время число коек сокращено до 1545. Имело место предварительное обсуждение с KfW о реконструкции одного и закрытии двух фтизиатрических учреждения в Дегмое в течение предстоящих лет. Планируется создание детского фтизиатрического отделения на 50 коек (начиная с 2017 г.) в Мачитоне (KfW) при закрытии больницы в Душанбе.

Осуществление НКЛ подкрепляется созданием правовой базы для пунктов ДОТС.

Существует проблема с покрытием рутинных текущих расходов больниц. Отделения для больных ТБ, а также М/ШЛУ-ТБ получают очень малое государственное финансирование на продукты питания. Несмотря на 30% повышение в 2014 г. сумма на одного больного в день, сейчас составляющая 1.3 долл.США, все еще невелика. В настоящее время дополнительная поддержка продовольствием для больных ТБ, госпитализированных в тюремной ТБ больнице на юге республики и в больнице в Мачитоне, обеспечивается за счет ТМФ. ВПП до 2015 г. предоставляла минимальную продовольственную поддержку больным ТБ и их семьям три раза в течение общего курса лечения, но теперь готова продолжать после 2015 г., если государство продемонстрирует вкладывать около 100000 – 300000 долл.США в год. В настоящее время государственного финансирования нет. Тем не менее, ГФ рассматривает возможность изыскания дополнительного финансирования на 2015 г. (сэкономленные средства) посредством перераспределения ТМФ. Caritas Luxembourg поддерживает продовольствием тюрьму на севере, а ТМФ на юге (для 46 больных МЛУ-ТБ в месяц) страны. В действительности, упомянутая продовольственная поддержка ГФ распределяется между всеми больными ТБ на юге. Есть несколько подсобных хозяйств, которые обеспечивают больницы овощами, фруктами, мясом, яйцами, молоком и кумысом (ферментированным кобыльим молоком) в Мачитоне, Дегмое, Заргаре и Кулябе.

План управления человеческими ресурсами был разработан в 2014г. и одобрен. Следующий шаг – изыскание возможности 100% повышения заработной платы медработников, связанных с противотуберкулезными услугами, как упомянуто в законе от 2006 г., но так и не выполнено. Между тем, исходя из правил НМФ, надбавки к заработной плате были значительно уменьшены/ урезаны, что, по опасениям, может оказать негативный эффект на наем/ удержание обученных работников в сфере ТБ.

НТП намеревается стать ЦРП для следующего гранта ГФ на 2016-2017 гг. Это реальный вызов, поскольку нынешняя команда не очень сильная. Необходимо создать отдел ЦРП при НТП. В настоящее время в НТП 16 сотрудников, предназначенных для управления и надзора за противотуберкулезной деятельностью на национальном уровне, и 38 – на областном и районном уровнях. На национальном уровне есть координатор М/ШЛУ-ТБ. Областные и районные координаторы МЛУ-ТБ тесно сотрудничают с НТП на центральном уровне, тем не менее, их клинические навыки ведения М/ШЛУ-ТБ слабые.

НТП составила руководство и план по оказанию паллиативной помощи ТБ больным. Два учреждения выбраны для оказания паллиативной помощи, однако финансирования для их реконструкции нет. Планируется обучение в рамках НМФ.

НТП создало объединение групп мониторинга, которые ежеквартально проверяют ТБ службы в районах.

№	Рекомендация	Ответственность	Сроки
5	Продолжать улучшение учета и отчетности, чтобы обеспечить учет всех случаев ТБ и ЛУ-ТБ, а не только тех, которые начали лечение.	МЗСЗН РТ, НТП, партнеры	продолжается
6	Продолжать реализацию плана развития кадровых ресурсов (разработанного в 2104 г.) для ТБ служб.	МЗСЗН РТ, НТП, МЮ	Продолжается
7	Выполнить повышение заработной платы персонала, работающего в ТБ службах, соответственно закону от 2006 г. Об инфекционных заболеваниях. В рамках НМФ не планируется выплата надбавки к зарплате, и если не внести изменения в базовую зарплату персонала, ТБ программа столкнется с большой проблемой оттока человеческих ресурсов.	МЗСЗН РТ	2015
8	Продолжать проводить обучение на местах и оказывать техническое содействие по вопросам ЛУ-ТБ областными консилиумами по М/ШЛУ-ТБ и координаторам по МЛУ-ТБ.	НТП, партнеры	Продолжается
9	Продолжать изыскание возможностей с целью обеспечения устойчивости (местное финансирование) НПО и местных общественных организаций (МОО), связанных с ТБ (обзор ВОЗ 2013 г.).	МЗСЗН/Партнеры	Продолжается
10	Обеспечить финансирование для реализации плана по паллиативной помощи (проект руководства составлен в 2014 г.)	МЗСЗН РТ, НТП, партнеры	2015
11	Хотя были предприняты очевидные усилия по обеспечению питания в фтизиатрических больницах (повышение на 30%), этого все еще не достаточно. Продолжать увеличение государственного финансирования питания в фтизиатрических больницах в целях дальнейшей устойчивости.	МЗСЗН/Партнеры	Продолжается
12	Продолжать предпринимать усилия по институционализации финансирования для проведения амбулаторного НКЛ (регулярное устойчивое финансирование для поощрения продовольствием и поддержки в транспортных расходах от МЗСЗН)	МЗСЗН/Партнеры	Продолжается
13	Рассмотреть передачу результатов и рекомендаций обзора вниманию и для дальнейших действий Министерства юстиции посредством платформы Национального Координационного Комитета (НКК)	НКК (НТП/ВОЗ)	продолжается

Структура противотуберкулезных служб в ПС

Медицинское управление ПС подчиняется МЮ и реализует PMDT в сотрудничестве с НТП/МЗСЗ и при поддержке Каритас-Люксембург и ГФ. Ведение МЛУ-ТБ начато в 2010 г. и распространено на всю ПС. Существует 19 пенитенциарных учреждений, в том числе 6 СИЗО, 3 колонии-поселения, 1 центральная тюремная больница (ЦТБ) и 9 колоний (включая одну женскую и одну для несовершеннолетних правонарушителей). Общее число заключённых составляет около 9000 человек. Приблизительно 70% заключённых размещено на юге Таджикистана в 14 учреждениях из 19. Медицинские службы ПС южного и северного (Согд) региона не зависят друг от друга и подотчетны медицинскому управлению Главного управления по исполнению уголовных наказаний (ГУИУН) МЮ.

ЦТБ расположена в 11 км от столицы – Душанбе – и обслуживает 13 учреждений ПС. В ЦТБ 350 коек, в том числе изолированное здание для больных ТБ и ЛУ-ТБ, которое может разместить максимум 100 коек (1 этаж для МЛУ-ТБ и 1 этаж для ДОТС).

УФ лампы в новом ТБ отделении ЦТБ не содержатся должным образом. Контагиозные больные ТБ и МЛУ-ТБ смешиваются в коридорах, поскольку административные меры инфекционного контроля не соблюдаются. Тем не менее, имеется отдельное небольшое здание, в котором размещаются те, кто поступают в ЦТБ с подозрением на ТБ, и никому из них не позволено возвращаться в свои камеры без прохождения скрининга на ТБ с помощью Xpert MBT/RIF. Это место отремонтировано Caritas Luxembourg и отлично управляется.

Предыдущее ТБ отделение имеет место для больных ШЛУ-ТБ (3), и продолжают ремонтные работы для создания места для оказания паллиативной помощи больным ТБ. На момент визита было госпитализировано 33 больных МЛУ-ТБ и 21 больной с чувствительным ТБ. ПС является частью проекта TB REACH по раннему выявлению случаев, начиная с 2013 г.; в рамках этого проекта все лица с симптомами проходят скрининг с помощью Xpert MTB/Rif и рентгена. Мокрота в основном транспортируется в ТБ службы гражданского сектора. За 9 месяцев 2014 г. всего было диагностировано 135 больных с легочным ТБ, и все они получили также результаты Xpert MTB/RIF. К сожалению, имелось только 33 последующих культуральных теста и ТЛЧ, в связи с высоки уровнем контаминации. Хороший вариант - использовать жидкость для полоскания полости рта до взятия мокроты (хороший опыт проекта МФКК в Кыргызстане). В общей сложности, в ПС 57 случаев М/ШЛУ-ТБ, все получают лечение. В 1-ом квартале 2014 г. было диагностировано 6 случаев МЛУ-ТБ из 26 (19 новых и 7 повторное лечение) случаев легочного ТБ, Во втором квартале 16 из общего числа 57 (37 новых, 20 повторное лечение), в третьем квартале 12 из общего числа 52 (40 новых и 12 повторное лечение). Все диагностированы с помощью Xpert MBT/Rif и получают лечение.

В ПС есть две лаборатории, выполняющих микроскопию мазка – в колониях №3/2 и №3/5; остальные учреждения обслуживаются лабораториями гражданского сектора. На юге ПС обслуживается НРЛ, которая выполняет посев, ТЛЧ и экспресс-диагностику (Xpert MTB/Rif (Душанбе) и HAIN (Мачитон)). На севере ПС обслуживается областной культуральной лабораторией Согда, которая выполняет посев и экспресс-диагностику (Xpert MTB/Rif). ТЛЧ для севера также выполняет НРЛ. Машины для транспортировки образцов мокроты в лаборатории гражданского сектора и обратно предоставлены ГФ. В 2013 г. в лаборатории гражданского сектора на исследование было направлено 400 образцов мокроты, из них 142 (35,5%) – для мониторинга лечения и 258 (64,5%) для постановки диагноза. Из числа образцов, отправленных на диагностику, 152 были случаи ЛЧ-ТБ и 60 ЛУ-ТБ (из них 58 зарегистрированы в 2013 г.).

Рентгеновское оборудование имеется в колониях №3/5 и №3/4. Остальные обслуживаются мобильным рентгеновским оборудованием, закупленным при поддержке ГФ, или мобильным рентгеновским оборудованием гражданских служб (Куляб, Хорог). В соответствии с Национальным Кодексом об исполнении наказаний, для всех заключённых должен быть гарантирован скрининг на ТБ два раза в год, что в действительности осуществляется. В тюремных учреждениях также ведутся журналы регистрации кашляющих для выявления лиц с подозрением на ТБ во время пребывания в тюрьме.

На момент визита было 12 больных с сочетанной ТБ/ВИЧ, все получающие АРВ, ни один – терапию котримоксазолом. Caritas Luxemburg оказывала поддержку проекта по наблюдению за освободившимися заключенными, который оказался очень эффективным, ни один больной ТБ не прервал свое лечение после освобождения в 2014 г.

В отношении схем лечения в целом все хорошо. Проблема заключается в том, что опытный фтизиатр уходит через месяц, а у молодого врача, пришедшего ему на замену, опыт небольшой и по сравнению с предыдущим врачом меньше управленческих навыков. Изменения наблюдаются во многих небольших ошибках, которых раньше не было.

Сложности

Бюджет МЮ, выделяемые на медико-санитарную помощь, ограничен. Финансирование противотуберкулезной деятельности зависит от доноров.

Имеет место большая нехватка человеческих ресурсов (медицинских и немедицинских). В ЦТБ имеется 35 должностей для медработников. Из них 18 – для врачей, а 17 – для среднего медперсонала; половина этих должностей вакантны. Фтизиатр – один из этих 18 врачей и отвечает за ТБ отделение. Нынешний опытный фтизиатр увольняется в течение месяца.

Рекомендации, связанные с оказанием фтизиатрической помощи в ПС, редко доходят до ключевых лиц, ответственных за принятие решений в ПС (МЮ).

В новой созданной больнице следует обеспечить должные административные меры инфекционного контроля, т.е. разделение больных в соответствии с бактериологическим статусом, а также «чистые зоны» для персонала.

№	Рекомендация	Ответственность	Сроки
14	Рассмотреть возможность использования жидкости для полоскания рта до сбора мокроты в целях улучшения качества фентотипической культуры и ТЛЧ	Пенитенциарный сектор	2014

15	Продолжать улучшение мер ИК в ЦТБ: Обеспечить, чтобы больные МЛУ-ТБ и ТБ с положительным результатом мазка мокроты не смешивались с больными с отрицательным мазком и персоналом (меры административного контроля) и чтобы УФ лампы содержались и использовались.	Пенитенциарный сектор	2014
16	Продолжать улучшать совместную деятельность между ТБ и ВИЧ службами в пенитенциарном секторе. Обеспечить лечение котримоксазолом для всех больных ТБ/ВИЧ.	Пенитенциарный сектор	2015
17	Обеспечить соответствующую поддержку и обучение нового назначенного фтизиатра в ЦТБ	Пенитенциарный сектор /НТП	Как можно скорее
18	Обеспечить, чтобы каждая доза противотуберкулезного препарата принималась под наблюдением	Пенитенциарный сектор /ЦТБ	БЕЗОТЛАГА ТЕЛЬНО

Партнеры

В сферу борьбы с ТБ вовлечено много государственных структур, таких как СГСЭН, университет, МЮ, министерство обороны и пр. НТП/МЗСЗ сотрудничает с правительственными учреждениями. По закону, руководства, разработанные МЗСЗ, должны соблюдаться всеми государственными структурами.

Орган по координации деятельности Партнеров – координационный совет по ТБ при МЗСЗ РТ, при технической поддержке ВОЗ

Основные доноры - ГФ, ЮСАИД, KfW, ВПП (WFP).

Партнеры - ПРООН, Проект Хоуп, MSF, «Каритас-Люксембург», KNCV, FIND, FILHA, «Авеста» и др. НТП установило эффективное сотрудничество с партнерами.

В рамках поддержки ГФ небольшие гранты были выданы НПО для оказания связанной с ТБ помощи (см. предыдущий отчет).

8. Стратегии лечения и его проведение

Национальное руководство по ЛУ-ТБ было обновлено в 2014 г, как раз до публикации рекомендаций ВОЗ от 2014 г.. Тем не менее, большинство изменений были включены в руководство. Протокол по ведению пред-ШЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ также был разработан в 2014 г. в соответствии с рекомендациями ВОЗ. MSF провели тренинг национальной команды на центральном уровне по руководству ВОЗ-2014, и краткий курс был проведен в ходе настоящей миссии. Необходимо дальнейшее обучение (для областного и районного уровней).

На момент миссии количество ПТП первого и второго ряда было достаточно для всех больных ТБ и ЛУ-ТБ, за исключением больных пред-ШЛУ и ШЛУ-ТБ. Противотуберкулезные препараты пятой группы (Lxd и Cfz) поступят в январе 2015 г. (финансирование ГФ) для 30 больных. Vdq не был закуплен, поскольку страна планировала подать заявку на сострадательное использование Vdq, но не смогла осуществить это. Тем не менее, когда был сделан заказ на препараты пятой группы в рамках ГФ, предполагалось, что Vdq будет доступен посредством разрешения на сострадательное использование, и потому он не был закуплен.

Проект МСФ имеет Lzd, Cfz и Amx/Clv для своих больных и планирует завезти Vdq для 5 детей с ШЛУ-ТБ. MSF готовы одолжить Lzd на 5 больных ШЛУ-ТБ, пока не прибудет поставка НТП/ГФ.

Таблица 14. Исход лечения больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью, 2009–2013 гг.

Год	Взято на лечение	Эффек- тив-ть леч-я	%	Неудач.	%	Умерло	%	Отрыв	%	Про- долж. леч-е	%
2009	52	37	71.2	6	11.5	7	13.5	2	3.8	0	0.0
2010	245	151	61.6	34	13.9	35	14.3	25	10.2	0	0.0
2011	380	250	65.8	38	10.0	57	15.0	34	8.9	1	0.3
2012	535	173	32.3	14	2.6	56	10.5	45	8.4	233	43.6
2013	668	НД	0.0	НД	0.0	НД	0.0	НД	0.0	НД	0.0

Исходы лечения больных ШЛУ-ТБ за 2009-2011 гг. показывают очень низкий уровень успешного лечения (Таблица 15). Как ожидалось, показатель успешного лечения среди больных пред-ШЛУ-ТБ был выше по

сравнению с уровнем ШЛУ-ТБ в 2011 г. Относительно высокий уровень успешного лечения 10 больных ШЛУ-ТБ, начавших лечение в 2009 г., можно объяснить высокоселективной когортой, поскольку это была первая когорта лечения, одобренная КЗС (GLC).

Таблица 15. Исход лечения больных ШЛУ-ТБ в период 2009-2011 гг. и пред-ШЛУ-ТБ, начавших лечение в 2011 г.

МЛУ-ТБ тестирован ные на ПТП-II из числа всех МЛУ-ТБ	Из МЛУ- ТБ число ШЛУ-ТБ	Излеченные		Лечение завершено		Tx SS		Неудачн. Лечение		Умерли		Отрыв		Продолжают лечение		
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	
2009																
52 / 52	16					10	62.5	5	31.3	1	6.3					
2010																
131 / 131	30					7	23.3	18	60.0	5	16.7					
2011																
Пред-ШЛУ-ТБ		53	27	50.9	1	1.9	28	52.8	13	24.5	6	11.3	5	9.4	1	1.9
ШЛУ-ТБ		41	11	26.8	1	2.4	12	29.3	11	26.8	14	34.1	4	9.8	0	0.0
Итого	210 / 380	94	38	40.4	2	2.1	40	42.6	24	25.5	20	21.3	9	9.6	1	1.1

Следующий отрывок взят из отчетов предыдущих миссий мониторинга: НТП обеспокоено сравнительно высоким уровнем отрывов и подозревает, что это является следствием перехода на преимущественно амбулаторное лечение. Прежде, чем принимать какие-либо значимые решения, НТП должна проанализировать данные по отрывам от лечения, сравнив результаты больных, госпитализированных с начала лечения, с теми, кто не был госпитализирован (возможный метод - отбор по показателю *предрасположенности*). Нынешний комментарий: пока не было принято мер по прояснению ситуации!

Образцы мокроты из зон, охваченных программой МЛУ-ТБ, в том числе из учреждений пенитенциарного сектора, транспортируются в лаборатории в соответствии с установленным графиком еженедельно: в Хатлонской области автомашинами РЦБТ при финансировании ГФ, в Согдийской области – при поддержке Проекта Хоуп, в Турсунзаде, Гиссаре, Рудаки, Нурабаде, Таджикабаде и Душанбе – при поддержке проекта TB Reach, в Раштском районе – при поддержке проекта KNCV.

ЛУ-ТБ у детей

По сравнению с предыдущим визитом значительных изменений нет. В 2011 г. при поддержке ГФ началось лечение случаев детского МЛУ-ТБ, в этот год на лечение было взято 19 больных. С 2012 г. ведение ЛУ-ТБ у детей получает поддержку MSF. Организация MSF предоставляет ПТП-II для детей с подтвержденным МЛУ-ТБ или подозрением на МЛУ-ТБ, а также для их контактных лиц, у которых был диагностирован ТБ в ходе отслеживания контактов детского индексного случая. MSF оказывает поддержку в лабораторной диагностике (в том числе с экспресс-тестами, Xpert MTB/Rif) в Душанбе и предоставлении психосоциальной помощи. В общей сложности в 2013 г. проект MSF взял на лечение 12 случаев детского ЛУ-ТБ, из которых 9 были случаями МЛУ-ТБ, 1 случай ШЛУ-ТБ и 1 случай ПЛУ-ТБ. Кумулятивное число случаев детского ШЛУ-ТБ, получающих лечение Lzd, составляет 4 человека. Для лечения случаев детского ТБ применялся национальный стандартный режим лечения.

Организация MSF также оказала поддержку детской ТБ больнице с созданием отсека для индукции мокроты, который в значительной степени помог улучшить диагностику детских случаев ТБ. MSF также поддерживает НТП в открытии 2 дополнительных таких отсеков (в Кулябе и Душанбе) и планирует открыть еще два (в Курган-Тюбе и Душанбе).

Во время миссии был нанесен визит в ТБ отделение в Мачитоне. Отделение получает поддержку MSF, оно рассчитано на 20 коек, в нем находится 7 больных ЛУ-ТБ. Отличное ведение случаев во всех отношениях.

Наблюдение за лечением

Национальное руководство по ЛУ-ТБ перечисляет тесты, которые необходимо выполнять для контроля прогресса лечения, а также для мониторинга побочных эффектов. Контроль осуществляется путем ежемесячного обследования мазков и посевов во время интенсивной фазы, а затем ежеквартального обследования до окончания курса лечения. Согласно политике, ТЛЧ всегда повторяется в том случае, если результаты посева остаются положительными. Причина такого часто выполнения ТЛЧ заключается в том, что клиницисты путают лабораторные методы. Они не могут решить, когда нужно запрашивать посев ТЛЧ, что приводит к тому, что за них решает лаборатория. Это можно делать только следуя схеме. Лаборатория не знает, предназначен ли тест для постановки диагноза, контроля месяца лечения, которое получает больной, или для выявления, есть ли какая-либо сложность с диагнозом/ лечением. Кроме того, клиницисты не понимают значения посева и ТЛЧ. Экспресс-методы более понятны для врачей, не возникает непонимания, лечить или нет, и начинать ли по категории 4, если экспресс-технология выдает положительный результат теста на ТБ или R(H)-устойчивость. Рентгенография грудной клетки выполняется каждые шесть месяцев или чаще, если необходимо.

Тесты для мониторинга побочных эффектов противотуберкулезных препаратов включают все рекомендованные в руководстве ВОЗ от 2014 г., за исключением теста на содержание тиреотропного гормона, уровень которого определяется на основании симптомов и жалоб, поскольку этот тест не получает поддержки ГФ. Изменением было наличие в этот раз 22 случаев гипотиреоза по сравнению с нулевым уровнем в 2013 г. (таблица 16). Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов были четко зафиксированы и анализированы для возможности запланировать закупку вспомогательных лекарственных средств. Вспомогательные препараты закупаются, в основном, Глобальным Фондом, но также и МЗСЗ. Вспомогательные препараты и тесты для наблюдения за побочными эффектами предоставляются больным бесплатно во время как стационарного, так и амбулаторного лечения, закупаемые в рамках ГФ. Тем не менее, в посещенных районах вспомогательные препараты отсутствовали. Также было отмечено, что в районах нет фактического ведения побочных эффектов.

Таблица 16. Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов, зарегистрированных во время лечения случаев МЛУ-ТБ, 2010–2013 гг.

Побочный эффект	Год			
	2010	2011	2012	2013
Побочные эффекты со стороны ЖКТ				
<i>Тошнота, рвота</i>	120	263	428	786
<i>Диарея</i>	10	33	78	174
<i>Боли в брюшной полости</i>		49	137	291
<i>Гастрит</i>		31	160	283
Гепатит		7	16	22
Анорексия		35	53	147
Нефротоксичность	5	15	17	4
Токсическое воздействие на ЦНС				13
<i>Расстройства сна</i>		19	110	262
<i>Головная боль</i>	32	81	368	626
<i>Артралгия</i>	92	93	254	509
<i>Депрессия</i>		18	41	64
<i>Судороги</i>		10	7	23
<i>Психоз</i>		5	36	52
Ототоксичность				
<i>Ослабление слуха</i>	8	20	113	233
<i>Головокружение</i>		92	220	439
<i>Звон в ушах</i>		17	114	242
Сдвиги состава электролитов / потеря электролитов			0	
<i>Аллергические реакции</i>				173
<i>Аллергия</i>	39	52	73	
<i>Сыпь</i>		25	53	100

Периферическая невропатия	63	9	85	105
Нарушение зрения	1	21	23	43
Гипотиреоз		0	0	22
Нарушения сердечнососудистой системы	2	4	11	13
Боль в месте инъекции		0	33	
Итого	372	899	2430	13
				4626

Модальность лечения

Национальное руководство по ЛУ-ТБ включает в себя критерии госпитализации и выписки для больных с ЛУ-ТБ. Кроме того, в связи недостаточными условиями в больницах и, как следствие, высокой вероятностью внутрибольничной инфекции по причине невозможности осуществления мер ИК, МЗСЗ издало приказ № 571 от 16/07/09 «Об амбулаторном лечении больных МЛУ-ТБ».

Таблица 17. Доля больных, госпитализированных на начальном этапе лечения ЛУ-ТБ, 2009–2013 гг.

Год	2009	2010	2011	2012	2013
Госпитализированы для начала лечения (%)	9.4	73.5	60.8	54.7	51.8
Амбулаторное лечение с первого дня (%)	9.6	26.5	39.2	45.3	48.2

В 2013 г. были госпитализированы 63.4% новых больных с чувствительным ТБ, из всех случаев с чувствительным ТБ было госпитализировано 64.8% (4207 / 6495) (таблица 17). Исходя из предварительных данных, 54.0% М/ШЛУ-ТБ были госпитализированы в 2014 г.

В Таджикистане существует три пути проведения лечения ЛУ-ТБ. Оно может проводиться с использованием стационарного, клинического или общинного подхода. Лечение на уровне общины, проводимое обученными непрофессионалами и участковыми медработниками (CHWs), успешно внедрено в пилотных районах.

Решение о госпитализации случаев ЛУ-ТБ принимается по каждому случаю индивидуально республиканской или областной ЦВКК по ЛУ-ТБ. Если случай ЛУ-ТБ имеет отрицательные результаты микроскопии мазка, его/ее могут госпитализировать на короткий срок (1-2 недели), чтобы прояснить по вопросам, связанным с ТБ, и начать ведение побочных реакций. Если больной имеет положительные результаты микроскопии мазка, то он может начать лечение сразу как амбулаторный больной или может быть госпитализирован на основании критериев госпитализации (см. предыдущий отчет). Для ознакомления с критериями выписки из больницы также см. предыдущий отчет.

Амбулаторное лечение

НТП/МЗСЗ издан приказ, продвигающий амбулаторную помощь в отношении ЛУ-ТБ. НТП и Партнеры опробовали разные подходы обеспечения приверженности больных к длительному и трудному лечению противотуберкулезными препаратами второго ряда. Трудность для всех подходов – устойчивость мероприятий, поскольку все они зависят от донорской поддержки.

В ходе миссии был нанесен визит в больницу в Мачитоне. (пожалуйста, см. Предыдущий отчет, чтобы ознакомиться с детальным описанием структуры больницы)

Во время посещения больницы, а также выездов на места, было замечено, что котримоксазол не используется для больных ТБ/ВИЧ. Тем не менее, координатор по ТБ ТБ службы г. Душанбе упомянул, что в ядушанбе котримоксазол предоставляют. АРТ все еще иногда задерживается, когда у больного диагностирован ТБ и оказывается положительный тест на ВИЧ. Было замечено, что фтизиатры не обязательно информируют о ВИЧ-статусе больного ТБ, и наоборот ВИЧ-служба не всегда осведомлена о ТБ статусе ЛЖВ. Как и в прошлый визит, уровень сахара в крови проверяется 2-4 раза в месяцы или в случае явных признаков гипер- или гипогликемии. Это следует делать ежедневно в том случае, когда экспресс-глюкометров нет для использования для каждого больного. Следует провести тренинг для фтизиатров по ведению сахарного диабета.

Отделение для больных туберкулезом, устойчивым к лекарственным препаратам (ЛУ-ТБ). Отделение рассчитано на 80 коек, из которых 50 предназначены для больных МЛУ-ТБ, и 30 – для ШЛУ-ТБ (предшествующее отделение для больных МЛУ-ТБ с отрицательным мазком мокроты). Число больных было 38

и 22, соответственно. Отделение создано недавно, и соответствующие административные меры контроля еще не внедрены. Отделение находится прямо рядом с помещениями для персонала. Было бы необходимо создать «тамбур» перед отделением и реализовать административные меры контроля. Работает семь врачей (включая главврача), одно место вакантно. Сообщили, что в отделении работает в общей сложности четырнадцать медсестер, но рабочих мест 21.

Социальная поддержка

В 2013 г. министерство здравоохранения РТ было преобразовано в МЗСЗ. Посредством этого МЗСЗ способно определять и расширять список социальных льгот для больных ТБ. Кроме того, есть планы выделить рабочие места для социальных работников в каждом центре ПМСП. С 2015 г. нетрудоустроенные больные ТБ имеют право на поддержку по инвалидности наравне с работающими гражданами.

Пожалуйста, см. предыдущий отчет, чтобы ознакомиться с детальным описанием поддержки существования, которая предоставляется разными партнерами.

	Рекомендации	Отв тстве ннос ть	Сроки
23	Проводить больше тренингов для медперсонала по степени инфекционности больных с отрицательным результатом мазка мокроты, но положительным результатом Xpert MTB/RIF.	НТП/ партнеры	продолжается
24	Проводить больше тренингов для медперсонала по значению фенотипической культуры и ТЛЧ, что является основой для понимания ЛУ-ТБ.	НТП/ партнеры	продолжается
25	Команды мониторинга НТП и партнеров должны проводить перекрестную проверку журналов ТБ03 и лабораторной документации, поскольку это часть инициативы по улучшению охвата посевом и ТЛЧ (в настоящее время врачи сообщают, что культура была отправлена, лаборатории сообщают, что посев был сделан, но культуральное подтверждение, тем не менее, очень низкое)	НТП/ партнеры	продолжается
26	Проводить дальнейшее обучение областных ЦВКК/ координаторов по ТБ, поскольку оно необходимо для успешного осуществления смены стандартизованного лечения индивидуализированными схемами лечения. Необходимо расширить полномочия координаторов по ТБ для осуществления эффективного мониторинга и поддержки персонала учреждений/ ЛПУ, которые лечат больных М/ШЛУ-ТБ. Имеет место серьезная нехватка кадров, поскольку координатор по ТБ является также главным и/или единственным фтизиатром в области/районе.	НТП/ партнеры	продолжается
27	Все изменения в схемах лечения и пропущенные дозы должны быть отражены в картах лечения М/ШЛУ-ТБ и других соответствующих формах, иначе трудно выявить причины, по которым схемы лечения оказались неудачными.	НТП	продолжается
28	Обеспечить, чтобы велось наблюдение и эффективное купирование побочных эффектов в районах, включая все соответствующие лечебные пункты, в особенности сельские.	НТП	продолжается
29	Проводить дальнейшее обучение (каскадные тренинги) современной информации (рекомендации ВОЗ от 2014 г. и обновленные национальные руководства) по ведению ЛУ-ТБ.		
30	Улучшить обмен информацией между службами ТБ и ВИЧ. Лечащий фтизиатр должен быть проинформирован о ВИЧ-статусе больного (повторная рекомендация).	МЗСЗН/ НТП	2014
31	Продолжать сокращение госпитализации больных ТБ с отрицательным мазком мокроты (которые могут иметь положительный результат Xpert MTB/Rif). Консультанты отмечают, что в действительности имеет место очень хороший прогресс в этом отношении (отчасти благодаря очень плачевному состоянию фтизиатрических учреждений).	МЗСЗН/НТП	продолжается

32	Рассмотреть внедрения более тщательного наблюдения за больными ТБ, страдающими диабетом (выполнять международные/ национальные рекомендации по контролю для диабетиков).	Мачитон	2015
33	Обеспечить предоставление котримоксазола ВИЧ-инфицированным больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.	НТП/ВИЧ	2014
34	Обеспечить доступность для НТП информации о профилактической терапии изониазидом (ИРТ, ПТИ) среди ВИЧ-инфицированных лиц.	НТП/ ВИЧ	2014

9. Туберкулезная лаборатория

В стране имеется сеть центров микроскопии мазка (88) и бактериологических лабораторий (3). Более того, есть 14 аппаратов Хpert MBT/RIF и планируется приобретение еще 34 в рамках НМФ.

У всех больных ТБ берется мокрота или любой другой биологический материал для микроскопии мазка (выполняется в ТБ лаборатории на местах) и отправляется на тест Хpert (HAIN). Материал отправляют в областную культуральную лабораторию на посев, а оттуда в НРЛ на ТЛЧ. В период с февраля по май 2014 г. в НРЛ из строя вышли шкафы биобезопасности, и она приостановила работу. Посевы выполнялись в лаборатории BSL-3. К сожалению, KfW/СРЛ не позволили выполнять ТЛЧ в BSL-3 в этот период. (Команда НРЛ была готова перейти работать в BSL-3, и все меры безопасности/ условия работы там имеются), что к сожалению является больше вопросом, связанным с человеческим фактором, нежели чем-либо еще, и оказывает разрушительное воздействие на лечение и жизни больных.

После случившегося НТП начала переговоры с донором (Kfw) об установке альтернативных возможностей ТЛЧ на случай, если ТРЛ не сможет функционировать. Вариантом может быть модернизация и повышение уровня одной из существующих культуральных лабораторий, но консультанту все еще не понятно, почему существующая высокотехнологичная лаборатория BSL-3 в Душанбе (построенная и оборудованная L-J и MGIT при поддержке от ТМФ) не может быть использована для выполнения ТЛЧ, хотя она выполняет посевы. Более того, учитывая численность населения, расстояния и географические сложности (горы, плохие дороги), следует запланировать ТЛЧ на севере страны.

Лабораторная сеть состоит из:

- III уровня: НРЛ, расположенная в больнице в Мачитоне, Душанбе, выполняющая микроскопию мазка мокроты, культуральное исследование, молекулярное исследование (HAIN), а также тестирование на лекарственную чувствительность к ПТП-I и ПТП-II. Хpert MBT/RIF имеется, но используется только для обучения. Лаборатория Мачитона, которая служит в качестве НРЛ, была реконструирована при поддержке KfW и открыта в 2012 г. Потенциал НРЛ включает в себя 4 врача/ 4 вакантных места, 6 лаборантов/ 6 вакантных мест, 2 медсестер и 2 операторов ПК. В НРЛ имеется отдел микроскопии мазка/ мониторинга в Душанбе, выполняющий микроскопию мазка и Хpert MBT/RIF.
- II уровня: 3 лаборатории в Согдийской области/ Дегмой (L-J, Хpert, MGIT), Хатлоне/Кулябе (L-J, MGIT, HAIN), Душанбе/НЛОЗ, выполняющая микроскопию мазка, культуральное исследование (оснащена MGIT 960) и HAIN, лаборатории Хpert МТВ/Rif в ГБАО/Хороге— L-J, Хpert выполняет посевы
- III уровня: 88 центров микроскопии мазка

Проверка квалификации в области микроскопии выполняется СНРЛ Гаутинга. Внутреннее обеспечение качества микроскопии мазка выполняется РЦБТ. Проверка квалификации ТЛЧ за 2013 г. была приемлемой для ПТП I и II и на MGIT, и L-J (см. предыдущий отчет).

Транспортировка образцов в лаборатории организована хорошо только в случае пенитенциарной системы и вокруг Душанбе. Районы испытывают затруднения с отправкой мокроты из-за плохого состояния дорог (в особенности зимой) и наличия транспорта. Результаты посева и ТЛЧ доходят до клиницистов с неприемлемой задержкой. Планируется разработать электронную форму отчета, которая будет отправляться обычной электронной почтой клиницистам. Тем не менее, в районах нет электричества в период с октября по апрель-май, и потому электронная форма не очень поможет.

Все диагностические образцы мокроты исследуются культуральным методом - один на MGIT и два на L-J. Заведующий НРЛ сообщил, что коэффициент контаминации в НРЛ находился в допустимых пределах (до 5% на MGIT и L-J). Однако, результаты частоты контаминированной культуры в картах больных были неприемлемыми. Дошло до того, что в картах больных М/ШЛУ-ТБ нет результатов посева уже год!!! И это делает невозможным

оценку/ведение больных. Рентген – единственный инструмент, с помощью которого можно оценить, есть ли у больного улучшения, что недопустимо! НРЛ сообщает, что коэффициент контаминации в других культуральных лабораториях был высоким. Обеспечение качества в культуральных лабораториях было начато недавно с задачей СОП.

Технологии экспресс-диагностики стали более доступными. Тем не менее, как говорилось ранее, даже если присутствуют все необходимые условия для фенотипической культуры и ТЛЧ, охват культуральными исследованиями, а потому и ТЛЧ, относительно низкий; к сожалению, точных данных для 2014 г. нет.

	Рекомендация	Ответственность	Сроки
21	Рассмотреть возможность обсуждения с НРЛ плана по выполнению эпидемиологического надзора за лекарственной устойчивостью (использование генетической экспертизы) в будущем. НРЛ имеет коллекцию штаммов за последние несколько лет (рекомендация 2013 г.).	НРЛ/СРЛ	С 2016
22	Рассмотреть возможность планирования выполнения ТЛЧ на севере страны и/или создания еще одной ТЛЧ лаборатории на случай, если НРЛ не сможет выполнять. (наилучшая имеющаяся альтернатива – существующая лаборатория BSL-3)	НРЛ/НТП/МЗСЗН	С 2015

10. Противотуберкулезный инфекционный контроль

Большую часть информации по вопросам ИК можно найти в предыдущем отчете. Трудности, по сравнению с миссией шесть месяцев ранее, также отражены ниже.

Национальное руководство по ИК было утверждено МЗСЗ в 2011 г. План по ИК был разработан в 2012 г., но для его реализации не хватает финансирования. Для большинства противотуберкулезных учреждений планы ИК разработаны и внедрены до определенного уровня. Между разными учреждениями различается уровень внедрения мер ИК.

НТП, МЗСЗ и представители фтизио-пульмонологического факультета Университета создали учебный центр страны по ТБ/МЛУ-ТБ на базе ТБ больницы в Мачитоне. Обучение по ИК проводилось в 2014 г. с привлечением лекторов высшего уровня, как П. Йенсен (P. Jensen) (при поддержке USAID).

В Таджикистане традиционно существовала структура санитарно-эпидемиологических станций, которая в 2009 г. была реформирована в Государственный санитарно-эпидемиологический надзор (ГСЭН). ГСЭН подчиняется МЗСЗ, но глава службы назначается напрямую Президентом страны. ГСЭН отвечает за надзор и инфекционный контроль в медучреждениях, включая противотуберкулезные. Служба ГСЭН имеет центральный уровень и областные уровни и уполномочена следить за выполнением мер ИК вообще, в том числе в сфере ТБ. Между НТП и ГСЭН сотрудничество незначительно. К счастью, это меняется в 2014 г., и уже разрабатывается общая платформа. Все еще имеет место незначительное расхождение во мнениях касательно амбулаторного лечения больных ТБ с положительным мазком мокроты.

Тем не менее, НТП должна более четко разъяснять клиницистам уровень контагиозности больных ТБ с отрицательным результатом анализа мазка мокроты, но положительным результатом Xpert. Больных легочным ТБ с отрицательным результатом мазка, но положительным результатом Xpert MTB/Rif (HAIN), как правило, не следует госпитализировать. Эти больные представляют незначительный риск для других и, напротив, могут быть повторно инфицированы, если их поместить среди БК+ больных. С учетом того, что больные с внелегочными формами ТБ вне зависимости от статуса ТЛЧ, как правило, незаразны, их не следует помещать с БК+ больными. В том случае, если есть необходимость госпитализации, но нет отделения для БК- больных МЛУ-ТБ, больных с внелегочными формами МЛУ-ТБ следует поместить в отделение для внелегочного ТБ.

Руководство по паллиативной помощи больным ТБ было разработано в 2014 г. вместе с планом внедрения. Для оказания паллиативной помощи было выбрано два учреждения (на 20 коек каждое). Тем не менее, нет финансирования для их реконструкции. План обучения персонала (медсестер ПМСП и ТБ) разработан не был.

	Рекомендация	Ответственность	
35	Хотя достигнут хороший прогресс в реализации плана ИК, требуются дополнительные мероприятия и финансирование для дальнейшего выполнения плана ИК.	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015
36	По всей стране продолжать подготовку медперсонала по вопросам ИК.	НТП/СГСЭН	продолжается
37	Выполнять соответственные меры ИК в отделении ШЛУ-ТБ в Мачитоне	Мачитон/НТП	2014

11. Управление запасами противотуберкулезных препаратов второго ряда

МЗСЗ запретило продажу ПТП-I в стране и следит за исполнением закона. МЗСЗ издало директиву об использовании рецептов для ПТП-II (аминогликозидов и фторхинолонов) в аптеках.

ПТП-I, используемые для лечения детей, закупаются в рамках поддержки ГФ/Проекта Хоуп, а ПТП-II – при поддержке ГФ. MSF предоставляет ПТП-II и ПТП пятой группы для детей в своих проектных районах и их больных контактных.

Страна взяла на себя обязательство по закупке ПТП-I с 2016 г (50% государственный вклад в 2016 г, 100% в 2017 г). Разногласий по поводу закупки ПТП через поставщиков, предварительно оцененных GDF / ВОЗ на соответствие техническим требованиям, нет. Персонал обучен, формы разработаны, распространены и используются.

Согласно плану, RCC/Проект Хоуп будут покрывать потребности в ПТП-I на 2015г. Страна взяла на себя обязательство закупать ПТП-I с конца 2015 г. При поддержке ГФ НТП разработала руководство по управлению запасами лекарственных средств для ПТП-I и ПТП-II. Кардинальное значение имеет то, что закупка будет выполняться через поставщиков, предварительно оцененных GDF / ВОЗ на соответствие условиям. Персонал обучен, формы разработаны, розданы и используются.

Республиканский центр закупок лекарственных средств и медицинских товаров отвечает за таможенную очистку препаратов, а также их хранение, учет, отчетность и распределение. Везде есть холодильные камеры для хранения ПАСК. Был заказан натрия пара-аминосалицилат (ПАСК-натрий) во избежание каких-либо неудобств с надлежащим хранением. Контроль качества (КК) препаратов выполняется при поддержке ГФ на основании СОП и плана КК посредством случайной выборки из имеющегося запаса дважды в год в лаборатории в Индии, сертифицированной по ISO17025.

Мониторинг противотуберкулезных препаратов ведется при помощи программного обеспечения CHANNEL, которое позволяет следить за уровнем запаса препаратов, их потреблением, сроками годности и пр.

Для соответствующего ведения больных с пре-ШЛУ и ШЛУ-ТБ необходимо обеспечить ПТП-II 5-ой группы (Lzd, Cfz, Bdq, Imp/cln, Amx/Clv). , По оценкам, среди всех больных с ШЛУ-ТБ насчитывается до 20% больных с пре-ШЛУ и ШЛУ-ТБ.

	Рекомендация	Ответственность	Сроки
38	Обеспечить дополнительное финансирование для дополнительной закупки препаратов группы 5 (помимо ныне планируемых 30). Нынешняя закупка включает в себя линезолид и клофазимин для 30 больных ШЛУ-ТБ, которые уже находятся в списке ожидания. В закупку не входят больные пред-ШЛУ-ТБ и будущие (после октября 2014) диагностированные больные ШЛУ –ТБ, а также она не включает бедаквилин.	МЗСЗН/НТП/ партнеры	продолжается
39	Когда закупка ПТП-I будет выполняться МЗСЗН, основополагающее значение будет иметь закупка ПТП-I через поставщиков, прошедших предварительную оценку GDF / ВОЗ на соответствие требованиям. В	МЗСЗН	Конец 2015

	настоящее время расхождения во мнениях нет, однако рекомендация делается повторно.		
40	Обеспечить постепенную передачу закупки ПТП государству. Первая закупка 50% ПТП-I в 2016 г. Имеет кардинальное значение.	МЗСЗН	2015

12. Информационная система и управление данными

Страновой офис ВОЗ и ПРООН (ЦРП ТМФ) при поддержке Interactive Research & Development (IRD), Пакистан, внедрили систему OpenMRS, в основном на центральном уровне. К сожалению, система не функционирует из-за нехватки человеческих ресурсов и финансирования (отсутствия электричества, доступа к интернету, компьютеров на местах). Изменений по сравнению с предыдущим визитом мониторинга нет. Тем не менее, со стороны ВОЗ найдены небольшие средства для продолжения разработки ПО и обучения в 2015 г. НФМ также содержит бюджетную статью для доработки системы учета и отчетности.

	Рекомендация	Ответственность	
41	Рассмотреть возможности укрепления и расширения электронной учетно-отчетной системы по всей стране. Следует усилить регистр ТБ на центральном уровне: доработать базу данных так, чтобы была возможность создания отчетов, нанять специалистов ИТ для окончательной доработки программного обеспечения и обслуживания, при ТП, предоставленной IRD, обучить специалиста ИТ работать с ПО, нанять сотрудников для ввода данных (минимум трех для центрального уровня). Областной (районный уровень) следует усилить за счет обеспечения достаточным числом операторов ввода данных, постоянного энергоснабжения, Мониторинга и обучения на месте работы (прошлая рекомендация).	НТП/МЗСЗ/ Партнеры	2015
42	Продолжать обучение по новым формам отчетности и определениям (определения ВОЗ от 2013 г.) (прошлая рекомендация).	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015
43	Обеспечить, чтобы все случаи ТБ были внесены в регистр ТБ (прошлая рекомендация).	МЗСЗН/НТП/ партнеры	2015

13. Этика противотуберкулезной профилактики, помощи и контроля

Для НТП, также как и для заявки на грант ГФ, целевой установкой являются группы риска заражения ТБ и социально обездоленные слои населения. НТП сотрудничает с НПО в целях повышения доступа к названным группам, но к сожалению эта деятельность в значительной степени зависит от донорской поддержки. Установлено хорошее сотрудничество с тюрьмами.

На момент миссии было все еще 127 больных МЛУ-ТБ вне зависимости от наличия ПТП-II. Есть мнение, что это связано со стигмой, поскольку больные сдают образцы мокроты под ложными именами и адресами, что делает невозможным их нахождение позже. В списке ожидания ПТП пятой группы значилось около 30 больных ШЛУ-ТБ (и еще больше больных пред-ШЛУ-ТБ).

НТП разработала руководство по паллиативной помощи больным ТБ, но не разработан план внедрения и нет финансирования. Как правило, паллиативная помощь, в том числе паллиативная помощь больным ТБ, преимущественно основана на амбулаторных услугах и задействует обученный средний медперсонал. Не рекомендуется учреждать крупное учреждение по оказанию паллиативной помощи больным ТБ (может в итоге стать прибежищем для бездомных, что не является целью по причине риска внутрибольничной передачи инфекции бездомным, которые не являются заразными).

	Рекомендация	Ответственность	
1	Разработать и внедрить руководство и план по паллиативной помощи при ТБ, в том числе и для пенитенциарной системы.	МЗСЗ/НТП/ Партнеры	2015 г.

14. Список состоявшихся встреч

Встречи с национальными партнерами по борьбе с ТБ:

Октам Бобоходжаев – директор НТП

Фируза Шарипова – организационно-методический отдел

Хушвахт Исмонов – координатор по МЛУ

Курбонгуль Закирова – координатор по ВИЧ/ТБ

Мохоним Абдуллаева – координатор по лабораторным услугам

Гульнора Джалилова – координатор по управлению запасами лекарственных средств

Республиканская ТБ больница («Мачитон»), Вахдатский район, Шифо

Д-р Саидахтам Рустамов – главный врач больницы

Д-р Асоев Р.- заведующий отделением для БК+ случаев МЛУ-ТБ

Д-р Шопулотов С. – врач, МЛУ-ТБ

Д-р Боев А. - врач, МЛУ-ТБ

Д-р Лола Пулатова – заведующая детским ТБ отделением

НРЛ

Олим Кабиров – руководитель НРЛ

Тюрьма

Рустам Нуров – руководитель медицинского управления ГУИУН МЮ

Саидкул Шарипов – главврач тюремной больницы

Абдурахмон Шокаримов – медицинское управление ГУИУН МЮ

ПРООН

Флюра Бикметова – координатор по МЛУ-ТБ, ПРООН

ВОЗ

Саёхат Хасанова, национальный координатор по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИД и ТБ

15. Приложения

Приложение 1. Форма подготовки визита КЗС (заполненная собственником программы)

Результаты выявления и лечения в рамках национальной программы по борьбе с ТБ (согласно форм различных групп) – за последние 2 года

Отчеты по работе лаборатории, включая отчеты по внешнему контролю качества (супранациональная лаборатория, национальная референс-лаборатория) для посевов, ТЛЧ и мазков

Данные по закупкам и ПВР лекарственного склада: последний отчет лекарственного склада (препа годности, количество, среднемесячная потребность, месячная оценка склада)

ФОРМА ПО ПОДГОТОВКЕ К ВИЗИТУ КЗС

Предоставьте до миссии следующую информацию:

- 1 Обзор выполнения рекомендаций, сделанных во время предыдущего визита.
2. Квартальные данные по выявлению больных туберкулезом за прошлый год и за настоящий, представленные в рекомендуемом ВОЗ формате.
3. Выявленные и результаты лечения за прошедшие 2 года, разделённые следующим образом в виде таблицы:
 - Все выявленные
 - Все лёгочные
 - Лёгочный ТБ, впервые выявленные МТ (мазок) «+» (положительные)
 - Лёгочный ТБ, впервые выявленные МТ (мазок) «-» (отрицательные)
 - Лёгочный ТБ, случаи повторного лечения:
 - МТ (мазок) «+» после неудачи по Категории I
 - МТ (мазок) «+» рецидивы
 - МТ (мазок) «+» взятые после перерыва в лечении
 - Все случаи легочным ТБ МТ (мазок) «-» среди повторно леченных

Регистрация случаев

	Новые случаи легочной с МТ+	Новые случаи легочной с МТ-	Новые случаи внелегочной ТБ	Всего Новые случаи	Рецидивы +	Неуд+	Наруш+	Другие+	Всего повторные с МТ+	Наруш-	Другие-	Всего повторные с МТ-	Общее количество повторных (МТ+ и МТ-)	Общее количество всех больных (Впервые выявленные +Повторные
2012	2041	1911	1532	5484	327	146	58	217	748	35	662	697	1445	6929
2013	2205	1647	1454	5306	270	133	33	201	637	25	527	552	1189	6495
2013-УИД	71	39	8	118	9	5	-	12	26	2	9	11	37	155

Результаты лечения за 2011год

типы больных	Зарегистровано	вылечен	завершил	умер	Небл. исход	отрыв от лечения	переведен	снят
Н.С. с МТ+	2174	1607	125	104	242	74	21	1
НС с МТ-	2148	-	1910	86	56	76	10	10
ExtrP	1613		1503	40	19	29	8	14
рецидив	355	206	21	34	73	18	3	-
Не/удача лечения	198	91	11	18	61	12	5	-
нарушения режима SS+	67	28	9	10	12	8	-	-
нарушения режима SS-	20	-	15	1	1	3	-	-
Другие МТ +	309	164	23	45	50	23	4	-
Другие МТ -минус	725	-	615	54	25	21	5	5

Результаты лечения за 2012год

типы больных	Зарегистрировано	вылечен	завершил	умер	Небл. исход	отрыв от лечения	переведен	снят
Н.С. с МТ+	2041	1475	102	110	268	74	12	-
НС с МТ-	1912	-	1713	78	51	65	5	-
Не/удача лечения	146	65	18	9	43	6	5	-
рецидив	332	198	23	36	65	11	-	-
нарушения режима	58	26	9	4	11	8	-	-
Другие МТ +	217	105	16	26	52	18	-	-
Другие МТ -минус	702	-	618	46	16	22	1	-

Результаты лечения за 6 мес. 2013год - УИД

типы больных	Зарегистрировано	вылечен	завершил	умер	Небл. исход	отрыв от лечения	переведен	снят
Н.С. с МТ+	39	22	3	3 (1др.)	1	-	10 МЛУ	-
НС с МТ-	8	-	6	1др.	1	-	-	-
ВЛ	3	-	3	-	-	-	-	-
Рецидивы +	6	3	1	-	-	-	2 МЛУ	-
Не/удача лечения	2	-	-	-	-	-	2 МЛУ	-
нарушения режима+(-)	-	-	-	-	-	-	-	-
Другие МТ +	5	2	-	-	-	-	3 МЛУ	-
Другие МТ -минус	2	-	2	-	-	-	-	-

4. Все доступные данные ТЛЧ по когортам и/или результаты исследование по устойчивости к преп второго ряда.
5. Все диагностированные МЛУ ТБ больные в настоящем и предыдущем годах МЛУ ТБ

Количество больных МЛУ ТБ, ШЛУ ТБ, выявленных лабораторно в течении последних 12 месяцев

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Total
	2011	2011	2011	2011	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2013	2013	
ШЛУ													
Всего МЛУ	197	102	50	168	148	186	260	179	195	226	190	300	2201

6. Больные МЛУ ТБ включённые в проект КЗС и получающие лечение последние 12 кварталов

Подтверждённые	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.	Кв.
МЛУ ТБ случаи	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Новые	15	17	4	36	21	34	45	31	34	35	84	79
Ранее лечённые ПТП 1-го ряда	70	66	7	165	87	98	135	85	91	53	150	188
Ранее лечённые ПТП (1-го ряда) и 2-го ряда	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Внелёгочные	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Случаи с подозрением на МЛУ ТБ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	85	83	11	201	108	132	180	116	125	88	234	221

7. Когорта по исходам лечения больных МЛУ ТБ, включённых в проект КЗС

Таблица представленная ниже, должна быть заполнена для каждой доступной годовой когорте.
Год: 2010

Группа пациентов	Вылечен	Лечение завершено	Неудача лечения	Лечение прервано	Умер	Преведён	Продолжает лечиться	Итого
Новый случай	18	4	1	2	6	-	-	31
Ранее лечённый только ПТП 1 -го ряда	113	16	33	23	29	-	-	214
Ранее лечённые ПТП 1-го и 2-го ряда	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	131	20	34	25	35	-	-	245
%	53,5	8,2	13,9	10,2	14,3	-	-	100

Таблица представленная ниже, должна быть заполнена для каждой доступной годовой когорте.
Год: 2011

Группа пациентов	Вылечен	Лечение завершено	Неудача лечения	Лечение прервано	Умер	Преведён	Продолжает лечиться	Итого
Новый случай	56	8	1	4	2	-	1	72
Ранее лечённый только ПТП 1 -го ряда	173	13	37	30	55	-	-	308
Ранее лечённые ПТП 1-го и 2-го ряда	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	229	21	38	34	57	-	1	380
%	60,3	5,5	10,0	8,9	15,0	-	0,3	100

8. Промежуточные результаты:

Укажите период	Количество больных начавших лечение	Бактериологические результаты на 5 и 6 месяцы лечения			Больше не лечится		
		Отрицательный (все мазки и посевы отрицательные в течение 5-го и 6-го месяцев)	Положительный (любой мазок или посев положительный в течение 5-го и 6-го месяцев лечения)	Результаты посева мазка неизвестны	Умер	Лечение прервано	переведён
Кв. 1	85	60	15	-	5	5	-
Кв. 2	83	49	25	16	7	2	-
Кв. 3	11	10	-	-	1	-	-
Кв. 4	201						
Кв. 5	108						
Кв. 6	132						
Кв. 7	180						
Кв. 8	116	51	22	16	5	4	-
Кв. 9	125	64	21	6	12	2	-
Кв. 10	88	44	14	3	7	5	-
Кв. 11	324	п/а	п/а	п/а	п/а	п/а	
Кв. 12	220	п/а	п/а	п/а	п/а	п/а	

9. Данные по контролю качества (последние данные по контролю качества от СНРЛ по перапратам первого ряда, соответствие по перапратам второго ряда; результаты контроля микроскопических лабораторий)

Приложение 2. Программа миссии

Программа Миссия КЗС Dr Kai Blondal (Reykjavik Health Care Services) 09 - 14 октября 2014, Таджикистан

Время	Программа	Место	Замечания
Среда, 9 октября			
	Прилет		Гостиница
Четверг, 9 октября			
14.00 – 14:30	Встреча в офисе ВОЗ: Павел Урсу - представитель/глава офиса ВОЗ в Таджикистане Тедла Меземир - грант менеджер ПРООН/ГФ Саехат Хасанова - руководитель программ по ВИЧ и ТБ	Офис ВОЗ	WHO car
14:40- 17:00	1) Встреча в НТП: Директор Центра Бобоходжаев Октаи и его команда <i>Общая ситуация с МДР ТБ, расширение проекта МДР ТБ, прогресс внедрения рекомендаций предыдущей миссии</i>	ТБ центр	
	2) НТП: – База данных по ТБ	ТБ центр	
Пятница, 10 октября			
9:15-12:30	Посещение Республиканской ТБ больницы (Мачитон): Встреча с директором, Рустамов Саидахтам - <i>отделение МЛУ ТБ, обзор медицинских карт</i> - <i>Отделение ТБ</i> - <i>детское отделение</i> - <i>лекарственный склад</i>	Мачитон	
12:30 – 13:30	Обед		
13:30 -17:00	Посещение НРЛ	Мачитон	
Суббота, 11 октября			
09:00:12:00	Посещение центральной тюремной больницы	Вахдат	
Понедельник, 13 октября			
8:00 – 13:00	ТБ Центр г Куляб, амбулаторное лечение МЛУ ТБ ТБ больница Хатлонской области, отделение МЛУ ТБ	Куляб	
13:00-14:00	Обед		
14:30-17:00	Восе, районный центр ТБ и кабинет ДОТ; лечение МЛУ ТБ	Восе	
Вторник, 14 октября			
9:00 – 10:00	Заключительное совещание в МЗИСЗН: Заместитель Министра Бобоходжаев Октаи, Директор Республиканского Центра защиты населения от ТБ	МЗИСЗН	
10:20 – 12:30	Работа в офисе или встреча по запросу	Офис ВОЗ	
12:30-14:00	Обед		
14:00-17:00	Заключительное совещание с командой НПТ и партнерами (WHO, UNDP, Project HOPE, KNCV, HCQR, AFEW, MSF, Mersycorps, ЮМ, WFP, KfW) <i>Место: Офис НПТ</i>	Офис НПТ	
15 - 17 октября Тренинг для Тренеров по М/ШЛУ ТБ			
Суббота, 18 октября			
	Вылет		