



**Оперативное информирование:
основные изменения в лечении туберкулеза
с множественной лекарственной
устойчивостью и устойчивостью к
рифампицину (МЛУ/РУ-ТБ)**

Август 2018 г.

© Всемирная организация здравоохранения 2018

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons.

Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования. Оперативное информирование: основные изменения в лечении туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и устойчивостью к рифампицину (МЛУ/РУ-ТБ). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>. <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, такие как таблицы, цифры или изображения, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Оперативное информирование:

основные изменения в лечении туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и устойчивостью к рифампицину (МЛУ/РУ-ТБ)

Предпосылки

Разработка основанных на фактических данных руководящих принципов в области предоставления услуг здравоохранения для государств-членов и других заинтересованных сторон является одной из основных функций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Последние основанные на фактических данных руководящие принципы ВОЗ по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью¹ или туберкулеза с устойчивостью возбудителя к рифампицину (МЛУ/РУ-ТБ) были опубликованы в октябре 2016 г. Впоследствии появление новых фактических данных побудило ВОЗ обратиться [с открытым призывом к предоставлению данных](#) в преддверии проведения официального обзора. Обезличенные индивидуальные данные, полученные в ходе клинических испытаний, когортных/обсервационных исследований и программного применения как более длительных, так и более коротких режимов химиотерапии МЛУ-ТБ, были включены в базу данных отдельных больных МЛУ/РУ-ТБ (IPD), располагающуюся на базе Университета Макгилла (Канада) в рамках контракта с ВОЗ.

Международные методы проведения мета-анализов [Кокрейна](#) использовались для оценки относительного влияния отдельных препаратов на исходы лечения больных и принятия решений о выборе режима химиотерапии МЛУ/РУ-ТБ, продолжительности лечения и влиянии профилей лекарственной устойчивости на эти исходы.

ВОЗ провела совещание Группы по разработке руководящих принципов 16-20 июля 2018 г. для оценки результатов этих анализов с использованием международной системы [GRADE](#) (системы классификации, оценки, разработки и экспертизы рекомендаций для оценки научных данных и разработки основанных на фактических данных руководящих принципов и рекомендаций). Новые руководящие принципы лечения МЛУ-ТБ будут опубликованы позднее в 2018 г. Они заменят все предыдущие и действующие руководящие принципы ВОЗ по лечению МЛУ/РУ-ТБ.

Настоящий документ «Оперативное информирование» призван проинформировать руководителей программ по борьбе с ТБ и другие заинтересованные стороны в государствах-членах ВОЗ об основных изменениях в режимах химиотерапии МЛУ-ТБ, вытекающих из результатов оценки новых фактических данных. В нем описаны неотложные шаги, которые необходимо предпринять для того, чтобы лечение больных МЛУ/РУ-ТБ соответствовало актуальным фактическим данными об эффективности и безопасности.

Мгновенное достижение новых стандартов оказания помощи каждому отдельному больному МЛУ-ТБ невозможно, однако стратегическое планирование должно начаться незамедлительно, чтобы сделать возможным быстрый переход к реализации находящихся в разработке новых руководящих принципов ВОЗ.

Источники данных

- База данных IPD, содержащая свыше 12 000 серий данных пациентов из 50 исследований, изучающих более длительные схемы химиотерапии МЛУ-ТБ.
- Новые данные из 26 стран, полученные в ответ на открытый призыв, включая данные о применении укороченного режима химиотерапии в Африке и Азии и использовании бедаквилина во всем мире.

¹ Сочетание лекарственной устойчивости возбудителя к рифампицину и изониазиду – двум самым важным противотуберкулезным препаратам.

- Сводные результаты фазы III рандомизированного контролируемого исследования деламанида компании Otsuka, полученные в 2017 г., предварительная оценка которых была проведена ВОЗ в рамках ускоренного обзора в январе 2018 г.
- Окончательные сводные результаты первого этапа рандомизированного контролируемого исследования STREAM Stage 1, 9-месячного сокращенного режима химиотерапии МЛУ-ТБ после публикации промежуточных результатов в октябре 2017 г. и их первоначальной оценки ВОЗ в рамках ускоренного обзора в феврале 2018 г.
- Данные клинических исследований фармакокинетики и безопасности бедаквилина и деламанида у детей для рассмотрения возможности расширения рекомендаций применительно к детям и подросткам.

Окончательные результаты (исходы) лечения были использованы для разработки стратегических рекомендаций. Серии индивидуальных данных, содержащие только промежуточные результаты (например, данные о прекращении бактериовыделения по посеву на 6-месяце лечения), не учитывались в виду отсутствия доказанной корреляции между подобными суррогатными конечными точками и окончательными исходами (например, «излечен» или «неудача лечения»).

Принципы лечения

- **Перед началом лечения МЛУ-ТБ все больные должны пройти соответствующее консультирование для информированного и коллективного принятия решений.**
- **Информационные материалы, предназначенные для пациентов, должны отражать все последние изменения, чтобы больные были надлежащим образом информированы о доступных им вариантах лечения.**
- **Социальная поддержка с целью обеспечения приверженности лечению играет важную роль в реализации ориентированного на потребности пациента подхода к оказанию помощи.**
- **Активный мониторинг и управление безопасностью противотуберкулезных препаратов (aDSM) имеют важнейшее значение для всех больных, взятых на лечение МЛУ-ТБ.**

Основные изменения в перечне лекарственных средств

Более длительные режимы химиотерапии МЛУ-ТБⁱⁱ

В **таблице 1** представлена пересмотренная классификация противотуберкулезных препаратов, рекомендованных для использования в составе более длительных режимов химиотерапии МЛУ-ТБ. Препараты были перегруппированы по **трем категориям и классифицированы** на основании последних данных о соотношении их эффективности и безопасности:

- **Группа А:** препараты, используемые в первоочередном порядке: левофлоксацин/моксифлоксацин, бедаквилин и линезолид;
- **Группа В:** препараты, включаемые в режим во вторую очередь: клофазимин, циклосерин/теризидон;
- **Группа С:** препараты, добавляемые в режимы химиотерапии в случае невозможности использования препаратов из групп А и В: этамбутол, деламанидⁱⁱⁱ, пиразинамид, имипенем-циластатин, меропенем, амикацин (стрептомицин), этионамид/протионамид, *p*-аминосалициловая кислота.

Канамицин и капреомицин больше не рекомендуется применять ввиду повышенного риска развития неэффективного исхода лечения и возникновения рецидива, связанного с их использованием в составе более длительных режимов химиотерапии МЛУ-ТБ. При использовании амикацина подобная связь не прослеживается, однако возникают те же вопросы к безопасности химиотерапии, что и при использовании других инъекционных препаратов. Амоксициллин с клавулановой кислотой должен использоваться только в сочетании с карбапенемами.

ⁱⁱ При использовании более длительных режимов лечение МЛУ-ТБ, как правило, длится 18-20 месяцев и может быть как стандартизованным, так и индивидуализированным. Как правило, подобные режимы составляются так, чтобы в них входили как минимум пять препаратов, считающихся эффективными.

ⁱⁱⁱ Позиции деламанида будут пересмотрены после оценки индивидуальных данных больных из исследования Otsuka 213; эти данные были недоступны для оценки, описанной выше.

В **таблице 1** представлен также общий подход к формированию более длительных режимов химиотерапии МЛУ-ТБ у взрослых и детей на основе пересмотренной классификации. Режим составляется путем последовательного включения препаратов сверху вниз из трех групп - от А до С.

Помимо оценки соотношения эффективности и вреда, выбор также определяется: предпочтением пероральных препаратов по сравнению с инъекционными; результатами тестирования лекарственной чувствительности (ТЛЧ); достоверностью существующих методов ТЛЧ; уровнем лекарственной устойчивости среди популяции; использованием препарата больным в прошлом; переносимостью препарата и потенциальными взаимодействиями между лекарствами.

В настоящее время проводятся консультации о способах оптимизации этих аспектов лечения МЛУ-ТБ. Это подразумевает сокращение до минимума числа препаратов, необходимых для формирования режимов химиотерапии МЛУ-ТБ на основе пересмотренной классификации по группам, при одновременном максимальном повышении эффективности режима при наличии лекарственной устойчивости или переносимости отдельных препаратов.

Варианты выбора препаратов для интенсивной фазы и фазы продолжения лечения, более подробное руководство по критериям отбора пациентов, количеству препаратов и продолжительности лечения, дозировке препаратов для взрослых и детей, лечению туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) и использованию результатов ТЛЧ будут представлены при публикации окончательного варианта руководящих принципов ВОЗ.

Таблица 1. Классификация по группам препаратов, рекомендованных для использования в составе более длительных режимов химиотерапии МЛУ-ТБ

ГРУППА	ПРЕПАРАТ	СОКРАЩЕНИЕ
Группа А: Включите в режим химиотерапии все три препарата (за исключением случаев, когда они не могут быть использованы)	Левифлоксацин ИЛИ Моксифлоксацин	Lfx Mfx
	Бедаквилин ^{1,4}	Bdq
	Линезолид ²	Lzd
Группа В: Добавьте оба препарата в режим химиотерапии (за исключением случаев, когда они не могут быть использованы)	Клофазимин	Cfz
	Циклосерин ИЛИ Теризидон	Cs Trd
Группа С: включите для формирования полного режима химиотерапии и, в тех случаях, когда препараты из групп А и В не могут быть использованы	Этамбутол	E
	Деламанид ^{3,4}	Dlm
	Пиразинамид ⁵	Z
	Имипенем-циластатин ИЛИ Меропенем ⁶	Ipm-Cln Mpm
	Амикацин (ИЛИ Стрептомицин) ⁷	Am /(S)
	Этионамид ИЛИ Протионамид	Eto Pto
	p-аминосалициловая кислота	PAS

1. Фактических данных о безопасности и эффективности длительности приема Bdq свыше 6 месяцев было недостаточно для оценки; при более длительном применении Bdq у отдельных больных необходимо следовать [«лучшим практикам применения препарата не по показаниям»](#).
2. Оптимальная длительность использования Lzd не установлена. Применение препарата на протяжении по меньшей мере 6 месяцев показало высокую эффективность, однако возникающая токсичность может ограничивать применение данного препарата.
3. Позиции Dlm будут пересмотрены после завершения анализа индивидуальных данных больных, участвовавших в исследовании 213; эта информация была недоступна во время проводимой в июле

оценки фактических данных, как описано выше. Данных о безопасности и эффективности длительности применения D1m свыше 6 месяцев было недостаточно для оценки; при более длительном применении D1m у отдельных больных необходимо следовать [«лучшим практикам применения препарата не по показаниям»](#).

4. Фактических данных об одновременном приеме Bdq и D1m было недостаточно для оценки.
5. Z считается эффективным препаратом только при наличии результатов ТЛЧ, подтверждающих чувствительность возбудителя к этому препарату.
6. Амоксициллин + клавулановая кислота назначается с каждой дозой Imp-Cln или Mrt, при этом данный препарат не считается самостоятельным и не должен использоваться как отдельный препарат.
7. Возможность применения Am и S следует рассматривать только при наличии результатов ТЛЧ, подтверждающих чувствительность возбудителя к этим препаратам, и возможности обеспечения качественного аудиологического контроля потери слуха. S должен использоваться только при невозможности применения Am и при наличии результатов ТЛЧ, подтверждающих чувствительность возбудителя (лекарственную устойчивость к S невозможно определить с помощью молекулярных методов гибридизации с типоспецифическими зондами к препаратам 2-го ряда, поэтому требуется фенотипический ТЛЧ).

Укороченный режим химиотерапии МЛУ-ТБ^{iv}

- Результаты 1-й стадии исследования STREAM продемонстрировали сходный показатель успешного лечения больных по укороченным и более длительным режимам химиотерапии МЛУ-ТБ в соответствии с предыдущими рекомендациями ВОЗ.
- В обсервационных исследованиях более короткие режимы химиотерапии МЛУ-ТБ, аналогичные изучаемому в рамках 1-й стадии исследования STREAM, показали в целом сопоставимую с более длительными режимами вероятность успешного исхода лечения при более низком риске прерывания лечения. Однако применение более коротких режимов химиотерапии ассоциировалось с более высоким риском неудачи лечения и развития рецидива по сравнению с более длительными режимами, особенно при лекарственной устойчивости возбудителя к основным препаратам более короткого режима или, когда более длительные режимы включали один или несколько препаратов группы А, перечисленных выше в таблице 1.
- Имеется недостаточно фактических данных об эффективности укороченных режимов химиотерапии МЛУ-ТБ, представляющих собой модифицированные варианты стандартизированного режима, рекомендованного в 2016 г. (например, при замене инъекционного препарата на бедаквилин и линезолид или замене моксифлоксацина на левофлоксацин).

Выбор режима химиотерапии МЛУ-ТБ

- Инновации в диагностике и растущее научное понимание молекулярной основы развития лекарственной устойчивости, фармакокинетики и фармакодинамики противотуберкулезных препаратов делают возможным все более индивидуализированное лечение МЛУ-ТБ. Исходя из текущей оценки научных данных, становятся очевидны три сигнала:
 - возможность подбора эффективных и **состоящих только из пероральных препаратов режимов химиотерапии** для большинства больных;
 - необходимость гарантии **исключения лекарственной устойчивости** (как минимум к фторхинолонам и инъекционным препаратам) до начала лечения больных, особенно по укороченным режимам химиотерапии МЛУ-ТБ;
 - необходимость **пристального мониторинга** безопасности пациентов и их ответа на лечение, а также **низкого порогового критерия для переключения пациентов, не отвечающих на терапию или испытывающих лекарственную непереносимость**, на альтернативные препараты и/или новые режимы химиотерапии на основе измененной классификации препаратов по группам, представленной в таблице 1.
- Программы и их партнеры должны как можно скорее начать переход к реализации готовящихся новых

^{iv} В настоящем документе укороченный режим химиотерапии МЛУ-ТБ подразумевает в значительной мере стандартизированный курс лечения МЛУ/РУ-ТБ длительностью от 9 до 12 месяцев, состав и длительность которого соответствуют аналогичным критериям курса, в отношении которого имеются документально оформленные данные из разных стран. Стандартная структура режима включает: 4-6 Km(Am)-Mfx-Pto(Eto)-Cfz-Z-H_{высокая-доза}-E/5 Mfx-Cfz-Z-E

- руководящих принципов ВОЗ;
- Программы и их партнеры, использующие более длительные режимы химиотерапии МЛУ-ТБ с хорошими результатами и обладающие достаточным потенциалом для мониторинга безопасности лекарственных средств, должны:
 - провести оценку и скорректировать режим химиотерапии отдельных больных, находящихся на лечении, не дожидаясь исчерпания существующих запасов лекарственных средств, в первую очередь инъекционных препаратов;
 - в промежуточный период проинформировать пациентов, находящихся на лечении, об относительной пользе и вреде продолжения химиотерапии по существующим режимам, в первую очередь относительно использования инъекционных препаратов и приема этионамида-протионамида;
 - ужесточить клинический и микробиологический мониторинг и контроль безопасности с целью быстрого переключения пациентов на новые более длительные режимы химиотерапии МЛУ-ТБ при появлении первых признаков отсутствия ответа на терапию или развития лекарственной непереносимости.
 - Программы и их партнеры, использующие стандартизированный укороченный режим химиотерапии МЛУ-ТБ с хорошими результатами и обладающие достаточным потенциалом для мониторинга безопасности лекарственных средств (особенно ототоксичности), должны:
 - заменить канамицин на амикацин в составе укороченного режима химиотерапии, не дожидаясь исчерпания существующих запасов канамицина;
 - в промежуточный период проинформировать больных, находящихся на лечении, об относительной пользе и вреде продолжения химиотерапии по укороченному режиму, содержащему канамицин;
 - ужесточить клинический и микробиологический мониторинг и контроль безопасности с целью быстрого переключения пациентов на новые более длительные режимы химиотерапии МЛУ-ТБ при появлении первых признаков отсутствия ответа, проявления ототоксичности или развития лекарственной непереносимости.
 - Решение о начале лечения впервые выявленных больных МЛУ-ТБ по стандартизированному укороченному режиму должно приниматься с учетом предпочтений пациента и клинического заключения в отношении тех больных, которые не имеют ни одного из следующих состояний:
 - устойчивость возбудителя к препарату или подозрение на неэффективность препарата в составе укороченного режима химиотерапии МЛУ-ТБ (за исключением лекарственной устойчивости возбудителя к изониазиду);
 - прием в прошлом одного или более противотуберкулезных препаратов второго ряда, входящих в режим химиотерапии, на протяжении более 1 месяца (при отсутствии подтвержденной чувствительности возбудителя к этим препаратам второго ряда);
 - непереносимость любого из препаратов в составе более короткого режима химиотерапии МЛУ-ТБ или риск развития токсичности (например, лекарственного взаимодействия);
 - беременность;
 - диссеминированный ТБ, туберкулезный менингит или ТБ центральной нервной системы; или наличие любой формы внелегочного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов.
 - Программы и их партнерам, рассматривающие возможность использования модифицированных укороченных режимов химиотерапии, должны учитывать то, что в настоящее время отсутствуют фактические данные о влиянии замены какого-либо из препаратов в составе укороченного режима на альтернативный (например, замены инъекционного препарата на бедаквилин или другие пероральные препараты; замены моксифлоксацина на левофлоксацин)
 - Программам и их партнерам рекомендуется рассматривать возможность использования любых вариантов стандартизированного укороченного режима химиотерапии МЛУ-ТБ только в условиях проведения операционных исследований при выполнении следующих действий:
 - подготовка соответствующего протокола с указанием критериев соответствия, состава схемы, графиков мониторинга и других ключевых элементов (см. стандартный образец);
 - получение одобрения национального комитета по этике до начала набора больных;
 - проведение лечения в соответствии с рекомендованными ВОЗ стандартами, включая получение информированного согласия; соблюдение принципов надлежащей клинической практики;

активный мониторинг безопасности лекарственных средств ([aDSM](#)); и регулярный мониторинг состояния пациентов для оценки эффективности терапии.

- Программы и их партнеры могут обращаться за консультацией к экспертам ВОЗ перед началом проведения операционных исследований более коротких схем терапии.

Следующие шаги

- К концу 2018 г. будут опубликованы сводные, обновленные и более подробные руководящие принципы ВОЗ по лечению МЛУ-ТБ, включая детальную оценку фактических данных на основе системы GRADE, лежащую в основе изменений в соответствии с требованиями Комитета ВОЗ по обзору руководящих принципов.
- Одновременно с публикацией руководящих принципов ВОЗ 2018 г. будет обновлен [Companion Handbook to WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis](#) [*Сопроводительный справочник к Руководящим принципам ВОЗ по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза*].
- ВОЗ создает многостороннюю целевую Рабочую Группу^v для координации оказания поддержки национальным программам борьбы с ТБ с целью быстрой реализации ими изменений, предусмотренных новыми руководящими принципами. Первоочередной задачей целевой рабочей группы будет оказание странам поддержки в проведении оперативной ситуационной оценки их наиболее неотложных потребностей и соответствующей адаптации планов закупок лекарственных и диагностических средств. Последующие мероприятия будут включать оказание поддержки странам в обновлении их национальных руководств, будущих бюджетов по программам и систем мониторинга для обеспечения перехода на более эффективные схемы лечения МЛУ-ТБ. Проект технического задания для целевой рабочей группы представлен в Приложении 1.

Выражение благодарности

Мы выражаем глубокую признательность за проделанную работу членам Группы по разработке руководящих принципов, консультирующим ВОЗ, специалистам по оценке фактических данных в Медицинском центре Университета Макгилла (Канада), благодарим всех тех, кто предоставил данные, и больных МЛУ/РУ-ТБ, чьи данные позволили разработать новые руководящие принципы ВОЗ.

Настоящий документ был подготовлен сотрудниками Глобальной программы ВОЗ по туберкулезу (Dennis Falzon, Ernesto Jaramillo, Licé González-Angulo, Fuad Mirzayev, Karin Weyer) при административной поддержке Ivan Babovic.

Финансирование осуществлялось из основных фондов ВОЗ.

^v В состав многосторонней группы уже входят: ВОЗ; USAID; Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, ТБ и малярией; Партнерство «Остановить ТБ»; Глобальный механизм обеспечения лекарственными средствами (GDF); ЮНИТЭЙД (список других членов группы будет согласован в августе 2018 г.).

Целевая рабочая группа ВОЗ для оказания поддержки странам в переходе к новым рекомендациям по лечению МЛУ-ТБ

Предпосылки

Позднее в этом году будут опубликованы новые рекомендации ВОЗ по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и устойчивостью к рифампицину (МЛУ/РУ-ТБ). Эти рекомендации будут иметь серьезные последствия для национальных программ по борьбе с ТБ, их технических и финансовых партнеров, а также других заинтересованных сторон.

Принимая во внимание глобальный характер изменений в лечении МЛУ/РУ-ТБ, реализация новых рекомендаций должна произойти в кратчайшие сроки; при этом чрезвычайно важно будет свести к минимуму сбои в работе национальных систем здравоохранения, обеспечивая при этом непрерывный рост показателей и качества диагностики и лечения пациентов.

С этой целью ВОЗ создает многостороннюю целевую рабочую группу для оказания помощи странам с высоким бременем МЛУ-ТБ и другим государствам-членам в подготовке к плавному переходу к осуществлению новых рекомендаций.

Вступление в члены целевой рабочей группе происходит путем самовыдвижения на сайте ВОЗ LDR@who.int и открыто для любого физического лица или ведомства, обладающего экспертным опытом, потенциалом и ресурсами для оказания поддержки странам как во время переходного периода, так и в последующем вплоть до полного осуществления новых руководящих принципов ВОЗ. В ответе просим указывать Вашу экспертную область и опыт.

Необходимые знания и опыт

Диагностика и укрепление лабораторного потенциала; управление закупками и цепочками поставок; бюджетное планирование; активный мониторинг и управление безопасностью лекарственных средств; техническая поддержка на страновом уровне; клиническое ведение больных; обучение; информационно-разъяснительная деятельность и социальная мобилизация.

Цели

- Проведение оценки и выработка путей решения краткосрочных и долгосрочных оперативных вопросов, обусловленных внедрением новых рекомендаций ВОЗ и связанных с национальными руководствами по ведению МЛУ-ТБ, обучением основного персонала, финансированием, целевыми показателями и корректировкой краткосрочных и долгосрочных планов закупок.
- Осуществление совместной работы по оценке проблем конкретных стран и выработка соответствующих решений, особенно в ходе переходного периода, а также обеспечение продолжения предоставления поддержки странам по окончании переходного периода вплоть до полного осуществления новых руководящих принципов.
- Поддержание активного и четкого информационного взаимодействия между всеми основными заинтересованными сторонами по вопросам мер, принимаемых в поддержку перехода на новые рекомендации.

Результаты

- Консультирование стран и предоставление им поддержки по вопросам содержания и процедур реализации планов перехода к полному осуществлению новых руководящих принципов.
- Консультирование ВОЗ относительно дальнейших действий и дополнительной поддержки, необходимых для полной реализации новых руководящих принципов.

Сроки

Как ожидается, целевая рабочая группа приступит к работе в августе 2018 г.; поставленные цели будут достигнуты к июню 2019 г. и представлены Стратегической технической и консультативной группе ВОЗ по ТБ (СТКГ ВОЗ).