



Туркменистан, Ашхабад (2008) © MSF

# ТУРКМЕНИСТАН: НЕПРОЗРАЧНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Апрель 2010





# I Введение

Население Туркменистана оказывается брошенным собственной системой здравоохранения, забыто своим правительством, а также оставлено в беде международным сообществом. Система, которая должна поддерживать здоровье людей, вместо этого устроена таким образом, чтобы скрывать существующие проблемы. И дело не в отдельных медицинских работниках, которые не в состоянии выполнить свою работу, это более системная проблема.

Не вызывает никаких сомнений, что уровень распространенности заразных заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД, туберкулез и инфекции, передающиеся половым путем, значительно выше, чем показывают цифры в отчетности. В равной степени ясно, что не принимаются должных мер для эффективного решения проблем, связанных с рисками для здоровья населения и что механизмы профилактики отсутствуют. Изобилуют случаи неверного информирования людей о мерах профилактики заражения и распространения заболеваний, и вместо того, чтобы стимулировать работников системы здравоохранения активно бороться с заболеваниями и поощрять население обращаться за помощью, серьезные проблемы здравоохранения загоняются в подполье. Как следствие, в настоящее время в Туркменистане практически невозможно дать оценку реального состояния здравоохранения.

В декабре 2009 года организация «Врачи без границ»/ Médecins Sans Frontières (MSF) приняла тяжелое решение закрыть последнюю из своих программ в Туркменистане. MSF работала в стране более десяти лет и имела уникальную возможность быть свидетелем тех трудностей, с которыми сталкивается местная система здравоохранения. В отличие от большинства стран, в которых работает MSF, для Туркменистана и системы здравоохранения этой страны не характерны ни крупные вспышки инфекционных заболеваний, голода или насилия, ни полное отсутствие медицинских услуг, а вместо этого – систематическое отрицание существующих проблем и манипуляция. Система «дыма и зеркал», усиленная коррупцией и страхом.

Целью этого отчета является пролить свет на некоторые ключевые вопросы системы здравоохранения Туркменистана и выразить нашу озабоченность по поводу той роли, которую играют международные действующие лица и организации в стране. Анонимные примеры из непосредственного опыта работы MSF в системе здравоохранения страны наглядно показывают, с какими трудностями связаны попытки произвести реальные перемены или усовершенствования.<sup>1</sup> Вместе с тем, присутствие и деятельность международных организаций способствуют сохранению этих проблем навсегда, поскольку придают видимость легитимности действующим фигурам и практикам, которые не только неэффективны, но зачастую опасны.

## Основные выводы

- Доступ к здравоохранению для населения Туркменистана ограничен из-за страха социальных и политических последствий, которые несут за собой некоторые заболевания как для врача, так и для пациентов, а также из-за стигмы – предрассудков и клейма позора в обществе по отношению к некоторым заболеваниям.
- Международные стандарты и протоколы существуют лишь на бумаге и не выполняются последовательно и регулярно в системе здравоохранения страны.
- Нежелание признать наличие в стране таких заразных заболеваний, как туберкулез, ВИЧ и инфекции, передающиеся половым путем, и полную неудачу в борьбе с ними с большой долей вероятности усугубляет существующие проблемы. Туберкулез, особенно в своей множественной лекарственно-устойчивой форме, – возможно, наиболее серьезная угроза для здоровья населения, и в связи с этим в Туркменистане очень велик риск серьезного кризиса.
- Несмотря на кажущееся увеличение открытости туркменского правительства с момента прихода к власти бывшего министра здравоохранения Гурбангулы Бердымухамедова, реальных перемен не произошло. Вместо этого, более тесное сотрудничество с представителями международного сообщества служит лишь для того, чтобы замаскировать продолжение старых практик, включая манипуляцию статистическими данными в области здравоохранения.
- Международные организации рискуют оказаться вовлеченными в процесс усугубления и дальнейшего укоренения проблем, становясь трансляторами правительственной дезинформации, облекая ее в форму реального факта, а также потому что они не способны открыто и твердо указать на те проблемы, свидетелями которых они являются в системе здравоохранения.

<sup>1</sup> Примеры и свидетельства в этом отчете основаны на прямом опыте наших иностранных сотрудников в стране.

## II «Врачи без границ» в Туркменистане

MSF работала в Туркменистане более десяти лет и до своего ухода в декабре 2009 года оставалась единственной аккредитованной международной неправительственной организацией с постоянным присутствием вне столицы страны. Решение об уходе далось нам нелегко. Ответственность MSF перед народом Туркменистана и убежденность, что в области здравоохранения требуется транспарентная международная помощь, остается неизменной. Однако с течением времени организация осознала, что, вместо обретения большего доверия со стороны правительства и свободы в оказании помощи, ее деятельность все больше и больше подвергалась ограничениям.

MSF начинала работать в Туркменистане в 1997 году, это был проект по оказанию помощи приблизительно 10 000 афганских беженцев в поселке Тахта-Базар. В 1999 году MSF получила аккредитацию Министерства иностранных дел и подписала меморандум о взаимопонимании с правительством на начало пилотного проекта по лечению туберкулеза по стратегии DOTS<sup>2</sup> в двух *этрапах* (районах) Дашогузского *веляята* (области): в Коя-Ургенч и Туркменбаши. К июлю 2002 года в городе Дашогузе был открыт учебный центр, и все медицинские учреждения Дашогузского *веляята* были охвачены программами DOTS, что сделало Дашогуз первой областью в Туркменистане с успешным полным покрытием стратегией DOTS. Эта программа была передана Министерству здравоохранения в конце 2003 года.

В 2004 году, вслед за проведенной оценкой ситуации и нужд в Лебапском и Марыйском *веляятах*, MSF начала проект в области детского здоровья в городе Магданлы в области Лебап. С течением времени проект развивался и включал в себя акушерско-гинекологическую помощь и поддержку лаборатории. MSF также оказывала большую помощь в проведении официальных и неформальных тренингов, а также осуществляла поддержку инфраструктуры. Этот проект, позволивший добиться улучшений в больнице, где работала MSF, и в прилегающем районе, был во многих отношениях проблематичным. Условия соглашения с самого начала ставили значительно большие ограничения, чем те, к которым привыкла MSF, включая пункт договора, по которому международные медицинские сотрудники MSF не могли оказывать непосредственной медицинской помощи пациентам. Доступ к пациентам и к статистике был крайне затруднен<sup>3</sup> и способность MSF применять международно признанные протоколы была ограничена приказами-инструкциями, противостоять которым было невозможно.

<sup>2</sup> DOTS (directly observed treatment, short-course) – краткий курс лечения под непосредственным присмотром, рекомендованная ВОЗ стратегия выявления и лечения не лекарственно устойчивых форм туберкулеза.

<sup>3</sup> Эти ограничения с течением времени только усиливались. В 2009 году, после проведенного тренинга для медперсонала Минздрава по стандартным, международно признанным хирургическим процедурам, иностранным сотрудникам MSF был запрещен доступ в операционные местных медицинских учреждений. Несогласия относительно приема пациентов из других *этрапов* повлекли за собой дополнительные ограничения, в том числе отказ местным сотрудникам MSF в доступе в некоторые палаты или в проведении лечения, а также, по имеющимся сведениям, устные угрозы в их адрес.

В 2008 году MSF получила от Министерства здравоохранения и медицинской индустрии (Минздрава) соглашение на начало пилотного проекта по лечению множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза в городе Туркменабад. Основываясь на анализе региональных тенденций, на данных, поданных правительством Глобальному фонду по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также на своем собственном исследовании о лекарственной устойчивости по стране, MSF определила, что туберкулез, в особенности лекарственно-устойчивые его формы, представляет отдельную, наиболее серьезную проблему здравоохранения Туркменистана. Тем не менее, спустя девять месяцев переговоров, Минздрав в мае 2009 года отклонил план организации, объясняя это тем, что в помощи MSF нет необходимости, поскольку все недочеты в здравоохранении будут исправлены до конца 2009 года. Это произошло, несмотря на неоднократные заявки на оказание технической поддержки со стороны Глобального фонда, подаваемые Минздравом. Также чиновники Минздрава знали, что в случае положительного ответа на заявку в Фонд на Раунд 9, которая в то время находилась в рассмотрении, лечение пациентов не начнется раньше 2012 года.

Несмотря на непрерывно проводившееся лоббирование и переговоры, MSF не удалось достичь прогресса и прийти к соглашению относительно будущих проектов.

Вывод MSF был следующий – эффективность ее деятельности значительно понизилась, и, что еще хуже, организация все более становилась соучастницей сокрытия проблем в системе здравоохранения, а не решала эти проблемы.<sup>4</sup> Более того, в MSF стали замечать, что не только правительство Туркменистана ограничивало ее деятельность в стране, но что и сама организация постепенно начала осуществлять некоторую самоцензуру и самоограничение. Неоднократные отказы на просьбы MSF о проведении исследования оценки нужд населения, отказ в разрешении на начало деятельности в районах, где помощь остро необходима, а также опасения за безопасность местных сотрудников вылились во все возрастающую тенденцию уклоняться от упоминания щекотливых вопросов и воздерживаться от открытого высказывания о проблемах, свидетелями которых MSF становилась в процессе своей работы.

В то время как MSF приняла решение уйти, такие международные организации как Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) и ЮНИСЕФ продолжают оставаться в стране. MSF считает, что они также играют роль в консервировании проблем в

<sup>4</sup> Как иллюстрируют некоторые примеры, содержащиеся в этом отчете, внутри больницы г.Магданлы это выразалось в тенденции обойти приказы или системы. Хотя это имело свой положительный эффект – пациенты, которые иначе могли остаться без медицинской помощи, получали лечение, однако это не всегда означало, что они получали при этом наилучшее возможное лечение, также это не способствовало точности эпидемиологической статистики. В некоторых случаях, например, если в приеме в больницу было отказано, MSF находила возможность амбулаторного лечения для больного. И хотя в результате пациент вылечивался, правильным образом действий было бы все же лечение его в стационаре.

туркменской системе здравоохранения. На самом деле, как будет показано в этом отчете, ясно, что данные по таким проблемам – в особенности, по заразным болезням – занижены, и что нет настоящего понимания ни об их распространенности, ни о степени тяжести. MSF неоднократно наблюдала тенденцию организаций не обращать внимания на пробелы, быть не в состоянии отследить выполнение обещаний, данных правительством, а также обеспечивать легитимность правительственной информации тем, что она получает распространение через эти организации на международном уровне без каких-либо комментариев или возражений с их стороны.

Невозможно понять, насколько серьезны или насколько распространены на самом деле проблемы здравоохранения Туркменистана. Тем не менее, ясно, что пациенты не получают лечения, на которое они имеют право, и что ответные меры со стороны системы здравоохранения Туркменистана неадекватны.

### III Манипуляция и ее последствия

Туркменское государство, с момента обретения независимости, более приоритетным считало создание видимости здоровья и процветания, нежели проведение существенных реформ, необходимых для того, чтобы в действительности улучшить состояние здоровья населения. Это имеет негативные последствия на всех уровнях этой системы, приводя к неадекватному лечению для пациентов и отсутствию контроля над медицинскими рисками. В последние годы велось много разговоров о реформе здравоохранения, особенно в области борьбы с туберкулезом, а также здоровья матери и ребенка,<sup>5</sup> о росте открытости и сотрудничестве с международным сообществом. Однако по опыту MSF, любые изменения были по сути своей косметическими.

#### Создание видимости процветания

Туркменистан редко обеспечивает себе упоминание в международных средствах массовой информации, но когда это случается, зачастую это комментарии о контрасте между марморными и золотыми фасадами, которые украшают парадную часть страны, и нищетой и проблемами, которые испытывает большая часть населения, 30% которого проживает за чертой бедности.<sup>6</sup> Эта тенденция с точностью повторяется в системе здравоохранения, где было проведено крупное инвестирование в инфраструктуру – включая постройку восьмиэтажного здания онкологической больницы в столице, г. Ашхабаде, и диагностических центров современного технического уровня

в столицах регионов – но где немногие пациенты имеют доступ к таким ресурсам, а оборудование не соответствует способности интерпретировать полученные результаты.<sup>7</sup>

Для создания видимости процветания Туркменистану также важно представить себя на международной арене как страну, у которой здравоохранение находится под контролем. В этом вопросе приоритет также отдается видимости, до такой степени, что практически невозможно получить реальные данные о чем-либо – от уровня материнской и детской смертности до ситуации с инфекционными заболеваниями. Для аналитиков, пытающихся понять ситуацию со здравоохранением в Туркменистане, отсутствие достоверной информации является одним из самых серьезных препятствий.<sup>8</sup>

Наиболее заметно замалчивание в области заразных болезней – от ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, до туберкулеза, в особенности, множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза (МЛУ ТБ). Настолько же щекотливыми, однако, оказываются темы детской и материнской смертности. Специальным образом выделенные в документе ООН о Целях Развития Тысячелетия (ЦРТ), эти индикаторы взяты в качестве барометра не только состояния здоровья женщин и детей, но здоровья и уровня развития общества. Они были основным предметом лоббирования перед правительством Туркменистана со стороны действующих лиц и организаций, занимающихся проблемами здравоохранения и развития, и были в центре внимания многих недавних реформ здравоохранения страны. Примечательно, что это единственные данные о смертности, которые правительство Туркменистана сообщает международным органам, хотя их точность под большим сомнением. Нет необходимости говорить, что вновь появляющиеся заболевания, такие как птичий грипп или H1N1, попросту не существуют на территории Туркменистана.

Если получать информацию из-за пределов страны сложно, то даже и близость к объекту не всегда улучшает обзор. Даже находясь в больнице г.Магданлы, MSF была не в состоянии получить базовую информацию, причем это было настолько трудно, что в 2005 году наша команда провела неформальный опрос в палатах, чтобы лучше понять проблемы детской смертности и искать ее решение.<sup>9</sup> Хотя существовали некоторые методологические ограничения, результаты исследования указывали на гораздо более высокий уровень детской смертности, чем в других странах этого региона. Неоднократным попыткам провести базовые оценки ситуации в этой области так же неоднократно чинились препятствия, что делает невозможным получить более четкую картину состояния здоровья населения.

<sup>7</sup> Интернет-газета Turkmenistan.ru. «Оазис здравоохранения в предгорьях Копетдага», 28 января 2007 г. [http://turkmenistan.ru/?page\\_id=5&lang\\_id=en&elem\\_id=9247&type=event&sort=date\\_desc](http://turkmenistan.ru/?page_id=5&lang_id=en&elem_id=9247&type=event&sort=date_desc). и Eurasianet.org.

«Туркменистан: здравоохранение остается в критическом состоянии», 8 января 2010 г. <http://www.eurasianet.org/departments/insightb/articles/eav010810.shtml>.

<sup>8</sup> Речел, Сикорская, МакКи. См. сноску 5.

<sup>9</sup> За период в четыре месяца сотрудники MSF задавали серию вопросов женщинам в родильном отделении, чтобы получить корректную оценку детской смертности в ретроспективе.

<sup>5</sup> Например, см. статью Речел, Сикорская и МакКи, «Здравоохранение в Туркменистане после Ниязова», Лондонская школа гигиены и тропической медицины, 2009, <http://www.lshtm.ac.uk/ecohost/projects/turkmenistan%20files/Health%20in%20Turkmenistan.pdf>.

<sup>6</sup> Источник: Информационный отдел журнала The Economist, [www.eiu.com](http://www.eiu.com)

## Манипуляция данными

Опыт MSF по Туркменистану в целом и г.Магданлы в частности показывает, что трудности в получении данных происходят не от недостаточных возможностей, а по причине преднамеренного замалчивания. Более того, чтобы представить более оптимистическую картину вид ситуации, были изменены не просто цифры. Скорее, реальность адаптировалась таким образом, чтобы обеспечить соответствие статистики predetermined целям.

В то время как с приходом к власти Бердымухамедова информация стала более доступной для международных организаций и аналитиков, действующая ранее система квот на все, от смертности до заразных заболеваний, продолжала действовать.<sup>10</sup> Правительство оказывает давление на сотрудников здравоохранения, чтобы эти квоты выполнялись, однако необходимые ресурсы для достижения этих целей предоставляются редко. Например, в августе 2007 года в г.Магданлы больница получила факс с инструкциями начать предоставлять услуги диагностики туберкулеза по стратегии DOTS. Только при помощи команд MSF, – которые построили, оборудовали и обеспечили необходимыми для этого материалами лабораторное отделение, – больница смогла, начиная с марта 2008 года, оказывать эти услуги пациентам.

По опыту MSF, работников здравоохранения не поощряют снижать уровень стигматизации или устранять препятствия, стоящие на пути к лечению. Напротив того, на всех уровнях, на них оказывается давление с тем, чтобы они активно противодействовали попаданию в лечебные заведения пациентов, чьи случаи могли бы оказаться статистически неблагоприятными, или, если больной был все же принят в больницу, предотвращать попадание таких записей в истории болезни и их хранение. Техники-лаборанты также находятся под давлением с тем, чтобы в отчетах они не предоставляли «слишком много» положительных результатов по инфекциям, которые считаются деликатными. В результате происходит манипуляция результатами лабораторных анализов, в том числе, умышленное разбавление и ослабление действия реагентов и фальсификация результатов.

*[Сверху пришла жалоба] на лабораторию, которая проводила анализы на наличие паразитов в кале пациентов. Поступили инструкции отправить все эти положительные результаты анализов назад в лабораторию и обязать лабораторию переписать их все на негативные. Он сказал, чтобы лаборатория никогда больше не давала положительных результатов анализов на пациентов его отделения, потому что тогда отчетность по заболеваемости выглядит неблагоприятно, когда комиссия проводит обход палат. Январь 2007 г.<sup>11</sup>*

*Пациент поступил с рвотой и головокружением, диареи не было. Анализ кала показал сильное паразитарное заражение. Когда пациенту было проведено лечение, бабушка сообщила, что она была полностью уверена в том, что ее внук был не в состоянии сходить в туалет с момента поступления в больницу, следовательно, он не мог предоставить материала для анализа. Она не верила результатам анализа. В течение следующих дней, под контролем медсестры MSF, она еще дважды собрала у внука кал на анализ, оба раза результат оказывался негативным. Таким образом, первый раз кал точно был не от того пациента. Пытаясь найти этому правдоподобное объяснение, я узнал, что по существующему Приказу, каждый пациент при поступлении должен сдать кал на анализ, и что у сотрудников Минздрава бывают проблемы, если этого не происходит. Как следствие этого, образцы кала делят на части или даже «вносят» в больницу в случае, если пациент не может произвести стул. По всей видимости, это и произошло в данном случае. Июль 2007 года*

Сотрудники MSF неоднократно становились свидетелями и слышали о членах персонала, регулярно дающих и получающих распоряжения о манипуляции результатами диагностирования заболеваний, передающихся половым путем, чтобы статистика была в рамках квот. Это делалось не на основании письменных инструкций, а, скорее, по устному распоряжению от регионального или государственного начальства.

*Скрининг беременной женщины на сифилис. В сентябре мы получили два положительных результата тестов в родильном отделении, и персонал получил телефонный звонок с предупреждением не подтверждать более ни одного случая инфекций, передающихся половым путем. После этого телефонного звонка у нас больше не бывает случаев сифилиса, официально подтвержденных лабораторией. Сентябрь 2008 года*

Возможно, тот факт, что Туркменистан практически в каждой категории статистики в области здравоохранения демонстрирует устойчивые улучшения, является результатом не столько какой-либо реформы системы здравоохранения, сколько результатом системы этих квот. Согласно официальным отчетам, с 2000 по 2006 годы детская смертность, как сообщается, сократилась с 59 до 45, в то время как уровень смертности среди детей до пяти лет понизился с 71 до 51, а ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла с 62 до 63.<sup>12</sup>

Тенденция международных организаций приводить правительственные данные о состоянии здравоохранения в качестве реального факта представляет опасность не только для населения страны, это имеет последствия для всего региона.

<sup>10</sup> Один из примеров – Декрет о безопасном материнстве 2006 года, который требовал пятидесятипроцентное сокращение уровня материнской смертности.

<sup>11</sup> Сотрудники MSF сделали так, чтобы положительные результаты анализов из того отделения поступали иностранному персоналу MSF, чтобы пациенты имели возможность получить лечение, даже если их официальные лабораторные данные были фальсифицированы.

<sup>12</sup> Данные приводятся ВОЗ: <http://www.who.int/whosis/en/index.html>. Ссылка взята 1 марта 2010 г.

Такие страны, как Узбекистан, которые предоставляют международному сообществу гораздо более правдоподобные данные (см. ниже таблицу 1), на основании заявленных ими данных о распространенности туберкулеза привлекают значительное негативное внимание. Напротив того, Туркменистан всего лишь упоминается.<sup>13</sup>

В результате получается, что неспособность решить проблемы здравоохранения вознаграждается, в то время как попытки прозрачности оказываются наказуемы.

Табл. 1<sup>14</sup>

| Заразные болезни -> Туберкулез<br>(по состоянию на 24 марта 2009 г.)<br>Примерный уровень распространения туберкулеза, все формы (на 100 000 населения в год) |              |            |
|---|--------------|------------|
| Периодичность: Год.<br>Рассматриваемый период времени: с 2000 по 2007 г.г.  |              |            |
|   | Туркменистан | Узбекистан |
| 2000  | 130          | 139        |
| 2001  | 115          | 148        |
| 2002  | 110          | 144        |
| 2003  | 103          | 152        |
| 2004  | 98           | 149        |
| 2005  | 91           | 144        |
| 2006  | 85           | 134        |
| 2007  | 75           | 140        |

<sup>13</sup> Это относится не только к туберкулезу, но также и к другим заболеваниям. Например, в эпидемиологической информационной листовке по ВИЧ/СПИД, выпускаемой ВОЗ, сообщается, что в Узбекистане количество зарегистрированных ВИЧ-положительных пациентов с 2001 по 2007 г.г. выросло с 1 400 до 1 600 человек, в то время как в Туркменистане их менее 500 человек. [www.who.int/hiv/countries/en/](http://www.who.int/hiv/countries/en/)

<sup>14</sup> Из Всемирной базы данных ВОЗ по туберкулезу, информация взята 6 марта 2010 по ссылке <http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/>

## IV Влияние на заботу о пациентах

Работая в больнице г.Магданлы, а также, когда была возможность, на медицинских пунктах и в «домах здоровья» в округе,<sup>15</sup> MSF являлась свидетелем бесчисленных примеров неадекватной помощи пациентам. Самым простым объяснением было бы указать на медицинских работников и обвинить их в плохом исполнении протоколов лечения, преследовании личных интересов и пренебрежении своими обязанностями. Однако это означало бы просто-напросто упустить из виду тот факт, что эта система не предоставляет работникам здравоохранения тех инструментов и возможностей, которые им необходимы для выполнения своей работы, а также способствует некачественному выполнению работы в рамках этой системы.

### Отказ в медицинской помощи

Пресловутое давление на работников здравоохранения, с тем чтобы они добивались соответствия специфическим требованиям ради хороших медицинских показателей, часто приводит к тому, что отдельным пациентам бывает отказано в медицинской помощи. Сотрудники MSF регулярно проводили переговоры с персоналом больницы, чтобы те позволили госпитализацию того или иного пациента в критическом состоянии, поскольку работники больниц опасались, что плохой исход или осложнение негативно скажется на их статистике и будет иметь серьезные последствия. Это особенно касалось случаев, когда пациенты оказывались не из зоны охвата этой больницы, хотя существует четкое письменное указание, согласно которому тяжелобольные пациенты должны быть госпитализированы.

*2 пациента госпитализированы под ответственность MSF, которым изначально было отказано в госпитализации врачами Минздрава из-за неблагоприятного прогноза. Оба ребенка выжили, и их лечение велось при отличном взаимодействии персонала, хотя поначалу были сомнения и страх. Май 2007 года*

Другие пациенты были раньше срока отпущены из больницы, чтобы избежать возможной регистрации смерти в больничных документах.

*Врач MSF получил информацию, что консенсус туркменских врачей принял решение выписать одного пациента, младенца, как можно скорее, по следующим причинам: неблагоприятный прогноз (что доказывалось смертью близнеца); родители ребенка из другого региона; и, следовательно, пациента следует отправить домой, поскольку он несомненно умрет, но смерть не будет отражена в больничной статистике. Ноябрь 2007 года*

<sup>15</sup> Доступ в дома здоровья и на медпункты иногда был затруднен из-за плохой погоды и состояния дорог, но также бывал ограничен из-за вмешательства властей, так, на некоторый промежуток времени сотрудникам MSF было запрещено посещать дома здоровья.

*Младенец был рожден на сроке беременности 26 недель. На второй день у ребенка случилась остановка дыхания, потребовалась краткосрочная интубация и вентиляция легких. Вслед за этим сотрудники Минздрава выписали ребенка во второй половине того же дня, ребенок умер дома.*  
Июнь 2008 года

*Ребенок, 1 год 5 месяцев, сильное истощение. Из амбулаторного отделения направлен в педиатрическое. Врач педиатрического отделения отказался принять пациента, поскольку ребенок был «безнадежным случаем» и скорее всего все равно бы умер. Врач MSF нашел возможность лечить ребенка на амбулаторной основе.* Сентябрь 2007 года

Самой тяжелой проблемой в программе MSF по здоровью матери и ребенка было определение живых родов. Советское определение живых родов, которое ранее практиковалось в Туркменистане, постулировало, что младенцы, рожденные до 28 недели срока и весящие менее 1000 грамм или менее 35 сантиметров в длину не признавались живыми родами, если не выжили в течение семи дней. Как следствие, много младенческих смертей осталось неучтенными. Определение живых родов по ВОЗ таково: любой младенец, который проявляет признаки жизни. Тем не менее, после того как 1 января 2007 года официально произошел переход на международное определение живых родов, ожидаемые результаты Минздрава относительно уровня младенческой смертности в стране не претерпели изменений. Это усилило давление на больницу иметь как можно меньше зарегистрированных младенческих смертей. Одним из способов достижения этого было не пытаться проводить реанимацию, так, чтобы случай классифицировался скорее как мертвые роды, нежели как смерть. MSF работала в тесном сотрудничестве с персоналом больницы, чтобы продемонстрировать, что при должном уходе многие из этих младенцев могут выжить и будут благополучно выписаны из больницы.

## **Низкое качество медицинского ухода**

MSF была свидетелем многих примеров плохого медицинского ведения больных и отсутствия понимания базовых принципов. Это неудивительно, учитывая несоответствия системы медицинского образования. Реформы времен ниязовского правления привели к тому, что страна потеряла русскоговорящих преподавателей медицинских учебных заведений, значительно сократилось количество доступных учебных материалов, научных публикаций и текстов протоколов ВОЗ.

*4-х летний ребенок поступил на консультацию с жалобой на выделения из ушей в течение двух лет. Замедленное развитие речи, ухудшение слуха. Симптомы начались два года назад, с тех пор выделения с запахом из обеих ушей, перфорированные барабанные перепонки с большими дефектами на обеих сторонах. До тех пор никогда не получал системного лечения антибиотиками. Предыдущее лечение, назначенное врачами Минздрава: раздавленные и растворенные таблетки амоксициллина закапывались в*

*каждое ухо по два дня каждый месяц. Врач MSF начал лечение амоксициллином перорально. Оба уха прекрасно зажили, слух значительно улучшился, выделения прекратились.*  
Июль 2007 года

*2-х летний мальчик поступил в стационар с тяжелым обезвоживанием вследствие рвоты и диареи в течение двух дней, потеря в весе 2 кг за 5 дней. Вес 12 кг. Обсуждения с врачами Минздрава относительно регидратационной терапии. Сотрудник Минздрава совершенно серьезно мне говорил, что общего количества поступления жидкости 400 мл достаточно, и максимум, который можно давать в данном случае – 500 мл жидкости. Приводились следующие доводы: опасность гипергидратации, среднеазиатские дети не привычны к такому количеству жидкости, дети погибают, если проводить регидратацию агрессивно. Я три раза терпеливо объяснил метод расчета ежедневной потребности в жидкости в зависимости от веса, указывая, что этому ребенку необходимо получать как минимум 1,2 литра [поддержание] жидкости в день, не считая затраты жидкости. Я объяснил, как высчитывается нехватка и как произвести оценку и мониторинг затрат, а также как правильно проводить регидратацию. Он продолжал спорить, настаивая, что это невозможно для ребенка из этого региона. Я скопировал для него литературу, принес учебные материалы по данному вопросу – он продолжал настаивать, что протоколы ВОЗ не годятся для среднеазиатских детей, что он как врач, а также и сам пациент будет иметь большие проблемы, если последуют этим правилам. Глава терапевтического отделения, который проходил мимо и был вовлечен в эту дискуссию, подтвердил эту точку зрения и сказал, что было доказано, что протоколы ВОЗ не работают в Туркменистане. Сотрудникам MSF удалось объяснить матери, что она должна давать своему ребенку в виде питья как минимум 1,5 литра жидкости частыми маленькими порциями. К счастью, рвота прекратилась, и пациент поправился в течение трех дней – главным образом, благодаря усилиям медсестер MSF и матери ребенка.* Август 2007 года

Как удалось выяснить MSF, продолжение профессионального образования для поддержания уровня компетентности и обеспечения современных научных знаний не обязательно или факультативно. Большая часть медперсонала больницы г.Магданлы получила медицинское образование много лет назад в Ашхабаде, Туркменабаде или в медицинских учебных заведениях соседнего Узбекистана. По большей части, это люди, получившие советское образование и с тех пор не проходившие дополнительных медицинских тренингов, а если и проходившие, то очень мало. У них недостаточно или полностью отсутствует представление о современных практиках доказательной медицины, они мало читали научной литературы. Как результат, MSF явилась свидетелем многочисленных примеров некачественного или опасного для здоровья пациента оказания медицинской помощи.



*Иностранный сотрудник MSF присутствовал при всех операциях кесарева сечения в течение 14 дней. Ни в одном отделении сотрудники не придерживались строго правила стерильности при проведении операции. Наибольшее беспокойство вызывает тот факт, что главная медсестра сортирует стерильные инструменты без стерильных перчаток на руках. Это означает, что к моменту начала операции все инструменты нестерильны. Хирурги не в курсе правильной техники надевания перчаток и поддержания рук стерильными. Май 2007 года*

*Беременная женщина с поздним токсокозом (преэклампсия); очень высокое артериальное давление на поздних сроках беременности; сердцебиение плода, по сообщениям, нормальное; мониторинг давления и стимуляции родовой деятельности проведено не было; на следующее утро младенец в утробе был мертв. Ноябрь 2006 года*

Основываясь на непосредственном опыте и наблюдениях MSF, происходит повсеместное неверное диагностирование простых медицинских состояний, чрезмерное назначение антибиотиков и множественное внутривенное применение препаратов в ответ на такие простые жалобы, как обычная простуда. Наблюдается слабое представление о правильном применении жидкостей, и детям с дыхательной недостаточностью даются большие пилюли лактата Рингера. Распространено использование препаратов крови без показаний, и переливания часто производятся без скрининга на ВИЧ или гепатит С. Есть свидетельства случаев переливания крови через шприц от взрослых родственников напрямую детям без какого бы то ни было скрининга. Сильный противосудорожный препарат фенобарбитал использовался для лечения «повышенного внутричерепного давления», иногда при этом оказывалось, что ребенок просто плачет от колик. Фенобарбитал также, по наблюдениям, в рутинном порядке назначается детям, которых при родах извлекали щипцами. Все эти случаи медицинской практики наблюдались, несмотря на тот факт, что официально были приняты международные правила. Хуже того, MSF была свидетелем неправильно поставленного диагноза и неверного лечения.

*2-х летнему ребенку сделали переливание крови по показаниям сильный жар, в то время как уровень гемоглобина составлял 16. Минздрав отрицает, что было проведено переливание, зная, что MSF была бы против переливания крови в данном случае. Тем не менее, три свидетеля подтверждают, что переливание имело место. Ноябрь 2006 года*

В течение пяти лет медицинские команды MSF проводили еженедельные плановые занятия и ежедневные обучающие сессии непосредственно у постели пациента по диагностике, терапевтическому ведению больного и медицинскому уходу практически для всех распространенных медицинских состояний у беременных и кормящих женщин, у новорожденных, младенцев, детей и подростков. Упор последовательно делался на концепцию доказательной медицины и другие международ-

ные стандарты ухода за пациентами. Несмотря на эти усилия, успех MSF в изменении местных практик оставался неустойчивым, и возможности исправить некачественные практики часто бывали упущены, так как использование небезопасных лечебных практик или устаревших протоколов попросту ушло в «подполье», поскольку не происходило системного поощрения и стимулирования для медперсонала с тем, чтобы следовать международным протоколам.

## Культура страха

По наблюдениям MSF, медицинские сотрудники в Туркменистане зачастую начинают выполнять свои профессиональные обязанности на низком уровне из-за культуры страха. Частая ротация кадров создает атмосферу тревоги и неуверенности, и персонал начинает опасаться вводить какие-либо перемены, в независимости от того, насколько положительным для пациентов, находящихся на их попечении, мог бы быть результат этих изменений. Эта культура страха просочилась из высших политических кругов.

*Врач из Туркменабада, который приезжал в Магданлы для консультации, был позже уволен, потому что чиновник из Ашхабада решил, что тот поставил «неправильный диагноз». Два члена местного персонала, по имеющейся информации, были оштрафованы за то, что не заявили об этой случае раньше в санитарно-эпидемиологическую службу.<sup>16</sup>*

Хотя у MSF нет независимых подтверждений таких фактов, поступали сообщения, что лечащего врача посадили в тюрьму за предоставление данных о материнской смертности, и работники MSF знали многих людей, которые были осуждены и оказались за решеткой в ходе своей рабочей деятельности. Сообщалось также, что главный врач наркологической больницы был уволен за то, что сообщал о случаях заражения ВИЧ.

Карательный характер этой системы отражается на поведении не только работников здравоохранения, но и на их пациентах. В Туркменистане, как и везде, чувство стыда и социальное давление играют важную роль в том, что пациенты не обращаются за медицинской помощью при заболеваниях, которые стигматизируются в обществе. Однако в Туркменистане MSF обнаружила, что официальные последствия заражения такими инфекционными заболеваниями как сифилис, ВИЧ и туберкулез были такими суровыми, что пациенты обращались к крайним мерам, лишь бы избежать официальной регистрации своего заболевания. Если, например, в «санитарную книжку» пациента попадает запись о положительном результате анализа на сифилис, это повлечет за собой невозможность трудоустроиться на целый ряд работ, в том числе в области образования и здравоохранения. Пациентам не гарантируется право на конфиденциальность их медицинской информации, и все работодатели имеют доступ к информации, содержащейся в личной санитарной

<sup>16</sup> Из ежемесячного медицинского отчета MSF, апрель 2009 г.

книжке. Ожидание таких последствий может привести к тому, что пациент не обращается за медицинской помощью, или вынуждает его платить взятки медицинским работникам для того, чтобы сделать анализ или провести лечение без документирования.

*Лабораторный анализ выявил трихомоноз - заболевание, передающееся половым путем, и началась охота на пациента, потому что, в соответствии с Приказом, все случаи трихомоноза должны быть поставлены на учет и обо всех из них следует уведомлять вышестоящие инстанции. Таким образом происходит стигматизация заболевания. Пациент ушел в бега, чтобы избежать регистрации этого случая. Октябрь 2008 года*

*В соответствии с записями лаборатории Минздрава, были проведены анализы 121 уретрального мазка (на наличие инфекций, передающихся половым путем), и все результаты были негативными. Увы, было доказано, что эта лаборатория никогда не получала этих образцов материала. Бланки результатов анализов были попросту заполнены и отправлены в Департамент венерологии. Предположительно, пациенты платят за эти отрицательные результаты.<sup>17</sup> Апрель 2009 года*

Нужно отдать должное работникам здравоохранения, во многих подобных случаях бывали предприняты попытки обеспечить пациенту адекватную медицинскую помощь, несмотря на значительное давление. В таких случаях, однако, оказывалось, что диагностическая отчетность была «творчески» изменена, чтобы соответствовать ожиданиям.

*14-летний мальчик с жалобами на продолжительный жар, сыпь, рвоту, боль в области живота и стул черного цвета по 7-8 раз в день. Первичный диагноз – корь. Ребенку становилось все хуже, затем он был пролечен в соответствии с диагнозом брюшной тиф. Тем не менее, в отчетности говорится острая вирусная диарея. Декабрь 2006 года*

*У 4-летней девочки из г.Магданлы, которая поступила в инфекционную палату, обнаружился случай бруцеллеза.<sup>18</sup> Был произведен лабораторный анализ и [...] образец был отослан в СЭС, получение результатов заняло три дня. Результаты СЭС официально были задокументированы как отрицательные, однако устно врачу-заведующему отделением было сообщено о том, что результат положительный. Было проведено корректное лечение то бруцеллеза. Январь 2007 года*

<sup>17</sup> Из ежемесячного отчета MSF.

<sup>18</sup> Бруцеллез – серьезное бактериальное инфекционное заболевание. У беременных женщин при отсутствии лечения он может привести к выкидышу. В этом конкретном случае и подобных ему сотрудники MSF старались разыскать пациента другими путями, чтобы обеспечить правильное лечение.

То, что такие случаи существуют, указывает на заинтересованность и добропорядочность многих работников здравоохранения. Однако тот факт, что статистика «подправляется» таким образом вызывает серьезные опасения в связи с реальным распространением заболевания и состоянием здравоохранения в Туркменистане.

## V Здравоохранение и эпидемиология

Туркменистан – далеко не единственная страна, где с неохотой сообщают данные об инфекционных заболеваниях, известно, что многие страны стараются минимизировать или занижить цифры. Однако Туркменистан, пожалуй, идет дальше, чем многие из них, вплоть до того, что в 2004 году, по сообщениям Лондонской школы гигиены и тропической медицины, «секретными инструкциями» было якобы запрещено любое упоминание таких инфекционных заболеваний как туберкулез, корь, холера, дизентерия и гепатит.<sup>19</sup> Более того, хотя правительство вводит все больше международных стандартов и протоколов, по опыту MSF, они редко применяются на практике или применяются несистематично. Результатом становится своеобразное лоскутное одеяло, состоящее из практик профилактики и лечения, нежелания части специалистов здравоохранения проводить диагноз и лечение инфекционных заболеваний, а также нежелание пациентов обращаться за помощью, и манипуляция статистическими данными, чтобы предотвратить появление проблем.

### Неисполнение международных стандартов и протоколов

Неспособность предотвратить, диагностировать и эффективно решать проблемы здравоохранения кажется очевидной на всех уровнях системы здравоохранения. Хотя правительство официально поддерживает медицинские протоколы, основанные на доказательной медицине, оно не способно обеспечить их исполнение. Ниже следует перечисление некоторых примеров, с которыми пришлось столкнуться MSF в г.Магданлы:

- В 2004 году Туркменистан принял Интегрированную программу лечения детских заболеваний (ИЛДЗ) (Integrated Management of Childhood Diseases (IMCI)). Тем не менее, ни при предыдущем правительстве, ни при нынешнем это не привело к началу применения в педиатрии клинических практик, основанных на доказательной медицине. Медицинские знания и понимание профессионалов – медиков находятся на тревожно низком уровне, а опасные для здоровья практики в педиатрии до сих пор широко распространены, и, что вызывает особую тревогу, встречаются регулярно.

<sup>19</sup> Речел, МакКи, Права человека и здравоохранение в Туркменистане, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, 2005, стр.41.

- Национальная программа безопасного материнства была принята в 2007 году, но, несмотря на вовлеченность международных агентств, поддерживающих ее развитие и применение, согласно опыту MSF, все еще существуют огромные пробелы. На бумаге женщины имеют право на бесплатное дородовое медицинское обслуживание, на деле пациентам до сих пор приходится платить за очень многие услуги. Плата за консультации (формальная и неформальная), лабораторные анализы, включая тестирование на инфекции, передающиеся половым путем, и даже стоимость базовых таблеток Фотиевой кислоты остаются значительным барьером к получению помощи для многих женщин. Знания семейных врачей, оказывающих помощь беременным, недостаточны, и часто назначаются медикаменты, которые противопоказаны при беременности. Врачи плохо понимают, когда роженице показано кесарево сечение, хирургические техники устарели, а медперсонал находится под давлением, поскольку от них требуют, чтобы количество проведенных операций кесарева сечения оставалось низким.
- На бумаге, к проблеме туберкулеза в Туркменистане относятся со всей серьезностью. В 2008 году был принят Приказ №288, регулирующий применение стратегии DOTS в Ашхабаде. И с тех пор было издано еще несколько Приказов, обеспечивающих облегчение ее применения по всей стране. Тем не менее, в силе остаются некоторые старые Приказы, например, Приказ №313 – наследие советских времен, по которому лечение туберкулеза должно осуществляться «в сезонном порядке». После двухмесячного «отдыха» пациенты, которые завершают лечение по стратегии DOTS (как с конверсией мазка мокроты, так и те, у кого ее не произошло), автоматически регистрируются на сезонное лечение – им прописывают препараты изониазид и рифампицин в марте-апреле и сентябре-октябре. Пациенты должны следовать этому плану лечения в течение пяти лет. Эта опасная практика ставит пациентов под угрозу выработать устойчивость к двум наиболее важным противотуберкулезным препаратам, изониазиду и рифампицину.

Эти примеры указывают на неспособность системы здравоохранения эффективно применять усовершенствованные медицинские практики и протоколы. И хотя в некоторой степени в этом можно винить отсутствие адекватных тренингов и недостаточность инвестиций в систему здравоохранения, есть и другие факторы, которые препятствуют любой настоящей реформе здравоохранения.

## Отрицание и отсутствие реакции на пандемии – H1N1 и ВИЧ/СПИД

Ответ правительства на любые появляющиеся новые риски здоровью населения – попросту отрицать малейшую возможность их наличия в Туркменистане. Хотя некоторые превентивные меры применяются, их дальнейшее развитие идет очень

вяло. Международные организации также внесли свой вклад в такое положение тем, что некритично ссылались на статистику по состоянию здоровья населения, предоставленную туркменскими властями, и, будучи неспособными оказать давление на власти, чтобы те применяли и международные стандарты и придерживались их.

Это особенно явно проявилось в том, как Туркменистан отреагировал на появление инфекции H1N1, или «свиного гриппа». 4 ноября 2009 года государственная газета «Нейтральный Туркменистан» сообщила, что случаев заболевания в Туркменистане нет, и подчеркнула, что были приняты серьезные меры для предотвращения вспышки этого заболевания, включая строгий контроль за путешествующими и установку специального обнаруживающего оборудования в аэропортах.<sup>20</sup> Официальная позиция правительства состоит в том, что в стране нет случаев заболевания, и опровергнуть это без независимой информации невозможно. Однако появление этой болезни выявило неподдельный страх у населения и отсутствие доверия в том, что касается транспарентности правительства. Это выразилось в большом количестве статей в международных изданиях и в блогах, часто содержащих очень сильные предположения относительно замалчивания правительством правды.<sup>21</sup>

Случай с H1N1 также служит иллюстрацией полной неудачи иностранных действующих лиц и организаций в том, чтобы эффективно подойти к вопросу решения проблем здравоохранения в Туркменистане. Правительственная информационно-просветительская кампания для населения (опубликованная в «Нейтральном Туркменистане») включала в себя рекомендации по профилактике, в том числе, прием витамина С и адаптогенные лекарства или циклоферон, α-интерферон и масло для носа или оксалиновую мазь. Исследование MSF показало, что это те же протоколы лечения, которые использовались для лечения гриппа во времена Советского Союза, но что они, конечно, не соответствуют протоколам лечения ВОЗ.<sup>22</sup> Однако когда эта тема обсуждалась с представителями ВОЗ на встрече 13 ноября, выяснилось, что они не планировали поднимать эту тему с властями.

Более того, ВОЗ продолжала молчать, когда правительство заявляло, что в стране нет случаев заболевания, хотя им было известно, что была вспышка респираторного заболевания (с симптомами, напоминающими грипп)<sup>23</sup> и что не было произведено никаких анализов – в страну не поступили диагностические тесты, и ни один из лабораторных техников не прошел

<sup>20</sup> Пожалуй, самым широко освещаемым было решение правительства не позволить туркменским мусульманам посещать паломничество – хадж в 2009 году.

<sup>21</sup> «Инфлюензация», в пяти частях <http://www.neweurasia.net/tag/swine-flu/>. См. также «Вашингтон Пост», 21 ноября 2009 года, «Украина: пандемия H1N1 раздувает панику и политиканство» <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/11/20/AR2009112004023.html?sid=ST2009112004284>

<sup>22</sup> Рекомендуемое средство лечения - *Osetamivir Phosphate*. Хотя правительство, по сообщениям, обладает запасом этих препаратов в Туркменистане, отсутствуют отчеты о его распространении или применении.

<sup>23</sup> Warden Message, посольство США в Ашхабаде, Туркменистан, 3 ноября 2009 года [http://turkmenistan.usembassy.gov/warden\\_information.html](http://turkmenistan.usembassy.gov/warden_information.html)

специального обучения. По состоянию на 21 марта 2010 года, правительство Туркменистана продолжало заявлять о полном отсутствии случаев заболевания H1N1 в стране, что мы читаем в публичном отчете ВОЗ.<sup>24</sup>

ВИЧ/СПИД остается самой «невидимой» из всех болезней. Изменения в руководстве не сказались на основной позиции правительства – в Туркменистане случаев заболевания ВИЧ нет – однако в настоящее время она преподносится с таким заверением, что «если бы в Туркменистане были ВИЧ-позитивные индивидуумы, то они бы, непременно, получали лечение в соответствии с международными стандартами.»<sup>25</sup>

Исследование, вышедшее в 2008 году, посвященное работе служб переливания крови в четырех странах Средней Азии, отмечало серьезные проблемы в проведении анализа и в использовании продуктов крови,<sup>26</sup> добавляя также, что имело место большое увеличение количества внутривенных потребителей наркотиков – проблема, которая существует в Туркменистане наряду с другими странами.<sup>27</sup> Однако в отличие от этих стран, Туркменистан за последние три года не заявлял о новых случаях заболевания ВИЧ-инфекцией и не производит профилактического контроля.

*К концу 2006 года власти Туркменистана сообщали об общем количестве всего двух случаях ВИЧ-инфицирования, у одного пациента оно перешло в стадию СПИДа, и он умер. Практически никакая иная государственная статистика недоступна... Неофициальные сообщения указывают на то, что имеет место серьезная эпидемия заболевания и никаких ответных мер не предпринимается.*<sup>28</sup>

Общепризнанна невозможность того, чтобы в Туркменистане было всего два случая ВИЧ/СПИД, как это следует из официальной отчетности. Удивительно, однако, что у международного сообщества это вызывает относительно слабую реакцию, и проблема игнорирования данной ситуации со стороны правительства редко поднимается напрямую. Для любого комментария, высказанного в этом духе на Интернет-сайте ВОЗ, найдется мягкое и обнадеживающее утверждение вроде нижеследующего со стороны ЮНИСЕФ:

*Хотя Туркменистан – это страна с низким уровнем заболеваемости ВИЧ/СПИД (в 2004 году был зафиксирован один случай ВИЧ), правительство признает, что ему следует*

<sup>24</sup> <http://www.globalhealthfacts.org/country.jsp?i=110&c=216&cat=4&sn=1>

<sup>25</sup> Центры переливания крови в системах здравоохранения Средней Азии: явная и насущная опасность распространения ВИЧ/СПИД и других инфекционных заболеваний. Глобальная Программа ВИЧ/СПИД, Глобальный банк, май 2008 года. <http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/cabloodbankstudy.pdf>

<sup>26</sup> Всемирная Организация Здравоохранения, Региональный Европейский Офис, Туркменистан – Описание страны, ситуация с ВИЧ/СПИД [http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118\\_47](http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_47).

<sup>27</sup> ВОЗ, информация о стране, обновление от 31 июня 2008 года [http://euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118\\_47](http://euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_47)

<sup>28</sup> ЮНИСЕФ, Туркменистан – Описание страны, ситуация с ВИЧ/СПИД [http://www.unicef.org/turkmenistan/hiv\\_aids.html](http://www.unicef.org/turkmenistan/hiv_aids.html)

*оставаться бдительным, если это необходимо для защиты страны от того, чтобы стать очередной жертвой этого заболевания.*<sup>29</sup>

Как и в случае с H1N1, усилия правительства по предотвращению распространения ВИЧ очень незначительны. Например, в 2005 году правительство приняло национальную программу по ВИЧ, однако в г.Магданлы MSF стала свидетелем того, насколько сложно провести тестирование на ВИЧ: быстрых тестов в больничной лаборатории не было, и хотя сотрудникам MSF говорили, что тесты были проведены в лаборатории час назад, наши команды редко видели, как транспортируются материалы для анализа, или как приходили результаты анализов. Также, несмотря на то, что тренинги по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку проводились в 2008 и 2009 годах, и, несмотря на отчеты ВОЗ о том, что эта услуга начала предоставляться по всей стране, для ее выполнения больницам не были предоставлены необходимые ресурсы. Антиретровирусные препараты (АРВ), необходимые лекарства для предотвращения передачи заболевания от матери к ребенку, а также для лечения ВИЧ, были добавлены в государственный список основных необходимых препаратов лишь в марте 2009 года. Характерно, что эти препараты не были четко охарактеризованы как лекарства, применяемые при ВИЧ-инфекции, а, скорее, как «имуномодуляторы».

## Работа с продуктами крови

Однако наиболее опасным, не только для распространения ВИЧ, но и других заболеваний, является практика использования продуктов крови. Государственные директивы здравоохранения эксплицитно указывают, что вся переливаемая кровь должна проверяться на гепатиты А и В, на сифилис, бруцеллез и ВИЧ. Тем не менее, на практике кровь часто берется напрямую от родственников, без каких-либо тестов. Официально зарегистрированные доноры крови обязаны каждые три месяца проходить тестирование на возможные инфекции, однако MSF стала свидетелем того, что делалось это не систематически и были подозрения, что результаты фальсифицировались или замалчивались. Чем активнее MSF становилась в своих рекомендациях альтернативного лечения или хотя бы практики безопасного переливания крови, тем более частыми были попытки спрятать их от глаз персонала организации.

*На консультацию поступил мальчик, потому что был болен несколько месяцев, изначально желтухой, и все время чувствовал усталость. Родители не знают диагноза. Ему было произведено 9 переливаний крови, включая одно от «успешно излеченного ребенка». После обследования, у ребенка сохраняется желтуха и лабораторный анализ функции печени показывает нарушение, характерное для гепатита. На гепатит анализ не делается. Ноябрь 2008 года*

<sup>29</sup> Речел и МакКи, «Эффекты диктатуры на здравоохранение», BMC medicine 2007, стр.9 <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/21>

Даже больничный персонал из среды врачей просили, чтобы их позитивный статус на такие заболевания был скрыт.

*У одного доктора обнаружился гепатит В и С. Он – известный донор крови. Этот доктор рассказал нам, что они не всегда проводят процедуру переливания в соответствии с официальными требованиями. Это значит, что его кровь не всегда проходила проверку, прежде чем быть перелитой пациенту. Также вызывает обеспокоенность сам способ проведения таких переливаний крови: они берут кровь шприцем от врача и тут же переливают ее реципиенту. Эта процедура повторяется с использованием того же шприца для этого реципиента. Позже мы обнаружили, что этот доктор... не имеет вообще никакой записи о донорской проверке. Март 2006 года*

В течение всего времени проведения своих проектов MSF боролась с проблемой переливаний крови и отсутствия тестирования на ВИЧ продуктов крови. Был проведен тренинг, и о наших опасениях было рассказано на всех уровнях в больнице и в Министерстве здравоохранения. Когда это не привело к каким-либо переменам, вопрос был поднят на более высоком уровне. MSF была обеспокоена тем, что постоянное вовлечение организации в процесс может породить уверенность внешних наблюдателей в том, что продукты крови используются ответственно и безопасно, поэтому в конце концов, организация полностью прекратила свою поддержку в этом вопросе по соображениям медицинской этики.

## Туберкулез

В отличие от других заболеваний, правительство Туркменистана не только признает наличие туберкулеза в стране, но и имеет значительные программы и планы по решению этой проблемы. Эти планы, среди прочего, включали амбициозные заявки в Глобальный фонд на финансирование программ лечения туберкулеза в стране.

Действительно, за последние годы Туркменистан был отмечен за «существенный прогресс» в лечении туберкулеза и удостоился похвалы за опубликование некоторых данных здравоохранения, включая заболеваемость туберкулезом.<sup>30</sup> Тем не менее, информация до сих пор противоречива. Туркменистан и отчет ВОЗ регулярно представляют снижающийся уровень заболеваемости, уменьшающийся от 115 случаев (на 100 тысяч населения) в 2001 году до 75 случаев в 2007 году, это последний год, для которого есть данные статистики. Однако в своей заявке в Глобальный фонд в 2009 году туркменский Минздрав приводит гораздо более высокий уровень – 115 случаев на 100 000 населения в год.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Было признано, что одной из причин, по которой Туркменистану, в отличие от других стран региона, было отказано в получении поддержки от Глобального фонда, - это отсутствие прозрачности в отчетности.

<sup>31</sup> ВОЗ, Множественный или чрезвычайно лекарственно-устойчивый туберкулез (МЛУ и ЧЛУТБ), Глобальный отчет о наблюдении и реагировании на ситуацию с туберкулезом, 2010 год

Более того, заявленный правительством уровень излечения 84,8% для БК-положительных новых случаев заболевания противоречит их же собственным заявленным показателям устойчивости, представленным в недавней повторной заявке в Глобальный фонд, раунд 9, где говорится о том, что 20,9% новых БК-положительных случаев заболевания и 33,9% ранее леченых случаев являются формами множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза. Эти цифры уровня лекарственной устойчивости контрастируют с тем, что официально написано в отчетах ВОЗ по наблюдению за ситуацией с туберкулезом.<sup>32</sup> Эти отчеты отсылают к исследованию лекарственной устойчивости, сделанному MSF в 2002 году, которое сообщает об уровнях 3,8% и 18,4% соответственно для новых и ранее леченых случаев. Более свежие данные, поданные в Глобальный фонд, указывают на чрезвычайно высокий уровень лекарственной зависимости демонстрируют как драматично ухудшилась ситуация за короткий период времени. Эти результаты требуют срочного реагирования.

В настоящее время MSF поддерживает проведение программы лечения туберкулеза в Узбекистане, на границе с Туркменистаном, где приблизительно 40% новых БК-положительных случаев заболевания диагностируются как случаи множественного или чрезвычайно лекарственно-устойчивого туберкулеза, и только 30% - это полностью чувствительные к препаратам пациенты.<sup>33</sup> В настоящее время в Туркменистане не существует национального протокола лечения множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза, и то, что наблюдает на практике MSF – это попытки от случая к случаю прописать пациентам любые противотуберкулезные препараты второго ряда, какие есть в наличии. Пациенты, лечение которых не увенчалось успехом, диагностируются как «хронические больные» и остаются неясным, какие медицинские услуги им остаются доступны, если остаются, и как работает инфекционный контроль.

По предположениям MSF, уровень инфицирования в Туркменистане такой же или еще хуже, чем в Узбекистане.

Туберкулез, а также множественный лекарственно-устойчивый туберкулез, вероятно, является самой острой проблемой здравоохранения в Туркменистане, однако правительство либо не выражает воли, либо неспособно предпринять реальные шаги для ее решения. Самая последняя заявка в Глобальный фонд предполагает, что первый пациент поступит на лечение лишь на третьем году работы программы, что означает, что пациенты не начнут получать лекарства вплоть до 2012 года, самое раннее. Более того, контраст между тем, сколько денег было направлено на строительные проекты только в самом Ашхабаде и отсутствие национального финансирования, нацеленного на лечение туберкулеза, дает представление о том, как низко в государственном списке приоритетов стоит этот вопрос. Это также подтверждается тем фактом, что, несмотря на то, что ему

<sup>32</sup> Микобактериологическая лаборатория MSF в г.Нукус, Каракалпакстан, Узбекистан, 2008 год

<sup>33</sup> Новости Туркменистана, выпуск 3, 2010 год <http://www.eurasianet.org/resource/turkmenistan/newsarchive/>

уже дважды было отказано Глобальным фондом в финансировании, правительство Туркменистана продолжает подавать заявки на финансирование извне, вместо того, чтобы сменить расстановку приоритетов в своих собственных ресурсах. В то же время, президент объявил в январе, что в 2010 году в общей сложности 23,6 миллиардов долларов США из государственного бюджета, который, по оценкам, составляет 75 миллиардов долларов США, было предназначено на финансирование строительства сотен зданий по всей стране в ближайшие два года.

## VI Заключение

Более чем за десять лет работы в стране, по своему опыту MSF видит, что система здравоохранения в Туркменистане серьезно страдает недостатком транспарентности, начиная от момента предоставления помощи и заканчивая отчетностью и ведением статистики. Хотя страна покрыта сетью больниц, домов здоровья и медицинских пунктов, MSF явилась свидетелем того, что доступ пациентов в эти учреждения здравоохранения был ограничен из-за стигмы и страха перед последствиями заболеваний. Формально в стране все более широко вводятся международные медицинские стандарты и протоколы, однако, насколько согласно опыту MSF, они редко соблюдаются. Этот факт серьезно сказывается на качестве предоставляемой помощи.

По сути, те медицинские практики, которые MSF наблюдала в действии в стране, скорее, создают новые проблемы здравоохранения, чем решают старые. В частности, неспособность эффективно бороться с заразными заболеваниями, такими как туберкулез (включая МЛУ ТБ), ВИЧ и инфекции, передающиеся половым путем – или даже признать их наличие - скорее всего усложняет и расширяет существующие проблемы. Неспособность собрать и распространить эпидемиологическую информацию в транспарентном виде означает, что ни правительство, ни международное сообщество не имеют четкого представления о состоянии здоровья населения Туркменистана. Учитывая высокие показатели заболеваемости туберкулезом в соседствующих странах, MSF опасается надвигающегося туберкулезного кризиса в Туркменистане, который, без немедленного и очень серьезного реагирования на сложившуюся ситуацию, приведет к огромному медицинскому и здравоохранительному кризису в стране, с более широкими последствиями для региона.

Смена режима с момента прихода к власти Бердымухамедова не повлекла за собой улучшений в ситуации со здравоохранением в Туркменистане. Несмотря на внешне несколько большую открытость, настоящих перемен не произошло. Вместо этого, более тесное сотрудничество с представителями международного сообщества служит лишь для того, чтобы замаскировать применение старых практик, включая манипуляцию данными.

Роль международного сообщества в подобной ситуации состоит в том, чтобы настаивать на транспарентности и оказывать

давление для выполнения международных стандартов. Этого не происходит. Вместо этого, молча принимая предоставляемую правительством дезинформацию, международные организации оказываются вовлечены в эти проблемы.

### Основные рекомендации

Среди множества проблем, с которыми столкнулась MSF на протяжении своей работы в стране, следующие вопросы требуют срочного разрешения:

- Следует немедленно ввести быстрое диагностирование и лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза, с прямым участием международных экспертов в качестве исполнительных партнеров в этом процессе.
- Необходимо срочно понять причины невозможности последовательного и регулярного проведения анализа продуктов крови на гепатиты В и С, сифилис и на ВИЧ.
- Международные организации должны прекратить использовать в качестве проверенного факта противоречивые статистические данные и должны взять на себя ответственность и начать активную пропаганду транспарентности в системе здравоохранения.



## **IMPRESSUM**

Published by:  
Médecins Sans Frontières  
Operational Centre Amsterdam  
Plantage Middenlaan 14  
1018 DD Amsterdam

Office Berlin  
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.  
Am Köllnischen Park 1  
10179 Berlin

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

