



# ПРЕЗЕНТАЦИЯ

НА ТЕМУ:

**Показатели противотуберкулезной  
деятельности в России.  
Особенности оказания  
противотуберкулезной помощи.**



# Введение

- В России складывается драматическая ситуация с туберкулезом. Ежегодно от этой болезни в стране умирают более 37 тыс. человек. Особенно высок уровень распространения туберкулеза среди заключенных. Кроме того, высок уровень распространения инфекции среди детей.
- Туберкулезные бактерии присутствуют в организме у каждого, поэтому каждый человек может заболеть этой опасной болезнью.
- В группу риска заражения туберкулезом входят врачи, священнослужители, лица, страдающие легочными болезнями и сахарным диабетом, а также ВИЧ-инфицированные.

# Целевые индикаторы Государственной программы развития здравоохранения России до 2020 года

Основное мероприятие 2.1 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом»	2013 год	Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р		Постановление Правительства России от 15.04.2014 г. № 294		
		2015 г.	2020 г.	2015 г.	2018 г.	2020 г.
Смертность от туберкулеза (на 100 000 населения)	11,3	12,8	11,2	11,9	11,8	11,2
Заболеваемость туберкулезом (на 100 000 населения)	63,0	56,12	35,0	65,4	64,8	61,6
Соотношение показателей «заболеваемость / смертность»	5,6	4,4	3,1	5,5	5,5	5,5
Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез (%)	65,8	73,88	81,08	68,4	70,9	72,5
Абациллирование контингентов больных туберкулезом (%)	43,2	52,5	75,0	44,4	45,4	46,2
Доля контингентов ФСИН среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом (%)	10,2	-	-	9,8	9,2	8,8



## Выявление туберкулеза

- Норматив на 2015 г. по России:  
охват профосмотрами на туберкулез – 68,4 %  
выполнение – 68,1%.
- Снижение показателя заболеваемости туберкулезом происходит на фоне роста охвата населения профилактическими осмотрами, снижения доли посмертной диагностики и одногодичной летальности, деструктивных форм туберкулеза легких:  
2005 г. – 51,6%  
2014 г. – 43,8%  
2015 г. – 43,4%



# Выявление туберкулеза

- Флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках:
  - 2005 г. – 17,4%;
  - 2014 г. – 85,2%;
  - 2015 г. – 87,2%
- Доля деструктивных форм туберкулеза легких:
  - 2005 г. – 51,6%
  - 2014 г. – 43,8%
  - 2015 г. – 43,4%



# Недовыявление туберкулеза в субъектах Российской Федерации (2015 г.). Охват профосмотрами населения на туберкулез

- Чеченская р. (41,6%)
- Р. Карелия (42,4%)
- Архангельская обл. (45,5%)
- Московская обл. (54,2%)
- Мурманская обл. (53,6%)
- Ленинградская обл. (47,8%)
- Томская обл. (52,3%)
- Приморский край (53,2%)
- г. Санкт-Петербург (51,9%)
- г. Севастополь (41,2%)
- Р. Крым (43,1%)



# Субъекты РФ с наибольшим снижением и ростом смертности от туберкулеза

## Снижение смертности

- Калужская область - 41,5%
- Белгородская область - 40,4%
- Ленинградская область - 35,5%
- Калининградская область - 35,0%
- Московская область - 34,9%
- Республика Дагестан – 30,5%
- Республике Северная Осетия (Алания) – 28,4%
- Ивановская область - 27,9%
- Воронежская область - 27,9%
- Рязанская область - 27,7%
- Орловская область - 27,3%

## Рост смертности

- Забайкальский край – 25,6%
- Приморский край – 18,1%
- Вологодская область – 16,7%
- Республика Хакасия – 14,8%
- Тюменская область – 14,4%
- Ульяновская область – 13,2%
- Архангельская область – 11,4%
- Республика Адыгея – 10,8%
- Республика Карачаево-Черкесия – 9,1%
- Республика Коми – 6%
- Республика Марий-Эл – 4,9%
- Мурманская область – 2,3%
- Оренбургская область – 1%



## Охват туберкулинодиагностикой детей 0-14 лет

Россия – 83,7%

Архангельская область – 55,7%

Вологодская область – 46,7%

Иркутская область – 59,1%

Чеченская республика – 57,0%

Карачаево-Черкесская республика – 44,5%

Республика Крым – 46,2%

Республика Хакасия – 57,8%

Еврейская авт.обл. – 30,6%



## «Виразж» туберкулиновых проб

Российская Федерация

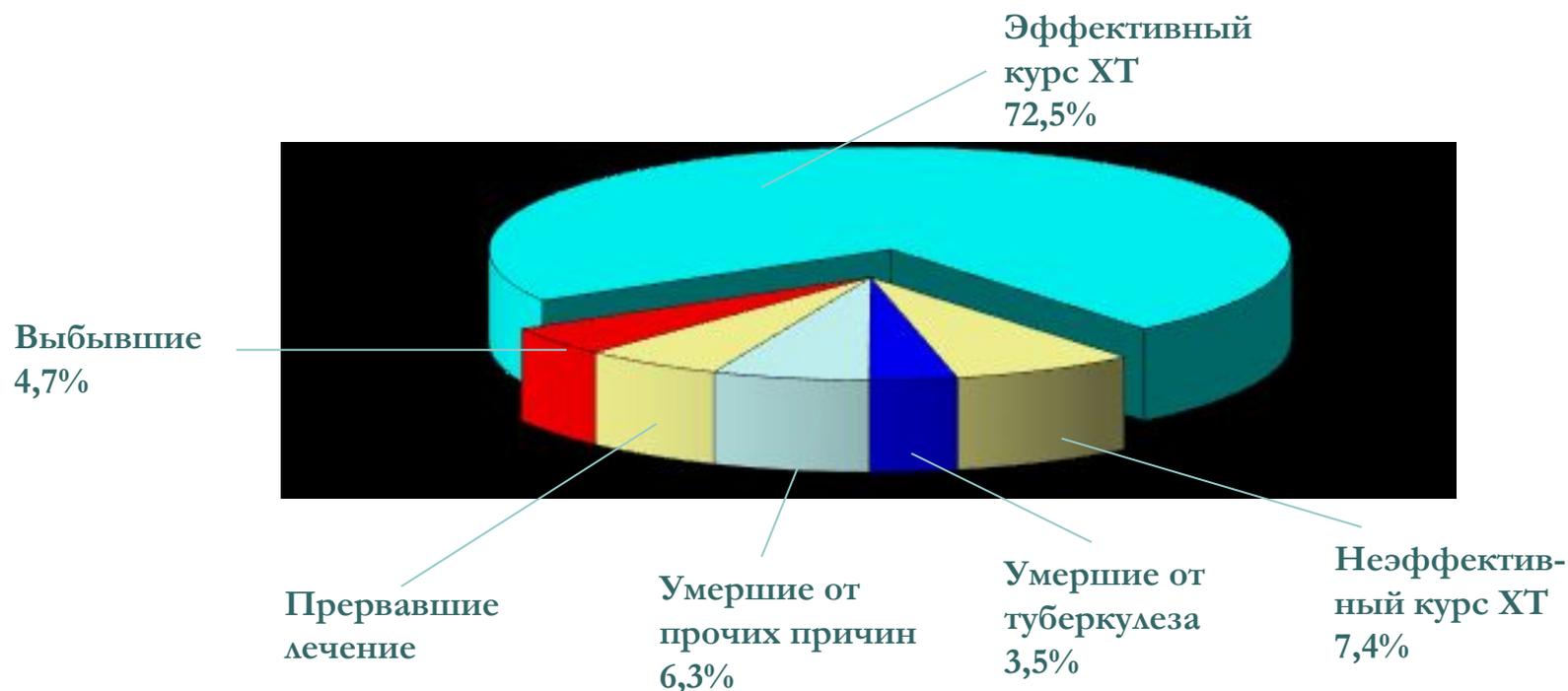
- 8,15 на 1 000 сделанных туберкулиновых проб;
- 608,7 на 100 000 детей в возрасте 0-17 лет



## Норматив на 2015 год по России

- Абациллирование контингентов – 44,0%;  
выполнение – 46,6% (2014 г. – 45,5%)
- Абациллирование МЛУ ТБ – 24,5% (2014 г. – 22,5%)
- Эффективный курс химиотерапии – 72,5% (2013 г. – 72,1%)

Исходы курса химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких МЛУ-ТБ в РФ (2014 год регистрации)





# Туберкулез и ВИЧ

С 2008 года распространенность ВИЧ-инфекцией стала превышать распространенность туберкулезом, а заболеваемость – с 2014 года.

Охват осмотрами населения РФ (%):

▣ **На туберкулез:**

2005 ГОД – 57,9%;

2014 ГОД – 66,6%;

2015 ГОД – 68,1%.

▣ **На антитела к ВИЧ:**

2005 ГОД – 13,6%;

2014 ГОД – 19,4%;

2015 ГОД – 20,5%

▣ **Выявляемость ВИЧ:**

2005 ГОД – 0,20%;

2014 ГОД – 0,33%;

2015 ГОД – 0,33%



# Туберкулез и ВИЧ

- Обследуется на туберкулез 81,3% инфицированных ВИЧ
- Обследуется на ВИЧ-инфекцию пациентов с туберкулезом - 84,3%  
впервые выявленные пациенты – 95,3%
- Химиопрофилактика туберкулеза в 2015 г. проведена у 14,3% пациентов
- Инфицированных ВИЧ и состоявших на учете в течение года, а среди впервые вставших на учет – в 31,1% случаев
- Трехэтапная химиопрофилактика АРВП проведена (по отношению к родившимся детям в отчетном году):  
2007 г. – 79,9%; 2013 г. – 85,1%; 2014 г. – 84,3%; 2015 г. – 87,2%



# Правовая база улучшения качества и доступности противотуберкулезной помощи

- 1. Закон Российской Федерации от 18.06.01 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
- 2. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.07.05 №461 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год».
- 3. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 23.05.03 №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
- 4. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации №50 от 13.02.04 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза».



# Структура оказания помощи больному туберкулезом

- I этап — выявление больного в первичном звене с последующим направлением к доверенному фтизиатру для уточнения диагноза и постановки на учет (с одновременным включением больного в программу социального сопровождения больного);
- II этап — оценка состояния больного и выбор тактики ведения и лечения больного;
- III этап — лечение больного;
- IV — динамическое наблюдение за больным.



# I этап

- Участковый фтизиатр осуществляет контроль за выполнением врачом общей лечебной сети клинического минимума обследования, направленного на своевременное выявление туберкулеза, в том числе оценивает полноту выборки пациентов, нуждающихся в таком обследовании.
- Передача пациента с подозрением на туберкулез в противотуберкулезный диспансер (ПТД) после выполнения клинического минимума исследований, осуществляется по территориальному признаку. Врач-фтизиатр, впервые диагностировавший случай заболевания туберкулезом, обязан заполнить извещение «О больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» согласно установленного образца.



## II этап

- Доверенный фтизиатр проводит пациенту обязательный минимум обследования с целью определения дальнейшей тактики ведения. В клинический минимум наряду с более глубоким рентгенологический обследованием (томография, КТ и т.д.), включается забор материала на бактериологическое исследование, общий анализ крови, мочи, развернутое биохимическое исследование крови. После получения результатов обследования (не дожидаясь данных посева) доверенный фтизиатр принимает решение о дальнейшей тактике ведения больного, учитывая его приверженность к той или иной форме лечения.



## III этап

- В настоящее время в Российской Федерации происходит процесс интенсификации лечения и уменьшения сроков пребывания больного в условиях круглосуточного стационара — до 2-3 месяцев в период фазы интенсивного лечения. Основной этап для доведения основного курса лечения до 6-8 и более месяцев проходит в поликлинике. И он должен быть контролируемым.
- Кроме того, больные туберкулезом с асоциальным поведением не могут длительно лечиться в условиях туберкулезного стационара с круглосуточным пребыванием и нарушают режим, уходят из стационара, прерывая лечение на неопределенный срок, что приводит к развитию множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.



# Основные правила лечения больных туберкулезом

- нельзя лечить больных одним противотуберкулезным препаратом (ПТП); в любой популяции МБТ имеются бактерии с естественной резистентностью; при приеме одного ПТП чувствительные МБТ погибают, а устойчивые размножаются; монотерапия вызывает устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам;
- профилактика развития множественной лекарственной устойчивости МБТ; для этого необходима стандартизация схемы лечения;
- режимы лекарственной терапии должны учитывать комбинацию препаратов, их суточные дозы, способ, время и кратность введения, сроки лечения;
- комбинации препаратов составляются с учетом особенностей фармакокинетики и взаимодействия ПТП;
- схемы лечения больных туберкулезом зависят от распространенности процесса, наличия или отсутствия бактериовыделения и деструкции, лекарственной устойчивости МБТ к ПТП, сопутствующих туберкулезу заболеваний;
- исходя из характера включаемых ПТП в лечение больных и частоты применения этого лечения режимы химиотерапии (ХТ) туберкулеза делятся на основные (стандартные) и альтернативные.



# Режимы химиотерапии

- **К основным режимам** относятся назначаемые в типичных случаях и включающие основные ПТП. Стандартные режимы лечения (6 или 8 месяцев) преодолевают риск неудачного лечения из-за первичной лекарственной устойчивости у впервые выявленных больных. У большинства ранее леченных больных (более 1 месяца) использование стандартных режимов для повторного лечения (8 месяцев) сокращает риск неудачного лечения из-за приобретенной лекарственной устойчивости.
- **Альтернативные режимы** применяются в тех случаях, когда основной режим оказался неэффективным, либо есть серьезные основания сомневаться в его эффективности еще до начала лечения (например, имеются сведения о плохой переносимости того или иного препарата в прошлом, либо о наличии устойчивости к ним МБТ).



## Фазы лечения

- **Фаза интенсивного лечения** направлена на подавление быстро размножающихся микобактерий туберкулёза с высокой метаболической активностью (с учетом имеющихся лекарственно-устойчивых форм) и предотвращение развития вторичной лекарственной устойчивости— два-три месяца под непосредственным контролем медицинских работников с использованием не менее четырех ПТП.
- **Фаза продолжения лечения** направлена на оставшиеся медленно размножающиеся микобактерии туберкулёза с низкой метаболической активностью— четыре-шесть месяцев с использованием двух-трех препаратов в зависимости от распространенности заболевания. Весь курс лечения — не менее 6 месяцев, при повторном лечении — 8 месяцев.

**При наличии МЛУ** фаза интенсивной терапии длительностью не менее шести месяцев состоит минимум из пяти ПТП, к которым сохранена чувствительность МБТ. На фазе продолжения лечения назначается минимум три ПТП не менее чем 12 месяцев. Лечение больного туберкулезом с МЛУ с использованием слабых режимов лечения препаратами второй линии должно продолжаться не менее 18 месяцев после прекращения бактериовыделения (для профилактики рецидива).



# Стандартные режимы фармакотерапии

- ▣ **I режим** применяется у пациентов с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания и МБТ+ или распространенным туберкулезом органов дыхания и МБТ-.
- ▣ **II а режим** показан пациентам с невысоким риском лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза (поздний рецидив заболевания, неадекватное лечение < 1 мес).
- ▣ **II б режим** показан пациентам с высокой вероятностью лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза.
- ▣ **III режим** применяется у пациентов с малыми формами туберкулеза органов дыхания и МБТ-.
- ▣ **IV режим** показан пациентам с туберкулезом органов дыхания, у которых выявлены множественно лекарственно-устойчивые МБТ. Подавляющее большинство их составляют пациенты с деструктивными формами туберкулеза органов дыхания.

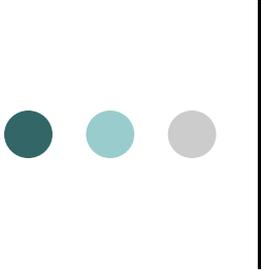


# Противотуберкулезные препараты (ПТП)

ПТП делятся на три группы в зависимости от действия и перекрестной устойчивости:

- ▣ **препараты бактерицидного действия** в кислой рН среде (аминогликозиды — стрептомицин, канамицин, амикацин и капреомицин; тиамиды — этионамид и протионамид; пиазинамид),
- ▣ **препараты со слабым бактерицидным действием** (фторхинолоны),
- ▣ **препараты с бактериостатическим действием** при обычной дозировке (этамбутол, циклосерин).

Помимо приемлемых суточных доз необходимо учитывать переносимость ПТП больными, толерантность, их потенциальную токсичность.



## IV этап

- При любом выбранном режиме, особенно если используются слабые ПТП, лечение должно проводиться ежедневно и под непосредственным контролем. Необходимо проводить контроль бактериологических результатов (мазок и посев) ежемесячно со второго по шестой месяцы лечения и затем ежеквартально до конца лечения.
- Показанием к операции является бактериальная устойчивость ко всем ПТП, за исключением 2-3 относительно слабых, при обширной локализованной каверне и незначительных других проявлениях туберкулеза. Если проводится лечение только с помощью слабого режима, то самое благоприятное время для операции — после двух месяцев лечения. После операции продолжается тот же режим минимум 18 месяцев.



# Заключение

- В 2015 г. в РФ отмечено увеличение исследований лучевых методов диагностики, что позволило повысить на 12 % охват плановыми осмотрами на туберкулез. Тем не менее, целевой индикатор не достигнут: фактическое значение - 62,7%. Неполный охват населения профилактическими осмотрами приводит к недовыявлению больных туберкулезом.
- Задачи по выявлению больных туберкулезом должны быть возложены на врачей общей лечебной сети. Выявлять заболевание необходимо по предписанию при профилактических осмотрах, у больных, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику, и у больных, находящихся на стационарном лечении по поводу других заболеваний.
- Врачи общей лечебной сети обязаны знать симптомы туберкулеза, правильно опрашивать и осматривать больных, обследовать с применением лучевых, микробиологических и бронхологических методов диагностики.
- Раннее выявление туберкулеза, вероятно, самая большая проблема фтизиатрии на современном этапе.



# Источники

- <http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/tuberkulez-orgnov-dyhaniya-3.html>
- <http://ftiza.su/organizatsiya-okazaniya-meditsinskoy-pomoshhi-bolnyim-tuberkulezom/>
- [http://www.medkrug.ru/article/show/tuberkulez\\_v\\_Rossii\\_udastsja\\_pobedit\\_k\\_dve\\_tysjachi\\_pjatidesjatomu\\_godu](http://www.medkrug.ru/article/show/tuberkulez_v_Rossii_udastsja_pobedit_k_dve_tysjachi_pjatidesjatomu_godu)
- [http://www.medkrug.ru/article/show/ezhegodno\\_ot\\_tuberkuleza\\_v\\_Rossii\\_umirajut\\_bolee\\_37\\_tysjach\\_chelovek](http://www.medkrug.ru/article/show/ezhegodno_ot_tuberkuleza_v_Rossii_umirajut_bolee_37_tysjach_chelovek)
- <http://www.demoscope.ru/weekly/2016/0683/barom03.php>
- <http://riaami.ru/read/24783>
- [http://www.rmj.ru/articles/ftiziatriya/SOVREMENNYE\\_TENDENCII\\_RASPROSTRANENIYa\\_TUBERKULEZA\\_V\\_ROSSII/](http://www.rmj.ru/articles/ftiziatriya/SOVREMENNYE_TENDENCII_RASPROSTRANENIYa_TUBERKULEZA_V_ROSSII/)
- <https://regnum.ru/news/accidents/2184270.html>