



# 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.

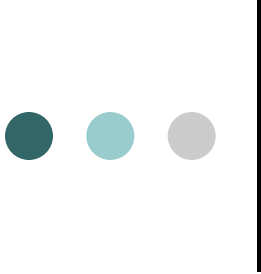
# Целевые индикаторы Государственной программы развития здравоохранения России до 2020 года

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)	<b>11,3</b>	<b>12,8</b>	<b>11,2</b>	<b>11,9</b>	<b>11,8</b>	<b>11,2</b>
Заболеваемость туберкулезом (на 100 000 населения)	<b>63,0</b>	<b>56,12</b>	<b>35,0</b>	<b>65,4</b>	<b>64,8</b>	<b>61,6</b>
Соотношение показателей «заболеваемость / смертность»	<b>5,6</b>	<b>4,4</b>	<b>3,1</b>	<b>5,5</b>	<b>5,5</b>	<b>5,5</b>
Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез (%)	<b>65,8</b>	<b>73,88</b>	<b>81,08</b>	<b>68,4</b>	<b>70,9</b>	<b>72,5</b>
Абациллирование контингентов больных туберкулезом (%)	<b>43,2</b>	<b>52,5</b>	<b>75,0</b>	<b>44,4</b>	<b>45,4</b>	<b>46,2</b>
Доля контингентов ФСИН среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом (%)	<b>10,2</b>	-	-	<b>9,8</b>	<b>9,2</b>	<b>8,8</b>



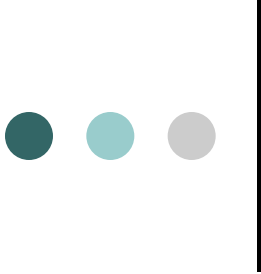
## Выявление туберкулеза

- 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%)



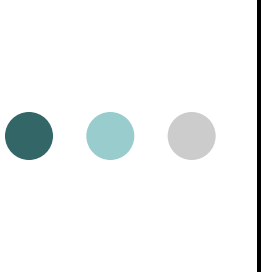
# Субъекты РФ с наибольшим снижением и ростом смертности от туберкулеза

## 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%

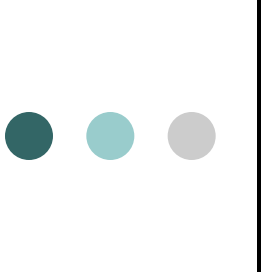




## «Виразж» туберкулиновых проб

Российская Федерация

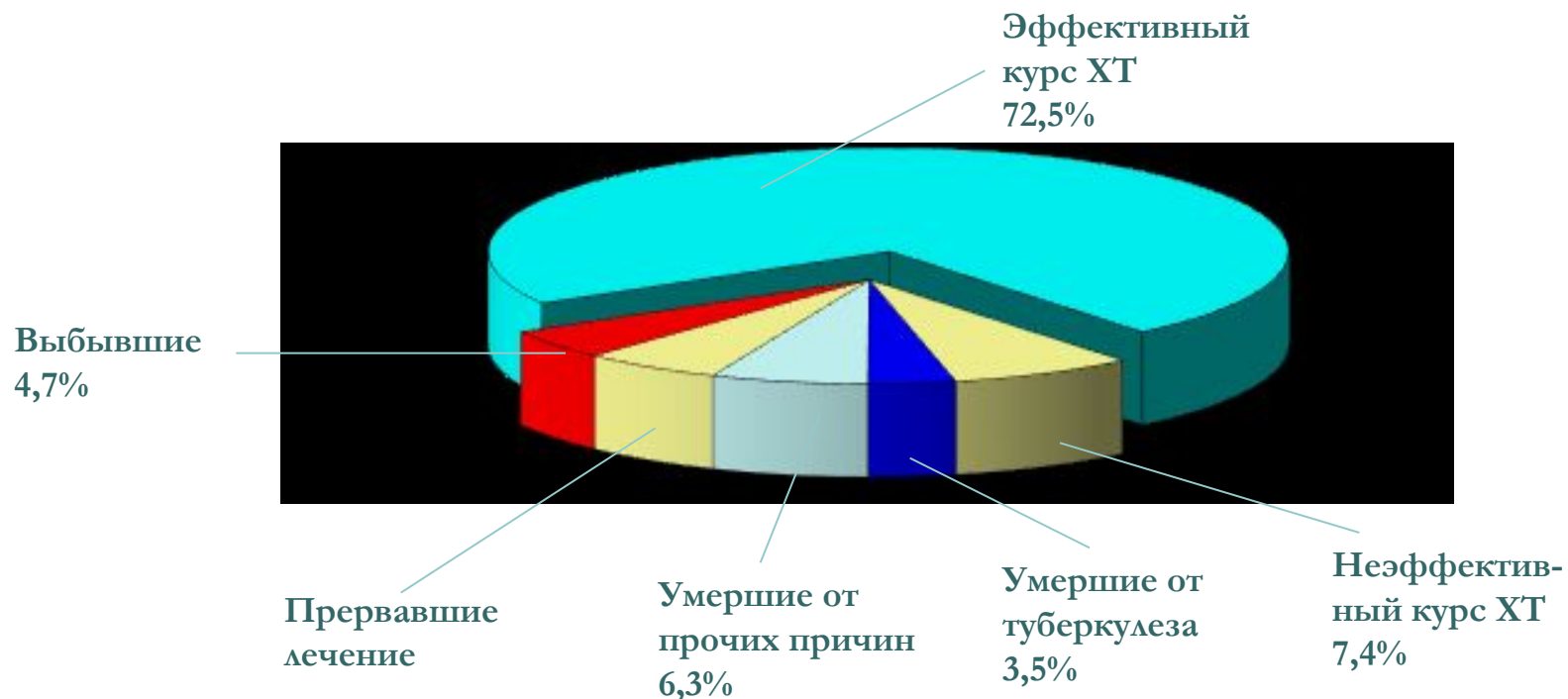
- 8,15 на 1 000 сделанных туберкулиновых проб;
- 608,7 на 100 000 детей в возрасте 0-17 лет



## 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%;

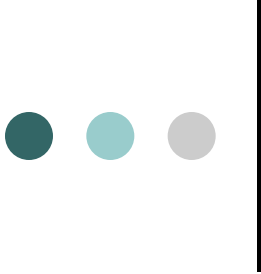
2014 ГОД – 0,33%;

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

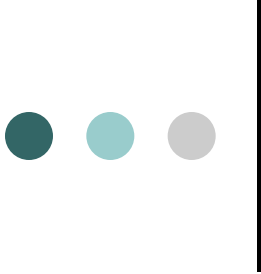
- Участковый фтизиатр осуществляет контроль за выполнением врачом общей лечебной сети клинического минимума обследования, направленного на своевременное выявление туберкулеза, в том числе оценивает полноту выборки пациентов, нуждающихся в таком обследовании.
- Передача пациента с подозрением на туберкулез 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.





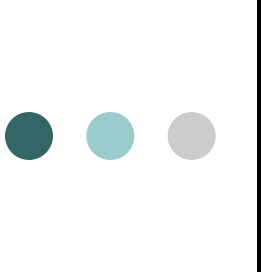
## II этап

- 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>