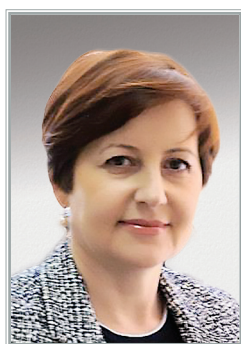


# ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАВЕДУЮЩАЯ ОТДЕЛОМ  
ФТИЗИАТРИИ ФГБУ  
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ ТУБЕРКУЛЕЗА»

Ирина Анатольевна  
Васильева



Проблема туберкулеза вновь стала объектом повышенного внимания со стороны систем национального здравоохранения. В 2012 году в мире 8,6 млн человек заболели туберкулезом и 1,43 млн человек умерли от этой болезни. В структуре смертности от какого-либо одного инфекционного агента туберкулез является второй по значимости причиной, уступая лишь ВИЧ-инфекции.

На прошедшей в 2014 году 67-й Всемирной ассамблее здравоохранения был принят документ «Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 года». Основным видением стратегии является мир без туберкулеза, а целью – остановить эпидемию туберкулеза в мире. К 2025 году запланировано снижение заболеваемости на 50%, а смертности на 75% (по сравнению с 2015 годом), а к 2035 году – на 90 и 95% соответственно.

Борьба с туберкулезом в нашей стране проводится на основе государственной поддержки и приоритетного финансирования социально значимых направлений в здравоохранении. В основу стратегии борьбы с туберкулезом в Российской Федерации положен ряд основных компонентов:

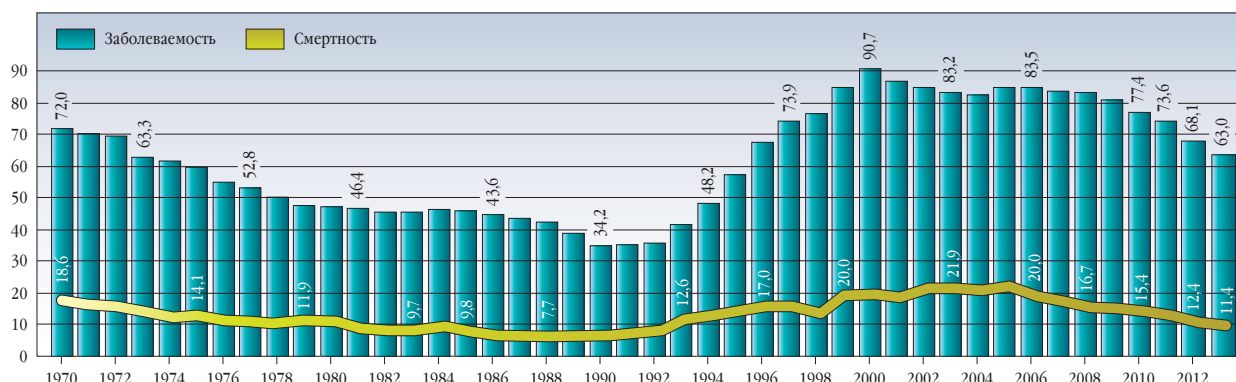
- своевременное выявление больных туберкулезом, в том числе активное выявление при обращении за медицинской помощью и проведение массовых скрининговых обследований;

- комплексный подход к лечению больных туберкулезом с учетом международных рекомендаций;
- достаточное и регулярное обеспечение всеми необходимыми противотуберкулезными препаратами;
- мониторинг лечения больных туберкулезом с использованием информационных технологий и аналитических методов;
- предупреждение распространения туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя;
- проведение научных исследований и инновационных проектов для совершенствования противотуберкулезной помощи населению.

В последние годы в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» значительно увеличилось финансирование противотуберкулезных мероприятий, и лечебные учреждения оснащены новым современным медицинским оборудованием. Это положительно повлияло на эпидемический процесс, что зафиксировано стабилизацией основных эпидемиологических показателей в первые годы XXI столетия, после длительного их роста в предыдущий период. Далее тенденция к улучшению эпидемической ситуации сохранялась, в 2013 году зафиксирован наименьший (63 на 100 тыс. населения) показатель заболеваемости туберкулезом за последние 15 лет. Показатель смертности составил в 2013 году 11,4 на 100 тыс. населения, что в два раза ниже, чем в 2005 году. Отмечается снижение показателя заболеваемости туберкулезом среди детей в возрасте до 14 лет: в 2012 году – 16,4; в 2013 году – 14,5 на 100 тыс. населения данного возраста.

Согласно государственной программе развития здравоохранения, целевыми к 2020 году показателями для туберкулеза являются: снижение смертности до 11,2, заболеваемости – до 61,6. Следует отметить, что показатель смертности в РФ уже в 2013 году вплотную приблизился к целевому значению (рис. 1).

1



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ) В 1970–2013 ГОДАХ

Несмотря на достигнутые результаты, ситуация с туберкулезом в стране оценивается как весьма напряженная. По оценке Всемирной организации здравоохранения, Российская Федерация входит в число 22 стран с высоким бременем туберкулеза. Исходя из вышесказанного, приоритетными в стране считают те направления противотуберкулезной работы, которые обеспечат наиболее выраженное влияние на эпидемический процесс и позволят достичь искомых результатов. Таких направлений несколько.

Первое связано с туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ).

Распространение в стране ВИЧ-инфекции уже оказывает существенное влияние на эпидемическую ситуацию по туберкулезу. В 2013 году каждый восьмой (12,5%) впервые выявленный и вставший на учет больной туберкулезом был с ВИЧ-инфекцией, на конец года – 10,7% всех больных туберкулезом в стране имели ВИЧ-инфекцию. Туберкулез является лидирующей причиной смерти ВИЧ-инфицированных, умерших от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией (87,4% в 2013 году, по данным Минздрава России). Сегодня врач практически любой специальности может столкнуться со случаем заболевания пациента с ВИЧ-инфекцией туберкулезом легочной и внелегочной локализации.

Среди пациентов с ВИЧ-инфекцией много потребителей внутривенных психоактивных веществ (более 70%, по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом за 2014 год), алкоголя, что негативно влияет на приверженность к лечению, в значительной степени снижая вероятность излечения туберкулеза. Хорошо известно, что пациент, прервавший противотуберкулезную и антиретровирусную терапию, эпидемически более опасен, чем нелеченый, за счет распространения им в популяции сформировавшихся у него лекарственно-устойчивых штаммов МБТ (микобактерий туберкулеза) и ВИЧ.

Диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией на фоне иммуносупрессии представляет значительные трудности. Это обусловлено многообразием клинических и рентгенологических проявлений, нехарактерных для классического течения туберкулеза, редким бактериовыделением, а также расширением диф-

ференциально-диагностического ряда за счет других ВИЧ-ассоциированных заболеваний.

Лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией – сложная задача, поскольку пациенту необходимо принимать большое количество лекарственных средств (четыре-шесть противотуберкулезных + три-четыре антиретровирусных препарата), между которыми в организме возникают лекарственные взаимодействия, поэтому необходимы особые подходы к назначению лечебных схем и слаженная работа врачей фтизиатров и инфекционистов.

В 2014 году рабочей группой Российского общества фтизиатров (РОФ) были разработаны и после получения положительного отзыва профильной комиссии Минздрава России по фтизиатрии утверждены на расширенном пленуме РОФ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, которые призваны обеспечить единый подход к решению этой проблемы.

Следующим приоритетным направлением противотуберкулезной работы является диагностика и лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) оказывает выраженное негативное влияние на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в РФ за счет низкой эффективности лечения, что ведет к пополнению резервуара инфекции. МЛУ ТБ возникает как результат ненадлежащего лечения туберкулеза и/или неудовлетворительной организации инфекционного контроля в медицинских учреждениях и местах компактного пребывания людей. За десятилетия применения одних и тех же противотуберкулезных препаратов спектр лекарственной устойчивости МБТ претерпел существенные изменения: доля лекарственно-чувствительных штаммов снижается за счет роста лекарственно-устойчивых, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью. По данным 2013 года, у каждого пятого впервые выявленного больного туберкулезом и у каждого третьего пациента с рецидивом заболевания установлено наличие МЛУ МБТ в мокроте. Резервуар МЛУ ТБ по стране составил 34 778 человек, по данным Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза. Основными причинами быстрого рас-



пространения МЛУ ТБ в РФ являются: большой резервуар инфекции среди больных с хронически текущим туберкулезом, сформированный как следствие социально-экономических потрясений 1990-х годов, неоптимальное лечение вследствие поздней или некачественной диагностики лекарственной устойчивости МБТ, эмпирическое лечение, перерывы в приеме препаратов и незавершенное лечение, слабые модели организации и контроля лечения, распространение ВИЧ-инфекции, миграция.

Особые опасения вызывает рост числа больных с сочетанием МЛУ ТБ и ВИЧ-инфекции. В России, по данным различных региональных и госпитальных исследований, первичная МЛУ МБТ регистрируется у 30–60% впервые выявленных больных туберкулезом, если они страдают ВИЧ-инфекцией.

Для уменьшения распространения МЛУ ТБ требуется концентрация усилий всей национальной системы здравоохранения, модернизация противотуберкулезной службы с учетом специфики оказания медицинской помощи таким больным. При лечении пациентов с МЛУ ТБ требуются длительные курсы терапии с использованием дорогостоящих и токсичных препаратов, патогенетические воздействия, нередко использование высокотехнологичных методов хирургического и эндоскопического лечения. Необходимым звеном являются организация контролируемого приема противотуберкулезных препаратов в течение 1,5–2 лет, психологическая и социальная поддержка, долечивание и реабилитация в условиях специализированных санаториев.

Для успешного лечения нужна быстрая и качественная этиологическая диагностика туберкулеза. В РФ системы для ускоренного определения возбудителя и тестирования его лекарственной устойчивости получают всё более широкое распространение. По данным за 2013 год, в 88 противотуберкулезных медицинских организациях РФ было установлено 108 тест-систем для быстрого определения лекарственной чувствительности микобактерий с использованием жидких сред, а в 109 лабораториях используются молекулярно-генетические методы.

Использование автоматизированных систем культурального исследования сократило срок определения лекарственной устойчивости возбудителя до 2 недель вместо 3 месяцев при классических методиках, а молекулярно-генетические методы позволяют в считанные часы выявить МБТ в мокроте ДНК и определить наличие МЛУ.

Ускоренные методы лабораторной диагностики значительно повышают вероятность эффективного лечения больных МЛУ ТБ и сокращают сроки химиотерапии. Особенно важно использовать эти методы у больных

ВИЧ-инфекцией, учитывая высокую вероятность быстрого прогрессирования туберкулеза без адекватной терапии. Незамедлительное, широкомасштабное и быстрое переоснащение лабораторной службы, внедрение ускоренных методов диагностики туберкулеза, оптимизация и стандартизация лабораторной диагностики туберкулеза, организация внешнего контроля качества исследований, проведение мониторинга лекарственно-устойчивых форм *M. tuberculosis* являются важными аспектами в работе по этому приоритетному направлению.

В 2014 году рабочей группой РОФ разработаны, согласованы с профильной комиссией Минздрава России по фтизиатрии и утверждены на расширенном пленуме РОФ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. Рекомендации подготовлены на основе передовых достижений мировой науки, принципов доказательной медицины, имеют высокую степень доказательности.

Они полностью меняют подход к химиотерапии, сводя к минимуму вероятность нарастания лекарственной устойчивости возбудителя на фоне лечения. Рекомендуемые режимы химиотерапии основываются на результатах быстрых тестов лекарственной чувствительности МБТ. В указанных документах приведены в качестве рекомендуемых схемы и сроки лечения с использованием новых противотуберкулезных препаратов, введен режим химиотерапии для лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью. Предусмотрено массовое внедрение социально-психологической помощи, стационарозамещающих технологий, других мер, повышающих мотивацию больного к завершению полного курса химиотерапии.

Приоритетным направлением деятельности по совершенствованию противотуберкулезных мероприятий является также актуализация Минздравом России соответствующих нормативно-правовых актов согласно современным тенденциям диагностики, организации лечения и мониторинга туберкулеза. Необходимо постоянное совершенствование эпидемиологического мониторинга туберкулеза, включая все его формы, на основе единого федерального регистра.

Успеху противотуберкулезной работы будут способствовать повышение кадрового потенциала противотуберкулезной службы, совершенствование программ обучения в отраслевых образовательных учреждениях, фундаментальные и прикладные научные исследования во фтизиатрии и сопряженных дисциплинах.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ:  
СТАРШЕГО НАУЧНОГО СОТРУДНИКА  
ОТДЕЛА ФТИЗИАТРИИ ФГБУ «ЦНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА»  
А.Г. Самойловой  
ДОКТОРАНТА ФГБУ «ЦНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА»  
В.Н. Зиминой  
ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЕМ ЭНДОСКОПИИ ФГБУ «ЦНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА»  
О.В. Ловачёвой