

Результаты диспансерного наблюдения и лечения детей 0-14 лет, страдающих туберкулёзом

С.А. Стерликов - зам. руководителя Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулёза в Российской Федерации, Москва, ЦНИИОИЗ

А.В. Гордина – главный специалист Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулёза в Российской Федерации, Москва, ЦНИИОИЗ

С.Г. Руднев – зам. зав. отделением инновационных технологий профилактики заболеваний, Москва, ЦНИИОИЗ

Показатели результативности диспансерного наблюдения

- IA, IB – перевод во II группу не более 10% больных активным туберкулёзом
- IB – перевод в III-Б подгруппу в 95% пациентов в сроки до 9 месяцев, отсутствие летальности от туберкулёза
- II – перевод в III-Б подгруппу 80% больных через 12 месяцев

Приказ Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г.

Динамика долей детей 0-14 лет, наблюдающихся в IA, IB, II ГДН



Показатели, отражающие диспансерное наблюдение детей

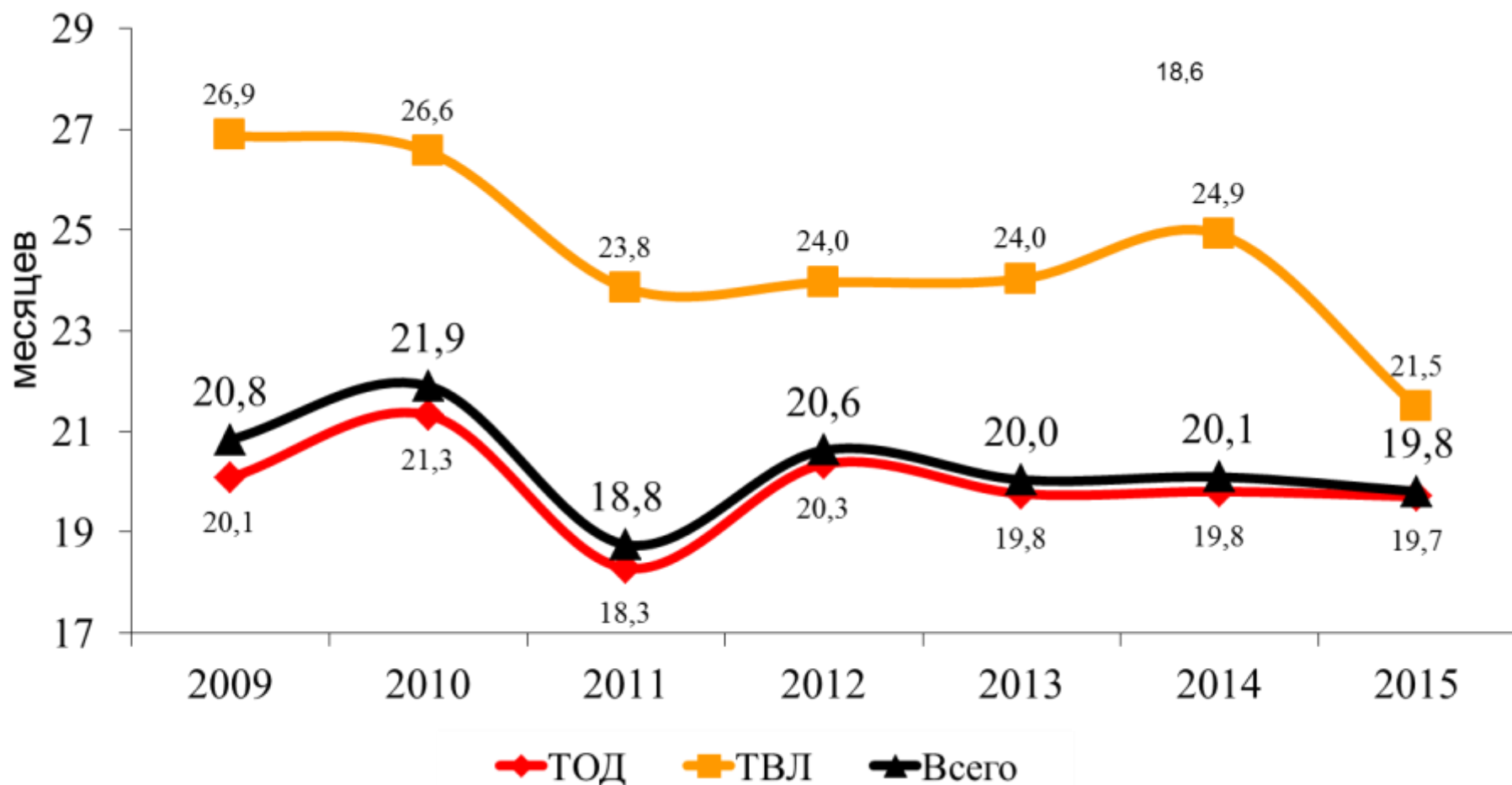
- Показатель клинического излечения - это количество детей переведенных в III-Б ГДН, на 100 среднегодовых пациентов (ошибочно выражается в %)
- Летальность от туберкулёза – единичные случаи
- Средний срок диспансерного наблюдения (в месяцах)

Средний срок диспансерного наблюдения

- Отражает среднюю продолжительность наблюдения детей с активным туберкулёзом (от момента взятия на диспансерный учёт по поводу активного туберкулёза впервые выявленных и прибывших) до снятия с диспансерного учёта вследствие любой причины – излечения, выбытия, летального исхода, снятия диагноза.
- Базируется на гипотезе о том, что взятие на диспансерный учёт и снятие с него происходит равномерно в течение всего года
- Рассчитывается по формуле:

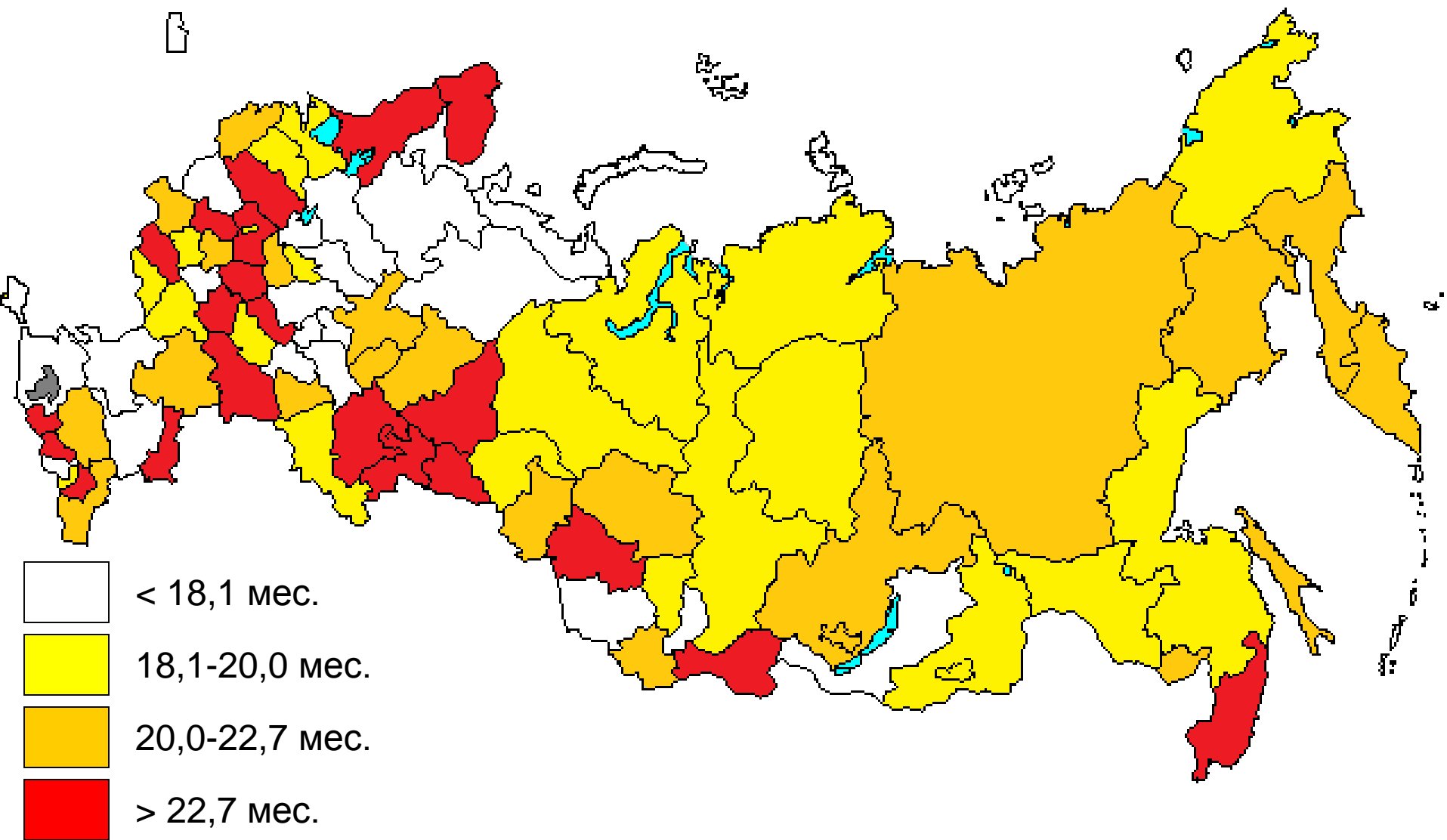
$$\text{Ср. срок ДН} = \frac{12 \times (\text{состояло на ДН} + 0,5 \times \text{взято на ДН})}{\text{снято с ДН}}$$

Динамика средней продолжительности диспансерного наблюдения (2009-2015 гг.)



Между детьми 0-14 лет с ТОД без туберкулёза лёгких и с туберкулёзом лёгких не выявлено статистически значимых различий продолжительности диспансерного наблюдения ($p=0,4$).

Средняя продолжительность диспансерного наблюдения по субъектам Российской Федерации (средние значения 2014-2015 г., ф. № 33)



Корреляция среднего срока диспансерного наблюдения с другими показателями

Показатели за 2014 год	Коэффициент корреляции по Спирмену
Клиническое излечение	-0,96
% детей с осложнёнными и хроническими формами туберкулёза	0,18
Первичная ЛУ МБТ	0,03
Первичная МЛУ МБТ	0,05
% детей 0-14 лет, выявленных при профилактических осмотрах	-0,12

Подробнее: материалы конференции (планируется к изданию)

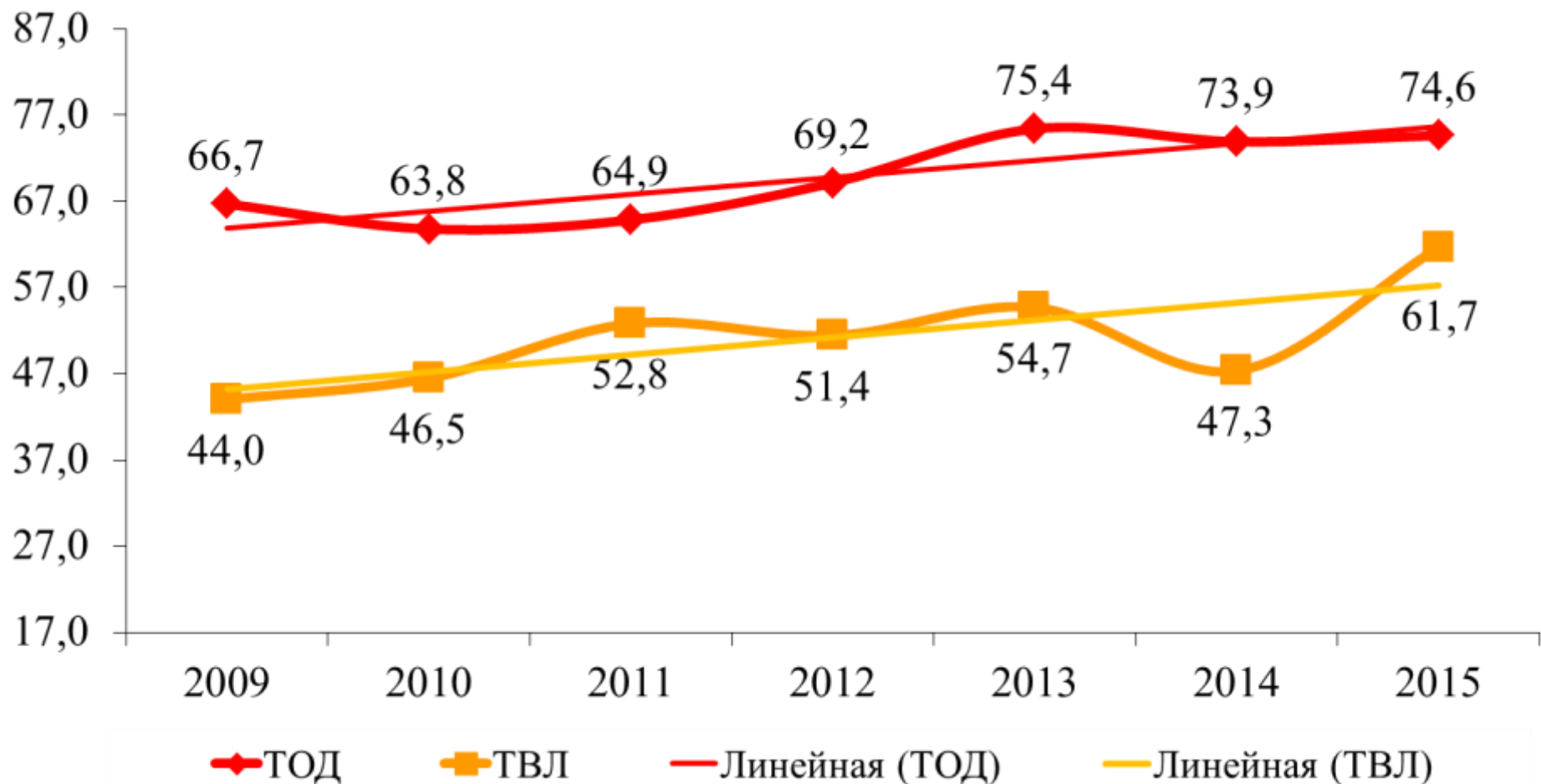
Показатель клинического излечения туберкулёза у детей (ПКИ ТБД)

- Рассчитан по формуле:

$$\text{ПКИ ТБД} = \frac{100 \times \text{число детей, переведенных в IIIБ ГДН}}{\text{среднегодовая численность детей с ТБ}}$$

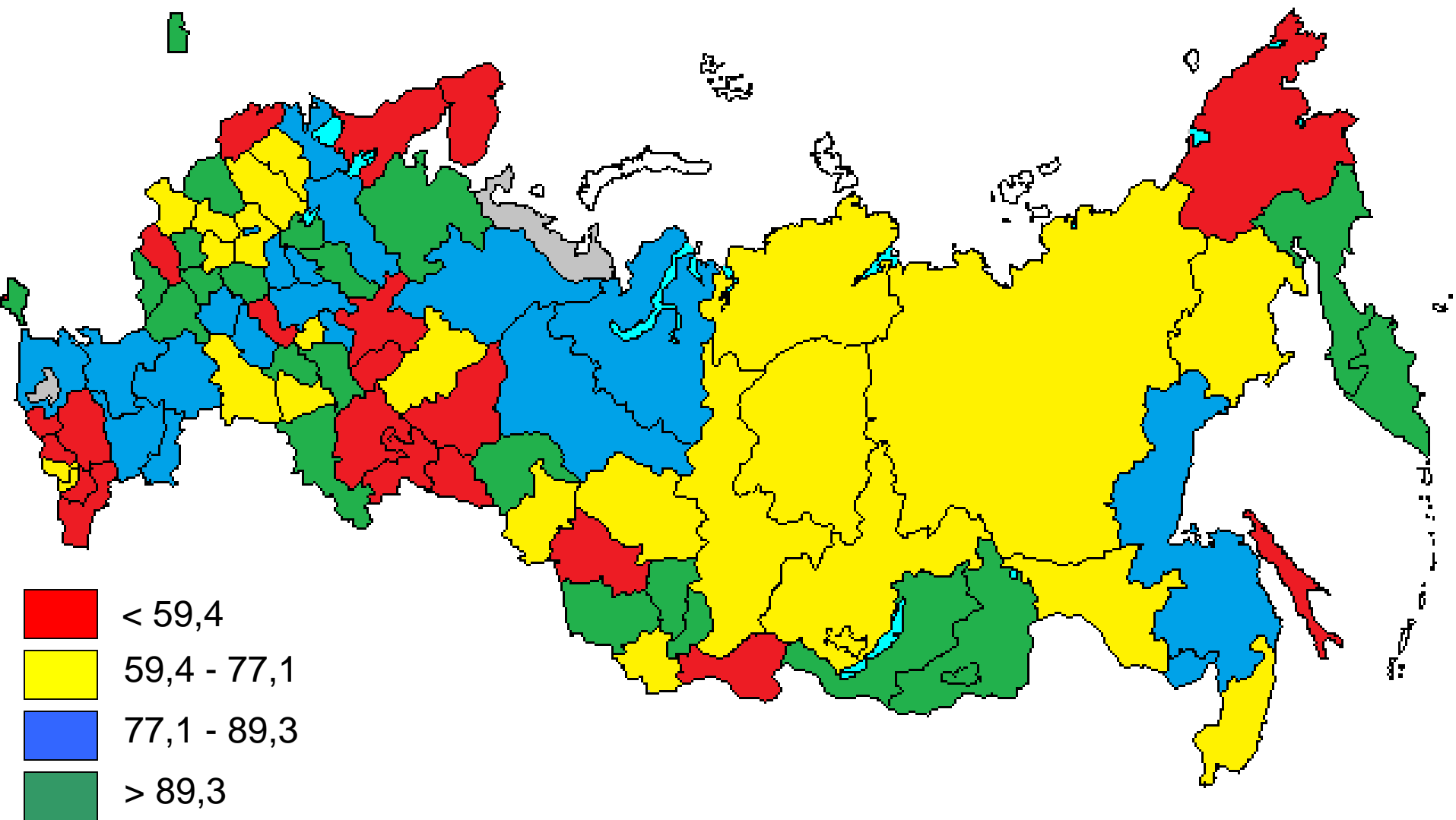
- В данном варианте расчёта – это интенсивный показатель т.е. может быть больше 100

Динамика показателя клинического излечения



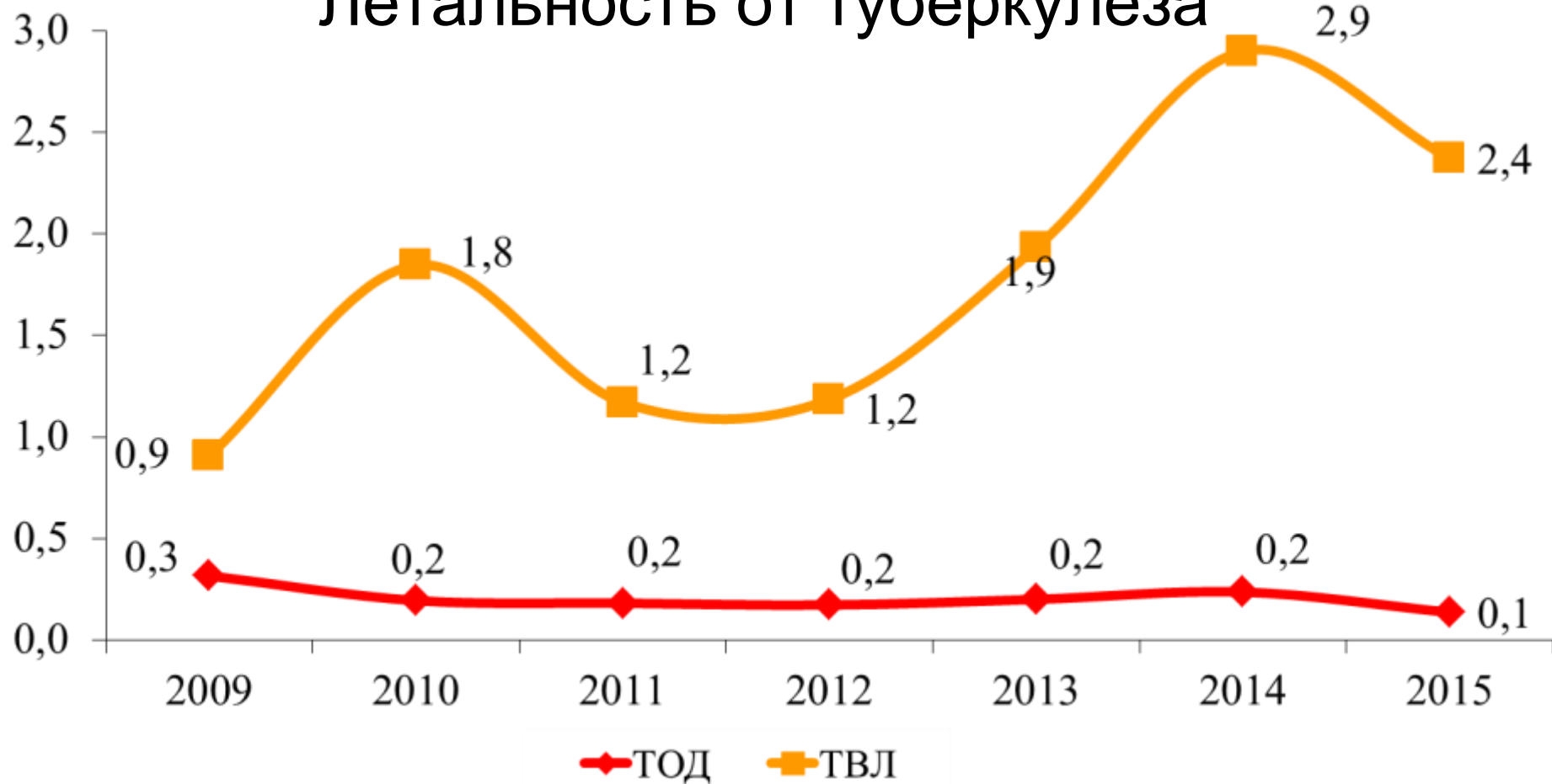
Имеется нестабильная тенденция к росту показателя клинического излечения ТОД и ТВЛ

Усреднённые за 5 лет* значения показателя клинического излечения ТОД у детей 0-14 лет



* По субъектам КФО – значения за 1 год

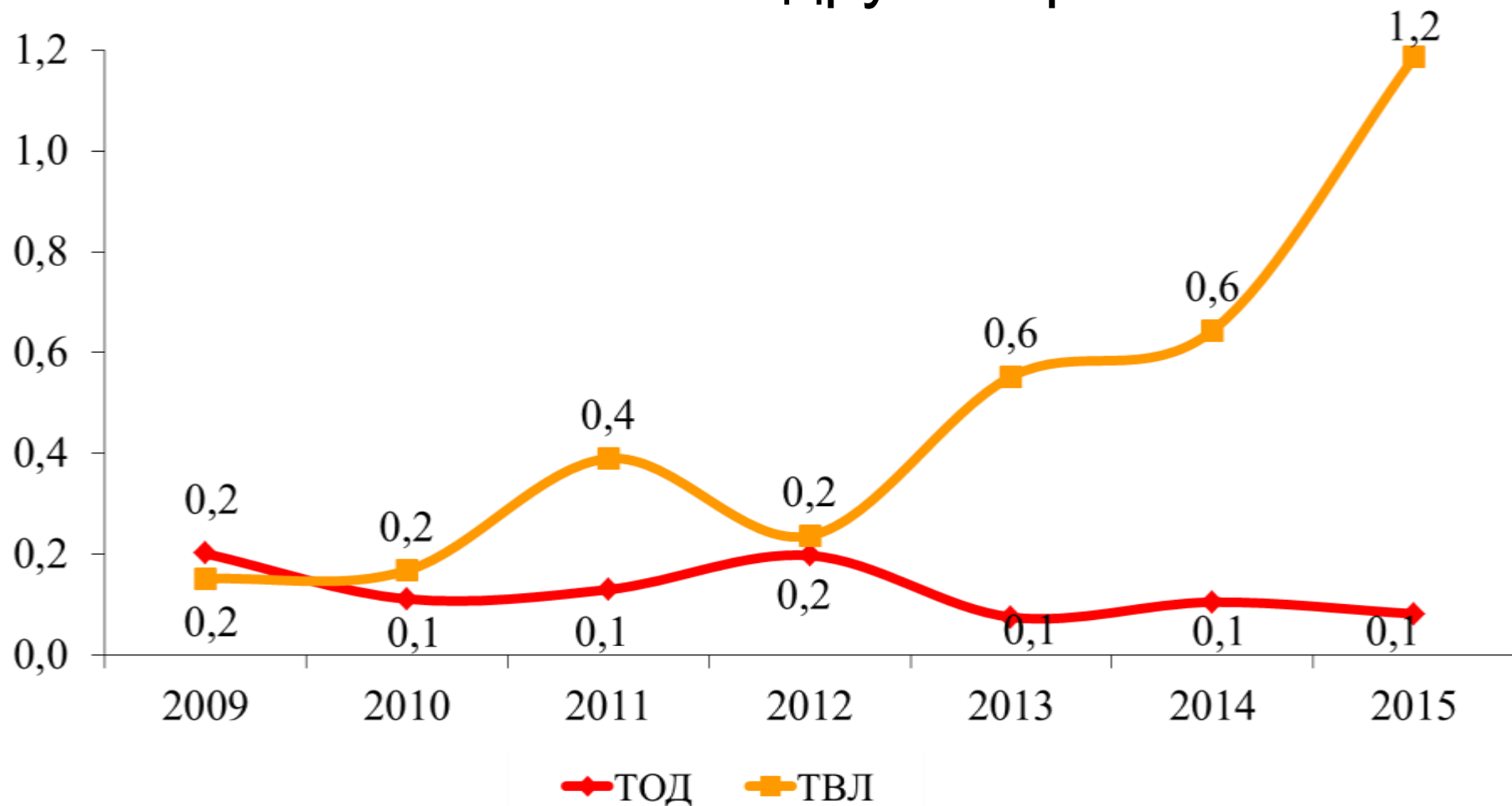
Летальность от туберкулёза



Летальность детей с ТОД статистически значимо ниже, чем летальность детей с ТВЛ ($p < 0,02$)

Изменения летальности от туберкулёза в период 2009-2015 статистически не значимы ($p > 0,1$)

Летальность от других причин



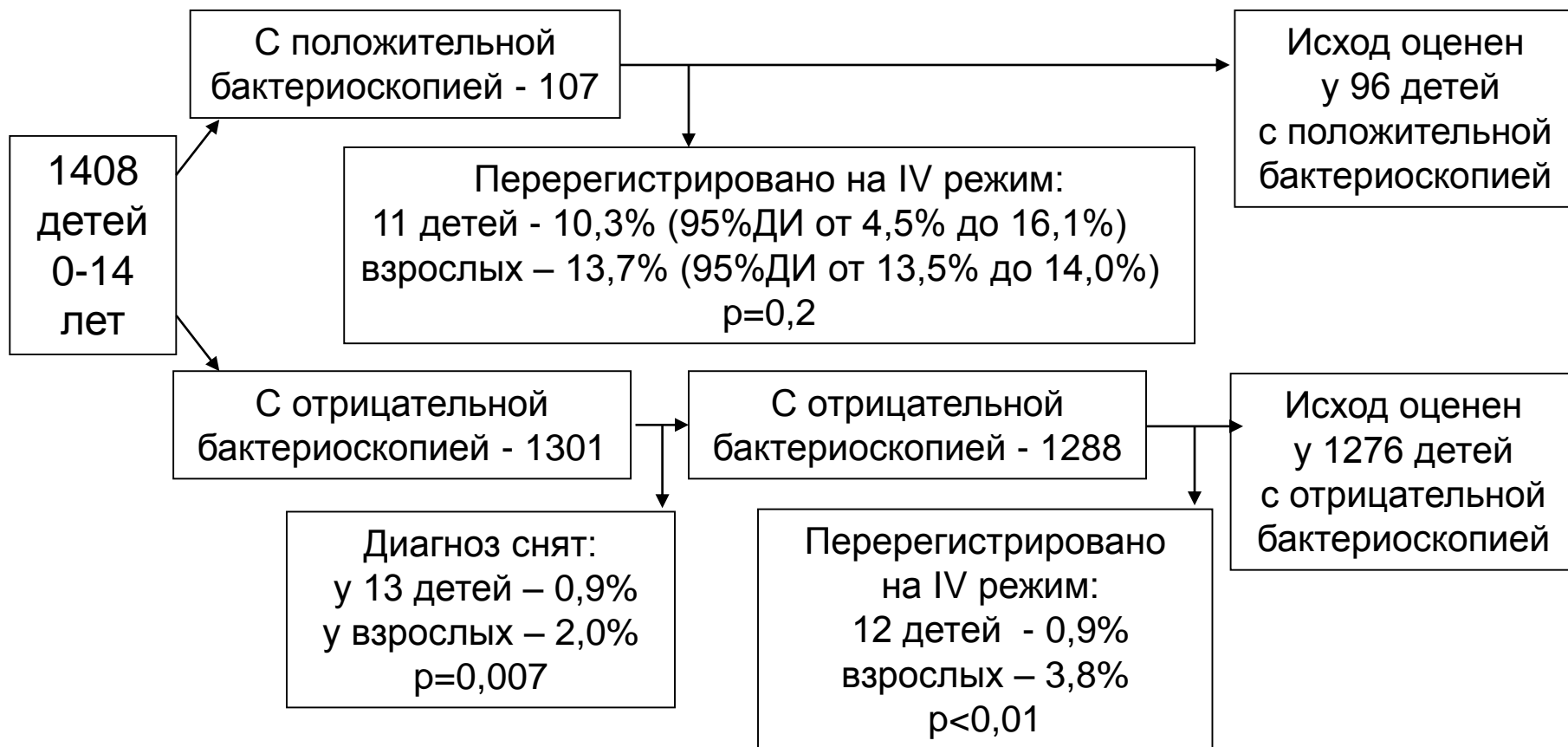
Рост летальности от других причин детей с ТВЛ произошёл за счёт увеличения единичных случаев с 1 до 3; $p=0,04$

Особенности исходов курса химиотерапии детей с туберкулёзом лёгких.

- Ретроспективное когортное исследование.
- Изучали исходы курса химиотерапии детей 0-14 лет, зарегистрированных в 2011 и 2012 гг. (629 и 779 случаев соответственно, всего 1408 случаев). Источник – форма ВР-2Д.
- Сопоставляли исходы лечения детей, показатели регистрации детей и взрослых с туберкулёзом лёгких.

Подробнее: Эффективность лечения детей, больных туберкулёзом лёгких /С.А. Стерликов, С.Г. Руднев, С.С. Стерликова //Туберкулёз и болезни лёгких.- 2015.- № 4. – С. 24-26.

Формирование ретроспективной когорты



Вывод 1. У детей реже встречаются ситуации, когда не снятие диагноза туберкулёза угрожает жизни пациента, что провоцирует гипердиагностику. Также оказывает влияние субъективность критериев диагноза туберкулёза.

Вывод 2. Частота перерегистрации МЛУ-ТБ у детей и взрослых при одинаково массивном бактериовыделении одинакова, и составляет 13-14%

Исходы курса химиотерапии детей с туберкулёзом лёгких

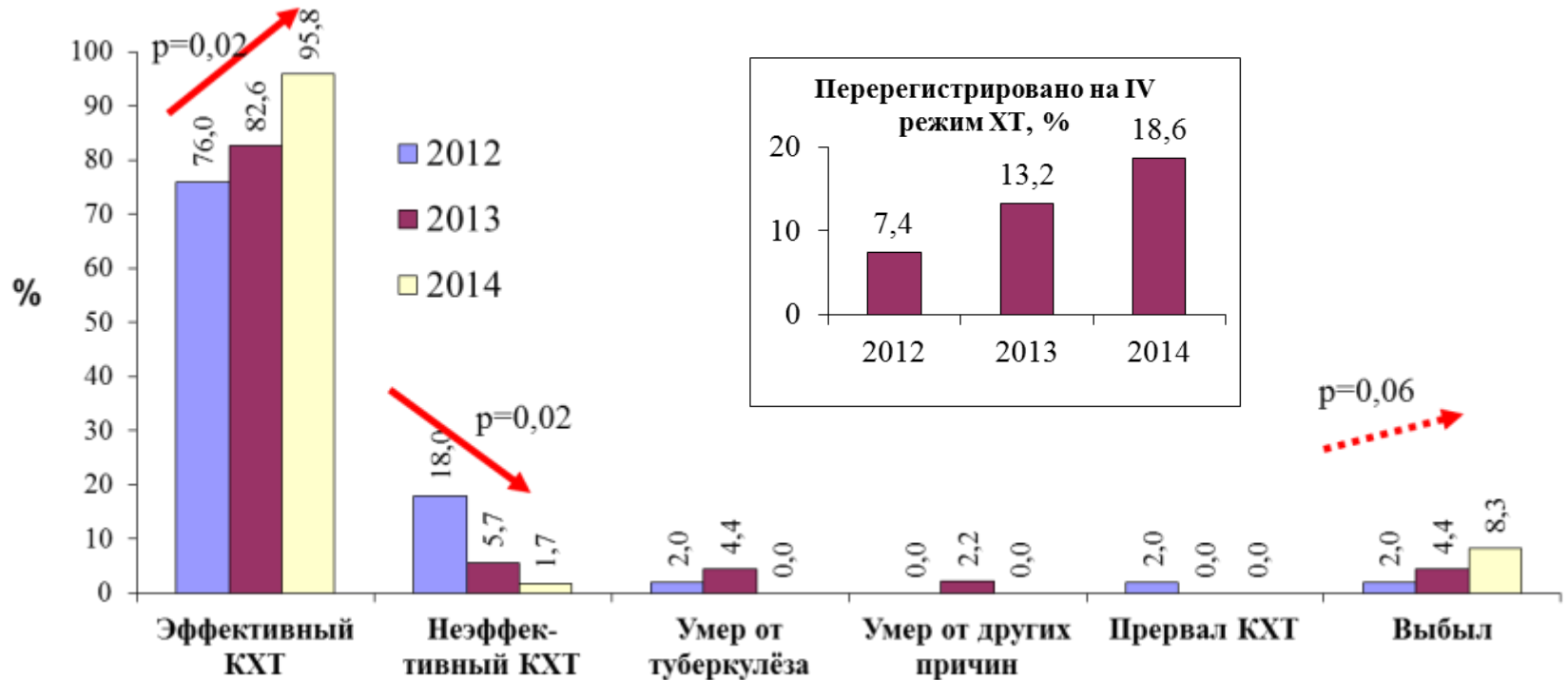
Исход курса химиотерапии	Результат микроскопии мокроты при регистрации					
	Положительный		Отрицательный/н.д.		RR р	ЧППЭ
	Абс. 96	% 95% ДИ	Абс. 1276	% 95% ДИ		
Эффективный курс химиотерапии	76	79,2 70,9-87,4	1217	95,4 94,2-96,5	0,83 <0,01	-6,2
Неэффективный курс химиотерапии	12	12,5 5,8-19,2	12	0,9 0,4-1,5	13,2 <0,01	8,7
Умер (от любых причин)	4	4,2 0,1-8,2	6	0,5 0,1-0,9	8,9 <0,01	27,1
Прервал курс химиотерапии	1	1,0 -1,0-3,1	10	0,8 0,3-1,3	1,3 >0,1	388
Выбыл	3	3,1 -0,4-6,7	31	2,4 1,6-3,3	1,3 >0,1	144

Вывод 3. Массивное бактериовыделение повышает риск неэффективного лечения и летального исхода, не влияя на досрочное прекращение лечения

Подробнее: Эффективность лечения детей, больных туберкулёзом лёгких /С.А. Стерликов, С.Г. Руднев, С.С. Стерликова

//Туберкулёз и болезни лёгких.- 2015.- № 4. – С. 24-26.

Динамика исходов курса химиотерапии детей с туберкулёзом лёгких и положительным результатом бактериоскопии, 2012-2014 гг.

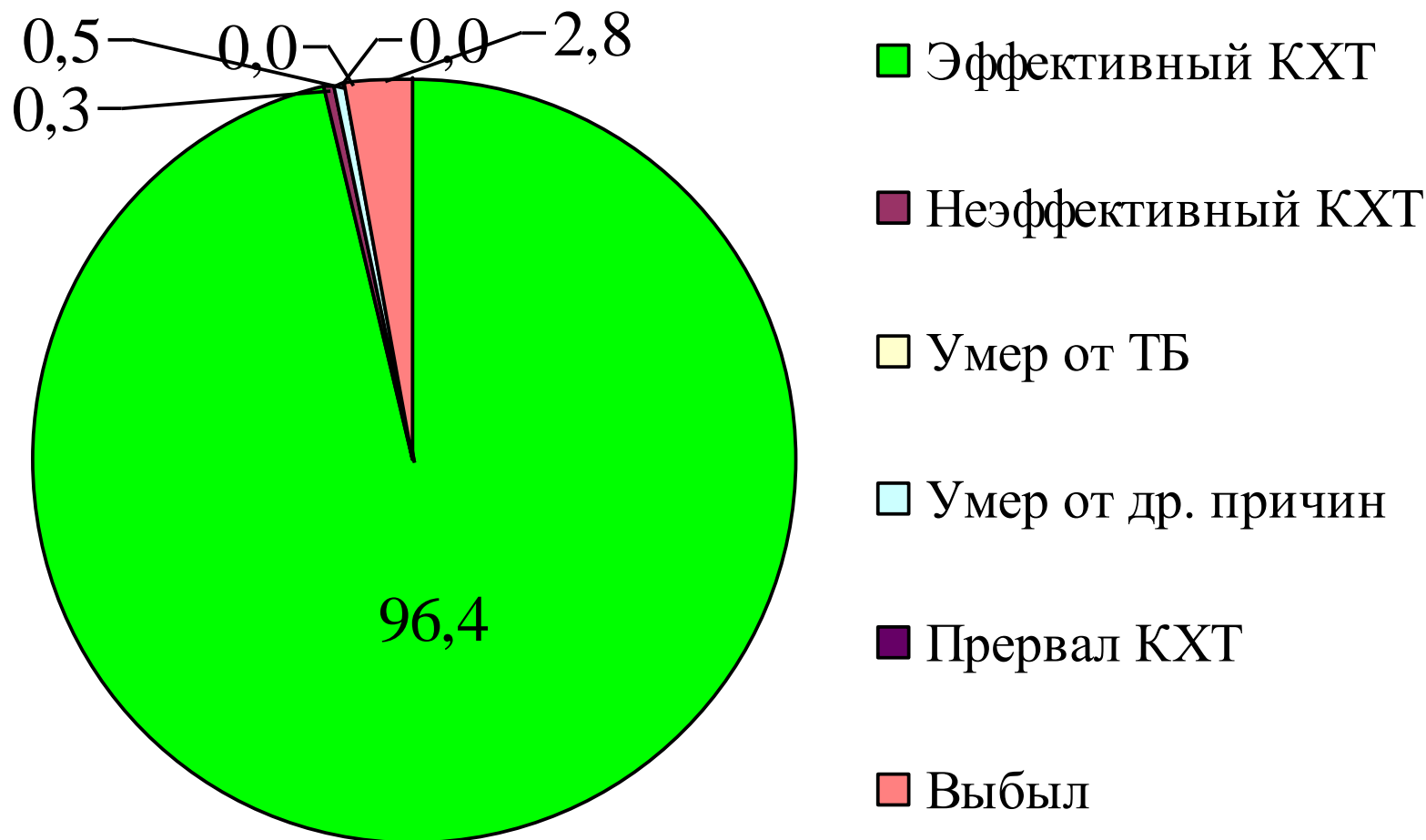


Вывод 4. Повышение результативности лечения может быть связано с улучшением этиологической диагностики туберкулёза и переводом детей с массивным бактериовыделением и МЛУ МБТ на IV режим химиотерапии. Как следствие, это приводит к снижению доли детей с неэффективным курсом химиотерапии.

Подробнее: Исходы лечения детей 0-14 лет с туберкулёзом лёгких в Российской Федерации по результатам трёхлетнего наблюдения /С.А. Стерликов, С.Г. Руднев, С.С. Стерликова //Туберкулёз и социально-значимые заболевания, 2014. - № 4. – С. 17-19.

Исходы лечения всех детей с туберкулёзом 0-14 лет, зарегистрированных в 2014 г. (выборка из 11 регионов; n=402 – 12,6%)

Из 402 детей с туберкулёзом 0-14 лет диагноз снят у 8 (2%); перерегистрировано на IV РХТ 7 (1,8%).



Заключение

- Целесообразна гармонизация критериев результативности диспансерного наблюдения с показателями, определяемыми в результате статистического наблюдения
- Сроки диспансерного наблюдения детей с активным туберкулёзом нарушаются. Целесообразен внешний контроль качества диспансерного наблюдения в ходе кураторских выездов специалистов федеральных НИИ туберкулёза и фтизиопульмонологии
- Имеется неустойчивая тенденция к росту показателя клинического излечения детей с ТОД и ТВЛ
- Показатель летальности детей от туберкулёза стабилен. Рост показателя летальности детей с ТВЛ от других причин обусловлен единичными случаями, хотя тенденция статистически значима ($p=0,04$)
- У детей, по сравнению со взрослыми, реже снимается диагноз туберкулёза. Частота МЛУ-ТБ у детей и взрослых сопоставима.
- Повышение результативности лечения детей с туберкулёзом лёгких может быть связано с улучшением этиологической диагностики туберкулёза и переводом детей с массивным бактериовыделением и МЛУ МБТ на IV режим химиотерапии.