



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Перспективы противотуберкулезной службы в Российской Федерации.

НЕЧАЕВА Ольга Брониславовна

руководитель Федерального центра мониторинга противодействия
распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России, докт.мед.наук, профессор

Туберкулез

В 2017 г. по сравнению с 2016 г. показатели по туберкулезу снизились: общая заболеваемость – на 9,4%, распространенность – на 9,5%, смертность – на 16,7%.

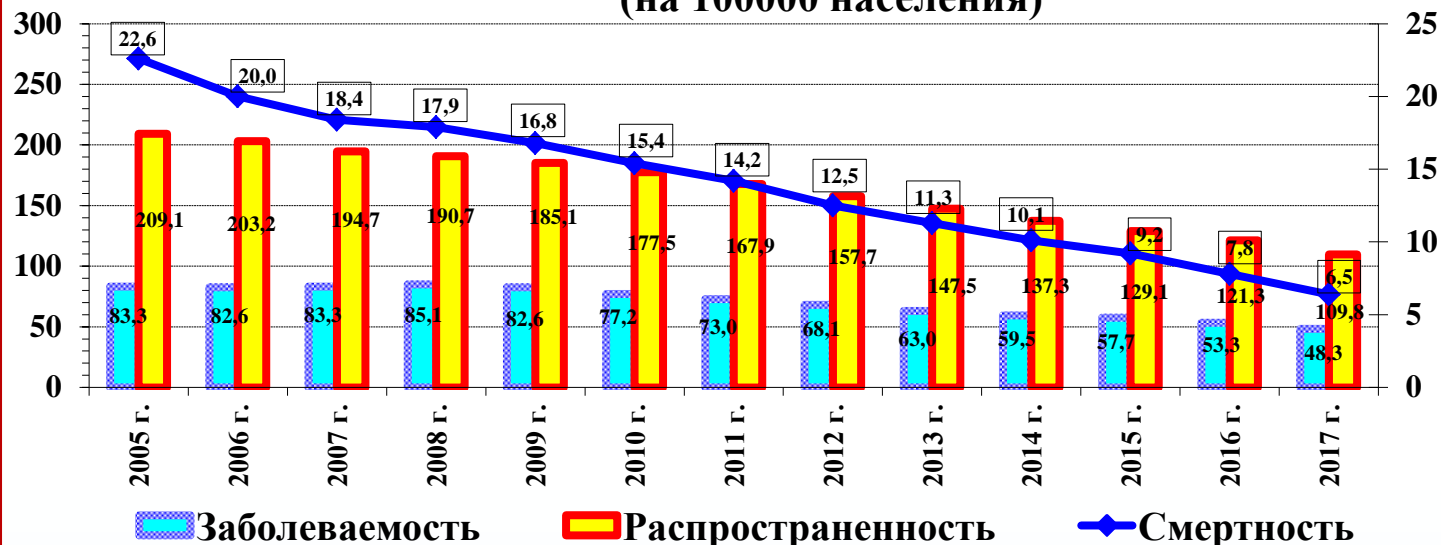
Снижение показателя заболеваемости туберкулезом происходит на фоне роста охвата населения профилактическими осмотрами, снижения доли посмертной диагностики и одногодичной летальности, деструктивных форм туберкулеза легких.

Флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках:
2005 г. – 17,4%;
2017 г. – 97,0%.

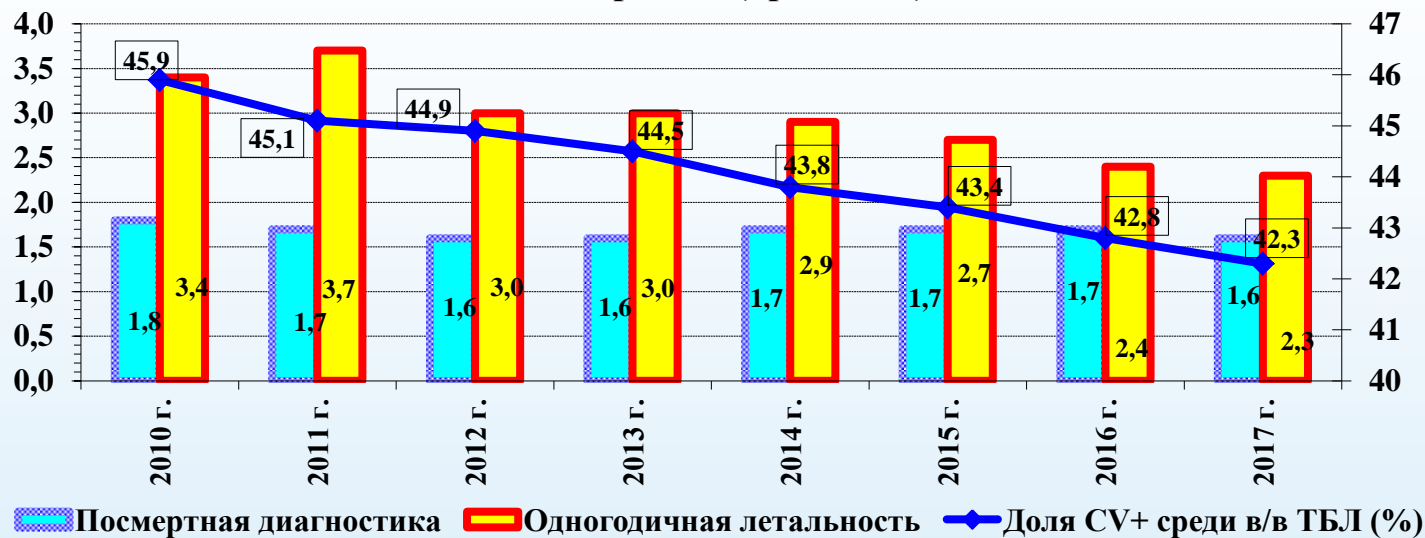
Начинает нарастать доля флюорографических установок, работающих более 10 лет:

2013 г. – 20,5%;
2016 г. – 33,6%;
2017 г. – 47,8%

Показатели по туберкулезу в Российской Федерации (на 100000 населения)



Индикаторы качества выявления туберкулеза: Российская Федерация (проценты)

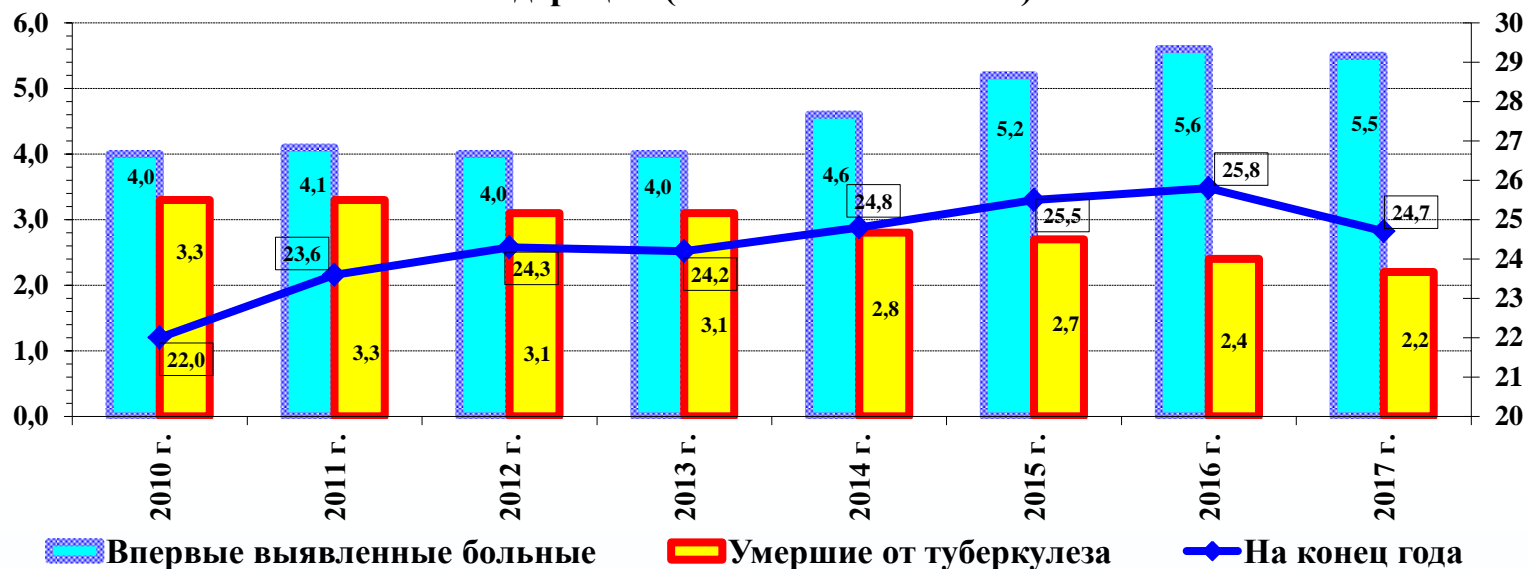


МЛУ-ТБ

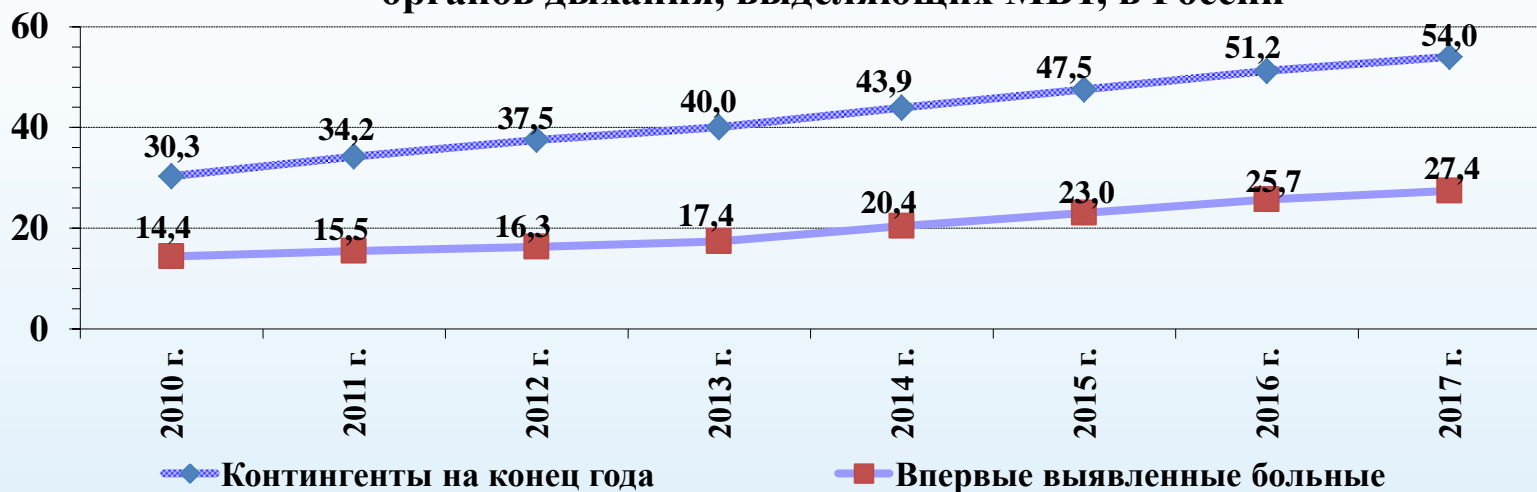
Рост доли МЛУ-ТБ как среди впервые выявленных пациентов с МБТ(+), так и среди контингентов, состоящих на учете на окончание года.

Среди состоявших на учете, умерших от туберкулеза в 2017 г., МЛУ-ТБ имели 44% больных; среди умерших от других причин – 27,5%.

Множественная лекарственная устойчивость МБТ в Российской Федерации (на 100000 населения)



Доля (%) больных с МЛУ-ТБ среди пациентов с туберкулезом органов дыхания, выделяющих МБТ, в России



Туберкулез и ВИЧ

С 2008 г. распространенность ВИЧ-инфекцией стала превышать распространенность туберкулезом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией – с 2014 г., смертность от ВИЧ-инфекции – с 2015 г.

Охват осмотрами населения РФ (%):

На туберкулез:

2005 год – 57,9%;
2016 год – 69,3%;
2017 год – 71,3%.

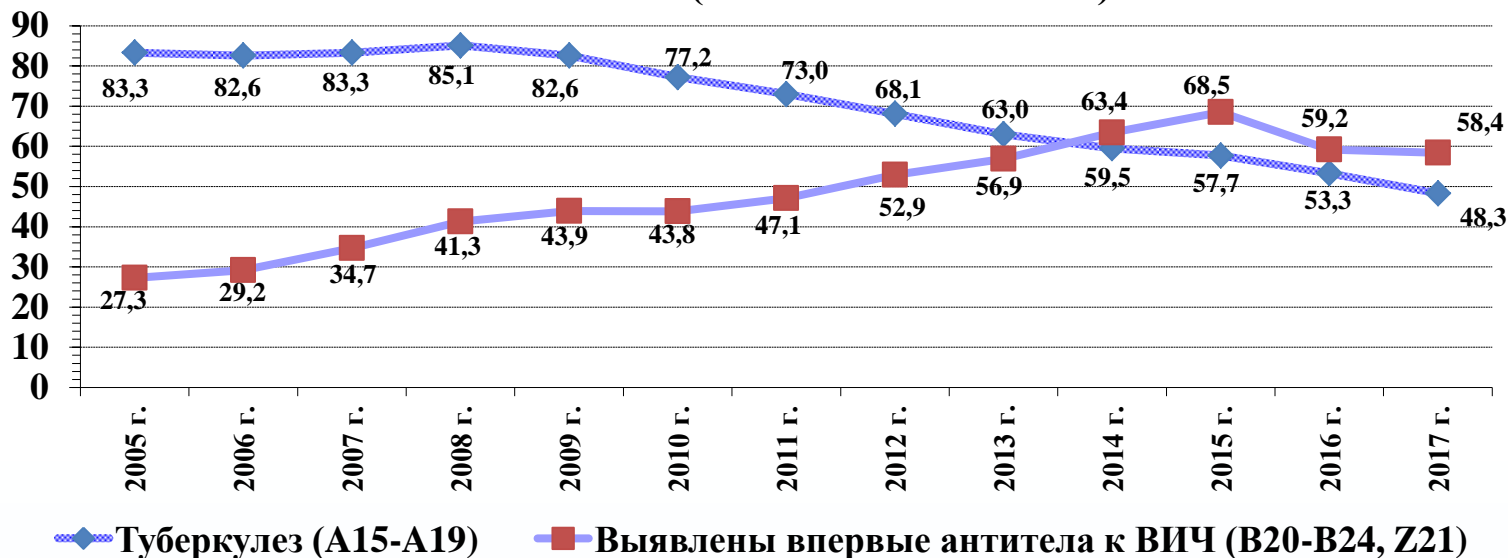
На антитела к ВИЧ:

2005 год – 13,6%;
2016 год – 21,9%;
2017 год – 23,8%.

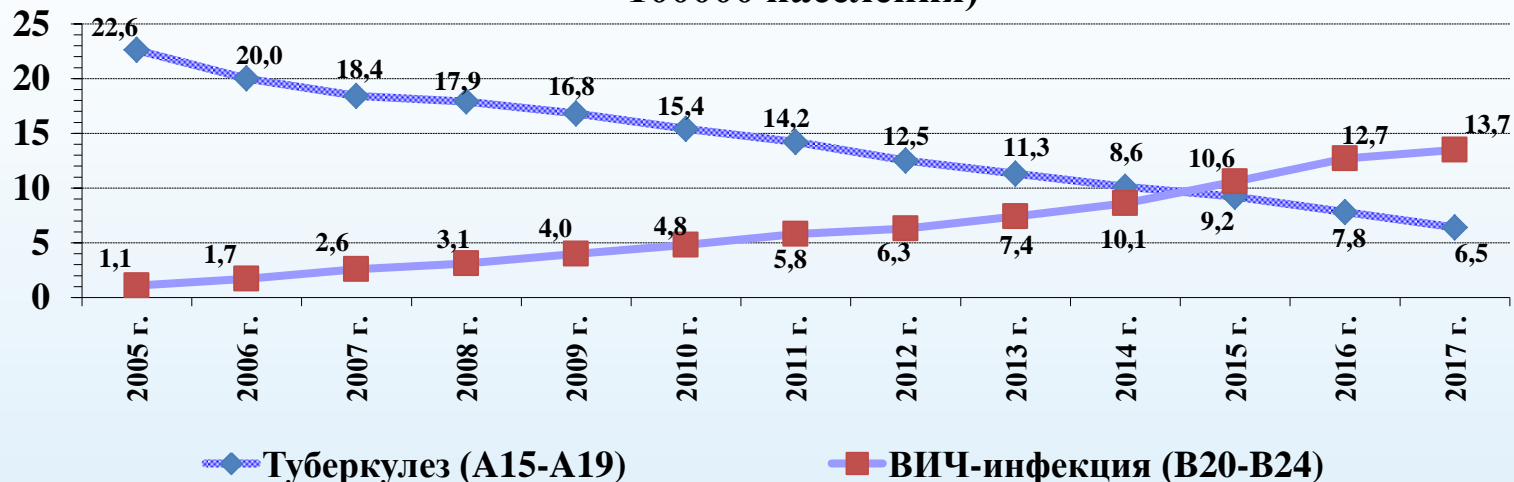
Выявляемость ВИЧ:

2005 год – 0,20%;
2016 год – 0,38%;
2017 год – 0,30%.

Заболеваемость туберкулезом и выявление антител к ВИЧ в России (на 100000 населения)



Смертность от туберкулеза и ВИЧ-инфекции в России (на 100000 населения)



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Пик заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией приходится на возраст 25-34 года (женщины) и 35-44 года (мужчины).

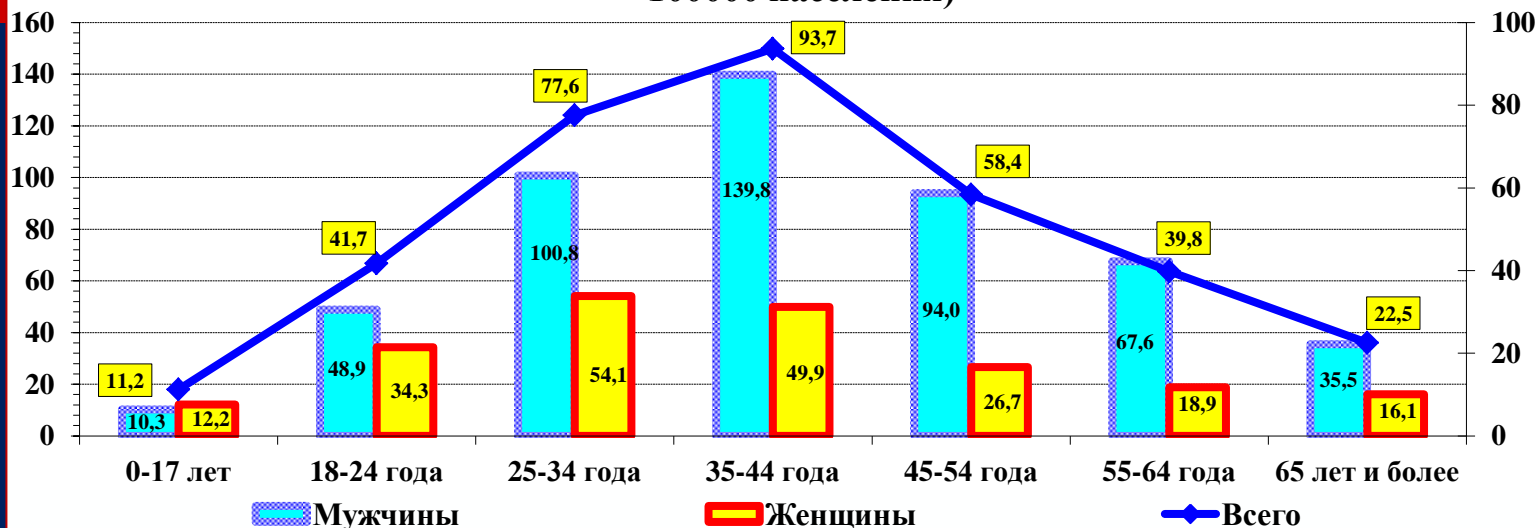
В возрасте 0-44 года впервые зарегистрированы с туберкулезом 66,0% (2017 г.):

- 0-17 лет – 4,7 %
- 18-24 года – 6,0 %
- 25-34 года – 26,5 %
- 35-44 года – 28,8 %
- 45-54 года – 15,7 %
- 55 лет и > – 18,3 %

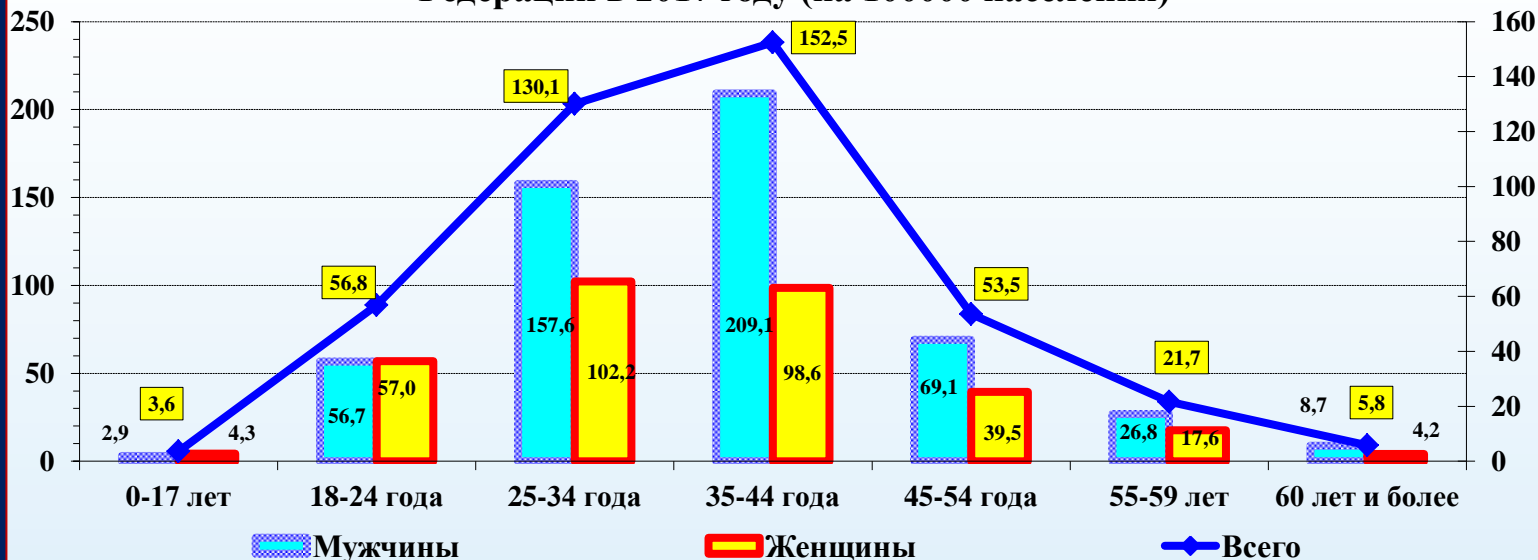
В возрасте 0-44 года впервые выявлены АТ к ВИЧ (В20-В24 + Z21) и пациенты были зарегистрированы как впервые заболевшие в 83,3% случаев (2017 г.):

- 0-17 лет – 1,3%
- 18-24 года – 6,8 %
- 25-34 года – 36,6%
- 35-44 года – 38,6 %
- 45-54 года – 11,8 %
- 55 лет и > – 4,9 %

Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации в 2017 году (на 100000 населения)



Первичная регистрация антител к ВИЧ (В20-В24, Z21) в Российской Федерации в 2017 году (на 100000 населения)



- **Российская Федерация, 2016 год:**

- Ср. возраст выявления антител к ВИЧ (ф. ФГСН № 61) – 35,3 лет, у мужчин – 35,7 лет, у женщин – 34,7 лет.
- Ср. возраст умерших от ВИЧ-инфекции (Росстат) – 37,5 лет, у мужчин – 37,9 лет, у женщин – 36,6 лет.
- Каждый случай смерти от ВИЧ-инфекции – это примерно 29 лет не дожития для мужчин и 40,4 лет для женщин. В 2016 г. умерло от ВИЧ инфекции 18 577 чел.: 12 628 мужчин и 5 949 женщин.
- **Таким образом, за счет ВИЧ-инфекции только в течение одного года не прожито 606 552 лет жизни.**

- **Свердловская область, 2016 год:**

- Ср. возраст выявления антител к ВИЧ (ф. ФГСН № 4) – 35,0 лет (2010 г. – 29,9), у мужчин – 35,4 лет, у женщин – 34,3 лет.
- Ср. возраст умерших по разным причинам инфицированных ВИЧ – 38,6 лет (2010 г. – 33,6), у мужчин – 38,5 лет, у женщин – 38,6 лет.
- Ср. число лет жизни от выявления АТ к ВИЧ до смерти по разным причинам – 6,4 лет (2010 г. – 5,3), у мужчин – 6,5 лет, у женщин – 6,2 лет.
- Ср. возраст умерших от ВИЧ-инфекции – 37,2 лет (2010 г. – 32,5), у мужчин – 37,6 лет, у женщин – 36,2 лет.
- Ср. число лет жизни от выявления АТ к ВИЧ до смерти от ВИЧ-инфекции – 6,5 лет (2010 г. – 6,0), у мужчин – 6,4 лет, у женщин – 6,5 лет.
- **Время от диагностированной ВИЧ-инфекции до постановки диагноза «ВИЧ-инфекция + туберкулез»: 5,4 года (2010 г. – 4,4), у мужчин – 5,2 года, у женщин – 5,8 года.**
- Уровень CD4-лимфоцитов перед постановкой диагноза «туберкулез» у инфицированных ВИЧ пациентов: 225,7 клеток / мл крови (2010 г. – 242,1), у мужчин – 220,6 клеток / мл крови, у женщин – 235,9 клеток / мл крови.
- **Микобактериальная инфекция преобладает в структуре смертельных исходов по причине «ВИЧ-инфекция»: 38,7% от всех умерших от ВИЧ-инфекции (2012 г. – 43,1 %).**



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Показатели заболеваемости туберкулезом больше, чем показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией:

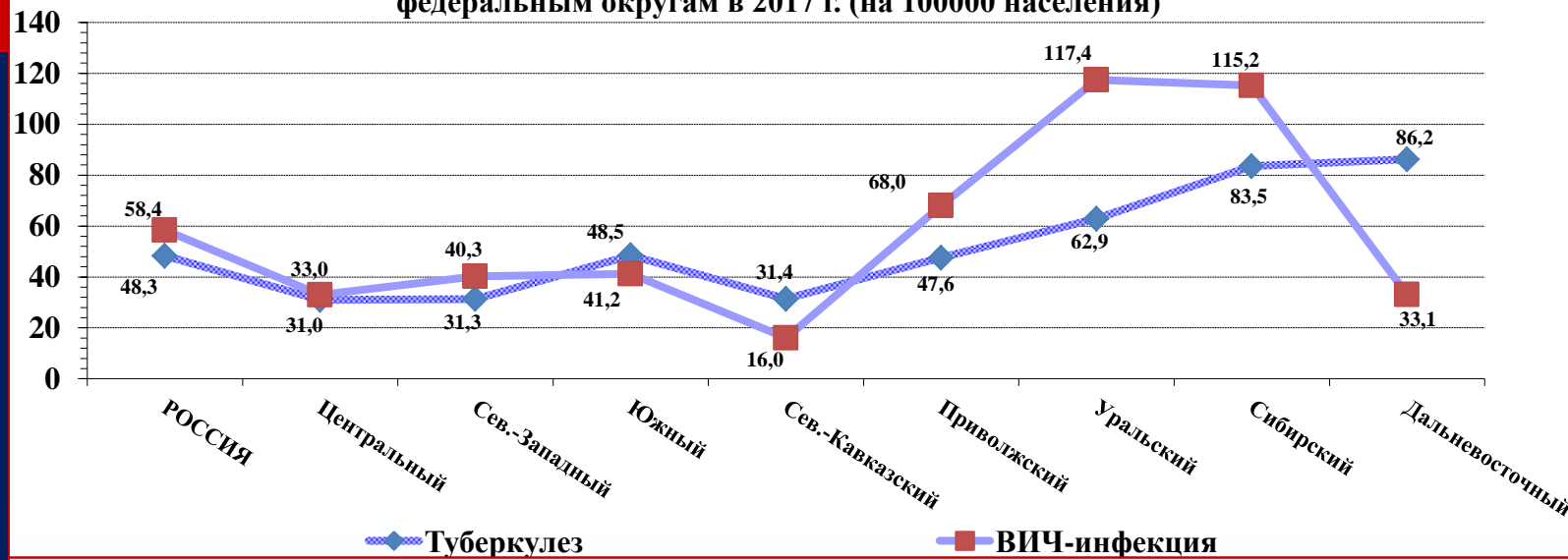
- Южный ФО
- Северо-Кавказский ФО
- Дальневосточный ФО

Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией больше, чем показатели заболеваемости туберкулезом:

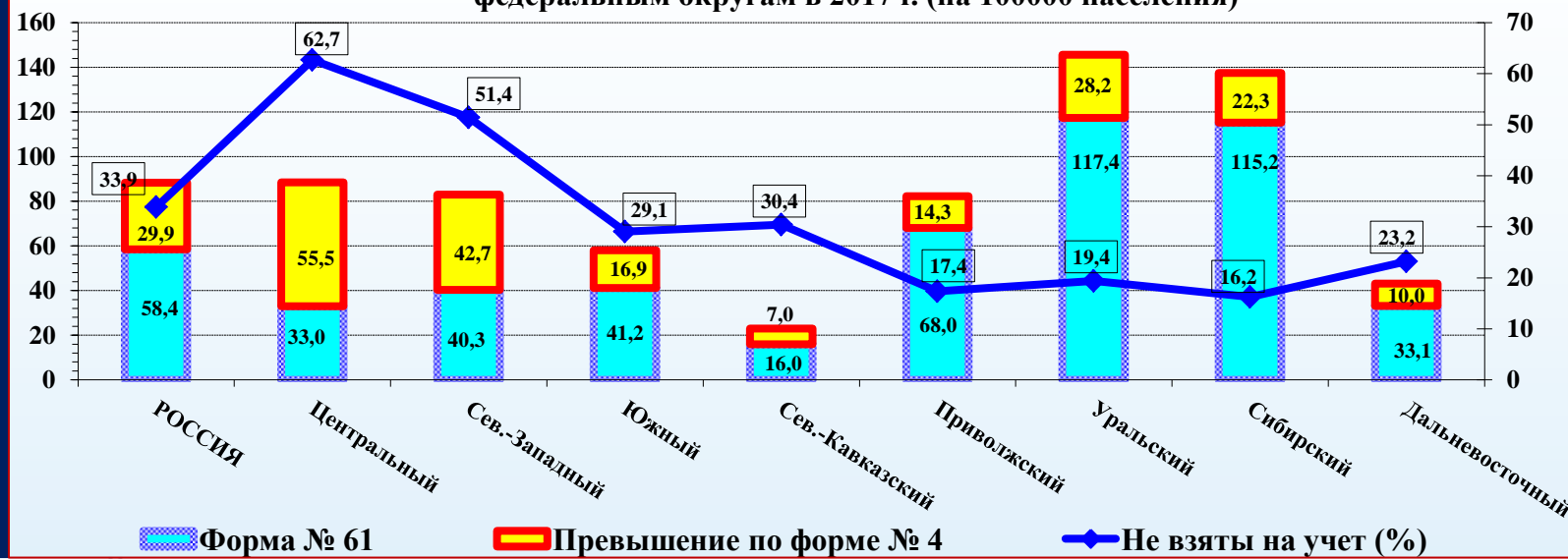
- Центральный ФО
- Северо-Западный ФО
- Приволжский ФО
- Уральский ФО
- Сибирский ФО

Наибольшая разница между выявлением ВИЧ и взятием на учет в Центральном ФО и Северо-западном ФО – **нельзя доверять** показателям заболеваемости ВИЧ-инфекцией, наименьшая разница – Приволжский ФО, Уральский ФО и Сибирский ФО.

Показатели заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 населения)



Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией по формам ФГСН №4 и №61 в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 населения)



Туберкулез и ВИЧ

Показатель заболеваемости туберкулезом пациентов, инфицированных ВИЧ, в 53 раза больше, чем показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения, не инфицированного ВИЧ.

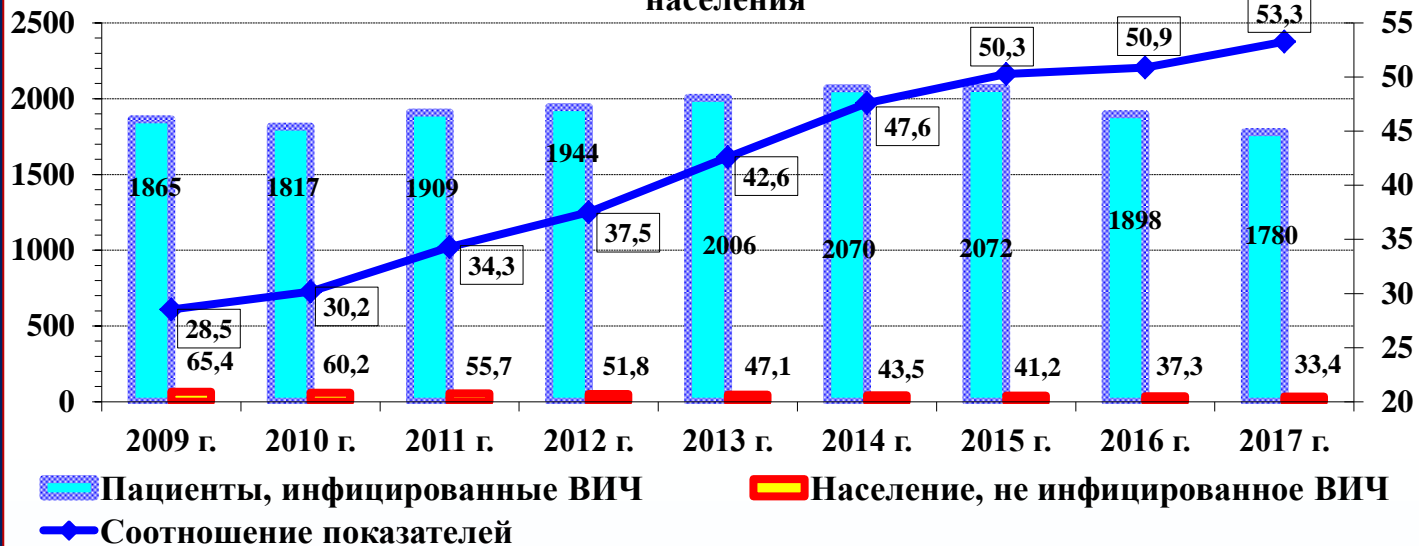
Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения, не инфицированного ВИЧ, в 2017 г. (33,4) ниже минимального показателя, который регистрировался в России в 1991 г. (34,0 на 100 000 населения).

Показатель смертности от туберкулеза, который сейчас практически не включает умерших от туберкулеза инфицированных ВИЧ, в 2017 г. (6,5 на 100 000 населения) ниже минимального показателя, который фиксировался в 1989 г. (7,4 на 100 000 населения).

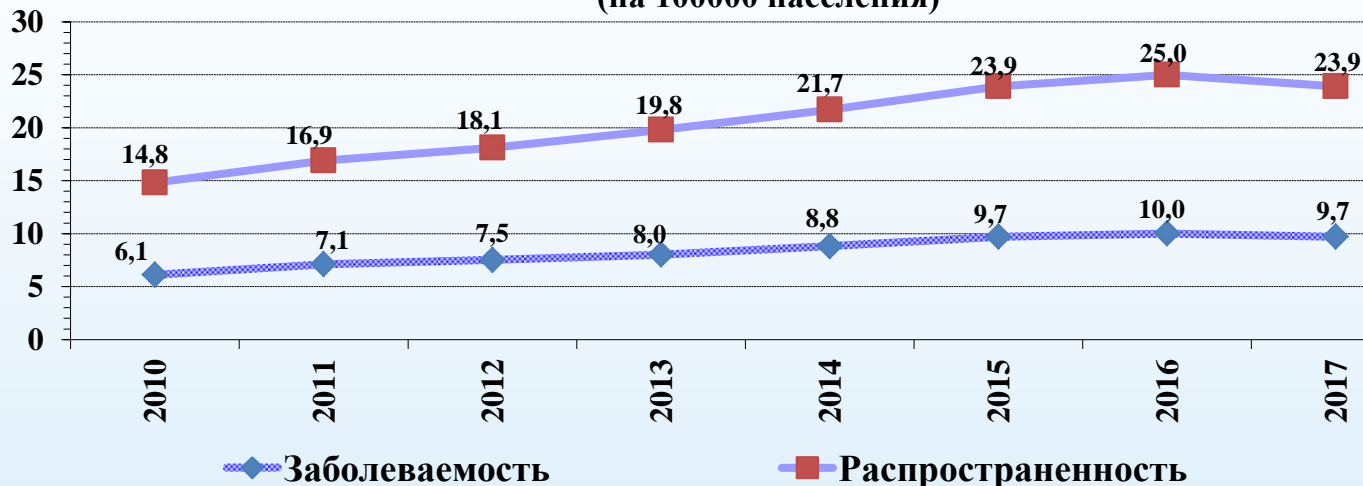
С 2010 г. заболеваемость ко-инфекцией и распространенность ВИЧ-ТБ на окончание года выросли в 1,6 раза.

В 2017 г. впервые показатели несколько уменьшились. Что это? Начало стабилизации или временные улучшения – покажет время.

Заболеваемость туберкулезом постоянного населения России (на 100000 населения): пациентов, инфицированных ВИЧ, и прочего постоянного населения



Заболеваемость и распространенность на окончание года ВИЧ-ТБ в России: постоянное население и содержащиеся в учреждениях ФСИН (на 100000 населения)

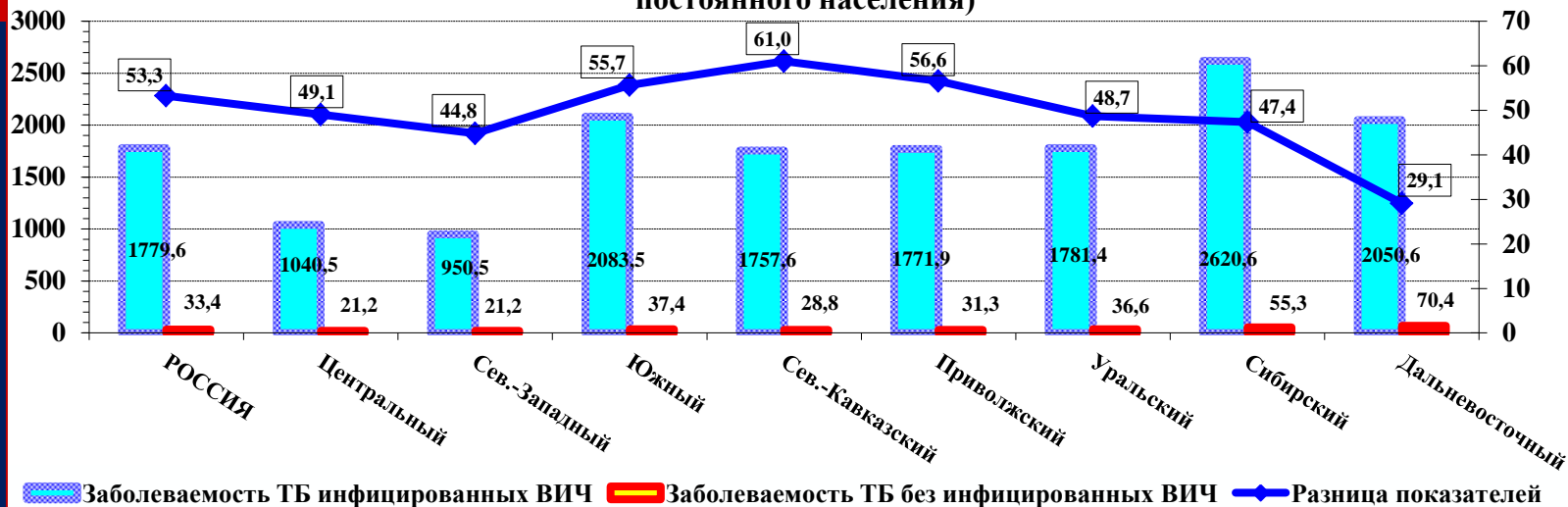


Туберкулез и ВИЧ-инфекция

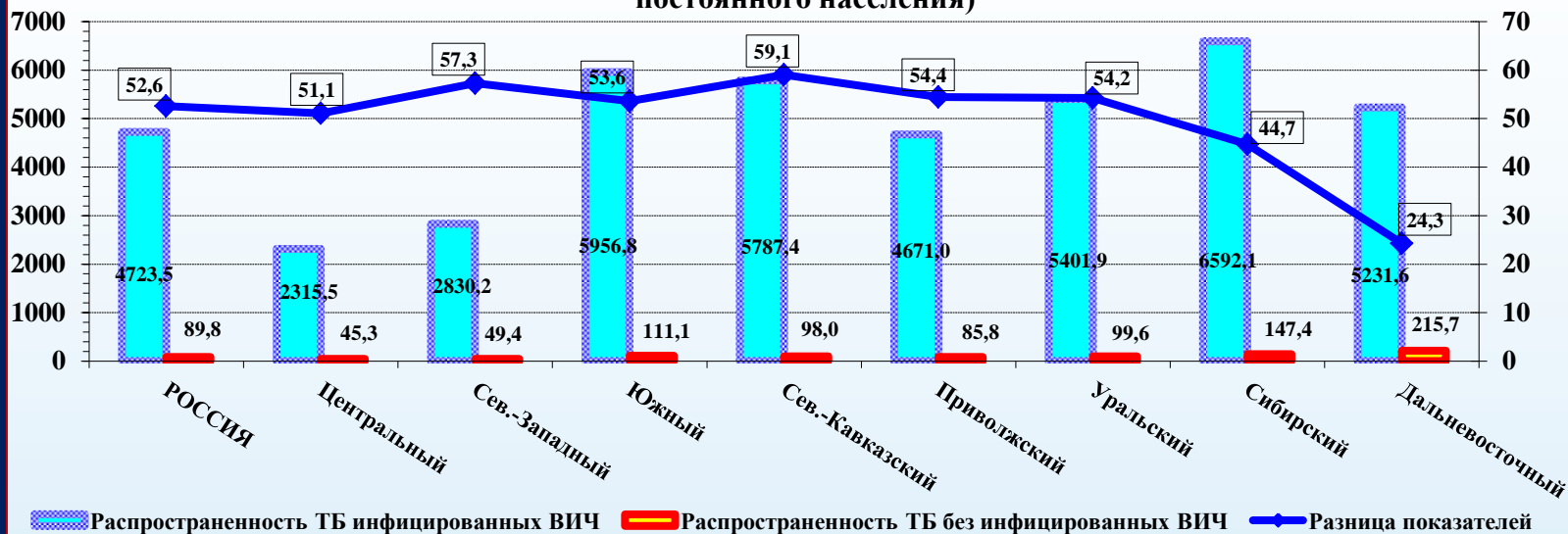
На показатели заболеваемости и распространенности туберкулезом инфицированных ВИЧ существенное влияние оказывает общая эпидемическая ситуация по туберкулезу в регионе.

Наиболее низкие уровни показателей по туберкулезу инфицированных ВИЧ в Центральном и Северо-Западном ФО, а самые высокие – в Сибирском и Дальневосточном ФО, как и среди населения, не инфицированного ВИЧ.

Показатели **заболеваемости** туберкулезом инфицированных ВИЧ и неинфицированных ВИЧ в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 постоянного населения)

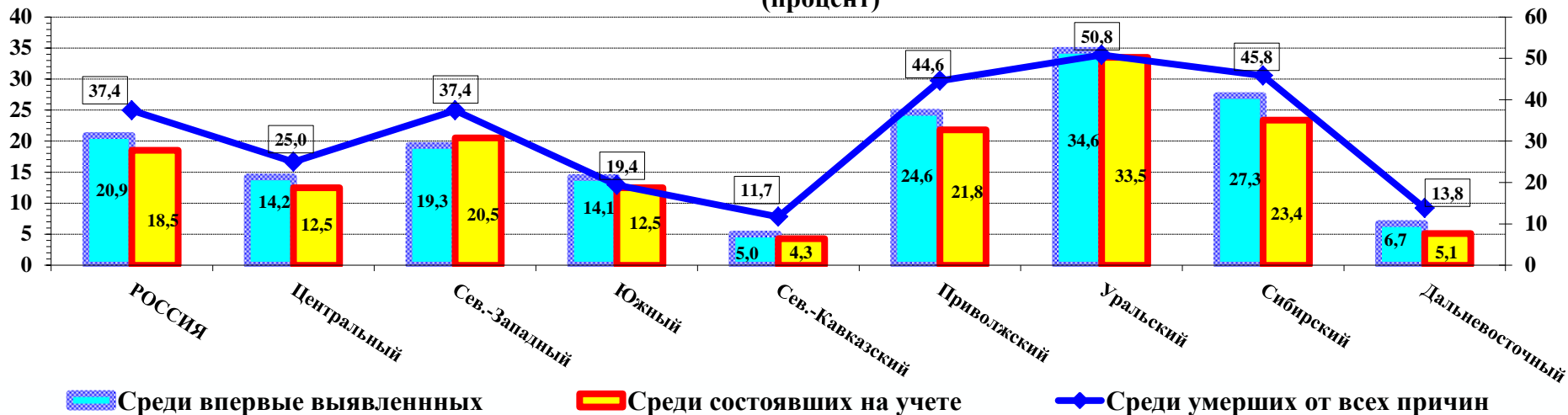


Показатели **распространенности** туберкулезом инфицированных ВИЧ и неинфицированных ВИЧ в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 постоянного населения)



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Доля инфицированных ВИЧ среди постоянного населения России по федеральным округам в 2017 г. (процент)



• Среди состоящих на окончание 2017 г. пациентов с туберкулезом больше всего пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции в следующих субъектах Российской Федерации:

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| • Волгоградская область (818 чел.) | Иркутская область (1 652 чел.) | Кемеровская область (1 757 чел.) |
| • Курганская область (402 чел.) | Ленинградская область (495 чел.) | Московская область (733 чел.) |
| Нижегородская область (566 чел.) | Новосибирская область (1 426 чел.) | Омская область (537 чел.) |
| Оренбургская область (928 чел.) | Ростовская область (495 чел.) | Самарская область (1 681 чел.) |
| Свердловская область (3 191 чел.) | Ульяновская область (405 чел.) | Тюменская область (719 чел.) |
| • Челябинская область (1 081 чел.) | Республика Башкортостан (733 чел.) | Республика Крым (506 чел.) |
| Республика Татарстан (436 чел.) | Ханты-Мансийский АО (697 чел.) | Алтайский край (1 456 чел.) |
| Краснодарский край (550 чел.) | Красноярский край (964 чел.) | Пермский край (1 317 чел.) |
| Приморский край (492 чел.) | город Москва (557 чел.) | город Санкт-Петербург (860 чел.) |

• В этих 27 субъектах Российской Федерации состоит на учете пациентов с сочетанной патологией ВИЧ-ТБ: 25 454 чел., что составляет 85,3% от всех пациентов, зарегистрированных в России (29 847 чел.).

• Необходимо решать вопрос о совместной деятельности противотуберкулезных медицинских организаций и Центров СПИДа, где-то решать вопрос об объединении организаций.



Число юридических лиц сократилось с 2005 г. по 2017 г. – с 571 до 217.

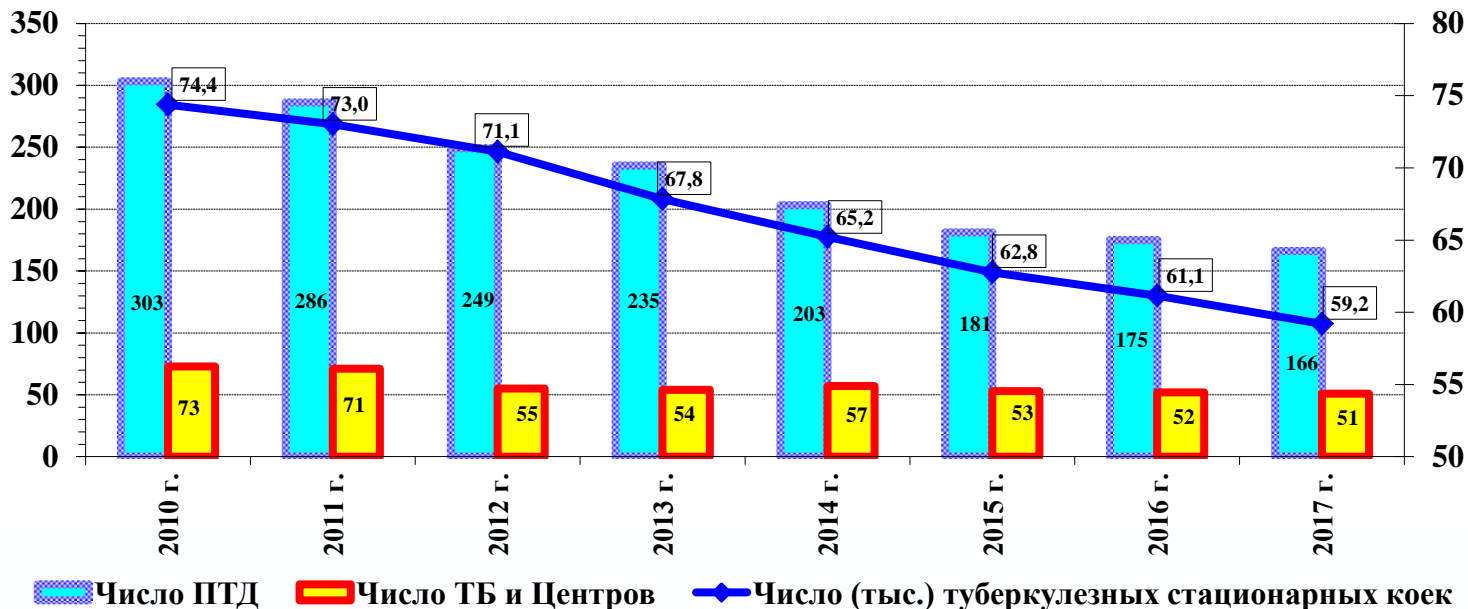
Есть 166 ПТД (со стационаром – 148), 42 ТБ, 9 Центров.

Несмотря на уменьшение числа туберкулезных стационарных коек (с НИИ), число пациентов с туберкулезом на 1 койку сокращается (с 2009 г. по 2017 г.): всего – с 3,4 до 2,7; МБТ(+) – с 1,4 до 1,1.

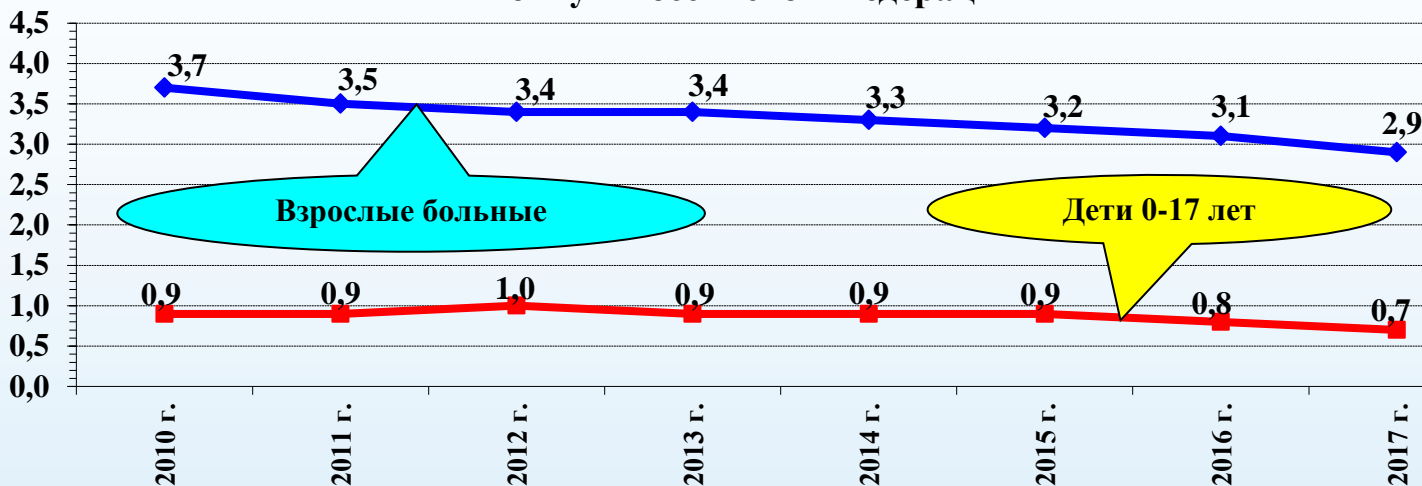
Растет число пациентов на 1 туберкулезную койку: МЛУ-ТБ – с 0,4 до 0,5; ВИЧ-ТБ – с 0,2 до 0,5.

Необходимо менять структуру коечного фонда. 8,8% коек, расположенных в противотуберкулезных мед. организациях, регистрируются как нетуберкулезные. При этом не известно, сколько коек торакальной хирургии, для внелегочных форм ТБ, МЛУ-ТБ, ВИЧ-ТБ.

Противотуберкулезные медицинские организации России



Число пациентов с туберкулезом на 1 туберкулезную стационарную койку в Российской Федерации



Противотуберкулезная служба

Стационарные туб. койки:

Число коек сократилось с 2005 г. по 2017 г. – с 78505 до 59179 (на 24,6%).

Среднее число коек: в 9 Центрах – 516 коек, в 42 туберкулезных больницах – 254 коек, в 166 противотуберкулезных диспансерах – 277 коек.

Работа койки для взрослых – 315,3 дней, для детей – 315,6 дней.

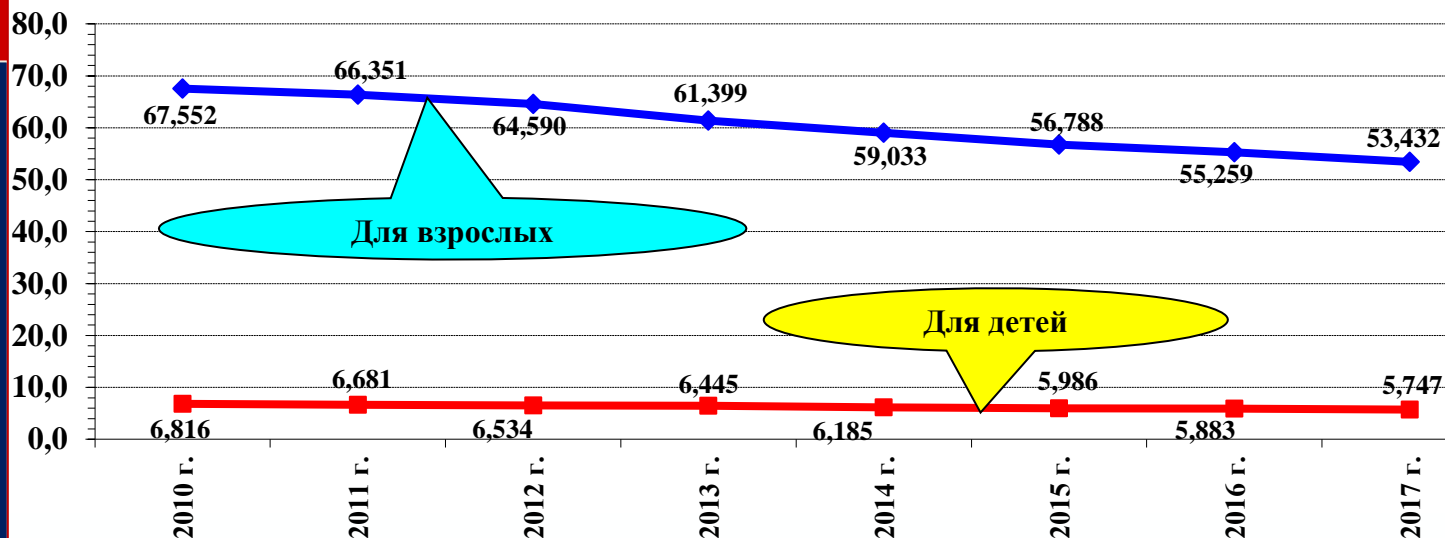
Санаторные туб. койки:

Число коек сократилось с 2005 г. по 2017 г. – с 25003 до 12182 (на 51,3%).

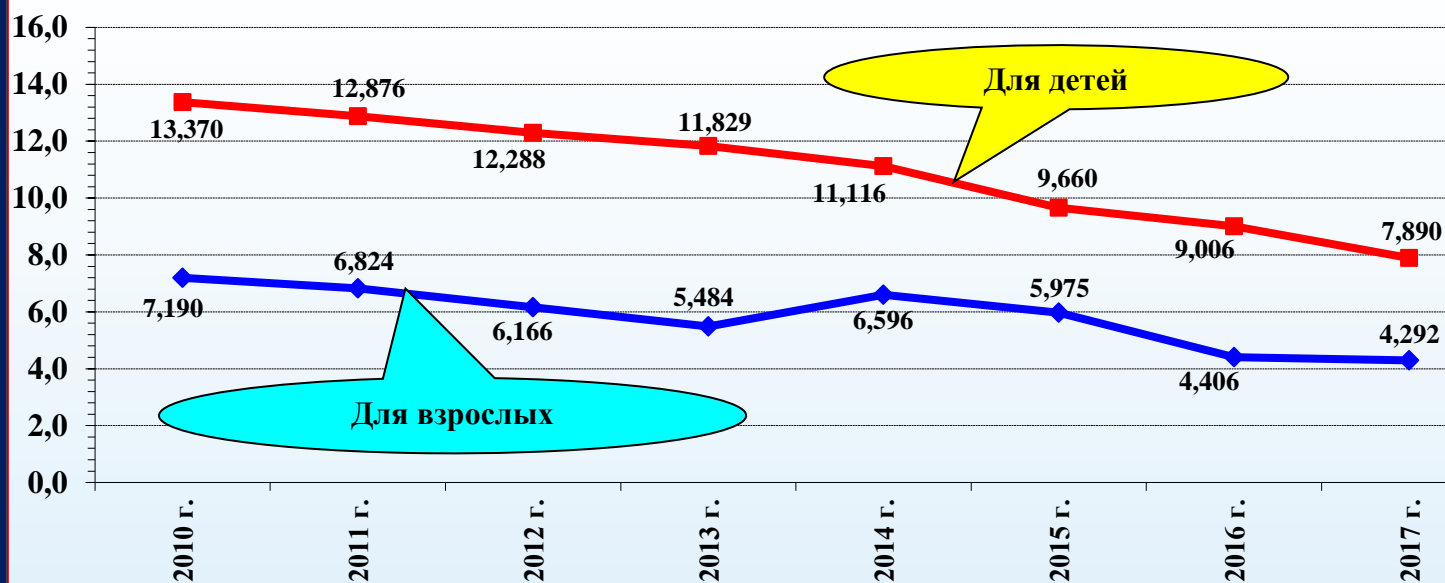
Среднее число коек на 1 санаторий – 134 (91 санаторий)

Работа койки для взрослых – 260,6 дней, для детей – 298,1 дней.

Число стационарных туберкулезных коек в России (тыс.)



Число санаторных туберкулезных коек в России (тыс.)



Противотуберкулезная служба

В туберкулезных больницах (42) и противотуберкулезных диспансерах (166) на 31.12.2017 г. имелось:

48 кабинетов компьютерной томографии;

6 кабинетов гемосорбции;

11 патологоанатомических отделений;

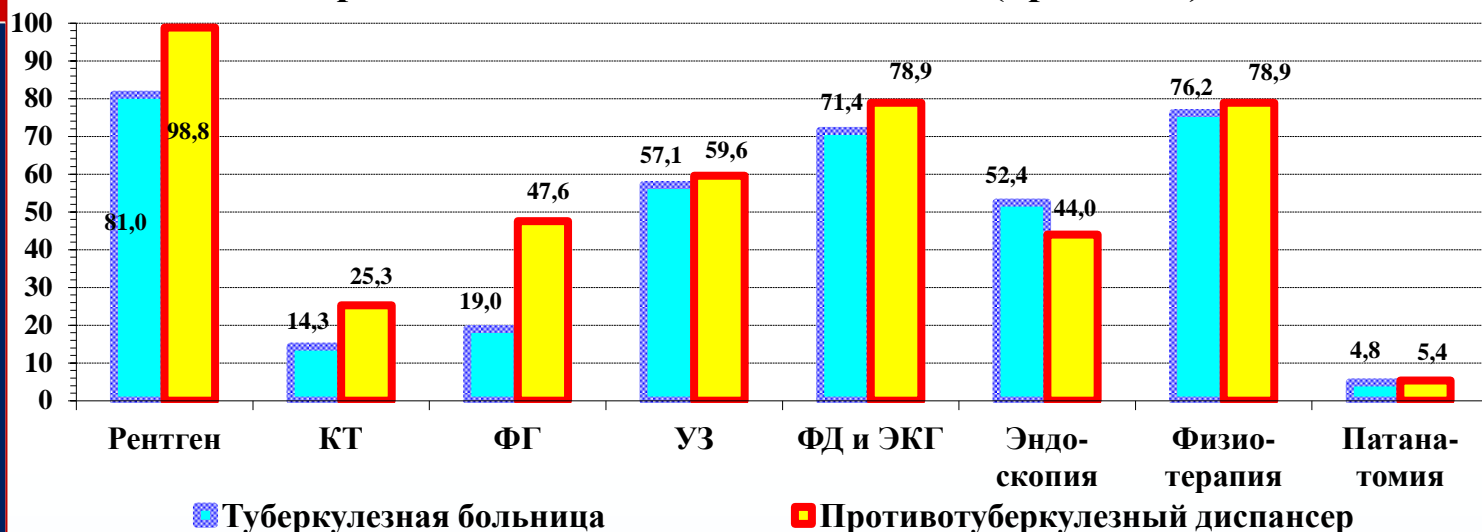
21 АСУ;

5 лабораторий иммунологических (серологических);

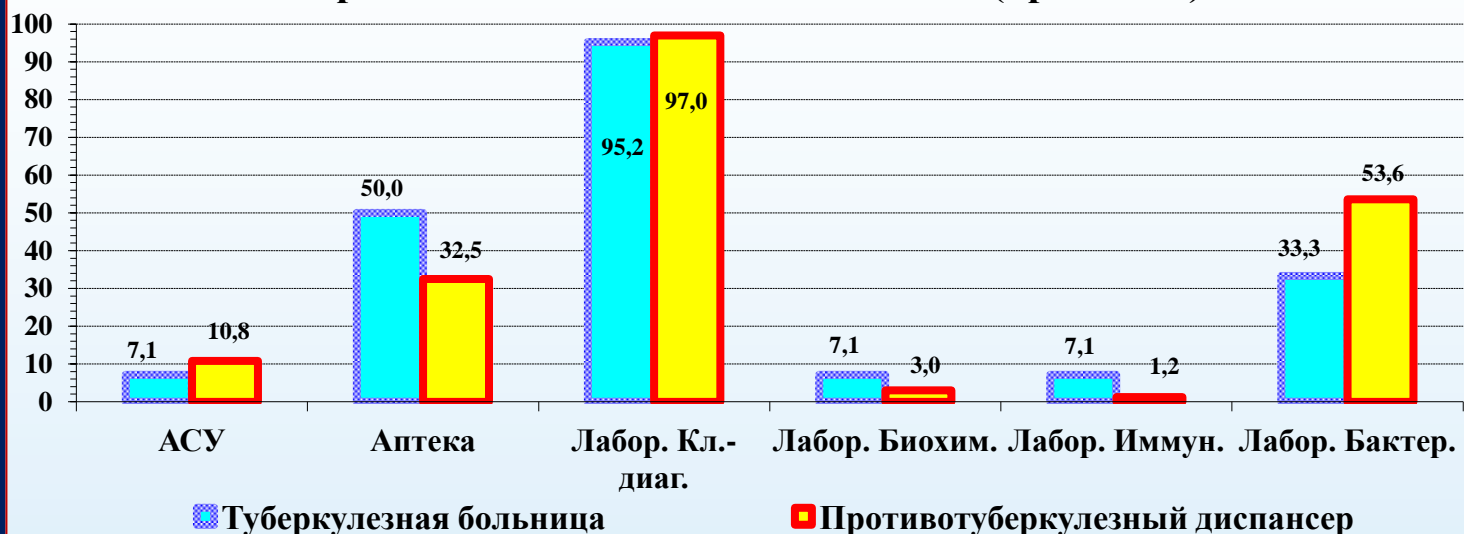
8 биохимических лабораторий ;

103 бактериологических лабораторий

Оснащенность противотуберкулезных медицинских организаций России на 31.12.2017 г. (проценты)



Оснащенность противотуберкулезных медицинских организаций России на 31.12.2017 г. (проценты)



- **Отчеты 2017 года. Медицинские организации (без ведомств):**
- Микроскопия по Циль-Нельсону осуществлялась в 5 497 лабораториях (2016 г. – 5 571).
- Люминесцентные микроскопы есть в 283 лабораториях (2016 г. – 288).
- **Из 285 бактериологических лабораторий тест на лекарственную чувствительность МБТ к ПТП основного ряда (ТЛЧ) выполняют в 209 – 73,3% (2016 г. – 217 из 305).**
- Кроме того: баклаборатории есть в 10 федеральных учреждениях, в 7 из них делали ТЛЧ.
- Региональные противотуберкулезные лабораторий: есть ВАСТЕС – в 120 (2016 г. – 118), *GeneXpert* – в 145 (2016 г. – 133), биочип-ТБ – в 13 (2016 г. – 15), LiPA – в 10 (2016 г. – 12), прочие технологии ПЦР – в 73 (2016 г. – 76).
- Кроме того, в 6 федеральных организациях есть технология ВАСТЕС.
- Часть бактериологических лабораторий, которые выполняют тесты на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) микобактерий туберкулеза, определяют чувствительность только к противотуберкулезным препаратам основного ряда. Тесты на ЛЧ к ПТП резервного ряда – 166 региональных лабораторий (79,4% от общего числа лабораторий, делающих тесты на ЛЧ).
- **Учреждения УИС:**
- Микроскопия по Циль-Нельсону осуществлялась в 461 лаборатории (2016 г. – 467).
- Люминесцентные микроскопы есть в 69 лабораториях (2016 г. – 84).
- **Из 82 бактериологических лабораторий ТЛЧ выполняют в 80, в т.ч. к ПТП резервного ряда - 76.**
- Есть ВАСТЕС – в 1 (2016 г. – 5), *GeneXpert* – в 53 (2016 г. – 49), биочип-ТБ – в 5 (2016 г. – 7), LiPA – в 2 (2016 г. – 0), прочие технологии ПЦР – в 5 (2016 г. – 6).
- **Прочие учреждения ведомств и частных медицинских организаций:**
- Микроскопия по Циль-Нельсону осуществлялась в 27 лабораториях (2016 г. – 28).
- Люминесцентные микроскопы есть в 21 лаборатории (2016 г. – 22).
- Технологии ПЦР – в 8 лабораториях (2016 г. – 11).



- **Участие в Федеральной системе внешней оценки качества лабораторных исследований Росздравнадзора (ФСВОК) – гражданский сектор и ФСИН (2017 год):**
- микроскопия мазка по Цилю-Нильсену: 926 лабораторий (охват – 15,5%), адекватная эффективность – 72,5%;
- культуральная диагностика: 111 баклабораторий (охват 30,2%), адекватная эффективность – 70,3%;
- тестирование чувствительности к ПТП основного ряда: 108 баклабораторий (охват – 37,4%), адекватная эффективность – 79,6%;
- тестирование чувствительности к ПТП резервного ряда: 104 баклаборатории (охват – 43,0%), адекватная эффективность – 86,5%;
- определение ДНК МБТ с использованием технологии GeneXpert: 11 лабораторий (охват 5,6%).
- **Недостаточное развитие бактериологической диагностики лекарственной чувствительности МБТ к ПТП приводит к неадекватному лечению пациентов и развитию МЛУ ТБ.**
- **Во всем мире до назначения ПТП резервного ряда необходимо определить чувствительность МБТ к ПТП, а в России – режим лечения стоимостью до 1-2,5 млн. рублей может назначаться «при подозрении на лекарственную устойчивость» без её определения.**
- При таком уровне развития бактериологической диагностики выполнение приказа Минздрава России от 29.12.2014 г. № 951, утвердившего методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания, приведет к появлению тотальной лекарственной устойчивости.



Противотуберкулезная служба

Число врачей фтизиатров с 2005 года по 2017 год сократилось с 9 027 до 7 081 человек (21,6%).

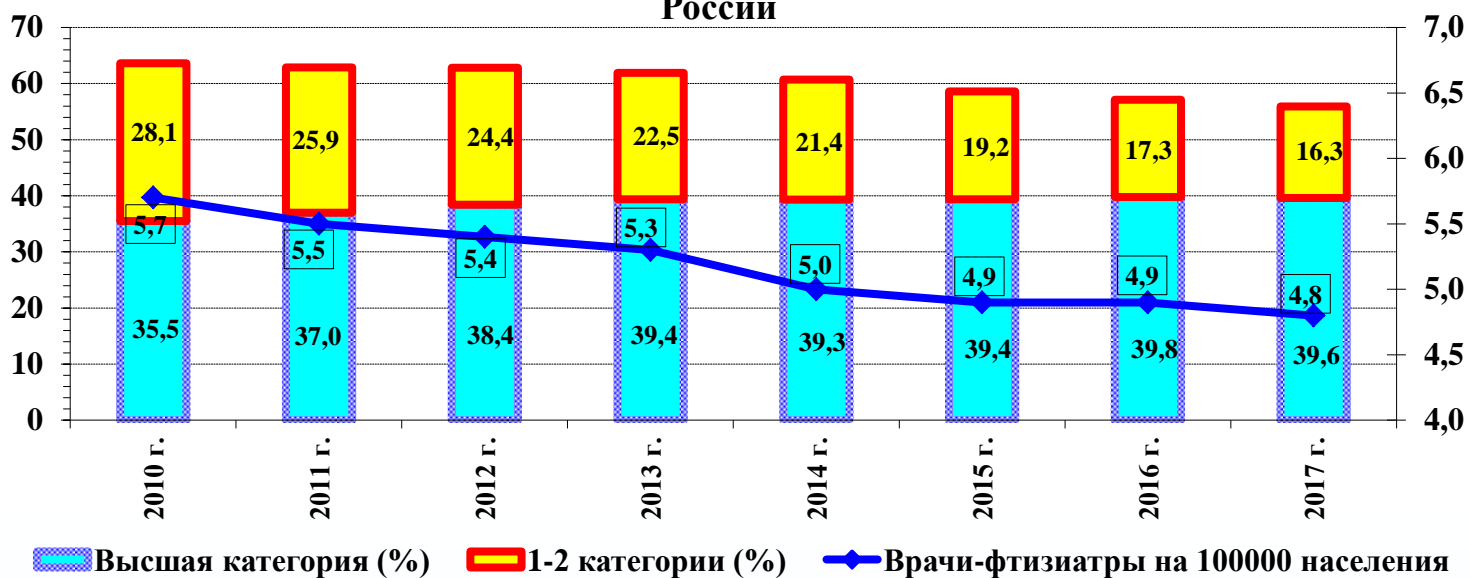
Выросла доля врачей, имеющих сертификат, – с 83,4% до 99,2%.

Коэффициент совмещения врачей фтизиатров – 1,6.

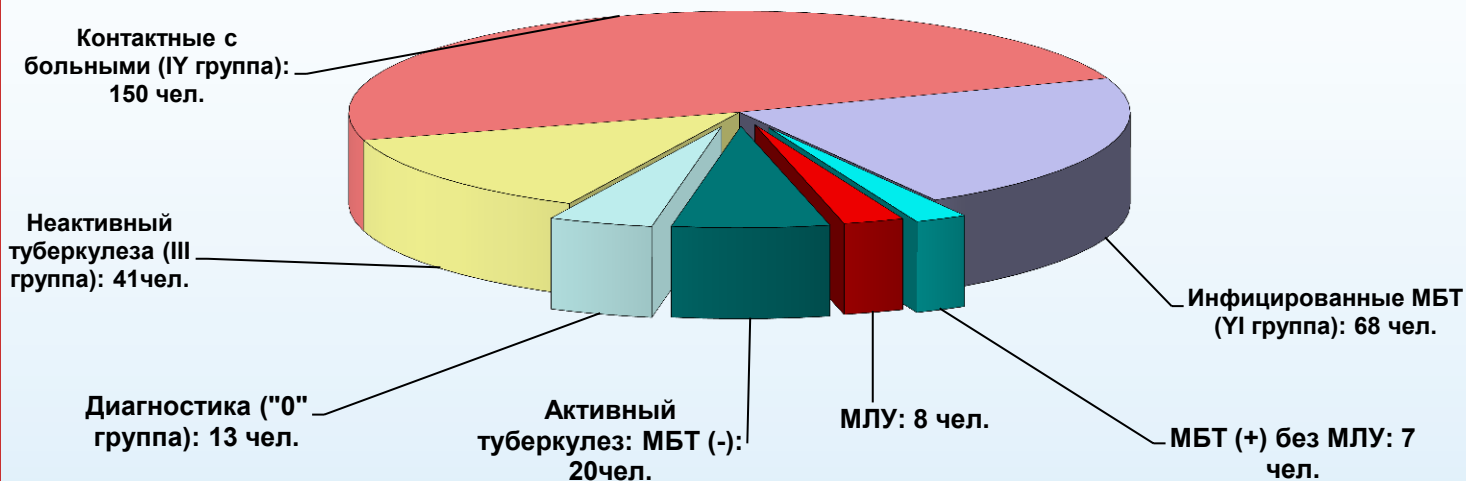
Пациенты с активным туберкулезом составляют только 11,2% от состоящих на учете в противотуберкулезных медицинских организациях.

Остальные контингенты – группы риска по туберкулезу.

Число врачей-фтизиатров, имеющих врачебные категории, в России

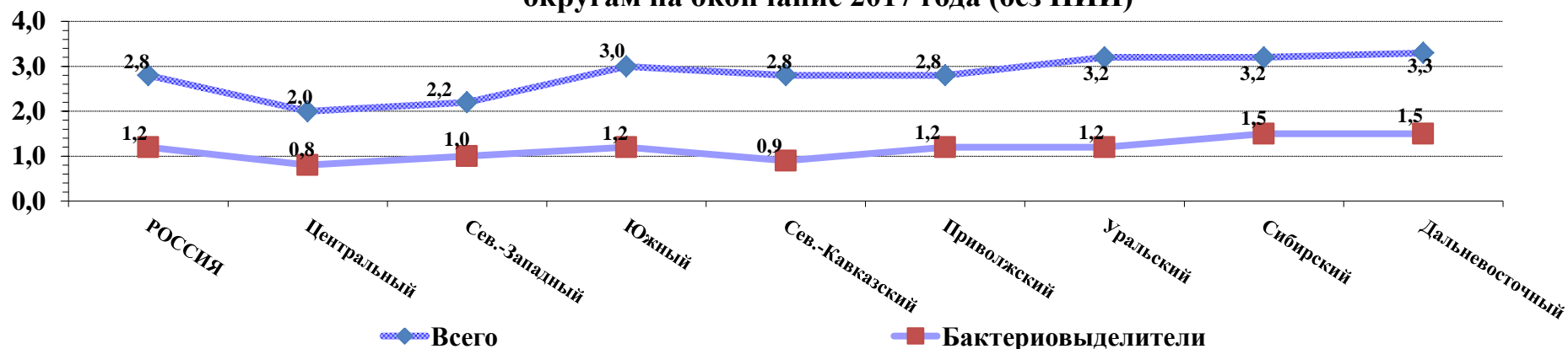


Среднее число пациентов на 1 занятую должность врача фтизиатра участкового (Российская Федерация, на 31.12.2017 г.): всего - 306 человек, в т.ч. с активным туберкулезом - 35 человек, с МЛУ - 8 человек



Противотуберкулезная служба

Число пациентов с туберкулезом на 1 туберкулезную койку в России по федеральным округам на окончание 2017 года (без НИИ)



Менее 2 пациентов с туберкулезом на 1 туберкулезную койку: Белгородская область (0,8), Вологодская область (1,5), Воронежская область (1,8), Ивановская область (1,4), Калининградская область (1,9), Костромская область (1,1), Липецкая область (1,4), Магаданская область (1,3), Новгородская область (1,6), Орловская область (1,7), Рязанская область (1,8), Тамбовская область (1,9), Тульская область (1,8), республика Коми (1,6), республика Саха - Якутия (1,6), Ненецкий АО (0,2).

В Москве показатель 1,4. Но в стационарах Москвы лечатся в значительной части пациенты, которые не являются москвичами. Среди впервые зарегистрированных пациентов с туберкулезом на постоянное население приходится только 42%; жители других субъектах Российской Федерации – 20%, иностранные граждане – 32%.

В этих субъектах Российской Федерации необходимо решать вопрос о реорганизации коечного фонда. Чем должна заниматься противотуберкулезная служба, кроме туберкулеза?

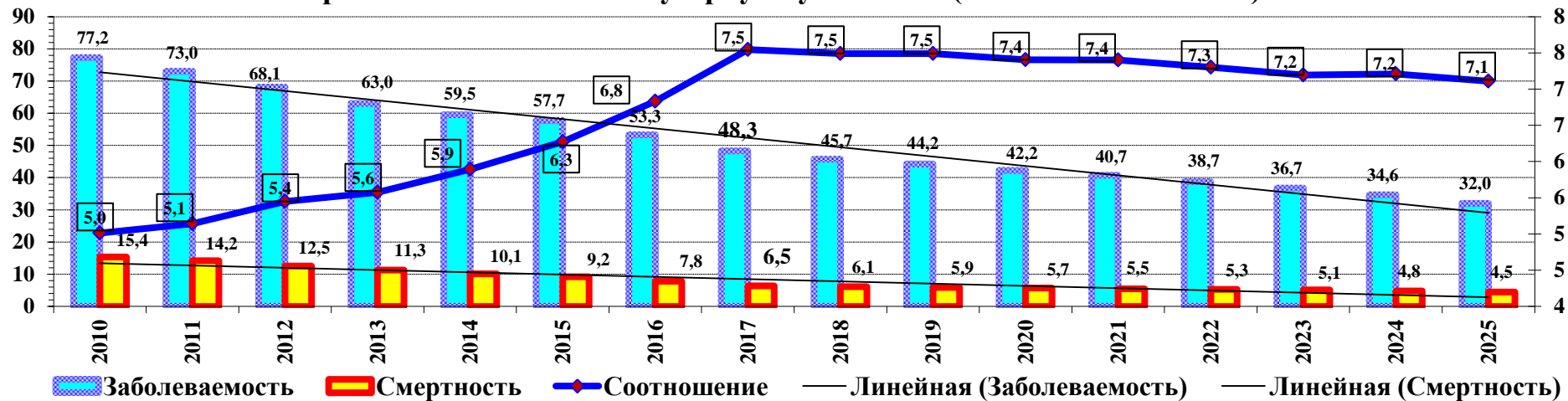
На все противотуберкулезные мероприятия было затрачено в 2017 г. 85,0 млрд. руб. (2016 г. – 79,0 млрд. руб.). **Подушевое финансирование – 579,2 руб./чел.** (2016 г. – 537,0). Показатель колеблется от 312,0 (СКФО) до 1 072,1 (ДФО). За счет средств федерального бюджета – 13,3%; средств субъектов России – 74,9%; средств ТФОМС – 9,2%; муниципального бюджета – 0,1%, иностранных источников – 0,1%, прочих источников – 2,3%. Кроме того, на новое строительство зданий и сооружений противотуберкулезных организаций затрачено 1,1 млрд. руб. (2016 г. – 0,4 млрд. руб.).

Итого было затрачено в 2017 г. 86,2 млрд. руб. (2016 г. – 79,0 млрд. руб.).

Начисление на оплату труда в противотуберкулезных организациях: **врачи** – 79,9 тыс. руб./чел. в месяц (2016 г. – 70,3), от 45,3 (СКФО) до 102,5 (ДФО); **средний медицинский персонал** – 42,3 тыс. руб./чел. в месяц (2016 г. – 38,6), от 27,8 (СКФО) до 53,3 (ДФО); **прочий персонал** – 34,7 тыс. руб./чел. в месяц (2016 г. – 30,5), от 21,3 (СКФО) до 52,4 (ДФО).



Прогноз показателей по туберкулезу в России (на 100000 населения)



- **Проект Государственной стратегии борьбы с туберкулезом в Российской Федерации до 2025 года и дальнейшую перспективу. Целевые показатели:**
 - заболеваемость туберкулезом к 2025 г. – 29,5; к 2030 г. – 20,0 на 100000 населения;
 - смертность от туберкулеза к 2025 г. – 3,7; к 2030 г. – 2,4 на 100000 населения.
- **Цель: снижение заболеваемости туберкулезом в России за 10 лет (2018-2027) в 2 раза.**
- Подходы к снижению заболеваемости туберкулезом должны быть разными в разных субъектах Российской Федерации.
- **Субъекты Российской Федерации с разной пораженностью населения туберкулезом, где основное влияние на развитие туберкулезного процесса в ближайшей и отдаленной перспективе будет играть ВИЧ-инфекция (31 субъект из 85):** Волгоградская, Ивановская, Иркутская, Кемеровская, Курганская, Ленинградская, Московская, Нижегородская, Новгородская, Новосибирская, Омская, Оренбургская, Самарская, Свердловская, Томская, Тверская, Тульская, Тюменская, Ульяновская и Челябинская области; Алтайский, Красноярский и Пермский края; республики Башкортостан, Крым, Татарстан и Удмуртская; Ханты-Мансийский автономный округ; города Москва, Санкт-Петербург и Севастополь.
- **На развитие эпидемического процесса по туберкулезу в данных субъектах России существенное влияние сможет оказать организация и уровень проведения противотуберкулезных мероприятий среди инфицированных ВИЧ:** своевременность профилактических обследований на туберкулез; качество проведения химиопрофилактики туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции; осуществление прививок БЦЖ детям, родившимся от инфицированных ВИЧ матерей; своевременность и качество лечения антиретровирусными и противотуберкулезными препаратами пациентов, заболевших туберкулезом.



- В связи со снижением заболеваемости туберкулезом и сохранением данной тенденции при нынешнем социально-экономическом уровне развития страны, а тем более при его улучшении, **необходимо подумать о будущем противотуберкулезных медицинских организаций**. Чем они будут заниматься в ближайшей и отдаленной перспективе? Это также должно найти отражение в Стратегии борьбы с туберкулезом.
- Федеральные нормативы по туберкулезным койкам завышены и не соответствуют современным требованиям к организации медицинской помощи пациентам с туберкулезом. В туберкулезных стационарах находится на лечении значительная часть пациентов, не подлежащих госпитализации в туберкулезный стационар. В структуре противотуберкулезной службы стационарное звено существенно преобладает над внебольничным, что не отвечает современным требованиям к лечебному процессу.
- Одна из причин формирования МЛУ-ТБ: низкая эффективность амбулаторного этапа лечения, которое осуществляется преимущественно без контроля за приемом лекарственных средств со стороны медицинских работников (2017 год): госпитализированы в дневные стационары 8,7% впервые выявленных пациентов с туберкулезом и 8,6% контингентов, состоящих на учете на окончание года; госпитализированы в туберкулезные санатории 3,6% впервые выявленных пациентов с туберкулезом и 6,9% контингентов, состоящих на учете на окончание года.
- При этом при выявлении заболевания у 37,1% пациентов с туберкулезом легких нет ни деструкции легочной ткани, ни бактериовыделения; на окончание года с такими малыми формами было 40,6% пациентов с туберкулезом легких – они имеют право лечиться вне туберкулезного стационара.
- Сколько коек торакальной хирургии, для лечения внелегочных процессов, пациентов с МЛУ-ТБ и ВИЧ-ТБ, которые находятся на базе противотуберкулезных медицинских организаций, – не известно, так как в отчетной форме ФГСН № 30 нет разбивки стационарных туберкулезных коек на подпрофили коек.
- Более того, койки торакальной хирургии фиксируются и как койки торакальной хирургии, и как койки туберкулезные. Невозможно подсчитать потребность в различных койках, расположенных на базе противотуберкулезных медицинских организаций и НИИ.



- **При формировании Стратегии борьбы с туберкулезом учесть:**
- сокращение численности туберкулезных стационарных коек (при их избытке) с сохранением финансирования службы хотя-бы на нынешнем уровне, переносом высвободившихся средств на:
- создание современных стационарозамещающих технологий;
- оснащение диагностических и лечебных подразделений современным медицинским оборудованием, автотранспортом;
- приведение стационарных туберкулезных коек к санитарным нормативам, создание 1-2 местных палат вместо палат на 6 человек и более, что сейчас встречается повсеместно;
- создание отделений ВИЧ-ТБ и МЛУ-ТБ (отделения с боксами на 1-2 пациента) в соответствии с потребностями субъектов Российской Федерации;
- создание межрегиональных торакальных, внелегочных и детских отделений в НИИ и ряде головных противотуберкулезных медицинских организациях субъектов Российской Федерации, где есть квалифицированные кадры специалистов, которые показали, что умеют работать по данной проблеме;
- реорганизацию туберкулезных санаториев с переносом функций на реабилитацию пациентов, в том числе с созданием отделений для пациентов с ВИЧ-ТБ и МЛУ-ТБ (сейчас – во многих санаториях наличие ВИЧ и МЛУ являются противопоказанием для госпитализации);
- кураторскую и консультативную деятельность в медицинских организациях, оказывающих первичную медицинскую помощь.
- **На обсуждение:** создание на базе противотуберкулезных медицинских организаций Центров инфекционных социально-значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, микобактериозы – проблема при поражении ВИЧ-инфекцией).
- Для создания этих Центров должны быть подготовлены серьезные законодательные, нормативные и методические документы – на это уйдет не менее трех лет.
- В Центре можно создать на одной материальной базе организационно-методические отделы, отделы мониторинга и отделы лекарственных средств, но нельзя в одном здании организовать единую амбулаторную и единую стационарную службу. Разделение потоков с согласованием в центрах эпидемиологии – наиболее сложная задача при создании таких Центров.
- В субъектах Российской Федерации с выраженным избытком туберкулезных стационарных коек при дальнейшем уменьшении заболеваемости туберкулезом создание Центров не спасет противотуберкулезные медицинские организации – нужно будет расширять функции по профилю «Пульмонология».



***Благодарю за
внимание !***



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru