



Эпидемическая ситуация и задачи фтизиатрической службы на Урале

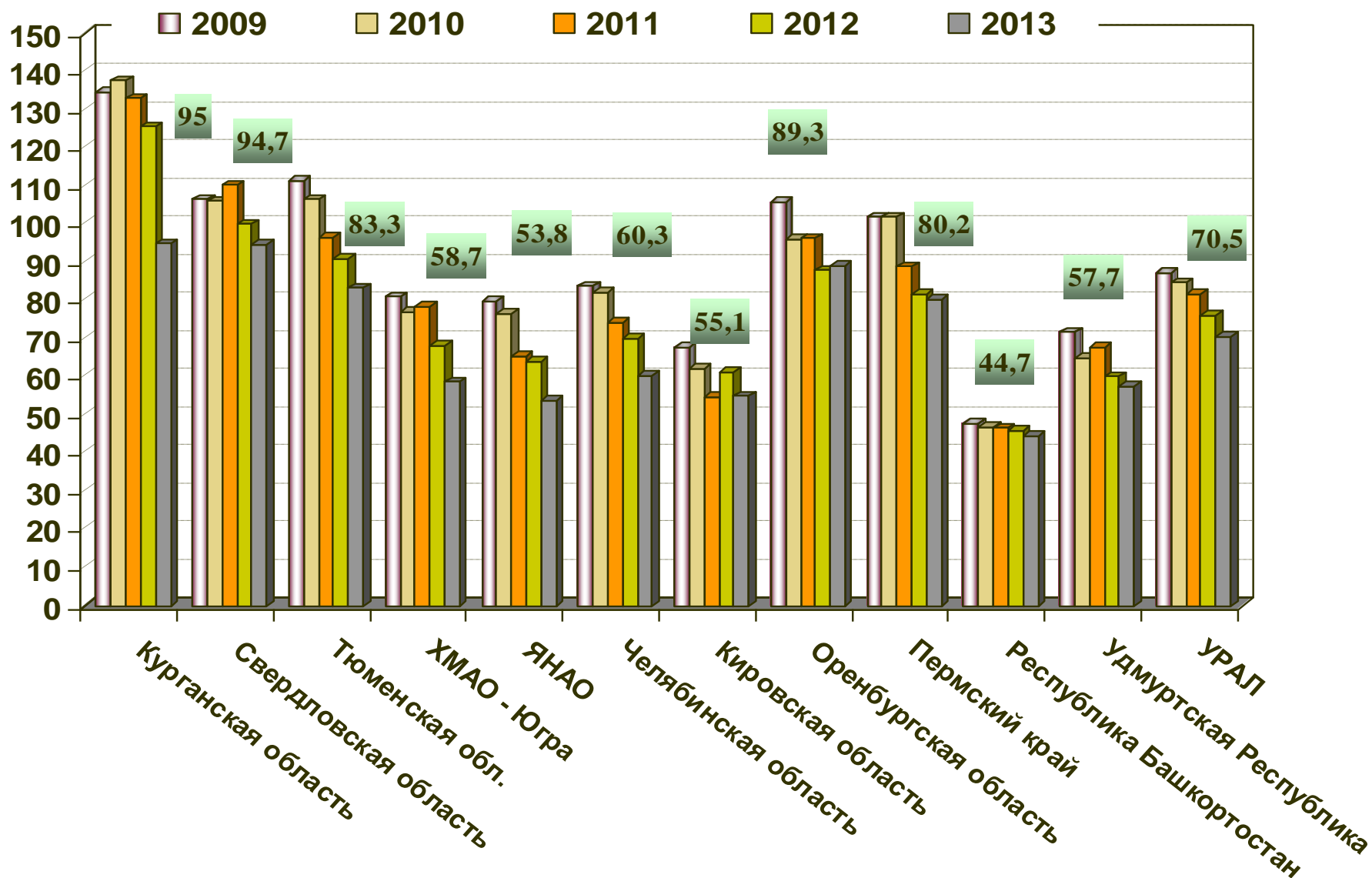
С.Н. Скорняков

Уральский НИИ фтизиопульмонологии,
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральского государственного медицинского университета

*Целевые показатели государственной программы развития здравоохранения,
установленные Указом Президента России от 7.05.2012 № 598:
снижение к 2020 году смертности от туберкулеза до 11,2,
заболеваемости туберкулезом до 35,0 на 100000 населения*



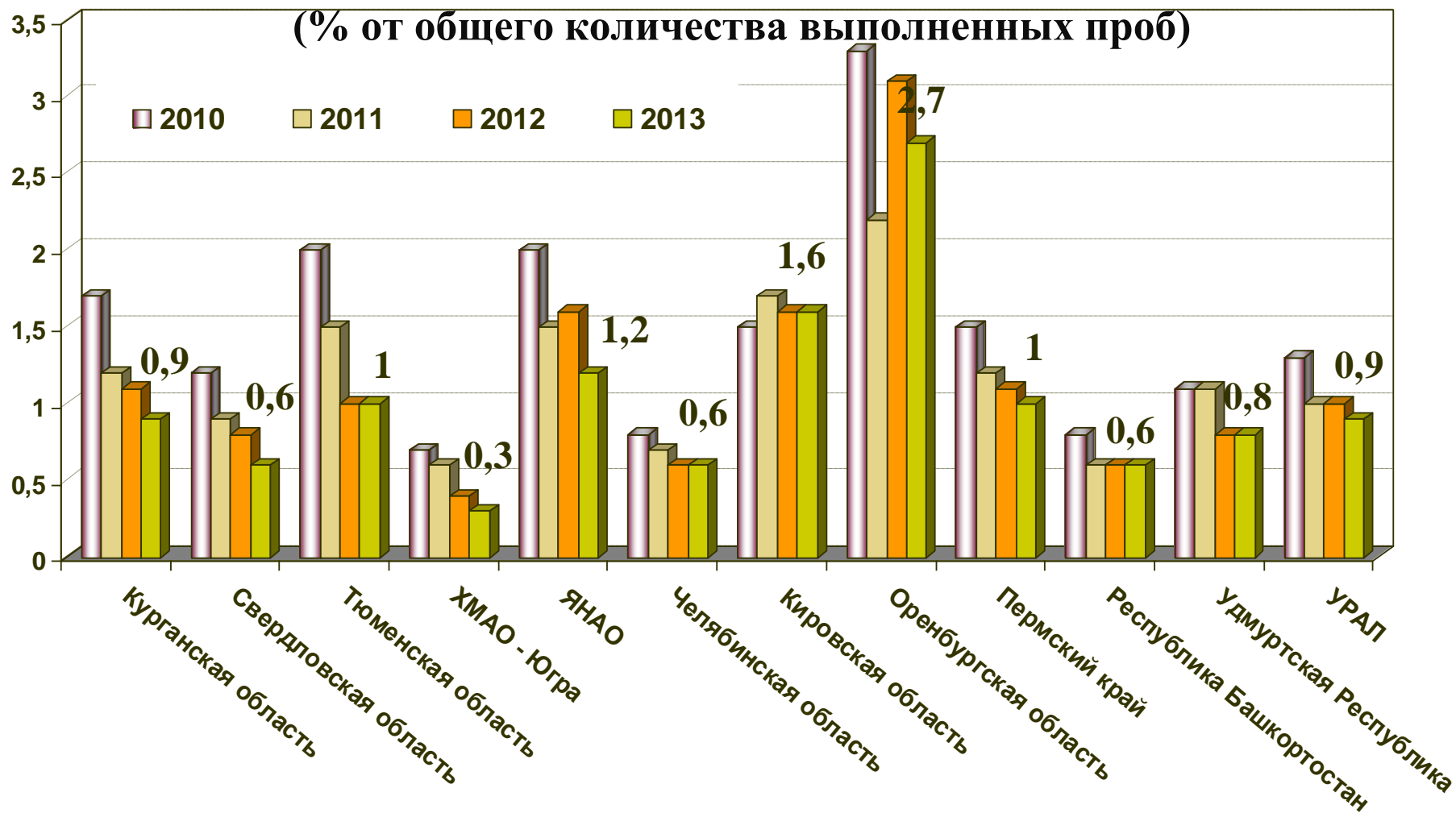
Заболееаемость туберкулезом на Урале (форма № 8)



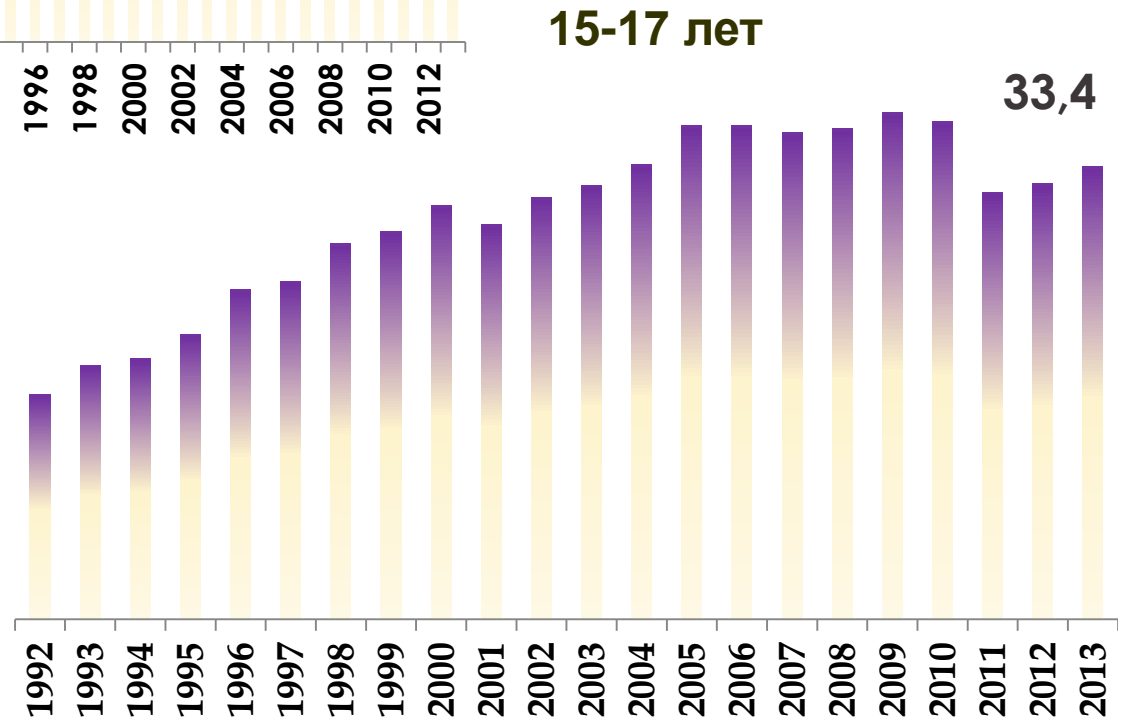
**В сравнении с 2012 г. в регионах Урала достигнуто снижение:
заболеваемости на 11,4%, распространенности на 7,6%,
смертности от ТБ на 10,3%**

Вираз туберкулиновых проб в регионах Урала

(% от общего количества выполненных проб)

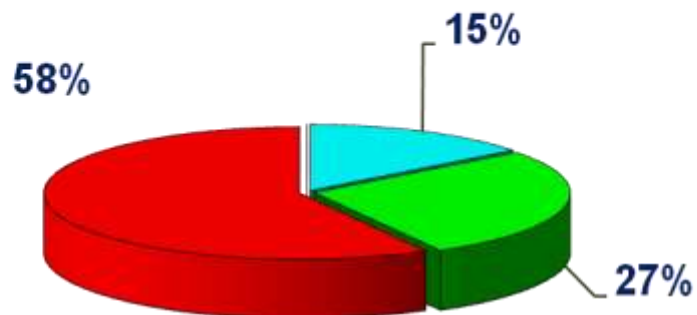


Заболееваемость туберкулезом детей, Российская Федерация (ф. №8)

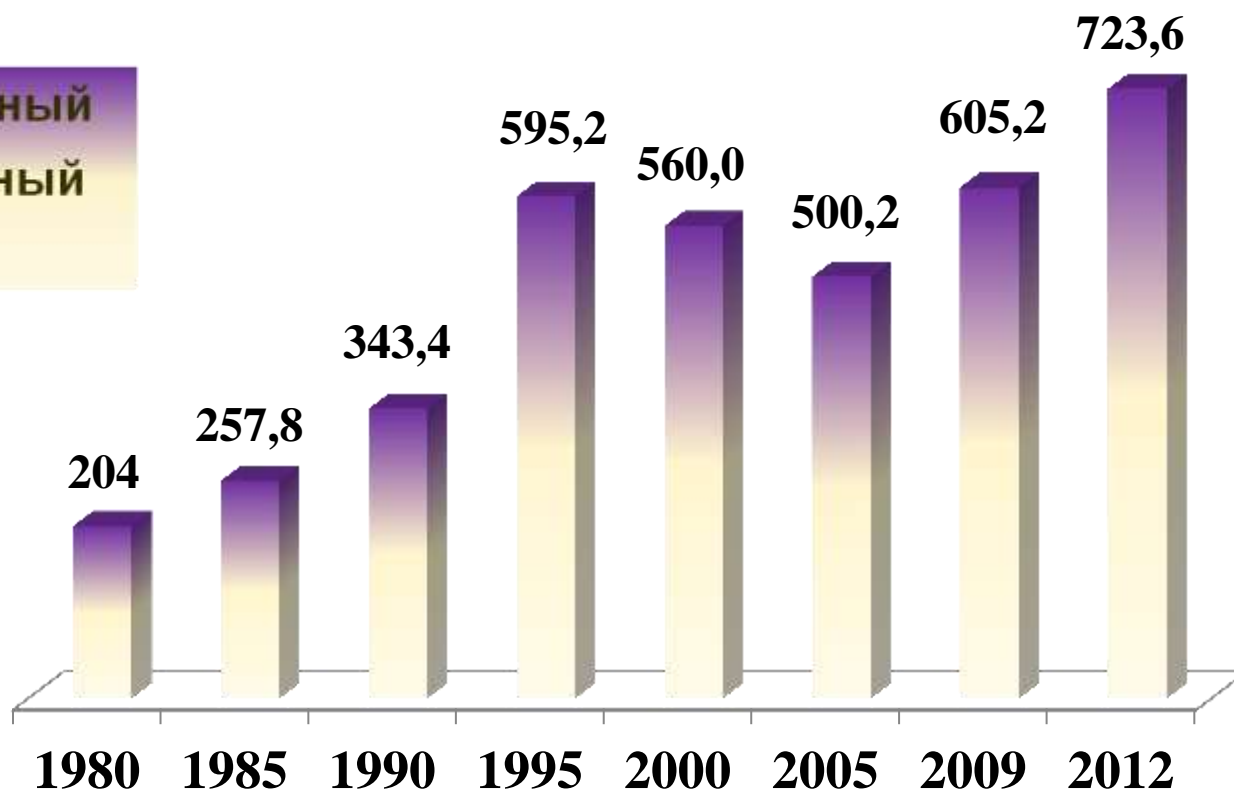
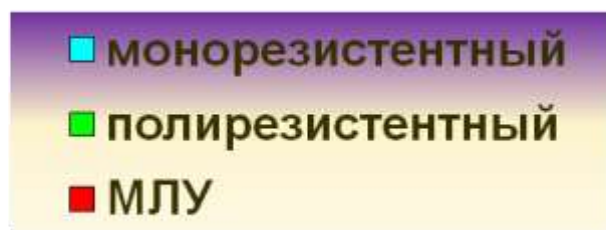


Заболееваемость детей из контактов

Проф. В.А. Аксенова, 2014

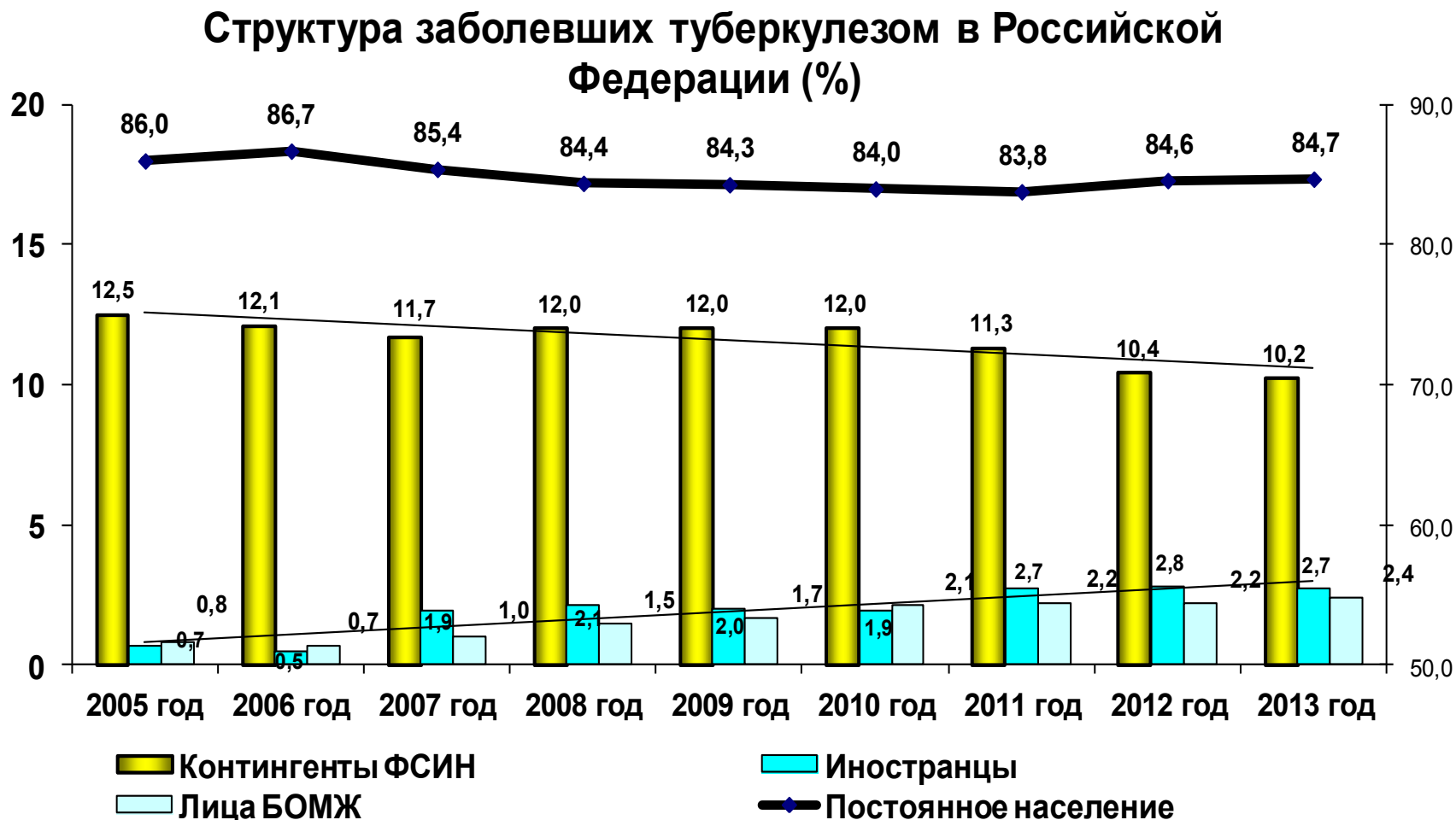


На 100 000 контактов



Среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом доля постоянного населения и контингентов ФСИИ сокращается и в 2013 г. составила 82,0% и 13,0% соответственно.

Доля иностранных граждан и лиц БОМЖ имеет тенденцию к росту и в 2013 г. составила 5,1%.



Доля иностранных граждан и контингентов ФСИН в структуре впервые выявленных больных туберкулезом на Урале, 2013 г., %



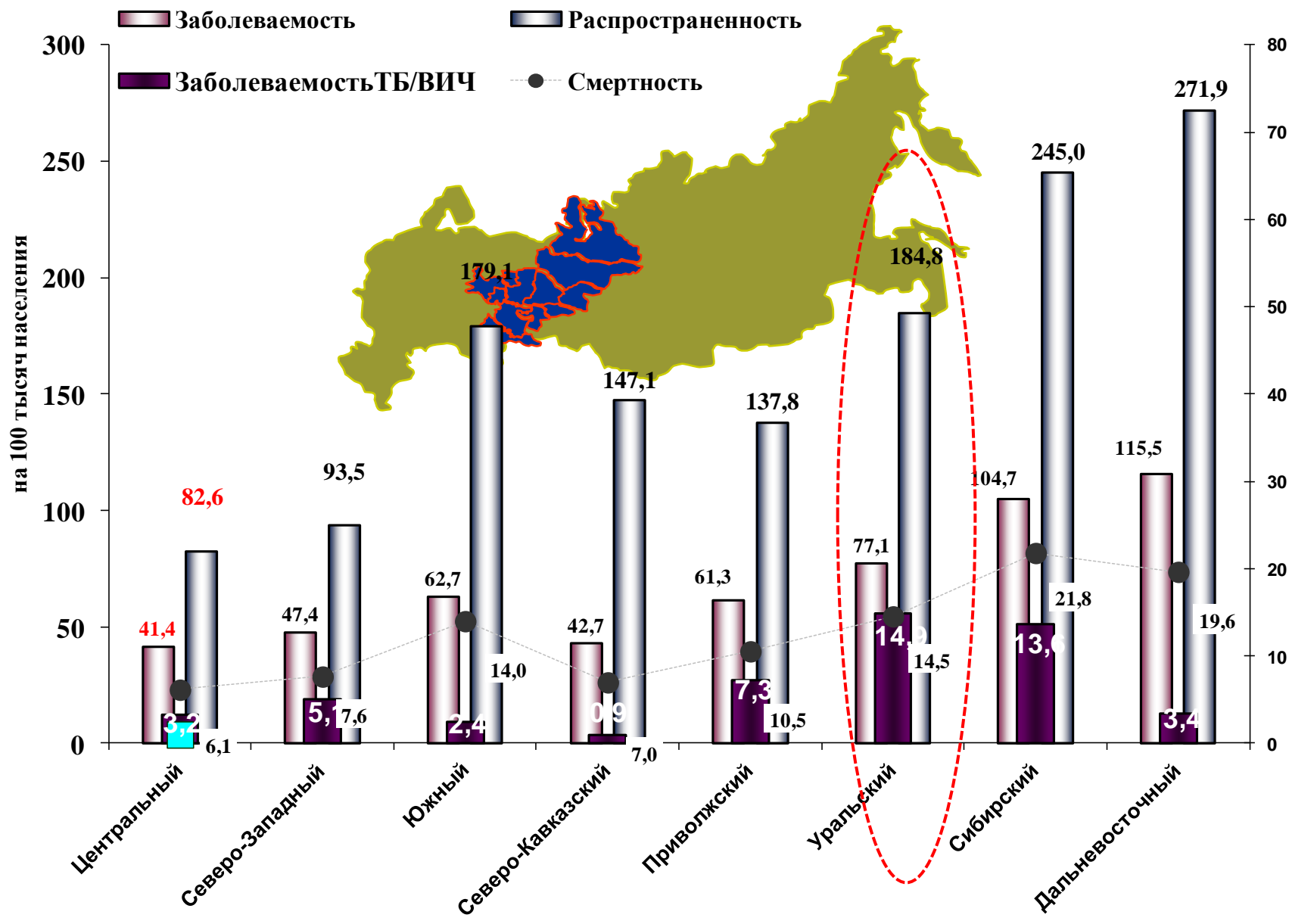
«Одними из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации являются возникновение масштабных эпидемий и пандемий, массовое распространение **ВИЧ-инфекции, туберкулеза, наркомании и алкоголизма...**»

Из «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года»,
Утверждена Указом Президента России от 12 мая 2009 г. № 537

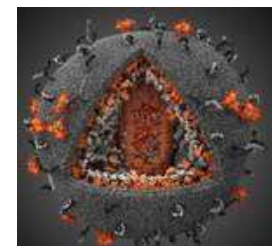
Факторы риска распространения туберкулеза

- 1. Социальные: Численность групп социального риска и уровень доступности** для них системы здравоохранения
 - n граждан с низкими доходами, лица БОМЖ, мигранты
- 2. Общемедицинские: Доля** высоко восприимчивых к туберкулезу контингентов среди населения
 - n лиц с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, больных, получающие иммуносупрессивную терапию, ГИБП антиТНФ-альфа и пр.
- 3. Фтизиатрические: Распространенность** лекарственной устойчивости МБТ

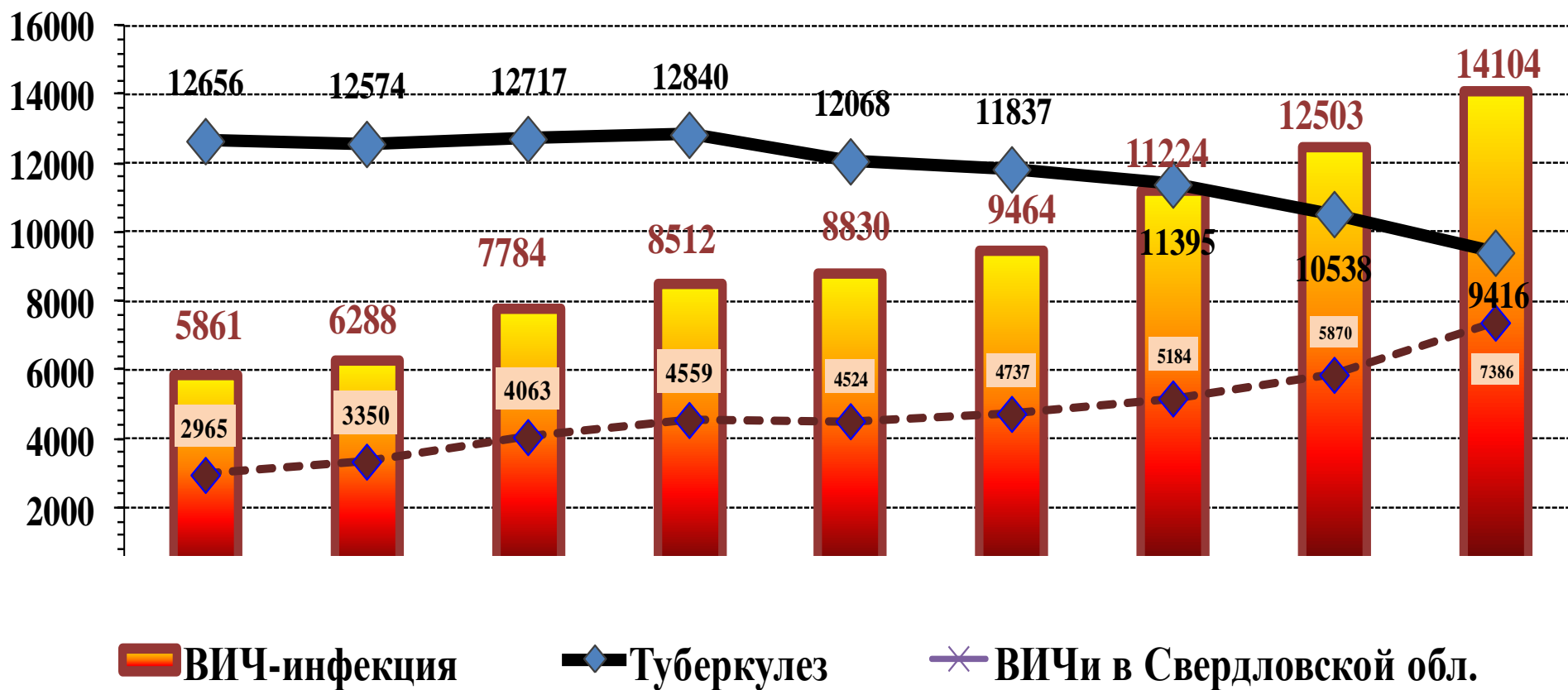
Туберкулез: основные эпидемические показатели по федеральным округам Российской Федерации, год 2013



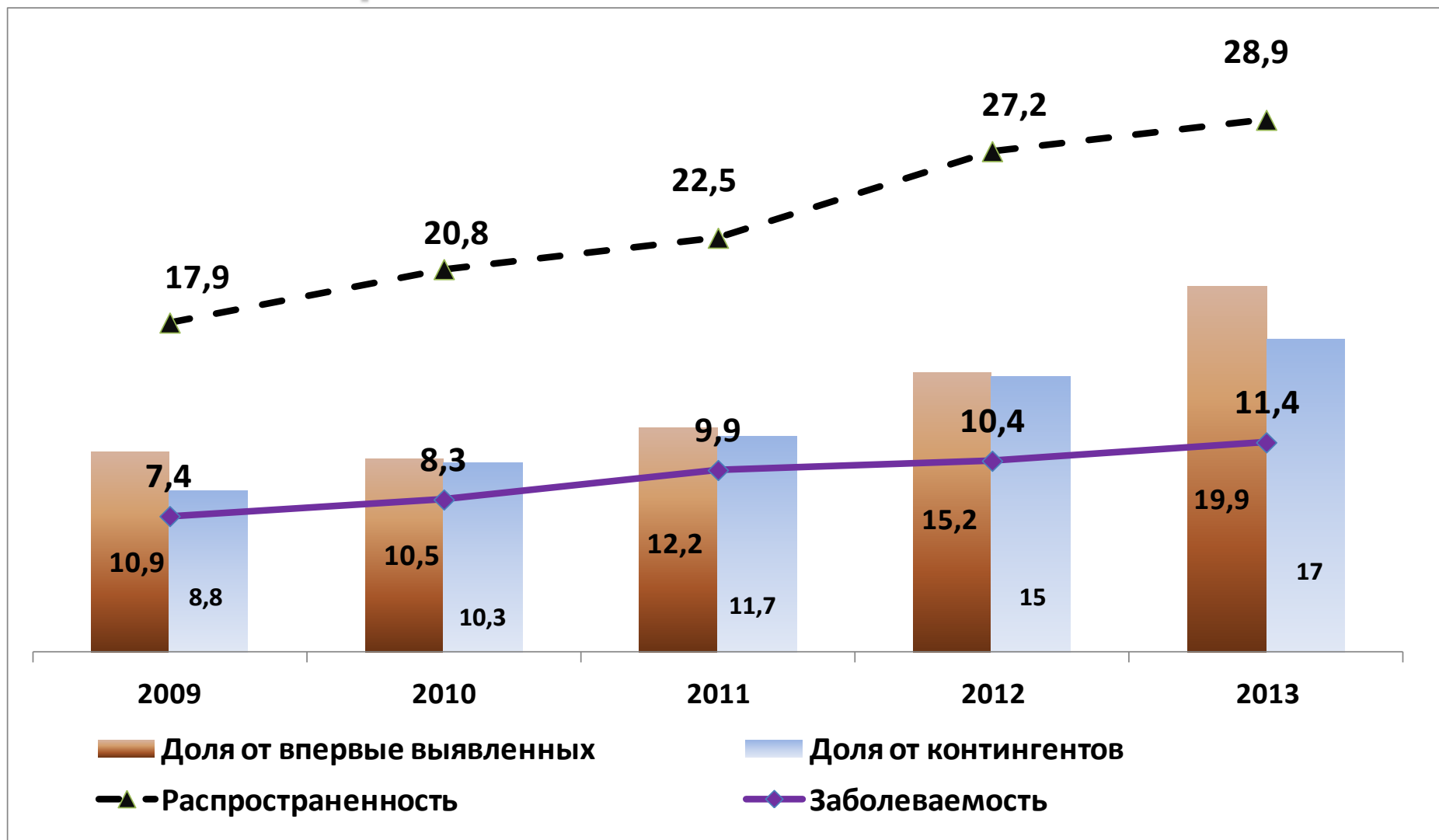
*В сравнении с 2012 г. в регионах Урала достигнуто снижение:
заболеваемости ТБ на 11,4%, распространенности ТБ на 7,6%,
смертности от туберкулеза на 10,3%*



Количество новых случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Уральском ФО (2005-2013 гг.)



ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ТУБЕРКУЛЕЗ НА УРАЛЕ В 2009-2013 гг



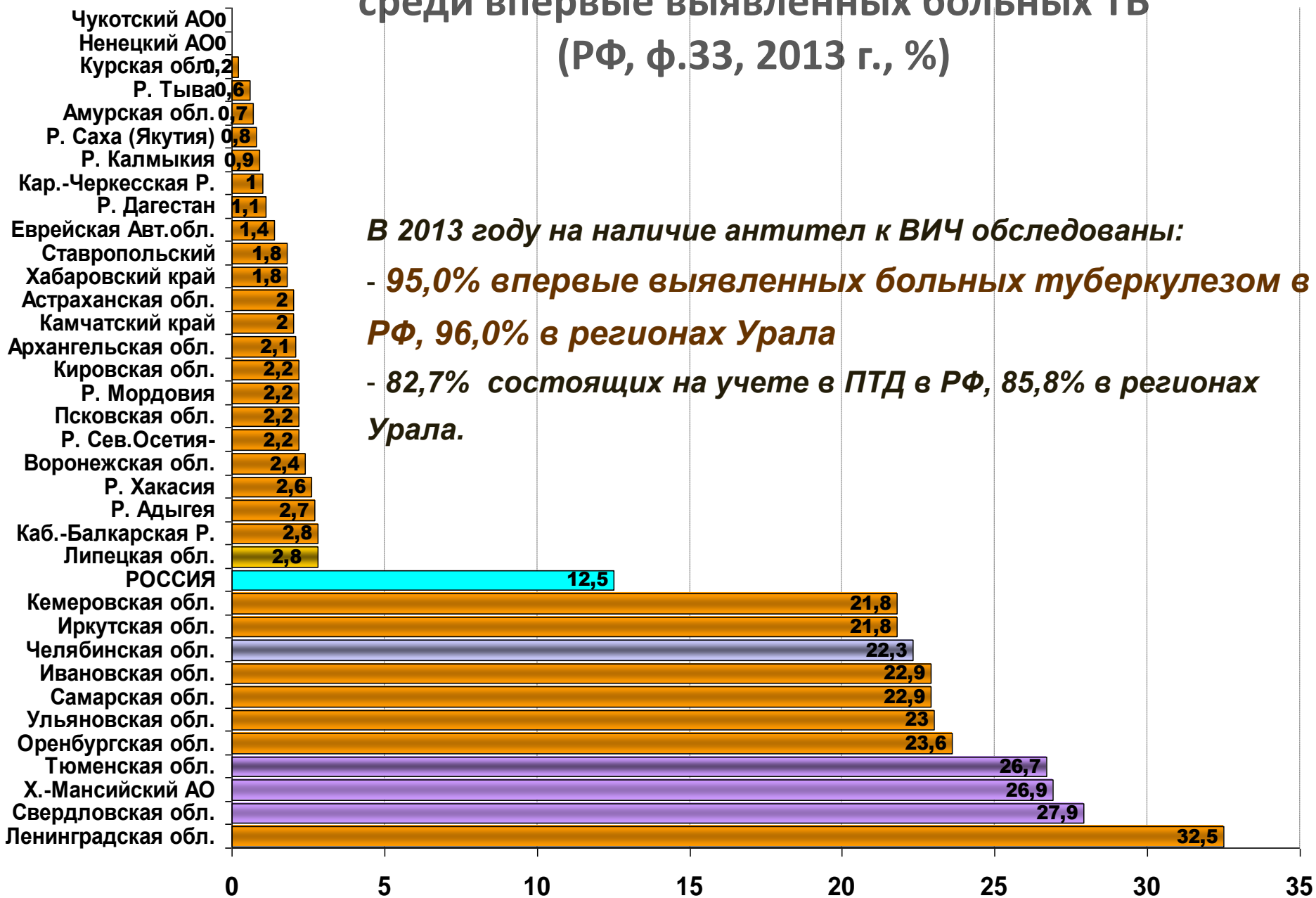
РОССИЯ: Заболеваемость – 12,5 (10,7 в 2012) на 100 тыс. населения

Распространенность – 17,1 на 100 тыс.

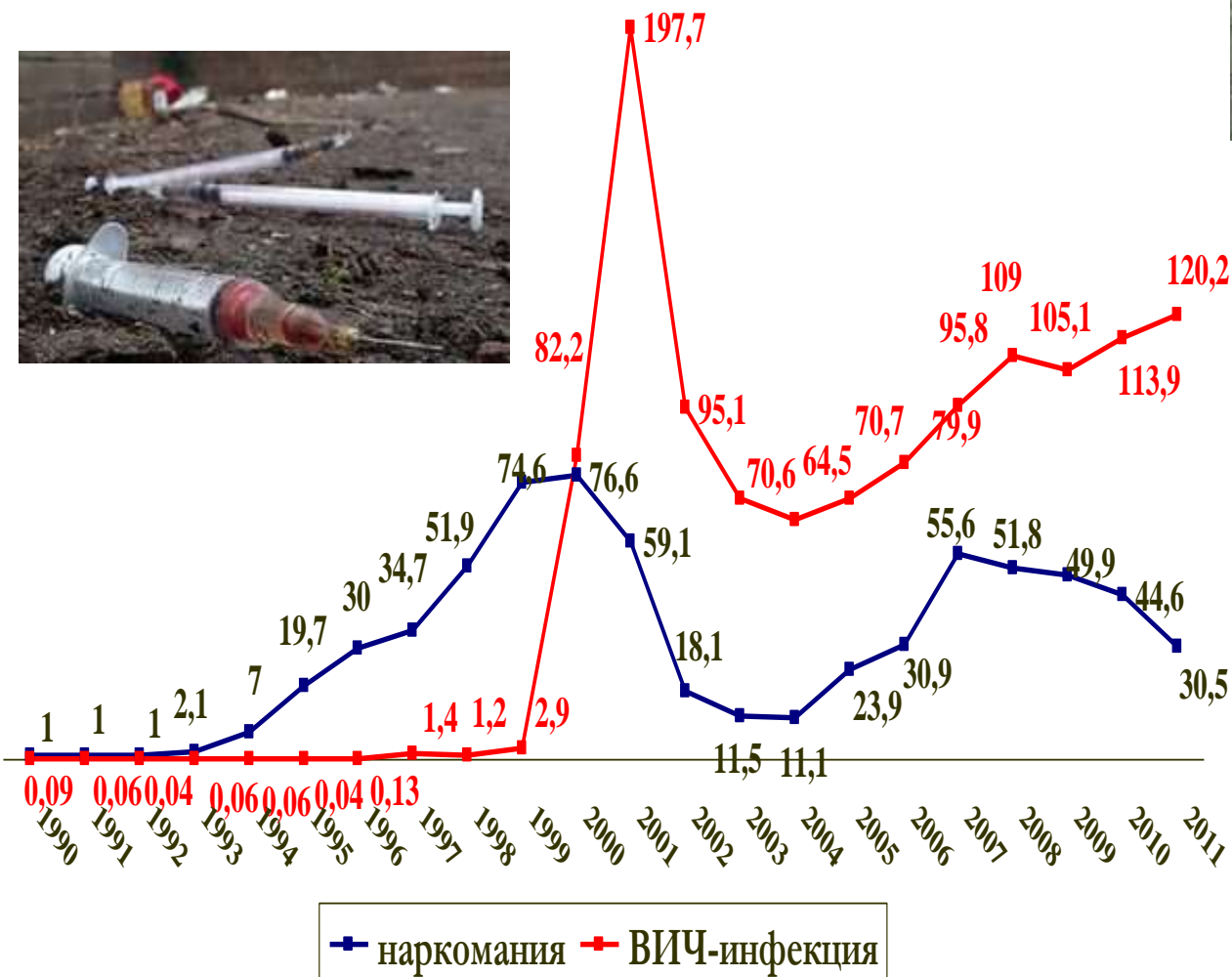
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МБТ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ НА УРАЛЕ В 2007-2013 ГГ. (Ф. 33, %)



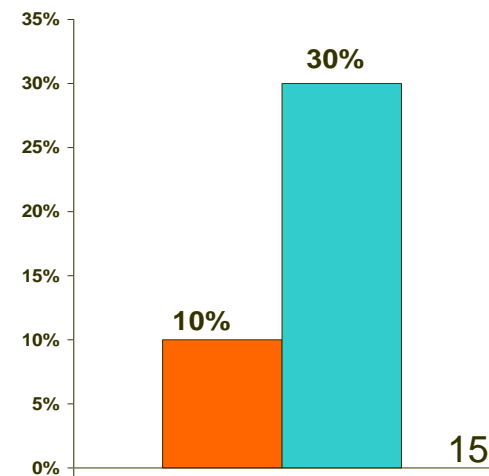
Доля ВИЧ-инфицированных среди впервые выявленных больных ТБ (РФ, ф.33, 2013 г., %)



Динамика первичной заболеваемости наркоманией и ВИЧ-инфекцией в Свердловской области

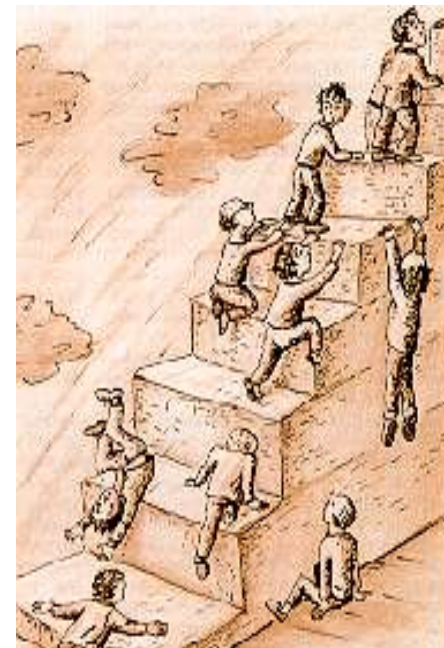


Рост числа наркозависимых на 10% увеличивает численность ВИЧ-позитивных на 30%



ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЮДЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ и туберкулезом

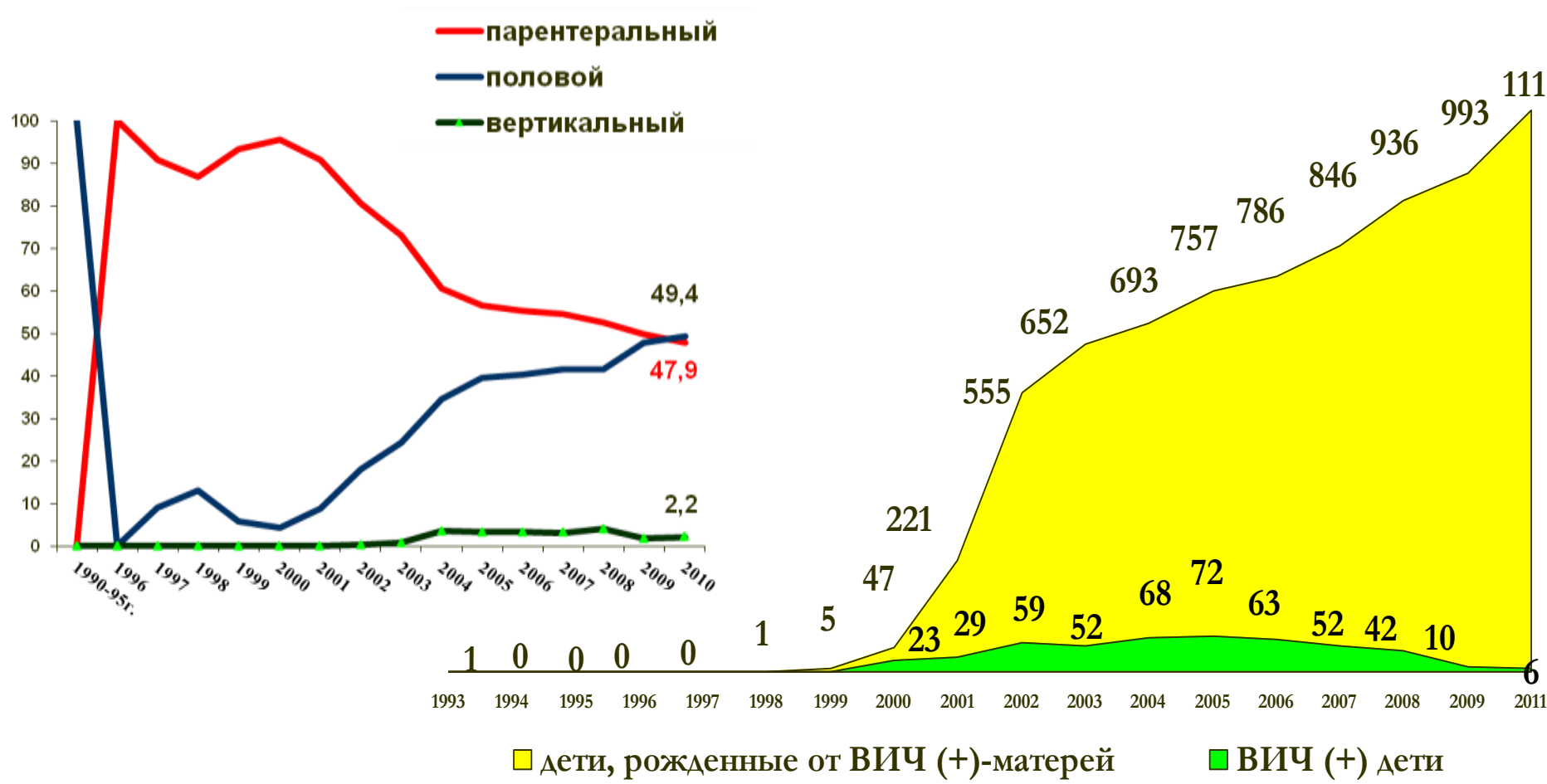
- **Рискованное поведение** (пренебрежение мерами предосторожности, склонность к совершению правонарушений)
- **Социальная уязвимость** (отсутствие работы, материально-бытовые трудности, ограничение социальных контактов, проблемы во взаимоотношении с социальными службами и другие)
- **Социальные и психологические проблемы**, в т.ч в семье, дискриминация в обществе
- **Низкая приверженность к выполнению рекомендаций врача**



Возможные пути решения:

разработка комплекса медико-социальных и лечебно-реабилитационных мероприятий для наркозависимых больных ВИЧ/ТБ, и организация специализированных стационаров.

Пути распространения ВИЧ-инфекции: причины и последствия



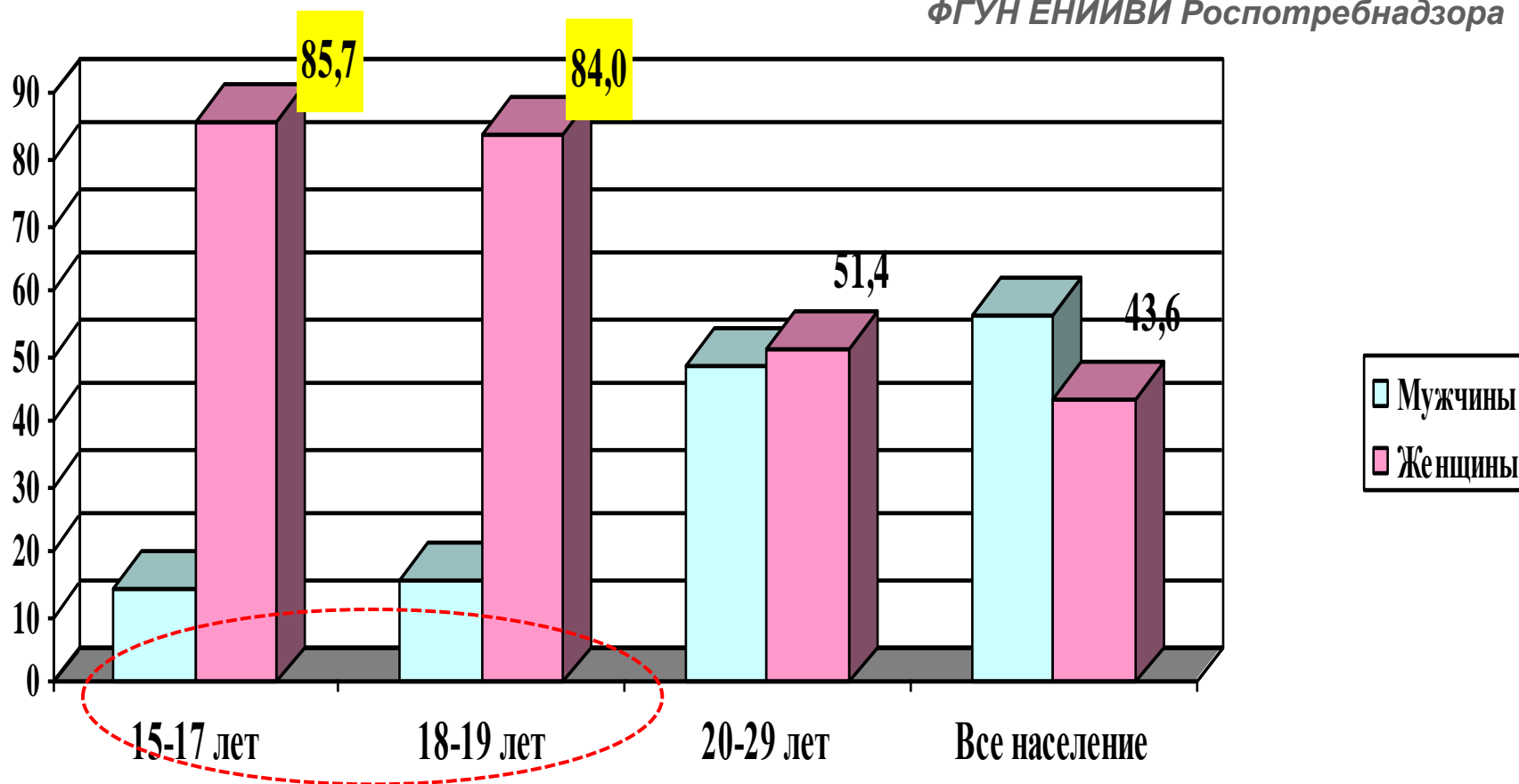
Женщины в структуре заболевших составляют ~ 50%.
В детородном возрасте находятся ~ 90%.
У 70% женщин инфицирование произошло половым путем.

«Один грамм профилактики стоит одного килограмма лечения»

Н.И. Пирогов

Соотношение мужчин и женщин среди ВИЧ–инфицированных в разных возрастных группах (в %), город Екатеринбург

*Данные Н.П. Глинских и Н.П. Сайченко,
ФГУН ЕНИИВИ Роспотребнадзора*



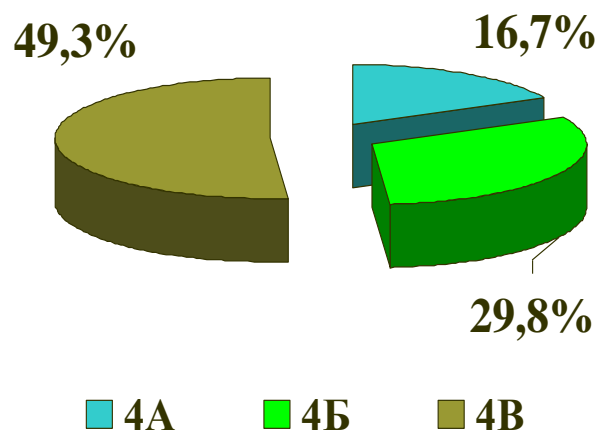


Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (зарегистрирован в Минюсте России 6 мая 2014 г. № 32182)

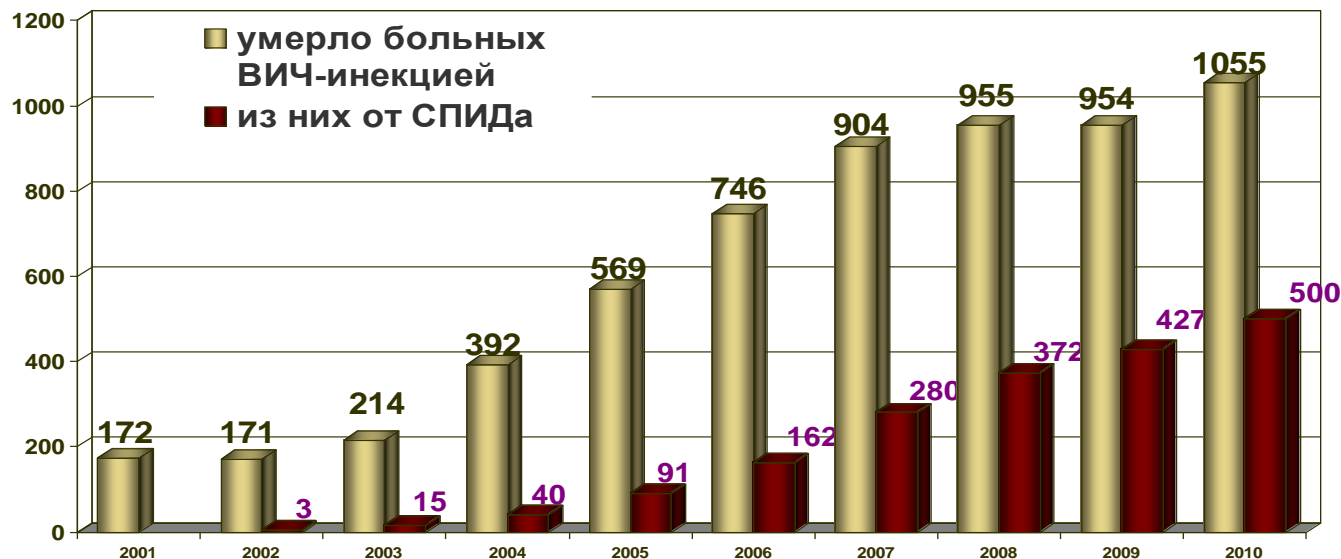
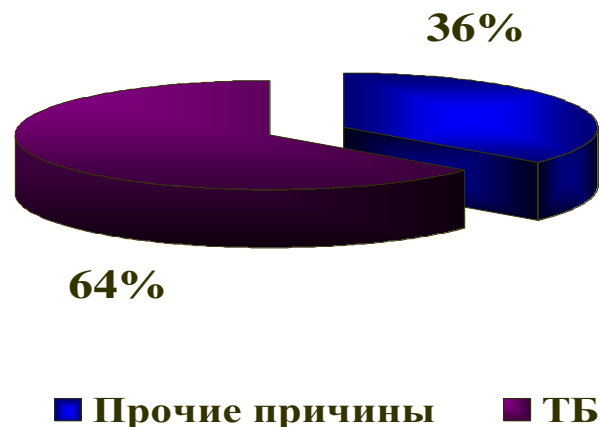
- ☐ *Иммунизация против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, проводится в родильном доме в том случае, если была проведена трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (триада антиретровирусными препаратами в течение не менее 8 недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности).*
- ☐ *Специализированными медицинскими организациями по профилактике и борьбе со СПИДом обеспечивается проведение химиопрофилактики туберкулеза у взрослых ВИЧ-инфицированных лиц в установленном порядке.*
- ☐ *Химиопрофилактика туберкулеза проводится всем ВИЧ-инфицированным лицам вне зависимости от степени иммуносупрессии и результата диаскинтеста / реакции Манту при уверенном исключении активного туберкулеза.*

Сочетанная инфекция: выявляемость и смертность

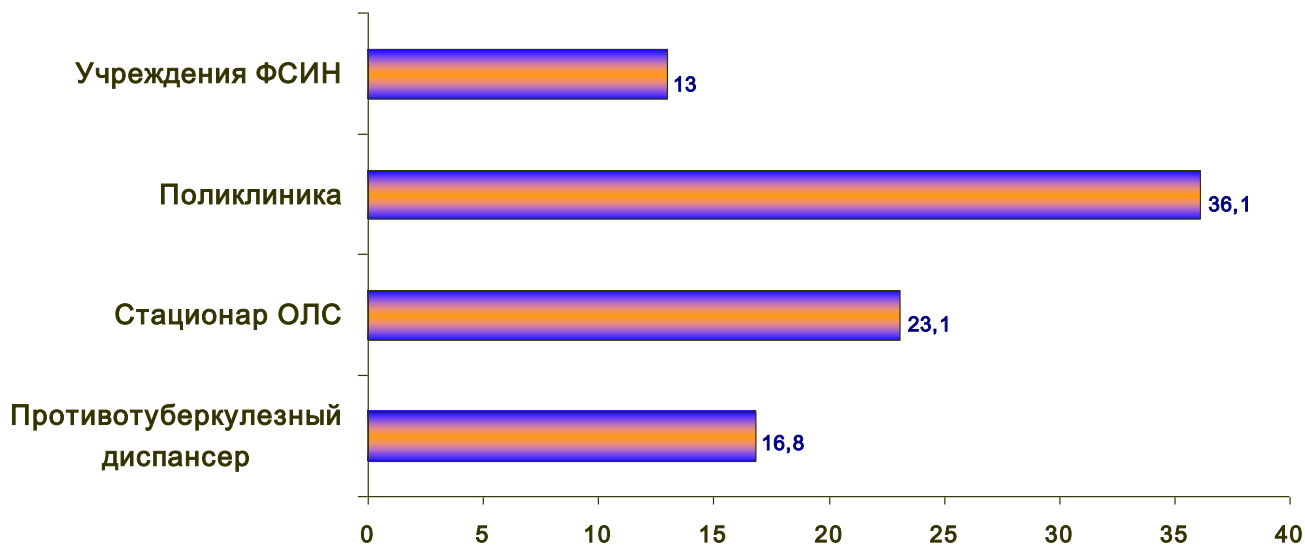
Доля впервые выявленных больных
ТБ зависимости от стадии ВИЧ-
инфекции



Доля туберкулеза в структуре
летальности больных СПИДом

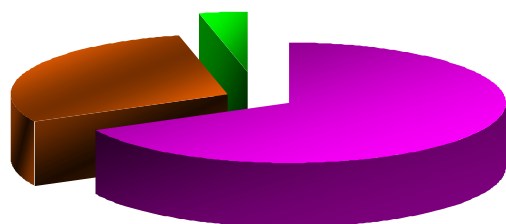


Где и какими методами выявляют ТБ у больных ВИЧ-инфекцией?



■ При обращении

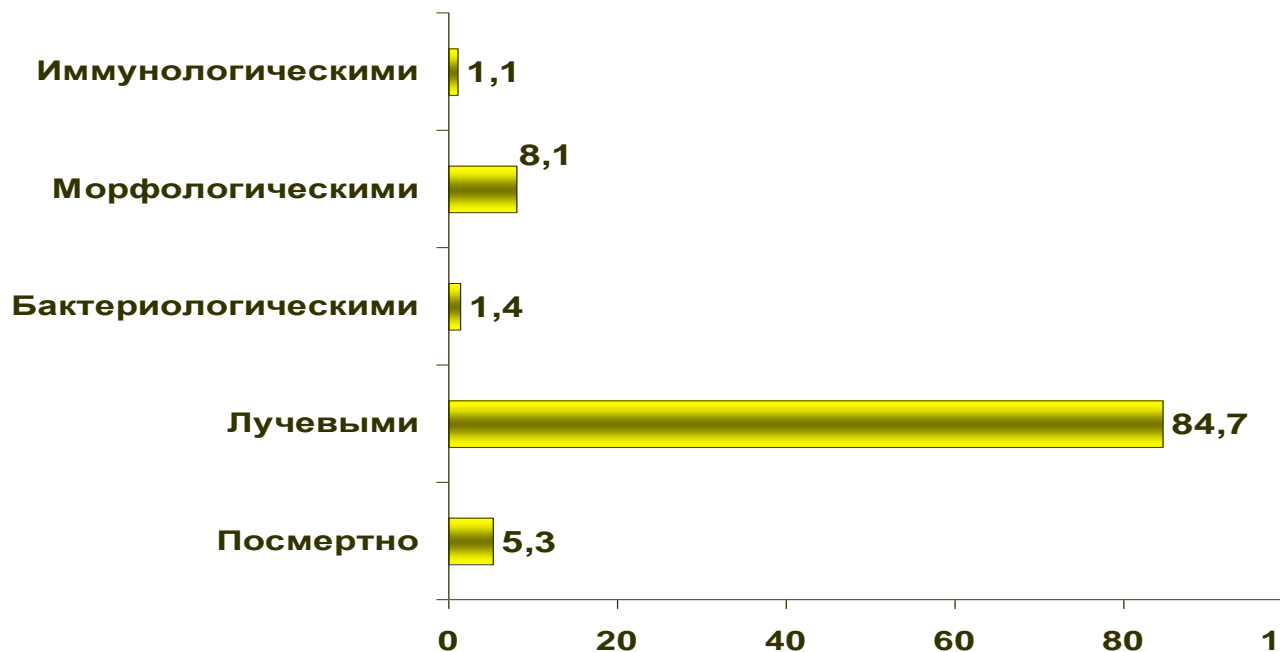
■ При профосмотре



■ Начало острое

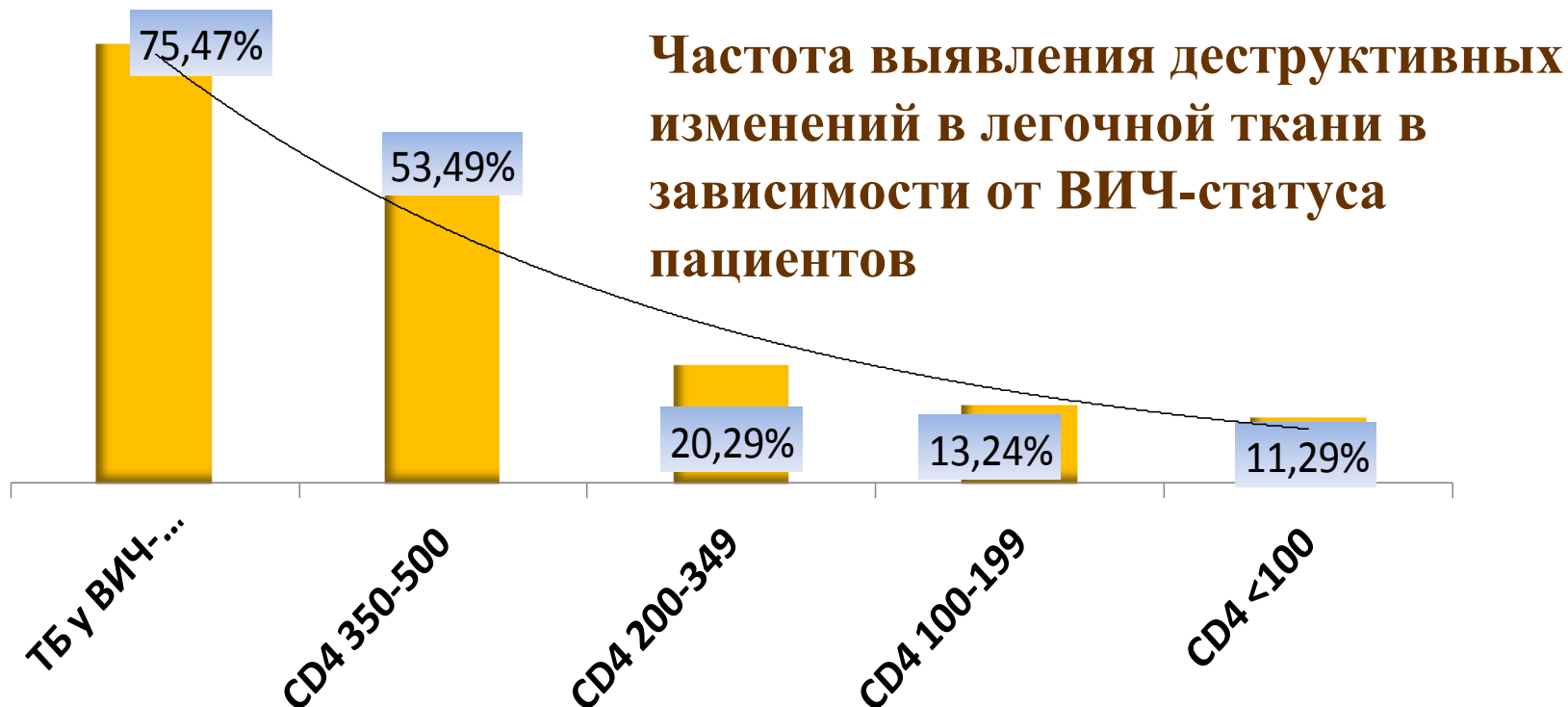
■ Постепенное

■ Без симптомов



«Профилактическая ФЛГ утрачивает свою значимость»

Зими́на В.Н., Кра́вченко А.В. Баты́ров Ф.А., 2011



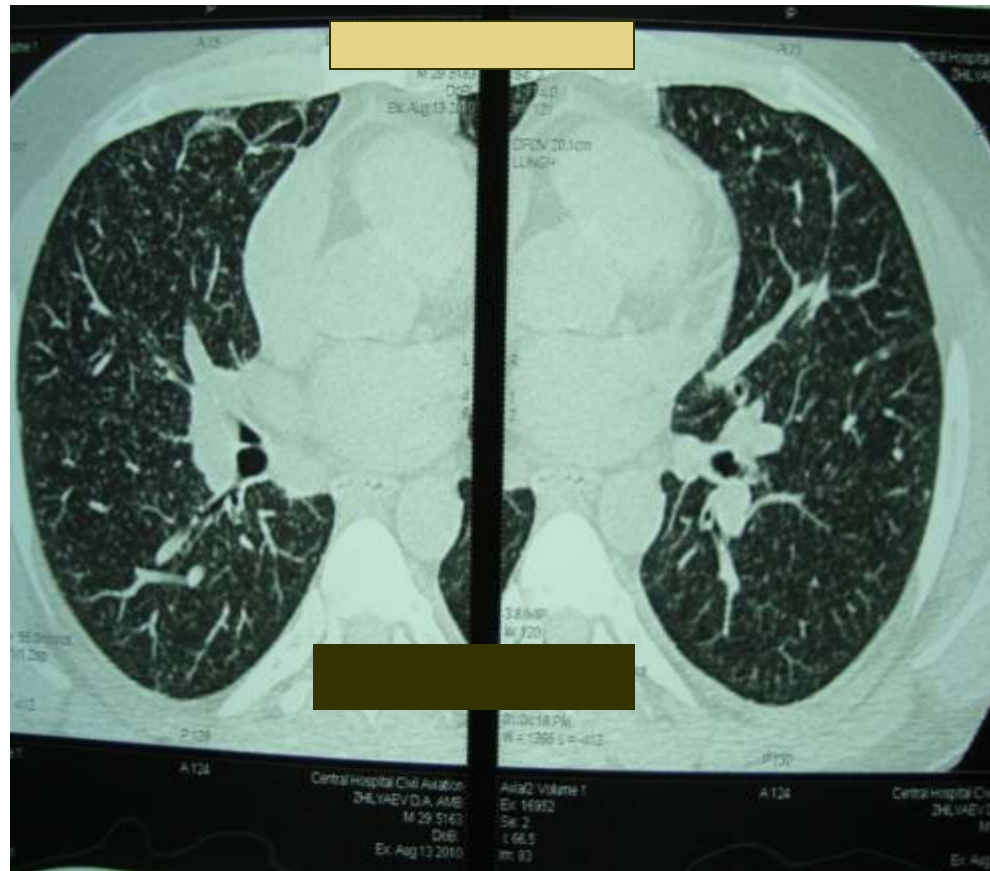
- Информативность реакции Манту и Диаскинтеста также снижается пропорционально снижению CD4+лимфоцитов.

Обзорная рентгенограмма



Усиление легочного рисунка

Компьютерная томограмма



Симметричная тотальная мономорфная «субмилиарная» диссеминация

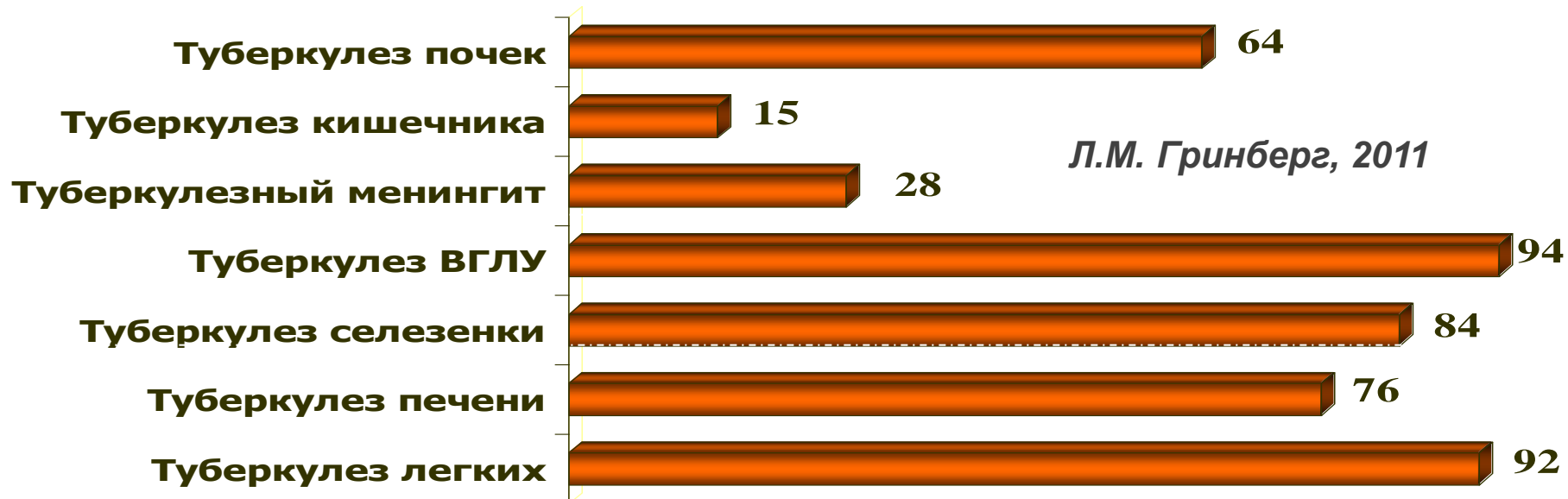
Характерные клинические проявления генерализованного туберкулеза у больных поздними стадиями ВИЧ-инфекции:

- Лимфаденопатия
- Плевральный выпот
- Перикардит
- Туберкулезный «сепсис»
- Менингоэнцефалит



Милиарная диссеминация в печени

Частота поражения органов при генерализованном туберкулезе у больных поздними стадиями ВИЧ, %



Особенности патогенеза и патоморфологии СПИД-ассоциированных микобактериальных инфекций:



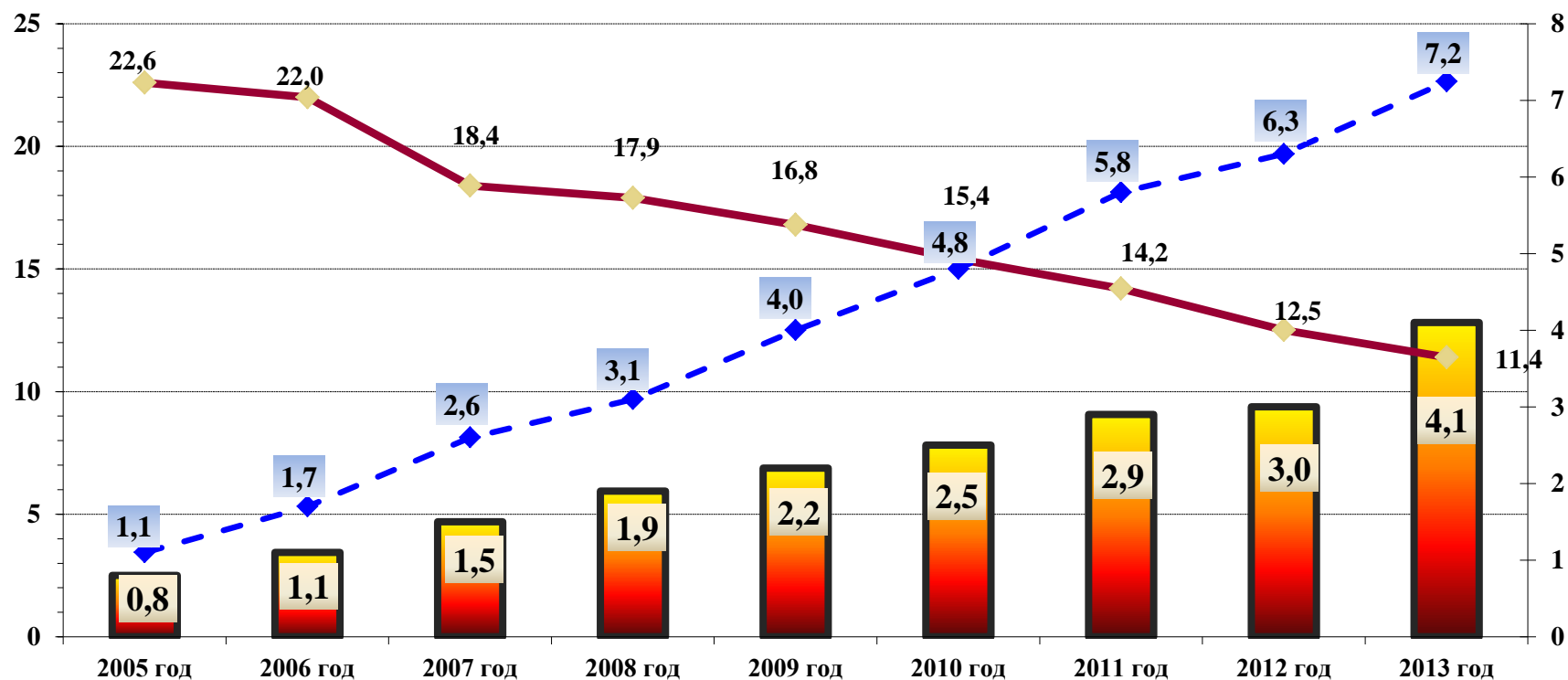
- Преобладание остропрогрессирующих генерализованных форм («микобактериальный сепсис»),
- Лимфогенное прогрессирование по типу первичного туберкулеза,
- Преобладание экссудативно-некротических реакций,
- Скудность специфической клеточной реакции и сложность морфологической диагностики,
- Наличие в тканях значительного количества КУМ по данным гистобактериоскопии,
- Полиэтиологичность инфекционного и неинфекционного поражения лёгких

Н.В.! Недостаточная информативность классических методов диагностики ТБ/ВИЧ определяет трудности своевременной диагностики и необходимость внедрения **быстрых** методов выявления **МБТ** (технология GeneXpert MBT/RIF)

«При отсутствии надлежащего лечения и профилактики многие люди, живущие с ВИЧ, погибнут от туберкулеза...»

ВОЗ. Проект глобальной стратегии и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.

Показатели смертности от туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфекции в 4б, 4в и 5 стадиях при наличии микобактериальной инфекции. РФ, на 100000 населения (ЦНИИОиЗ)



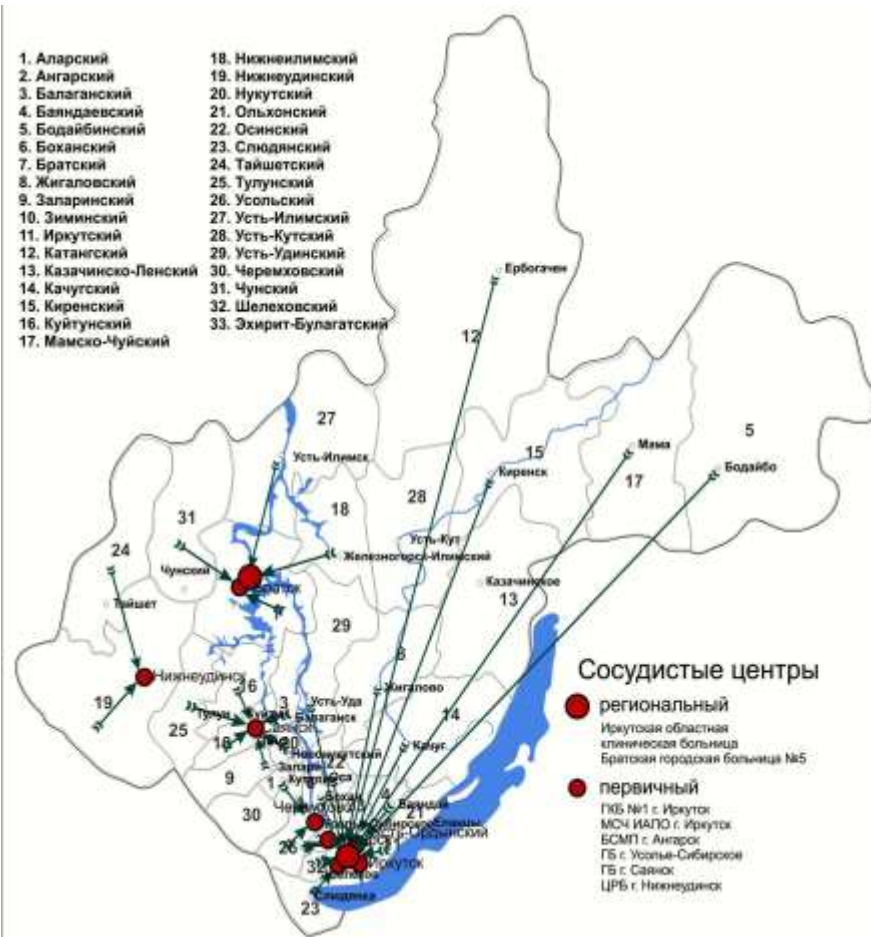
- От ВИЧ-инфекции в 4б, 4в и 5 ст. при наличии микобактериальной инфекции
- От туберкулеза
- От ВИЧ-инфекции

Новые формы взаимодействия с ЛПУ ОЛС:

использование диагностических возможностей межмуниципальных центров



Доступность – 50 км
89,72 тыс. чел.



Территория

Ижевск

Свердловская

Красноуральск

Серов

Ниж. Тура

Красноуральск

Ниж. Тагил

Верх. Салда

Алапаевск

Ирбит

Камышлов

Тугулым

Богданович

Камышлов

Асбест

Среднеуральск

Екатеринбург

Верх. Тагил

Невьянск

Красноуральск

Первоуральск

Ревда

Полевской

Каменск-Уральский

Сысерть



- Оптимизация структуры службы с учетом региональных особенностей
 - Маршрутизация потоков диагностического материала и централизация высокотехнологичных исследований
- 100% участие в системе ФСВОК

- подтвердить диагноз;
- разделить эпид. потоки;
 - диагностировать лекарственную устойчивость;



Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утв. Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. №932н

Приложение 13. Правила организации деятельности *отделения* для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

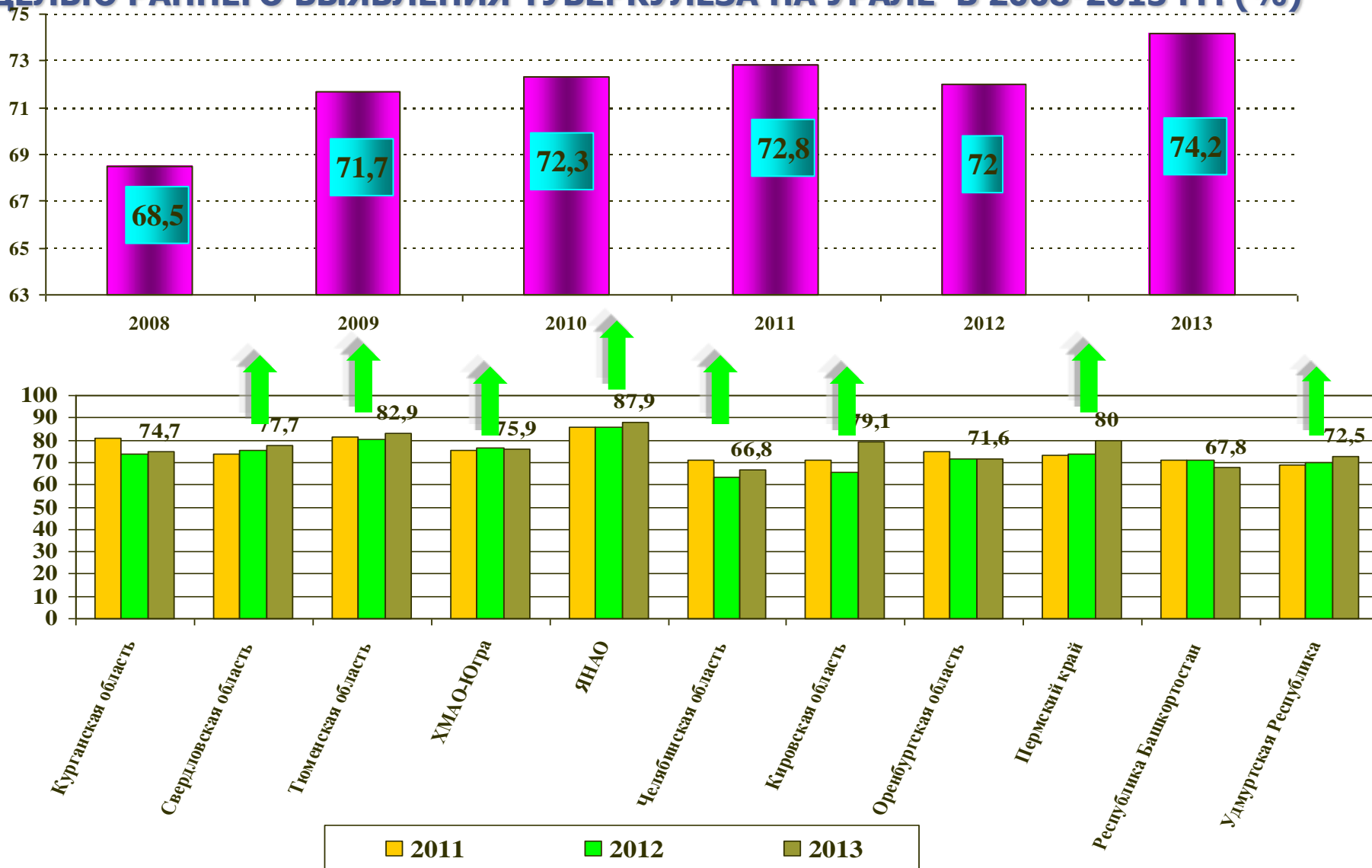
Структура коечного фонда круглосуточного пребывания в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом...», Уральский регион, 2013:

- **Дифференциально-диагностические - 3,2%**
- **Для лечения больных туберкулезом легких – 67,5%**
- **Для больных туберкулезом легких с МЛУ – 6,3%**
- **Для больных туберкулезом внелегочных локализаций – 4,6%**
- **Для больных ВИЧ/ТБ – 6,2%. Меньше потребности в 1,3-3,7 раза!**
- **Койки восстановительного лечения – 1,5%**
- **Койки длительного наблюдения больных с хроническими формами ТБ - 4,3%**
- **Торакальные хирургические – 5,5%**

«Один грамм профилактики стоит одного килограмма лечения»

Н.И. Пирогов

**ОХВАТ НАСЕЛЕНИЯ ВСЕМИ МЕТОДАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ С
ЦЕЛЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА УРАЛЕ В 2008-2013 ГГ. (%)**



**Качество организации выявления туберкулеза на уровне
первичной медико-санитарной помощи остается низким!**

Динамика структуры смертности от туберкулеза (ф. 33)



Показатели заболеваемости отдельных групп населения (на 100 тыс. соответствующих групп)

Е.М. Богородская, 2010

Работающие – 45

Инвалиды – 50

Лица из профессионального контакта с МБТ+ – 250

Не осмотренные два и более года – 250 – 400

Лица из контакта с МБТ+ – 570

Безработные – 500 – 1000

Находящиеся в местах лишения свободы – 1372

ВИЧ-инфицированные – около 1700

Мигранты – 2200

Вынужденные переселенцы – 3700



Контингенты высокого медико-социального риска должны стать главной целевой группой обследования!



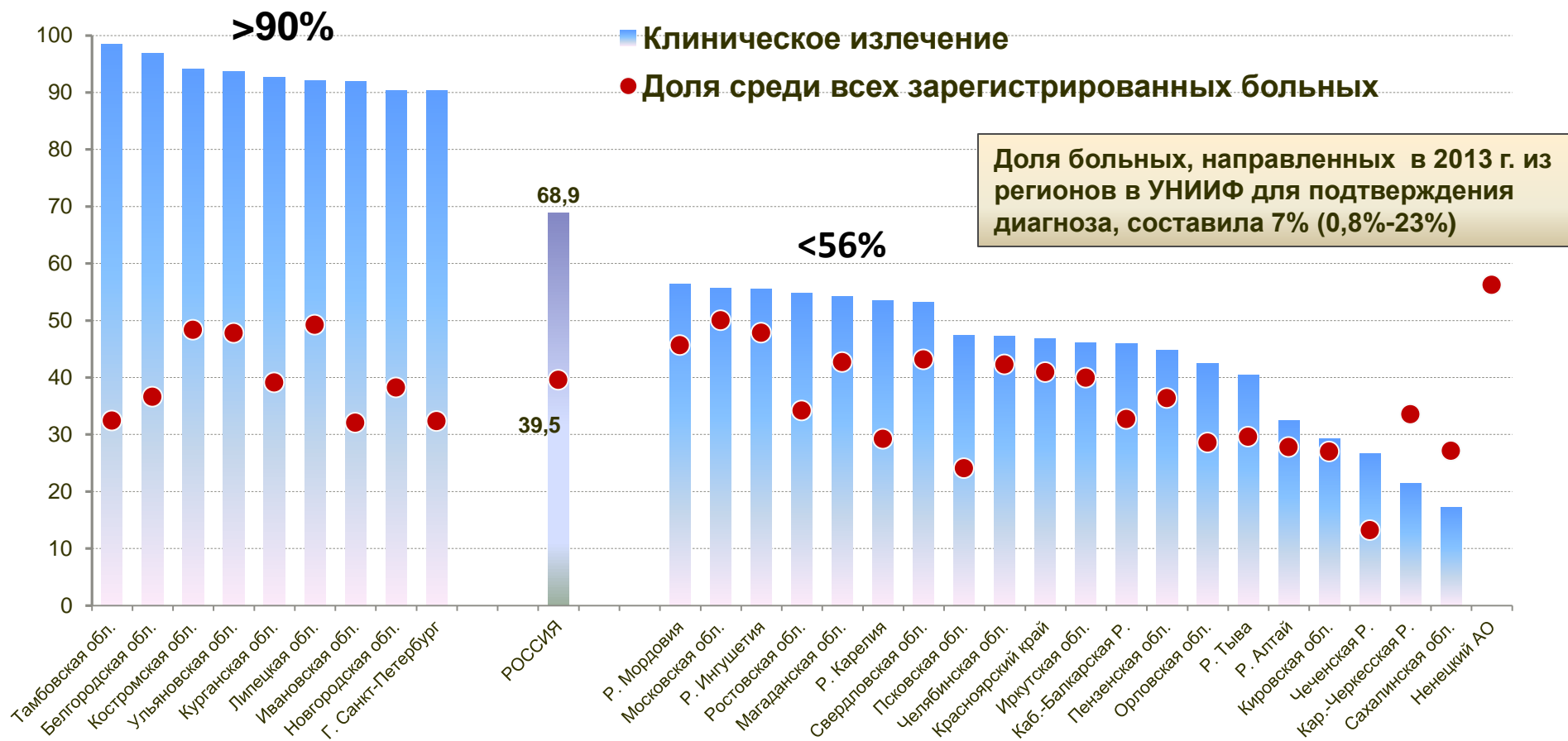


*Постановление Главного государственного санитарного врача
Российской Федерации от 22.10.2013 г. № 60 «Об утверждении
санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13
«Профилактика туберкулеза»
(зарегистрирован в Минюсте России 6 мая 2014 г. № 32182)*

- ☐ *Медицинскими организациями, обслуживающими взрослое население, обеспечивается проведение профилактических медицинских осмотров населения, прикрепленного к медицинской организации, с целью раннего выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года.*
- ☐ *В субъектах Российской Федерации, муниципальных образованиях с показателем заболеваемости населения туберкулезом 60 и более случаев на 100 тысяч населения в год - не реже 1 раза в год.*

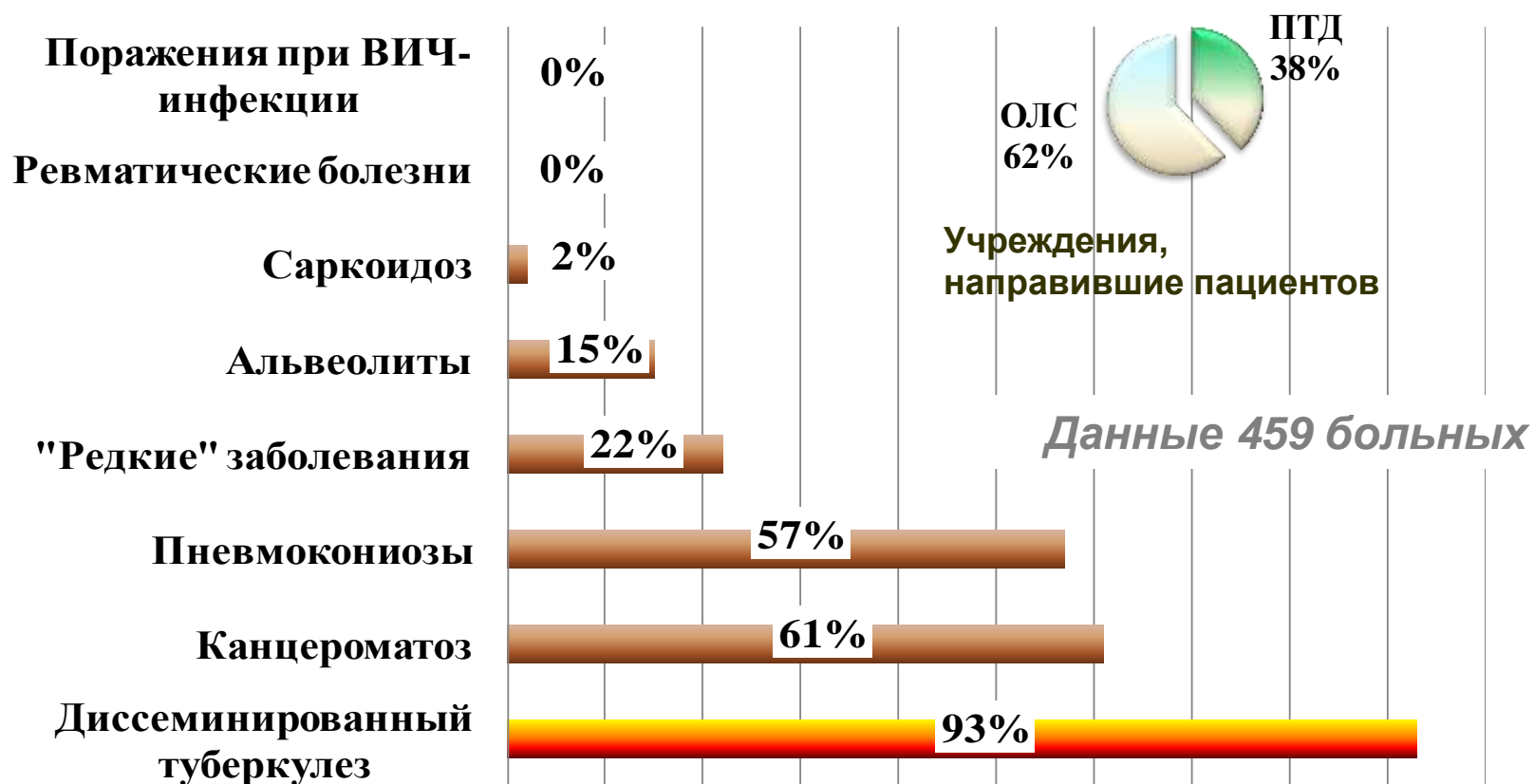
В 2013 году в России зарегистрировано 29645 больных туберкулезом без деструкции и бактериовыделения
- 39,5% в структуре впервые выявленных

**Доля в/в больных и показатель клинического излечения МБТ(-)/СВ(-).
 Россия, 2013**



Основная причина гипердиагностики диссеминированного туберкулеза – неприменение современных методов этиологической диагностики

Доля диагностических ошибок при диссеминированных поражениях легких, % (УНИИФ, 2010-2013)



* «Редкие» заболевания: гистиоцитоз X, альвеолярный протеиноз, легочный лейомиоматоз

Доля больных ДПЛ, потребовавших морфологической верификации легочного поражения



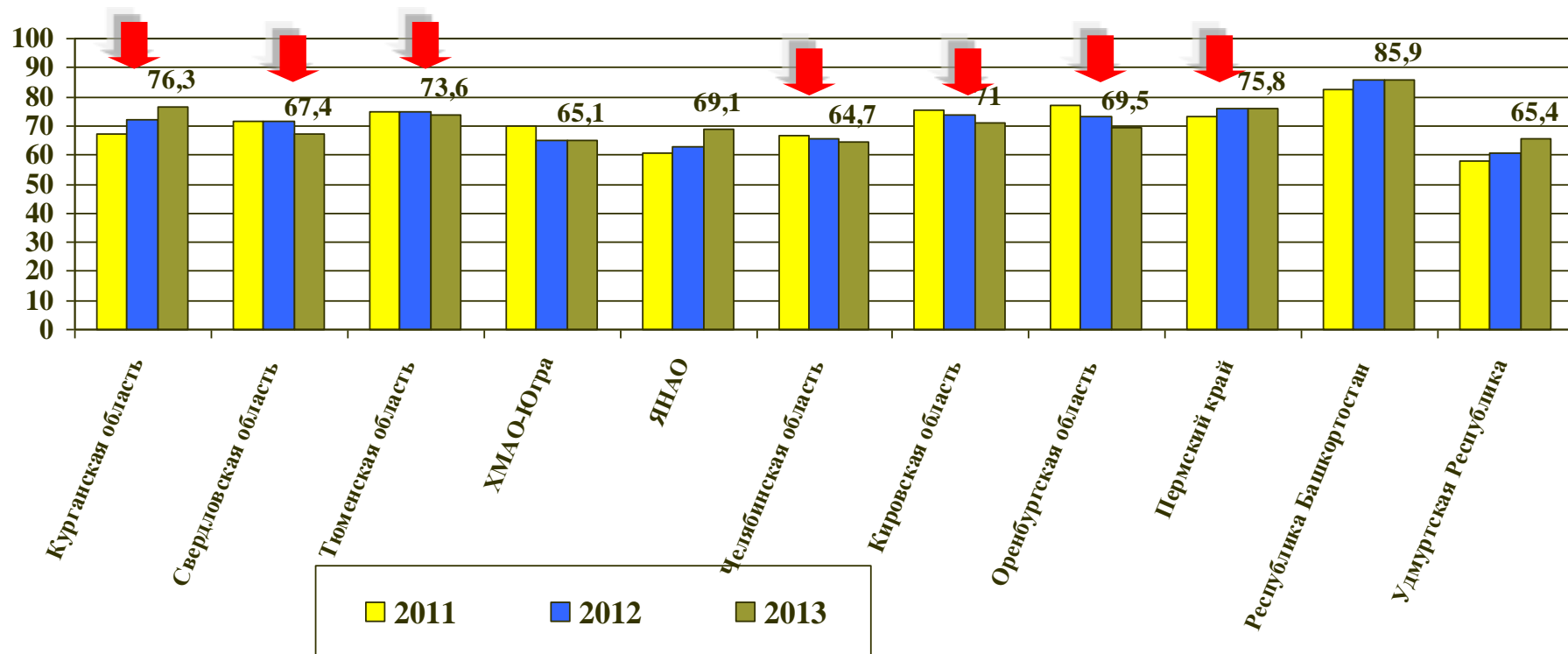
Доля больных, направленных в УНИФ из регионов для подтверждения диагноза, составила в 2013 г. 7% (0,8%-23%) от числа нуждающихся



*Порядок оказания медицинской помощи
больным туберкулезом, утв. приказом
МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. №932н*

- ❑ Функциями Диспансера являются: проведение комплекса диагностических и дифференциально-диагностических мероприятий больным с заболеваниями органов дыхания и средостения **до установления окончательного диагноза.**
- ❑ При отсутствии признаков, подтверждающих диагноз «туберкулез» (бактериоскопических, бактериологических или гистологических), при наличии типичной клинικο-лучевой или инструментальной картины больной направляется в туберкулезную больницу ... для уточнения диагноза.
- ❑ При отсутствии возможности установления в туберкулезной больнице окончательного диагноза больной направляется в клинику научно-исследовательской организации, оказывающей медицинскую помощь больным туберкулезом.

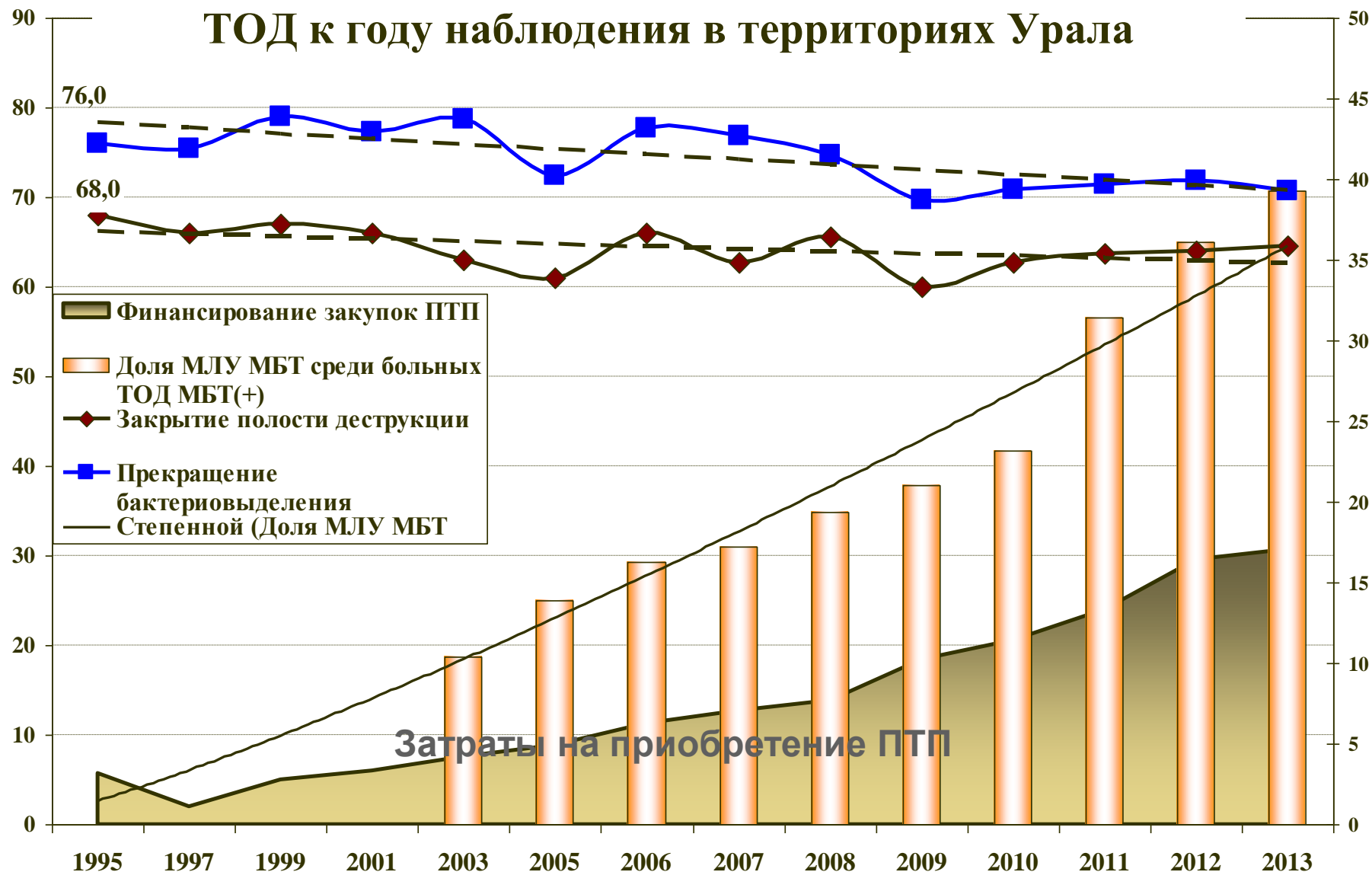
ПРЕКРАЩЕНИЕ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ О.Д. НА УРАЛЕ В 2009-2012 ГГ. (Ф. 33, %)



Уральский регион	2009	2010	2011	2012	2013
Прекращение бактериовыделения	69,7	70,9	71,5	71,8	70,7
Клиническое выздоровление	32,9	32,5	34,2	33,0	32,2

«Излечение известных случаев туберкулеза - единственная возможность уменьшить резервуар инфекции и разорвать цепь эпидемического процесса»

Эффективность лечения впервые выявленных больных ТОД к году наблюдения в территориях Урала



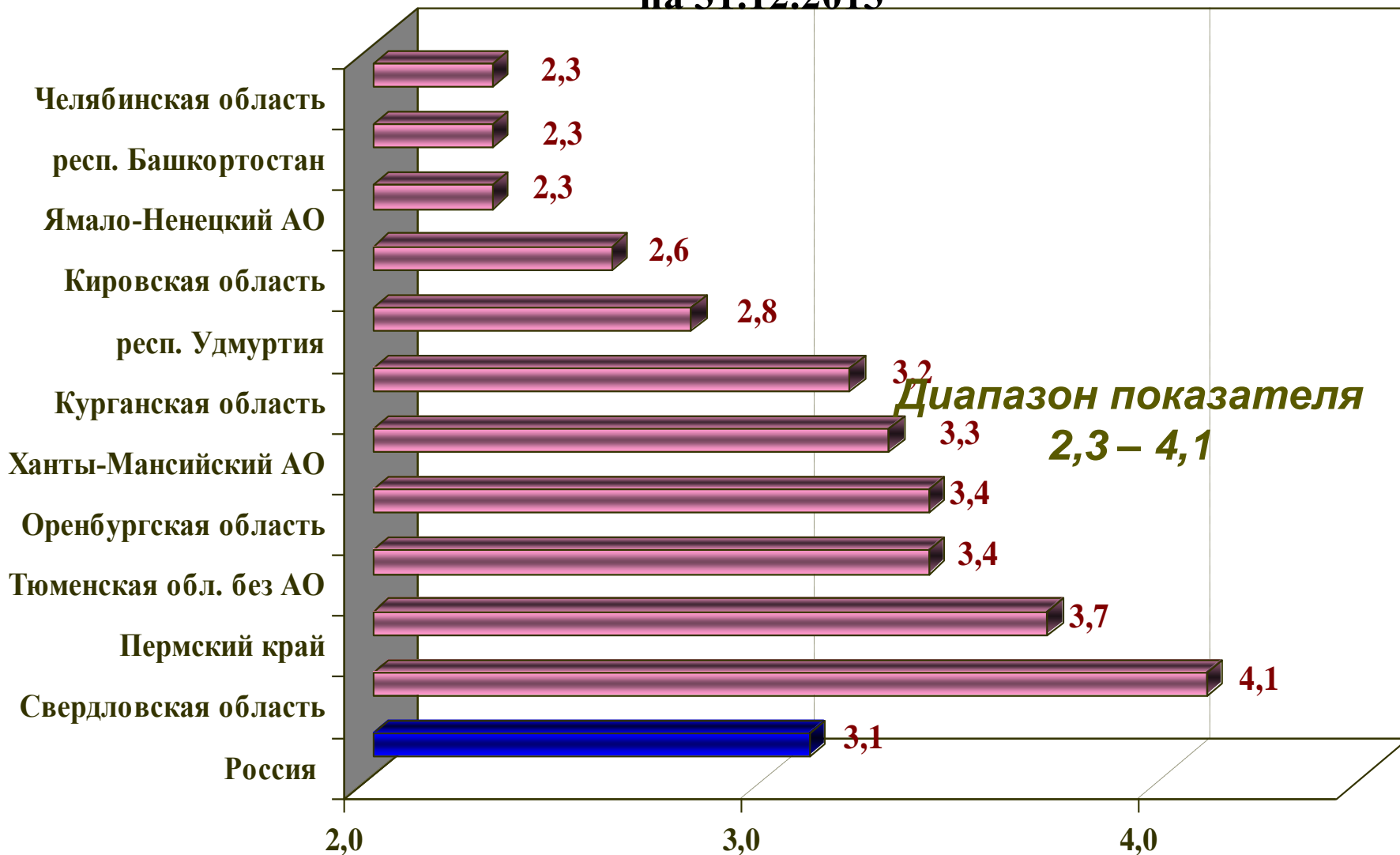
Динамика численности противотуберкулезных ЛПУ, отделений и тубкабинетов на Урале

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Диспансеры	68	62	60	52	45	43	33
Больницы	25	22	21	20	19	22	11
Отделения в составе ЦРБ (ЦГБ)	56	52	49	41	39	34	28
Тубкабинеты	293	295	289	293	298	320	322

Показатели коечного фонда ПТУ на Урале, 2011-13 гг.

Годы	Численность				Занятость	
	Круглосуточные		Дневного стационара		Круглосуточные	Дневного стационара
	Абс.	на 10000 населен.	Абс.	на 10000 населен.		
2011	14323	6	240	0,1	322,4	288,9
2012	13769	5,8	343	0,1	317,4	316,8
2013	12912	5,4	494	0,2	314,5	290,8

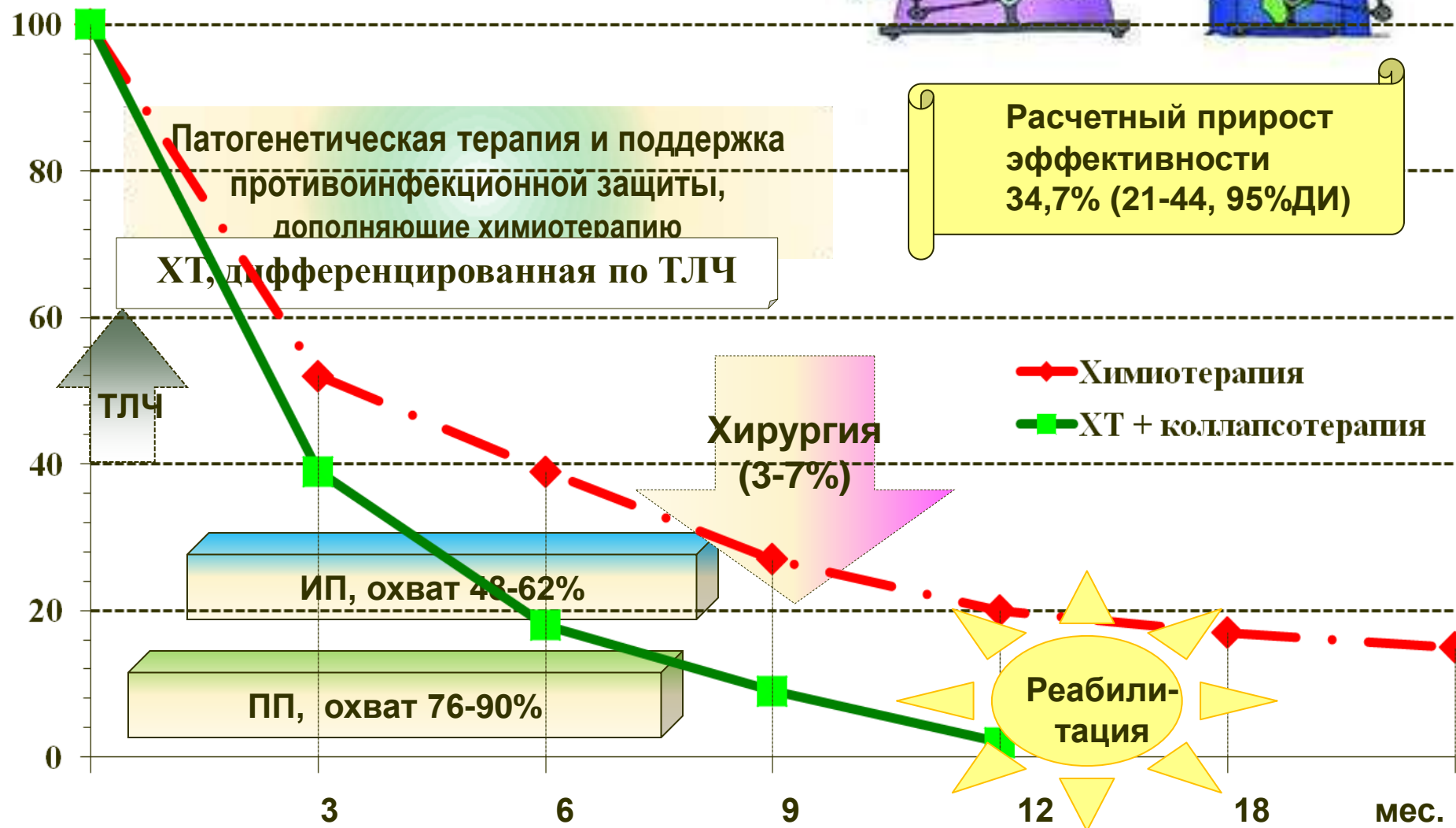
Число больных ТБ на 1 койку круглосуточного стационара, на 31.12.2013

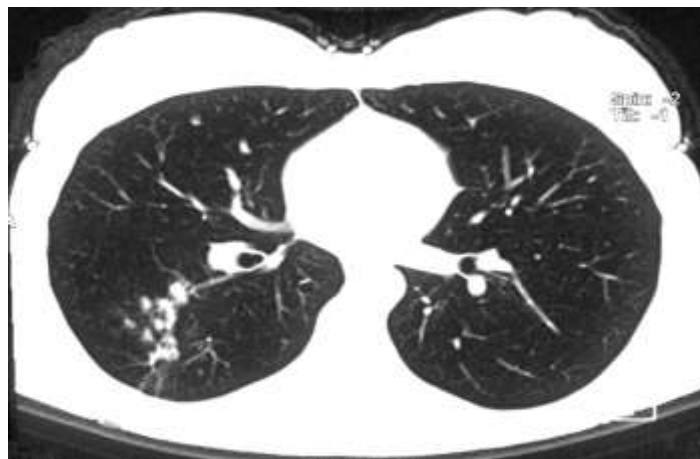


Нормативы по фтизиатрии в соответствии с Программой Государственных гарантий на 2014-2016 гг.:

Работа койки - 338,0 Оборот койки - 3,6 Длительность госпитализации - 93,8

Задача: внедрение клинических рекомендаций и протоколов интенсивного лечения



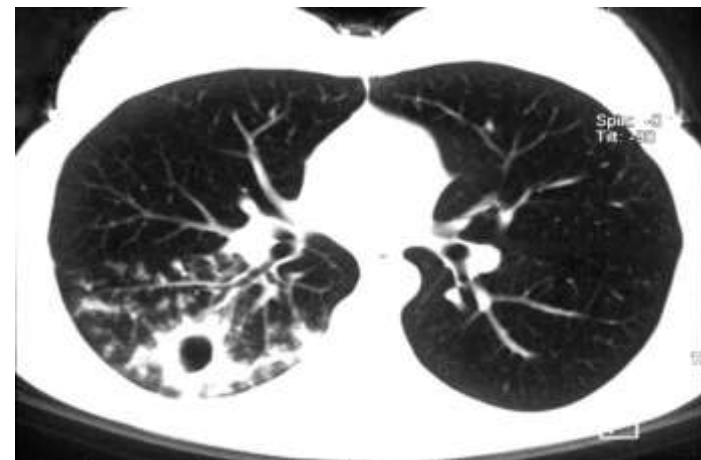


**При выявлении: очаговый
туберкулез S3 правого
легкого, МБТ-. Излечение**



**Лечение: ИП справа, ПП. Устойчивость
МБТ/непереносимость ВСЕХ ПТП,
ХТ не проводилась**

Рецидив



**Рецидив через 2 года:
инфильтративный туберкулез S6
справа в фазе распада. ШЛУ.**

Лечение



**Через 7 мес. ИП: в S 6 справа рубец,
единичные очаги. МБТ (-). ИП и ПП
продолжены до 15 месяцев**

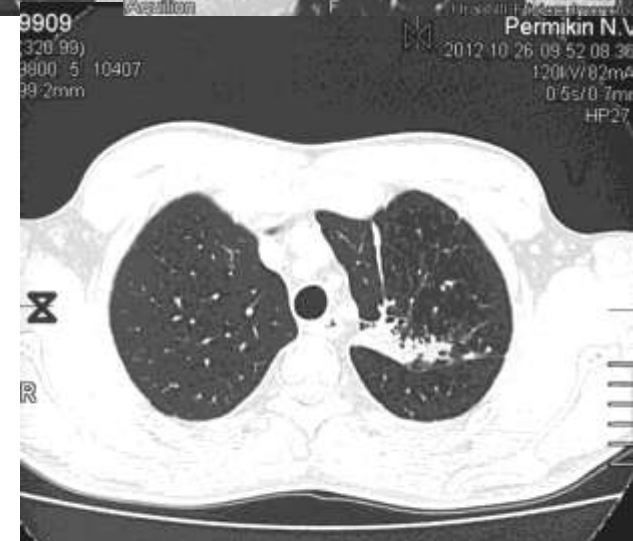
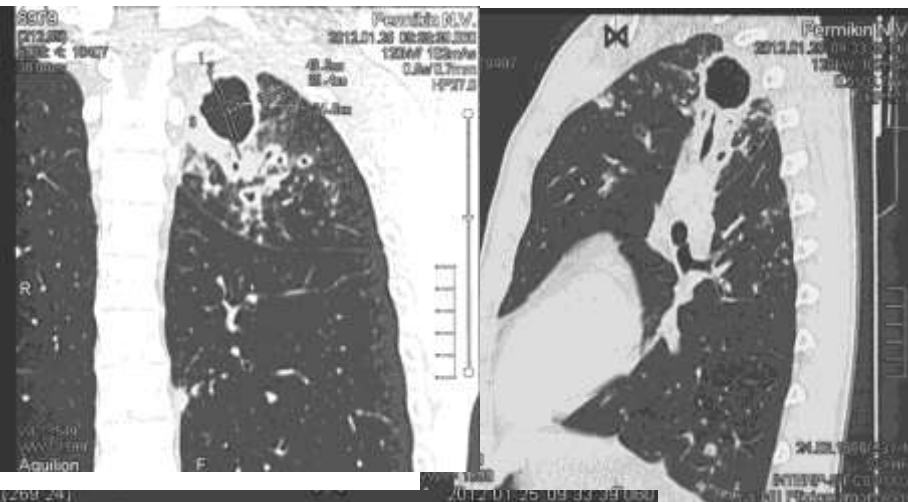
Результат

Клапанная бронхоблокация

Пациент 23 лет, ФКТ, МБТ+, МЛУ, неэффективная ХТ в течение 1,5 года. Продолжительность КББ 10 мес.

● До КББ

● После КББ

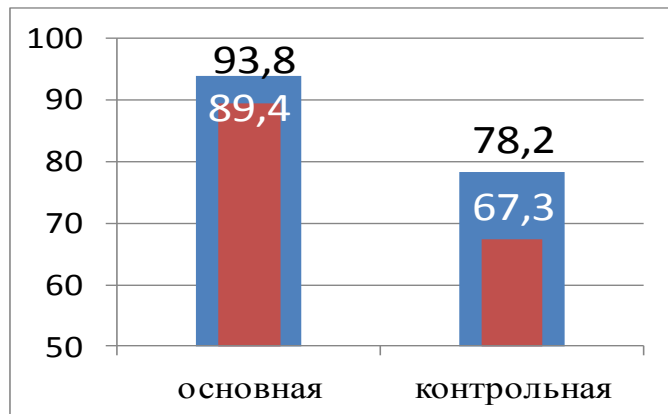


...Измерять качество работы числом
качественно пролеченных и поправивших своё здоровье людей.

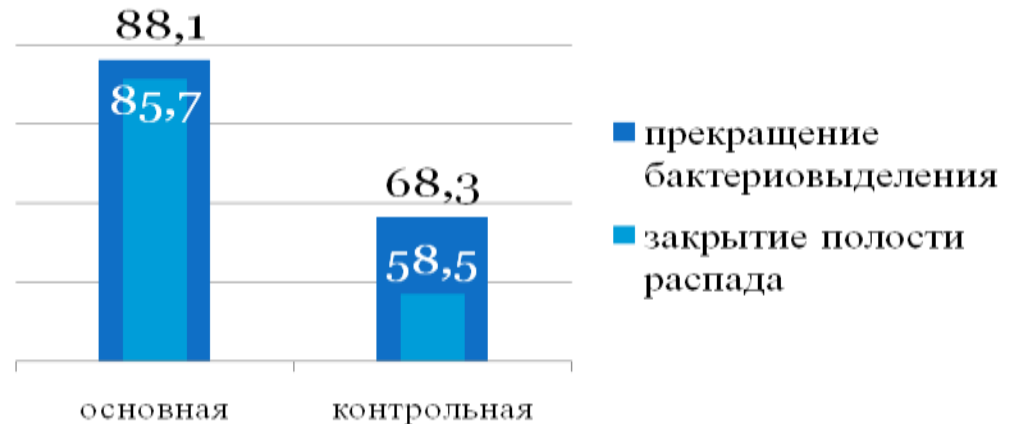
В.В. Путин, •

Вступительное слово на заседании президиума Госсовета 30 июля 2013

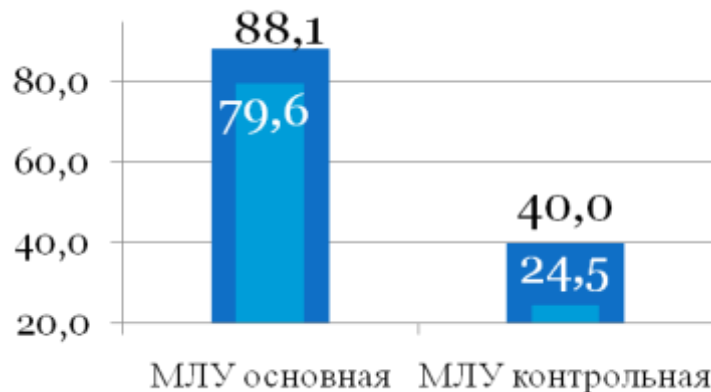
Эффективность комплексного лечения больных



I группа (с чувствительной культурой)



II группа (моно- и полирезистентность)



III группа (МЛУ/ШЛУ ТБ)



Формирование приверженности: Ориентированность на пациента

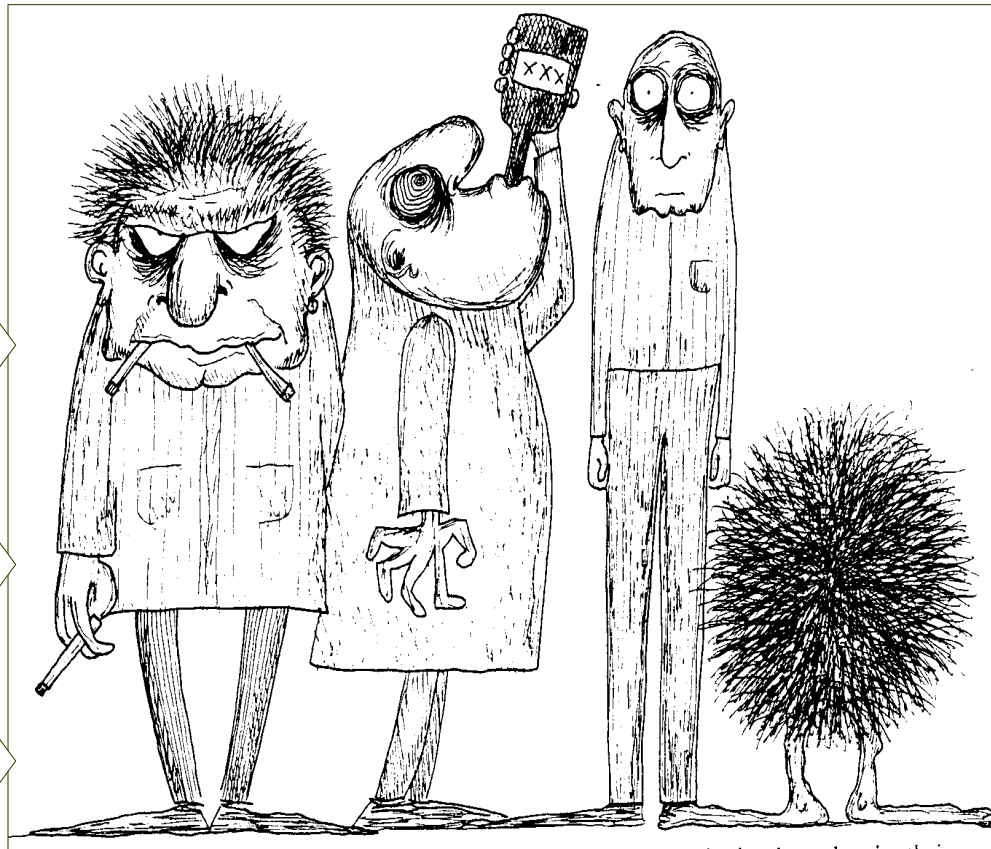
Социальная
поддержка

Психологическое
сопровождение

Школы для больных

Помощь волонтеров

Принуждение



«Лечение туберкулеза является классическим примером балансирования между интересами здоровья общества и свободой выбора индивидуума»

Annas G.J., 1993

➤ Круглосуточный стационар

➤ Дневной стационар

➤ Стационар на дому

➤ Отделения длительного наблюдения больных с хроническими формами туберкулеза

➤ Пункты контролируемого лечения

«Не можешь – поможем, не хочешь – заставим»

приписывается А.С. Макаренко

Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 16 Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

- К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся:

Установление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих...

Федеральный Закон РФ №3-ФЗ «О полиции»

Статья 12 «Обязанности полиции». Полиция обязана:

- осуществлять розыск лиц, уклоняющихся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера...
- оказывать содействие органам здравоохранения в доставлении в медицинские организации по решению суда лиц, уклоняющихся от явки по вызову в эти организации...

Принудительная госпитализация (ст. 10 ФЗ № 77-ФЗ), результаты:
в 2013 г. закончили курс лечения 54,0% больных (в 2010 г. 34,8%, в 2011 47,0%) от числа направленных в суд.

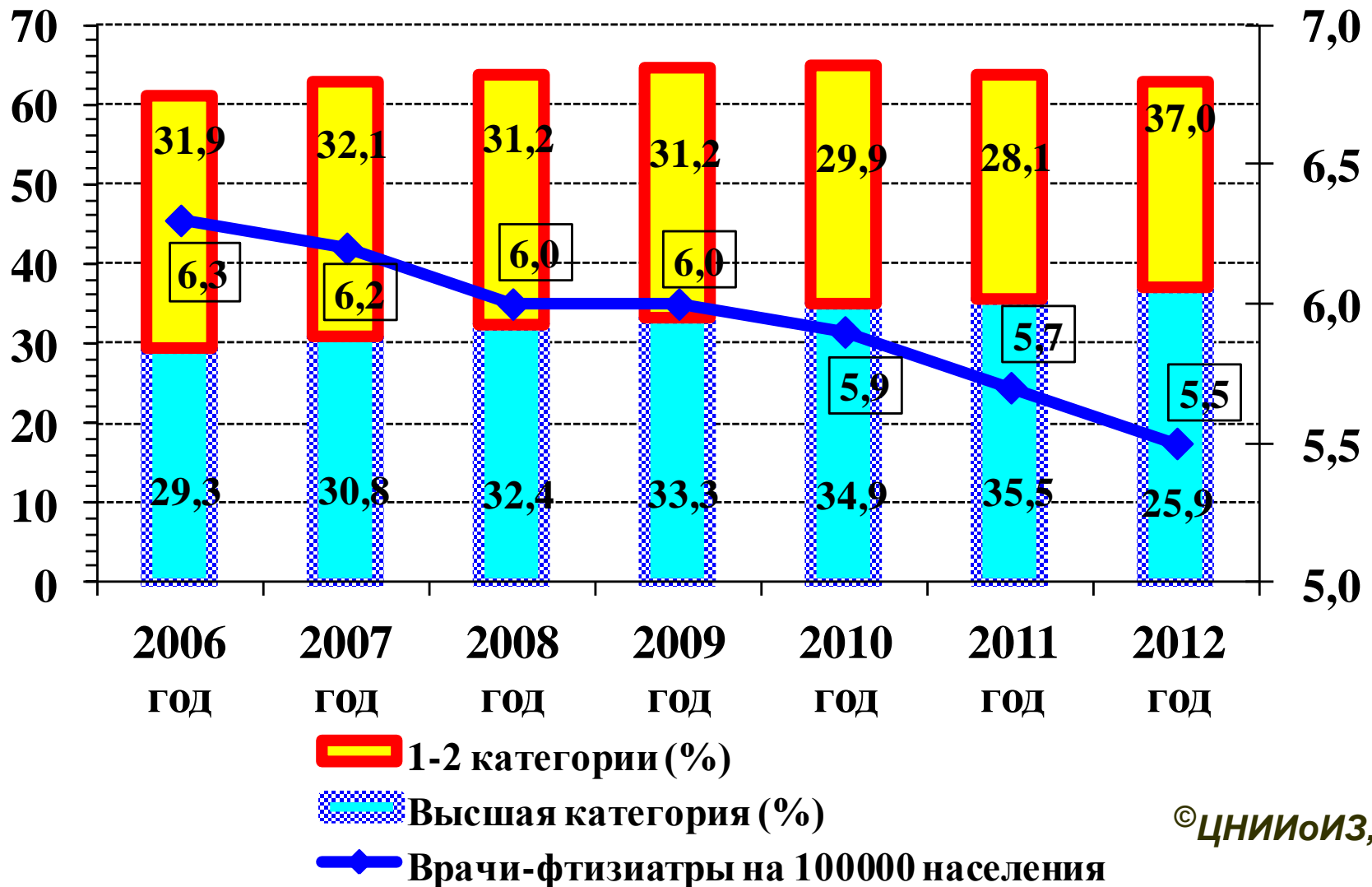
Средний срок рассмотрения 2.2 (0,5-4,4) месяца.

Недисциплинированный пациент: эффективны ли «шаги навстречу»?

Результаты опроса врачей-фтизиатров о путях решения проблемы приверженности (Уральский регион, 2010-2012, 218 респондентов)



**Обеспеченность врачами-фтизиатрами:
Российская Федерация, 2006-2012**



«Обеспечение отрасли здравоохранения кадрами – одна из самых сложных стоящих перед нами задач.

Необходимо обеспечить не просто достаточное количество медицинских работников, но соответствие их профиля и квалификации реальным потребностям трёхуровневой системы оказания медицинской помощи».



***Из выступления
Министра здравоохранения РФ
В.И. Скворцовой
на Первом национальном съезде врачей.***

«В медвузах Москвы начнут готовить по специальности «помощник врача». Источник: www.medportal.ru



От «образования на всю жизнь» к «образованию через всю жизнь»

Реализация государственной политики в области обеспечения качества медицинского и фармацевтического образования

Обеспечение преемственности высшего профессионального образования с учетом внедрения федеральных государственных образовательных стандартов 3-го поколения

- Обновление программ подготовки послевузовского и дополнительного профессионального образования
- Повышение квалификации профессорско-преподавательского состава

Непрерывное профессиональное образование

Высшее образование	Аккредитация (первичные профессиональные допуски)	<u>Первичная медицинская помощь:</u> <ul style="list-style-type: none">• Участковый терапевт• Участковый педиатр• Стоматолог общей практики
Ординатура (1-5 лет, модульный принцип)	Аккредитация после каждого модуля (расширение профессиональных допусков)	<u>Специализированная медицинская помощь:</u> врач-специалист
Дополнительное образование	Аккредитация (подтверждение и/или расширение профессиональных допусков)	

Последипломная подготовка врача в Германии

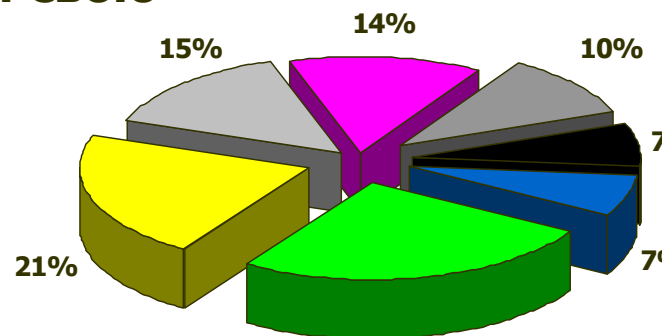
- находится в ведении Земельных врачебных палат.
- проводится под руководством врача –специалиста, проработавшего по специальности не менее 5 лет и получившего лицензию Земельной врачебной палаты на обучение врачей.
- длительность последипломного образования - 72 месяца

Компетенции врача-пульмонолога:

- Диагностика и лечение болезней дыхательной системы, **включая туберкулез**, заболеваний средостения и плевро-пульмональных манифестаций других болезней.
- Социальная и врачебно- трудовая экспертиза заболеваний дыхательных путей.
- Основы диагностики и лечения расстройств дыхания во время сна.
- Проведение, контроль, химио- и иммуномодулирующая терапия рака легких. Интердисциплинарные показания для хирургического лечения рака легких.
- Функциональная диагностика внешнего дыхания, бодиплетизмография, спироэргометрия.
- Исследование легочного кровообращения, включая катетеризацию правого желудочка.
- Проведение гибкой и жесткой бронхоскопии и БАЛ.
- Кислородотерапия и ИВЛ.
- Обучение больного.

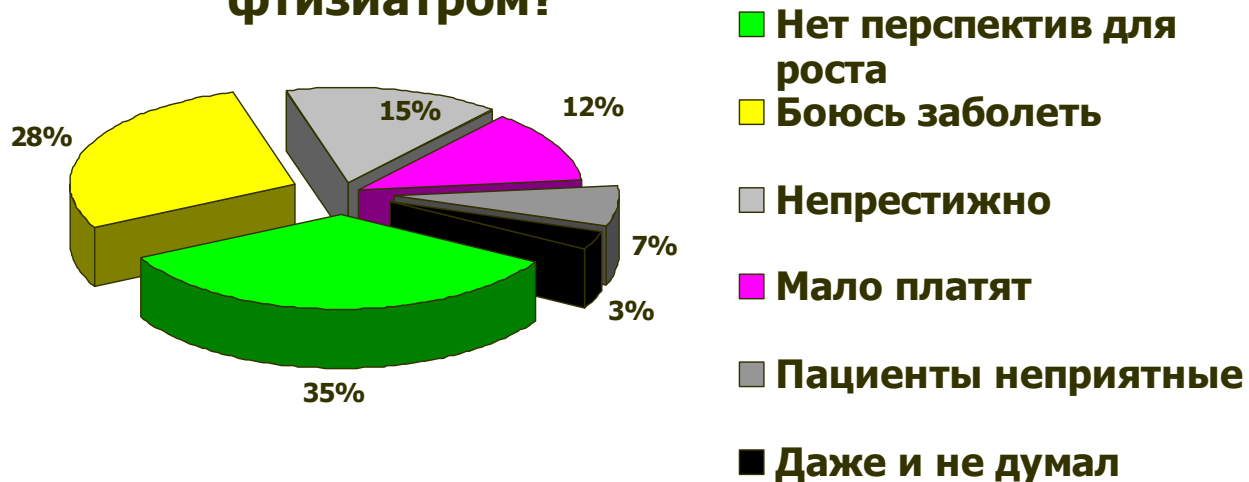
Результаты опросов студентов 5 курса ЛПФ УГМА, 2012

Почему Вы выбрали свою профессию ?



- Интересно, мне нравится
- Возможность работать в крупной современной клинике
- Престижно
- Платят хорошо
- Дадут жилье бесплатно/недорого
- Посоветовали
- Прочие

Почему Вы НЕ ЖЕЛАЕТЕ стать фтизиатром?



- Нет перспектив для роста
- Боюсь заболеть
- Непрестижно
- Мало платят
- Пациенты неприятные
- Даже и не думал

*Сотрудники Уральского НИИ фтизиопульмонологии
сердечно поздравляют ветеранов и коллектив
Кафедры с замечательным юбилеем
и желают дальнейшей плодотворной работы.
Здоровья и благополучия Вам и Вашим близким!*



**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**

Наш адрес в интернет www.urniif.ru