

Интегрированная модель контроля туберкулеза в Казахстане на 2016-2025 годы

Исмаилов Ж.К., Берикова Э.А., Исмаилов Ш.Ш.

Национальный центр туберкулеза МЗСР РК

Ключевые слова: противотуберкулезная служба РК, Стратегические направления, интегрированная модель

Интегрированная модель контроля туберкулеза в Казахстане на 2016-2025 годы (далее – Интегрированная модель) разработана во исполнение поручений Президента Республики Казахстан, озвученных в посланиях «Стратегия «Казахстан – 2050»: новый политический курс состоявшегося государства», «Нұрлы жол – путь в будущее», в соответствии с концепциями по вхождению Казахстана в число самых развитых стран мира (Указ Президента Республики Казахстан от 13 января 2014 года №732) и социального развития Республики Казахстан до 2030 года (постановление Правительства Республики Казахстан от 25 апреля 2014 года №396) и стратегией ВОЗ «Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века».

В представленной Интегрированной модели предусмотрены меры по законодательному, структурному, экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учетом межведомственного и межсекторального взаимодействия.

Реализация данной Интегрированной модели будет способствовать повышению уровня доступности и качества оказания противотуберкулезной помощи населению путем внедрения эффективных мер по профилактике и выявлению туберкулеза, ускоренных методов диагностики туберкулеза, в том числе устойчивых форм, оказания специальных социальных услуг для уязвимых групп больных, создания условий по повышению мотивации к лечению у больных туберкулезом.

Основные положения Интегрированной модели синхронизированы с основными принципами Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы и стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза на 2016-2035 годы. Мероприятия согласуются с направлениями, установленными Комплексным планом по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан № 597 от 31 мая 2014 года.

Каждый год в мире регистрируются более 8 миллионов новых случаев туберкулеза и 1,5 миллиона смертей от него. Ежедневно около 5 тысяч человек умирают, из-за позднего обращения к врачу или прерванного лечения. Данная статистика отмечает, что очень важно обращать внимание на своё здоровье и здоровье своих близких.

Уровень выявления больных туберкулезом в мире улучшился за последние годы, и в 2012 году составил 66% (диапазон 64–69%) от оценочного числа случаев заболевания. Разрыв между числом зарегистрированных случаев и оценочным числом случаев заболевания туберкулезом можно объяснить неполной регистрацией диагностированных случаев (например, диагностируемых в частном секторе) и гиподиагностикой в связи с ограниченным доступом к медицинской помощи. Основные усилия необходимо направить на выявление максимально возможного числа больных, обеспечение регистрации случаев туберкулеза в национальных системах эпиднадзора и обеспечение выявленных больных лечением в соответствии с международными стандартами.

В большинстве стран мира, в т.ч. странах, входящих в организацию экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР), контроль за туберкулезом (профилактика, выявление, диагностика, лечение и эпиднадзор) осуществляется сетью первичной медико-социальной помощи (далее – ПМСП) и неправительственными организациями (далее – НПО).

Противотуберкулезные организации на сегодняшний день функционируют только в странах бывшего Советского Союза и Китае.

В последние годы в диагностике туберкулеза были совершены важные прорывы. В 2010 году ВОЗ одобрила первый молекулярно-генетический экспресс-тест Xpert® MTB/RIF, который позволяет одновременно подтвердить диагноз туберкулеза и выявить устойчивость к рифампицину.

Распространение штаммов туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в мире представляет собой серьезную угрозу здоровью общества и требует новых подходов к лечению заболевания. Длительность лечения (от 20 до 33 мес.) и высокий риск возникновения нежелательных реакций на прием противотуберкулезных препаратов (далее – ПТП) негативно отражаются на приверженности пациентов к завершению назначенного курса. Ситуация осложняется тем, что пациентам с МЛУ ТБ и туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ ТБ) необходимы особые лекарства.

Остановить глобальную эпидемию туберкулеза можно путем резкого снижения смертности и заболеваемости, а также ликвидации экономического и социального бремени, связанного с этой болезнью. Если указанная задача не будет выполнена, это повлечет за собой се-

рзные индивидуальные и глобальные последствия для общественного здравоохранения.

Для ликвидации эпидемии туберкулеза в мире Всемирная организация здравоохранения разработала Глобальную стратегию на 2016-2035 годы «End TB» с видением «Мир, свободный от ТБ (нулевой уровень смертности, заболеваемости и страданий от ТБ)» и целевыми показателями:

- Снижение смертности от туберкулеза на 95% к 2035 году по сравнению с 2015 годом
- Снижение показателя заболеваемости туберкулезом на 90% к 2035 году по сравнению с 2015 годом
- К 2035 году ни одна из семей, где есть больные туберкулезом, не должна нести катастрофических расходов.

Базовыми компонентами определены:

- Комплексное лечение и профилактика, ориентированные на пациента.
- Сильная политика и поддерживающие системы.
- Интенсификация исследований и инновации.

Эффективная борьба с туберкулезом в Казахстане остается важным приоритетным направлением в социальной политике государства.

Интенсивная и целенаправленная работа всех смежных структур по реализации комплекса противотуберкулезных мероприятий за последние 10 лет позволили добиться в стране значительных позитивных изменений основных эпидемиологических показателей. Так, заболеваемость туберкулезом в стране снизилась более чем в 2,2 раза, а смертность – в 5 раз.

По итогам 2015г. также отмечается тенденция в виде снижения показателя заболеваемости туберкулезом на 11,9%, а смертности – на 22,4%, по сравнению с 2014г., которые составили соответственно 58,5 и 4,1 на 100 тыс. населения.

При этом ВОЗ при подсчете показателя заболеваемости учитывает новые случаи и рецидивы. При таком уровне заболеваемости в Казахстане, по итогам 2015г., составила 90,6 99,0 в 2014 году.

Согласно отчету о Глобальной конкурентоспособности на 2015-2016 годы Всемирного Экономического Форума (далее ВЭФ), Казахстан по фактору «Распространенность туберкулеза» в 2014 году поднялся на одну позицию по сравнению с 2013г. занял 101 место; по фактору «Влияние ТБ на бизнес» поднялся на 4 позиции и занял 107 место.

В рамках реализации Комплексного плана оптимизировано и сокращено 10 самостоятельных районных ПТО и 1038 круглосуточных коек ПТО. При оптимизации высвободилось более 1 млрд тенге, из них направлены на приоритетные противотуберкулезные мероприятия 881,1 млн тенге (87,3%). В регионах местными исполнительными органами не выполнен 10-ый пункт Плана и секвестированы сэкономленные при оптимизации коечного фонда финансовые средства.

Также регионами недостаточно выполняются мероприятия по расширению амбулаторного лечения. , из 6540 новых случаев без бактериовыделения, которые могли бы лечиться с на уровне ПМСП, в 2015 году только 13% направлены на амбулаторное лечение.

Длительность пребывания пациентов на стационарной койке по стране остается высокой и, по итогам 2015г. 81,5 койко-дней против 76,3 в 2014 году.

При этом стоимость стационарного лечения более чем в 4 раза превышает амбулаторное лечение. Анализ структуры стационарного лечения свидетельствует о том, что прямые расходы на пациента являются минимальными и составляют всего 19,7% от общего объема затрат.

Приоритетность стационарного лечения приводит искусственному коечному фонду за счет больных, которые могут лечиться в условиях на уровне ПМСП, повышению риска внутрибольничного распространения МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ, а также усиливает стигму в обществе по отношению к пациентам, больным туберкулезом.

При анализе ситуации по туберкулезу **сильными сторонами** службы в целом можно назвать следующие:

1. Политическая поддержка Государства и наличие нормативно-правовой базы по профилактике, выявлению, диагностике, лечению и наблюдению туберкулезных пациентов.
2. Полная обеспеченность вакциной БЦЖ и изониазидом.
3. Наличие прививочных кабинетов в родильных домах и ПМСП с подготовленным медперсоналом.
4. Поствакцинальные осложнения в допустимых пределах – 0,008% (ВОЗ -0,1%).
5. Широкий охват туберкулеза флюороосмотром и туберкулинодиагностикой (ежегодно более 50% населения);
6. Развитая сеть ПМСП и ПТО с ресурсами;
7. Внедрение молекулярно-генетических экспресс-методов диагностики ТБ и МЛУ ТБ;
8. Утверждены клинические руководства, клинические протоколы и стандарты лечения больных туберкулезом и М/ШЛУ ТБ;
9. Бесперебойное полное обеспечение ПТП первого, второго и третьего ряда;
10. Внедрение в пилотных проектах новых противотуберкулезных препаратов, рекомендованных ВОЗ;
11. Высокая эффективность лечения ТБ (87,6%) и МЛУ ТБ (75,1%);
12. Развитая инфраструктура ПТО и ПМСП (наличие кабинетов НКЛ и химизаторов).

Слабые стороны оказания противотуберкулезной помощи населению:

1. Низкий уровень перевода больных на амбулаторное лечение, и необоснованная длительность стационарного лечения больных ТБ.
2. Низкая выявляемость в ряде регионов тубинфицированных детей (высокий удельный вес сомнительных

реакций пробы Манту – от 20 до 41%) и увеличение числа детей, не привитых БЦЖ (охват 95%).

3. Недостаточный охват активным обследованием контактов без учета приоритетности тесных контактов (членов семьи, родственников, заключенных, ВИЧ/СПИД и т.д.) и недостаточно контролируемая химиопрофилактика (среди неорганизованных детей, ЛЖВ).

4. Низкий уровень адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (далее – АКСМ).

5. Дезинтегрированность ПМСП и ПТО.

6. Низкая выявляемость ТБ методом флюорографии среди обследованных (1,2 на 1000 осмотренных при стандарте 3) и микроскопическим методом (4,4%).

7. Низкая доступность молекулярно-генетических экспресс-методов диагностики ТБ и МЛУ ТБ.

8. Недостаточная приверженность на местах принципам ВОЗ по приоритетности амбулаторного лечения.

9. Закупаемые в стране противотуберкулезные препараты не имеют переквалификации ВОЗ.

10. Ориентированность на дорогостоящее стационарное лечение с риском внутрибольничного распространения МЛУ и ШЛУ ТБ.

11. Недостаточность оказания психосоциальной помощи больным ТБ на амбулаторном этапе лечения и недостаточное вовлечение неправительственных организаций (далее – НПО) в реализацию противотуберкулезных мероприятий.

12. Несоответствие требованиям инфекционного контроля (далее – ИК) ПМСП и ПТО. Действующие нормативы СЭС, СНИП, СанПиН не отражают современные подходы к инфекционному контролю.

13. Все стационары в стране, выделенные для изоляции и оказания паллиативной помощи больным, страдающим хронической заразной формой туберкулеза, не соответствуют требованиям инфекционного контроля.

14. Дефицит врачебных квалифицированных кадров в гражданском и пенитенциарном секторах из-за непрестижности специальности «фтизиатрия» и отсутствия устойчивых программ по привлечению молодых специалистов.

Все вышеперечисленные проблемы, в итоге, являются основными факторами, препятствующими улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

Возможности для реализации противотуберкулезных мероприятий:

1. Тесное сотрудничество с международными донорами, партнерами, НПО может благоприятно сказаться на распространении передового опыта в диагностике и лечении МЛУ ТБ, ТБ/ВИЧ;

2. Более активное участие гражданского общества может повлиять на осведомленность населения о ТБ, мерах его профилактики и своевременную диагностику;

3. Применение экспресс-методов диагностики ТБ и МЛУ ТБ способствует снижению уровня нозокомиальной передачи ТБ и МЛУ ТБ в стационарах и позволит начать полноценную терапию больным в более ранние сроки;

4. Широкое применение пациент-ориентированных подходов способствует снижению числа неблагоприятных исходов лечения больных ТБ, М/ШЛУ ТБ, что в свою очередь, снизит трансмиссию ТБ среди населения;

5. Поэтапное внедрение новых ПТП способствует выработке новых сокращенных апробированных схем лечения МЛУ и ШЛУ ТБ, повышению эффективности лечения и снижению резервуара неизлечимых форм ТБ;

6. Помощь гражданской ТБ программы пенитенциарному сектору в области диагностики и лечения МЛУ ТБ позволит остановить рост первичной и вторичной лекарственной устойчивости среди осужденных.

Угрозы для реализации противотуберкулезных мероприятий:

1. Снижение темпа экономического роста страны и уровня жизни населения в период экономического кризиса;

2. Ослабление межведомственного взаимодействия с санитарно-эпидемиологической службой в виду институционального преобразования (СЭС вне системы общественного здравоохранения).

3. Значительное снижение инвестиций в противотуберкулезные мероприятия со стороны международных доноров.

4. Рост уровня ВИЧ-инфицированности в стране сыгрывает роль катализатора в увеличении ТБ среди населения.

5. Значительный резервуар туберкулезной инфекции в пенитенциарной системе.

Ключевые проблемы оказания противотуберкулезной помощи населению в Республике Казахстан

Несмотря на проводимые масштабные противотуберкулезные мероприятия, в стране имеется ряд проблем в контроле за туберкулезом:

1) Недостаточная эффективность профилактических мер по туберкулезу среди населения, контактных и детей;

2) Низкая выявляемость туберкулеза на уровне ПМСП и ограниченный доступ к ускоренным методам диагностики;

3) Недостаточные меры межведомственного и межсекторального взаимодействия в контроле за туберкулезом.

Цели, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации Интегрированной модели

Цель: Ликвидировать **эпидемию туберкулеза** в Казахстане (<50 на 100 тыс. населения):

– к 2020 году – по заболеваемости туберкулезом

– к 2025 году – по распространенности туберкулеза.

Основными стратегическими направлениями являются:

1) Обеспечение эффективной профилактики туберкулеза среди населения с акцентом на детей

2) Раннее выявление и диагностика туберкулеза, в т.ч. с лекарственной устойчивостью

3) Эффективное лечение туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью.

Целевые индикаторы:

Целевой индикатор	Ед. изм.	2020 год	2025 год
Место Казахстана в ГИК по показателю распространенности ТБ	Место	84	69
Снижение смертности от туберкулеза	на 100 тыс. населения	3,1	1,9
Заболеваемость ТБ на 100 тыс. населения	на 100 тыс. населения	49,5	29,5
Экономическая эффективность в виде реинвестирования финансовых средств в противотуберкулезные мероприятия	млрд. тенге	5,8	8,7

Стратегическое направление I – Обеспечение эффективной профилактики туберкулеза среди населения с акцентом на детей**1. Своевременное выявление, изоляция и лечение больных с МБТ (+) с соблюдением мер инфекционного контроля в организациях ПМСП и ПТО**

Основной профилактикой распространения туберкулеза является своевременное выявление, изоляция и эффективное лечение больных с бактериовыделением. Каждый выявленный больной с бактериовыделением будет госпитализироваться в соответствии со статусом лекарственной чувствительности в противотуберкулезный стационар. Во всех стационарах будут обеспечены меры инфекционного контроля для предупреждения нозокомиального распространения туберкулеза и М/ШЛУ-ТБ: строгий контроль за соблюдением раздельной госпитализации больных по эпидстатусу, цикличностью заполнения палат и масочного режима в ПТО.

Диагностика лекарственно-устойчивого туберкулеза с применением ускоренных молекулярно-генетических методов будет осуществляться на догоспитальном этапе. На случай невозможности своевременного обеспечения диагностики лекарственной устойчивости, все ПТО будут оснащены несколькими боксами с наличием соответствующей механической вентиляции.

Будет обеспечено регулярное техническое обслуживание систем вентиляции на разных уровнях ПТО, закупка ультрафиолетовых ламп, термометров и их замена, калибровка и техническое обслуживание. Также предусмотрено бесперебойное обеспечение средствами личной защиты персонала ПТО.

Меры инфекционного контроля будут обеспечены и в организациях ПМСП в виде приема кашляющих лиц без очереди, разъяснения гигиены кашля и ношения масок кашляющими.

2. Переход на полное эпидемиологическое расследование каждого нового случая ТБ с МБТ (+), рецидива и случая ТБ среди детей с расширением охвата обследованием контактных лиц

Эпидемиологическое расследование будет заключаться в переходе к полному расследованию всех новых случаев легочного туберкулеза с бактериовыделением, рецидивов и случаев ТБ среди детей. Оно будет осуществ-

ляться специалистами ПМСП, ПТО, КЗПП по утвержденному протоколу с выработкой плана мероприятий по обследованию контактных и недопущению заболевания среди них.

3. Максимальный охват новорожденных вакцинацией БЦЖ и проведение контролируемой химиопрофилактики среди детей (26897 детей) и ВИЧ – инфицированных (734 человек)

Вероятность инфицирования микобактериями туберкулеза зависит от контагиозности источника инфекции, факторов окружающей среды (скученность, отсутствие естественной вентиляции), продолжительности и интенсивности контакта, восприимчивости контактного лица и характеристик инфицирующего штамма МБТ.

Профилактические меры будут направлены на снижение распространения инфекции и рисков развития заболевания у инфицированных лиц: охват обследованием широкого круга контактных, полный охват вакцинацией БЦЖ новорожденных, лечение ВИЧ – инфицированных с применением антиретровирусной терапии.

Специалисты ПТО и ПМСП, центров СПИД будут обучены ведению и лечению пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ.

Не менее 90% людей, живущих с ВИЧ/СПИД, и детей, тубинфицированных и контактных, будут охвачены химиопрофилактикой изониазидом.

Также, будут разработаны методические рекомендации по ведению пациентов с ко-инфекцией (ТБ/ВИЧ). Будет активизирована санитарно-просветительная работа среди населения по вопросам ко-инфекции ТБ/ВИЧ.

4. Создание пансионатов для эффективной изоляции контингента 1Г группы диспансерного учета и пациентов ШЛУ ТБ (всего – 1168 пациентов)

Для снижения резервуара туберкулезной инфекции будет создана эффективная изоляция контингента 1Г группы диспансерного учета и больных ШЛУ ТБ в условиях специально созданных пансионатов (хосписов). Пансионаты будут организованы за счет перепрофилирования противотуберкулезных стационаров с развитой инфраструктурой и обеспечением международных норм содержания таких пациентов (условия длительного пребывания, рациона питания, досуга, образования и др.).

5. Повышение уровня АКСМ с привлечением СМИ, НПО и религиозных общин

Управление за факторами, способствующими повышению риска инфицирования (скученность) и развитию заболевания (недостаточное питание, курение), находящимися вне сферы компетенции системы общественного здравоохранения, будет заключаться в расширении информационно – разъяснительной работы среди населения с привлечением НПО и гражданского общества.

Планируемые мероприятия по профилактике ТБ будут максимально интегрированы в программы по лечению ВИЧ/СПИДа, по охране здоровья матери и ребенка и станут частью первичной медико-санитарной помощи.

6. Проведение научных исследований по внедрению инновационных технологий борьбы с туберкулезом

Основные достижения фтизиатрической науки связаны с научными открытиями в молекулярной биологии и генетики микобактерии туберкулеза.

Научная деятельность противотуберкулезной службы будет направлена на изучение молекулярно-генетических механизмов формирования лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, а также эффективности диагностических иммунологических тестов ранней диагностики туберкулеза у детей и подростков и разработку эффективных индивидуальных схем лечения с внедрением новых противотуберкулезных препаратов.

Стратегическое направление II – Раннее выявление и диагностика туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью

1. Интеграция ПМСП и ПТС в оказании противотуберкулезной помощи населению с внедрением программы управления заболеваниями

При реализации Модели интегрированного контроля туберкулеза в Казахстане на 2016-2025 годы ключевым мероприятием будет полная интеграция противотуберкулезных мероприятий в учреждения сети ПМСП с четким разграничением должностных обязанностей между фтизиатрами и участковыми терапевтами (врачами ВОП) и другими специалистами. При этом фтизиатрический персонал будет юридически полностью (позапно) передан в подчинение районного подразделения сети ПМСП, а в организационно-методической части будет продолжать непосредственное взаимодействие с областными или городскими противотуберкулезными организациями, которые будут проводить специфические противотуберкулезные мероприятия.

Данное направление является наиболее важным приоритетом настоящей стратегии, так как туберкулез – это проблема всего общественного здравоохранения, поэтому только совместные действия позволят повысить эффективность всех противоэпидемических и клинических мероприятий. Данная интеграция позволит: 1) повысить эффективность своевременного выявления больных туберкулезом; 2) повысить информированность населения, пациентов, их родственников о симптомах заболевания, последствиях позднего обращения и неправильного лечения; 3) обеспечит реальный доступ к качественной, всесторонней медицинской помощи (к врачам, ВОП, ме-

дицинским сестрам и химизаторам) и существенно повысит правильность диагностики; 3) всему медицинскому персоналу иметь доступ к высокоэффективным лабораторным технологиям. 4) задействовать ПМСП и ПТО в процесс ранней диагностики и контролируемого лечения пациентов с достижением эффективности лечения.

Все это будет осуществляться путем пересмотра нормативно-правовых актов, ширококомасштабного обучения, внедрения механизмов материального стимулирования, повышения ответственности, проведения МиО по чек-листам с новыми индикаторами.

При данной интеграции на медицинских работников сети ПМСП возлагаются следующие важные задачи противотуберкулезной помощи:

1) профилактика ТБ (формирование групп риска, проведение среди них скрининга, химиопрофилактика, АКСМ среди населения и пациентов, участие в проведении эпидемиологического расследования, вакцинация и ревакцинация, медико-социальная и психологическая реабилитация, обучение среднего медперсонала);

2) своевременное выявление ТБ и МЛУ ТБ с использованием быстрых методов диагностики;

3) проведение контролируемого лечения на амбулаторном этапе всем больным ТБ без бактериовыделения по назначенным режимам химиотерапии.

На фтизиатров районного, межрайонного уровней, которые будут дислоцироваться либо на территории ПМСП, либо ПТО, будут возложены следующие задачи:

1) постановка и/или верификация диагноза, регистрация, ведение НРБТ;

2) диспансерное наблюдение и ведение пациентов с ТБ, имеющих бактериовыделение;

3) совместно со службами ПМСП, КЗПП МНЭ РК, ВИЧ/СПИД, МВД РК и др. организовывать и проводить эпидемиологический надзор и эпидрасследование;

4) совместно с ПМСП проведение АКСМ с четким разграничением объема работ;

5) проведение МиО и координация межведомственного взаимодействия по контролю за ТБ;

6) контроль за сбором патологического материала и работой лаборатории в части выполнения исследований на ТБ;

7) обучение врачей общей практики.

В сети ПМСП проведение непосредственно контролируемого приема препаратов будут проводить медсестры-химизаторы. Ответственность за контролируемое лечение больных туберкулезом на амбулаторном этапе будет нести участковый врач (ВОП).

Будет обеспечен регулярный обмен информацией между ПТО и ПМСП по объективным индикаторам оценки противотуберкулезной деятельности обеих служб для выработки управленческих мер.

2. Обеспечение доступа к молекулярно-генетическим экспресс-методам диагностики ТБ и МЛУ ТБ (не менее 75 тыс. исследований в год)

Для своевременного выявления заразной формы туберкулеза методом микроскопии будет пересмотрен индикатор оценки достигнутых результатов по туберкулезу у специалистов ПМСП «Своевременно диагностированный туберкулез». Для этого будут осуществлены следующие меры:

- непрерывное обучение лаборантов и ответственных специалистов за сбор мокроты;
- внедрение внешней оценки качества микроскопии;

При отсутствии лаборатории на уровне ПМСП:

- будет обеспечена своевременная и безопасная транспортировка биологического материала.

Для проведения ускоренных методов диагностики туберкулеза и МЛУ ТБ будут установлены аппараты G-Хрегг с обеспечением реактивами и расходными материалами в крупные поликлиники (межрайонные), СПИД-центры, СИЗО и в другие медицинские организации, приближенные к месту скопления лиц из групп риска.

3. Целенаправленное проведение скрининга на ТБ методом флюорографии среди лиц, соответствующих социальному портрету пациента туберкулезом

Повышение эффективности флюорографического скрининга будет достигнуто путем дифференцированного проведения флюорографии среди лиц с высоким риском туберкулеза: лица из контакта с больным туберкулезом, ЛЖВ, ПИН, БОМЖ и мигранты. Для улучшения своевременного охвата ежегодным флюорообследованием уязвимых групп населения будет повсеместно внедрен диагностический алгоритм выявления туберкулеза среди данного контингента населения с привлечением НПО.

Совместно с «Мединформ» на основе НРБТ будет создана единая система формата электронной отчетности по дифференцированному скринингу на туберкулез.

4. Непрерывное обучение специалистов ПМСП по контролю туберкулеза (критическая масса обученных – не менее 85% ВОП, участковых терапевтов и педиатров)

Будут пересмотрены обучающие краткосрочные программы по интеграции противотуберкулезных мероприятий ПТО и ПМСП с дифференцированным отбором специалистов для повышения теоретических знаний и практических навыков для своевременной диагностики лиц с подозрением на туберкулез с использованием молекулярно-диагностических экспресс-методов и эффективных методов лечения.

Стратегическое направление III – Эффективное лечение туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью

1. Расширение амбулаторного лечения на основе пациент-ориентированного подхода с разработкой механизма финансирования (охват не менее 75% – к 2020 году и 100% - к 2025 году)

Для эффективного проведения амбулаторного лечения планируется поэтапно осуществить реформу финансирования противотуберкулезных мероприятий

с переориентированием потока денежных средств из стационара на ПМСП. При этом не потребуются дополнительное финансирование. Основные средства будут получены из освободившихся финансов при параллельном сокращении нерационально используемого коечного фонда.

Расширение масштаба амбулаторного лечения больных туберкулезом в сети ПМСП позволит существенно повысить пациент-ориентированные подходы и сократить затраты, связанные с нахождением больного в стационаре, поскольку мировые данные подтверждают экономическую эффективность амбулаторного лечения в сравнении со стационарным. Последующее перераспределение сэкономленных ресурсов на усиление инфраструктуры амбулаторной помощи позволит сформировать основу качественного выявления и лечения больных туберкулезом на уровне сети ПМСП.

Расширение амбулаторного лечения больных ТБ будет осуществляться путем пересмотра НПА с определением показаний для амбулаторного и стационарного лечения больных ТБ. К завершению программы все пациенты с ТБ без бактериовыделения будут начинать и завершать химиотерапию в амбулаторных условиях в сети ПМСП.

При этом будет учитываться социальный статус больных ТБ без бактериовыделения. В случаях отдаленного проживания от медицинского учреждения следует предусмотреть компенсационные расходы на проезд для получения химиотерапии. Для больных с низким прожиточным минимумом будет предусмотрен стимулирующий социальный пакет в виде денежных выплат или эквивалентное обеспечение продуктовым набором. В случаях невозможности посещения больными медицинского учреждения ПМСП, будут разработаны и внедрены методы доставки препаратов к месту проживания медперсоналом. Дифференцированная социальная помощь будет оказываться по единой методологии.

Амбулаторное лечение больных ТБ, включая больных МЛУ ТБ, предполагается расширить за счет средств внешних инвестиций со стороны международных доноров.

Расширение амбулаторного лечения будет сопровождаться проведением широкомасштабной разъяснительной работы среди населения, пациентов, СМИ, сотрудников НПО.

2. Обеспечение качественными ПТП, включая новые препараты, рекомендованные ВОЗ

Для дальнейшего повышения эффективности лечения устойчивых форм туберкулеза предполагается расширить внедрение новых противотуберкулезных препаратов, рекомендованных ВОЗ, с пилотных проектов на всю страну. Использование данных препаратов будет способствовать излечению больных туберкуле-

зом с широкой и тотальной лекарственной устойчивостью и снижению резервуара хронической туберкулезной инфекции. В результате этого будут сокращены сроки лечения больных МЛУ ТБ более чем в 2 раза – с 24 месяцев до 9-12 месяцев.

Вместе с этим, планируются следующие кардинальные действия по обеспечению полного охвата эффективным лечением больных туберкулезом и МЛУ/ШЛУ ТБ с оказанием социальной помощи:

- Внедрение индивидуальных схем лечения больных М/ШЛУ-ТБ в пилотных проектах и НЦПТ с последующим расширением на страну.
- Расширение амбулаторного лечения больных туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ.
- Обеспечение современными методами диагностики побочных реакций ПТП и сопутствующих заболеваний на всех этапах лечения.
- Непрерывное обучение лекарственных координаторов ПТО, специалистов по МиО, кураторов регионов по лекарственному менеджменту.
- Организация оценки качества ПТП в условиях независимых лабораторий.

3. Обеспечение непосредственно контролируемого приема ПТП на всех этапах лечения со стороны всех медицинских работников различных уровней с применением специальных мотивационных программ

Непосредственно контролируемое лечение (далее – НКЛ) при туберкулезе является основой эффективного лечения, профилактики туберкулеза в целом и, в частности, рецидивов заболевания. НКЛ будет обеспечено за счет усиления мониторинга и оценки, а также материальным стимулированием сотрудников ПТО, ПМСП и пациентов.

4. Привлечение НПО и аутрич-работников к реализации противотуберкулезных мероприятий через госсоцзаказ и разработка стандартного пакета услуг по медико-социальной реабилитации

Для повышения эффективности НКЛ в работе с пациентами на всех этапах лечения большая роль будет отведена НПО и инициативным группам. Создание групп поддержки пациентов с участием НПО повысит приверженность больных к лечению, сократит число отрывов и, тем самым, повлияет на исходы лечения. Данное направление также предусматривает широкое проведение обучения вопросам туберкулезом, межличностного общения и консультирования больных медицинскими работниками общей лечебной сети. Это позволит выбрать оптимальную тактику поведения с больными и повысит их приверженность к полному курсу лечения.

Для большего привлечения НПО к работе с больными туберкулезом потребуется адвокация формирования лотов государственного социального заказа для НПО, работающих в области туберкулеза и ВИЧ.

На реализацию Интегрированной модели 2016 – 2025 годах будут дополнительно направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Для ликвидации эпидемии ТБ потребуется устойчивый рост финансирования программ по борьбе с ТБ и научных исследований в этой области. Одного только медицинского вмешательства будет недостаточно для победы над ТБ. Не связанные с медициной мероприятия и инвестиции, такие как улучшение жилищных условий, укрепление систем социальной защиты, помогут снизить количество заболевших и умерших от ТБ людей.

Экономическая составляющая победы над ТБ является неоспоримой. В среднем, эффективное лечение может добавить человеку в середине его или ее продуктивной жизни около 20 дополнительных лет, что в результате позитивно скажется на экономике и благосостоянии людей. В докладе группы видных деятелей высокого уровня по Целям устойчивого развития ООН подсчитано, что 1 доллар США инвестиций на лечение ТБ дает возврат инвестиций в размере 30 долларов.

Перечень нормативных правовых актов:

- Конституция Республики Казахстан;
- Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Трудовой кодекс Республики Казахстан;
- Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном страховании»;
- Закон Республики Казахстан «О специальных социальных услугах»;
- Закон Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»;
- Закон Республики Казахстан «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями»;
- Закон Республики Казахстан «О профессиональных союзах».
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 мая 2014 года № 957 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы».

Тұжырым

Бұл мақалада Қазақстанда 2016-2025 жылдарға арналған туберкулезге интеграциялық үлгіде бақылау жасау ұсынылған. Онда Қазақстан Республикасындағы туберкулезге қарсы қызметтер жан-жақты талданған және 3 стратегиялық бағытта берілген. 1) Балалар арасында туберкулезді алдын алудың тиімділігін қамтамасыз ету болса, 2) Туберкулезді соның ішінде дәріге төзімділікті ерте анықтау; 3) Туберкулез соның ішінде дәріге төзімділікті тиімді емдеу қарастырылған.

Summary

In this paper there is presented the Integration model of TB control for 2016-2025 in Kazakhstan. The strong and weak sites of TB Service in the country are analyzed and three strategic trends are given: 1) Providing of the effective TB prevention among population underlying the assistance for children; 2) Early detection and diagnosis of tuberculosis including tuberculosis with drug resistance; 3) Effective treatment of tuberculosis including tuberculosis with drug resistance.

Резюме

В данной статье представлена Интегрированная модель контроля над ТБ на 2016-2025гг. в Казахстан. В ней анализируются сильные и слабые стороны противотуберкулезной службы в РК и даются 3 стратегических направления: 1) Обеспечение эффективной профилактики туберкулеза среди населения с акцентом на детей; 2) Раннее выявление и диагностика туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью; 3) Эффективное лечение туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью.

УДК 616-002.5-084

Оценка эффективности противотуберкулезных мероприятиях по итогам 2015г. и 4 месяца 2016 года (обзор)

Исмаилов Ж.К., Берикова Э.А., Джазыбекова П.М., Бесстрашнова Я.В., Баймуханова К.Х.
Национальный центр проблем туберкулеза МЗСР РК

Ключевые слова: заболеваемость ТБ, ускоренные методы диагностики, оптимизация туберкулезных коек, интеграция с ПМСП, внедрение амбулаторного лечения ТБ

По итогам 2015 года, отмечается положительная тенденция в виде снижения показателей заболеваемости туберкулезом на 11,9%, а смертности – на 22,4% по сравнению с 2014 годом, которые составили соответственно 58,5 и 4,1 на 100 тыс. населения.

При этом Всемирная организация здравоохранения при подсчете показателя заболеваемости учитывает новые случаи и рецидивы. При таком подсчете заболеваемость в Казахстане, по итогам 2015 года, составила 90,6 против 99,0 на 100 тыс. населения в 2014 году.

Согласно отчету о Глобальной конкурентоспособности на 2015-2016 годы Всемирного экономического форума, по этому индикатору Казахстан занимает 42 место из 140 стран.

В частности, по фактору «Распространенность туберкулеза» страна в 2014 году поднялась на одну позицию по сравнению с 2013г. и заняла 101 место; по фактору «Влияние туберкулеза на бизнес» поднялась на 4 позиции и заняла 107 место.

Число активных больных, состоящих на диспансерном учете в Национальном регистре больных туберкулезом, в 2015 году снизилось на 2585 больных по сравнению с 2014 годом (20957 в 2015 году против 23542 в 2014 году), из них на 1506 – за счет впервые выявленных больных туберкулезом.

В гражданском секторе, по итогам 2015 года, состояло на учете 19742 пациентов. Из них новые случаи туберкулеза составили 10255 (51,9%), рецидивы – 5640 (28,6%), повторные случаи туберкулеза – 3338 (16,9%)

и пациенты с хронической формой туберкулеза, состоящие по 1Г группе диспансерного учета (далее – ДУ) -509 (2,6%).

Из 10255 новых случаев туберкулеза, только у 3715 (36,2%) установлено бактериовыделение микроскопическим методом, у остальных 6540 (63,8%) больных была незаразная форма туберкулеза. Среди новых случаев преобладает чувствительная форма туберкулеза – 8845(86,3%), туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ ТБ) лабораторно подтвержден у 1383 (13,5%). У 27 (0,3%) пациентов установлен первичный туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ ТБ).

Из 5640 рецидивов у 3929 (69,7%) отмечался чувствительный туберкулез, у 1615 (28,6%) – МЛУ ТБ и у 96 (1,7%) – ШЛУ ТБ.

По итогам 4 месяцев 2016 года, в республике показатель заболеваемости туберкулезом снизился на 8,8% с 64,8 за аналогичный период 2015 года до 59,1 на 100 тыс. населения. Снижение показателя заболеваемости отмечается во всех областях, за исключением Кызылординской области (рост на 6,4% – с 79,5 до 84,9); г. Астана (рост на 4,2% – с 54,6 до 57,0) и Южно-Казахстанской области (показатель остался без изменений – 51,3 на 100 тыс. населения). Показатели заболеваемости выше республиканских (59,1) отмечаются в Акмолинской – 78,9; Атырауской – 75,6; Мангистауской – 72,9; Северо-Казахстанской – 72,3; Актыбинской – 67,8; Костанайской – 66,0; Жамбылской – 64,8 на 100 тыс. населения.

Показатель смертности, по итогам 4 месяцев 2016 года, остался на уровне показателя аналогичного периода прошлого года и составил 3,6 на 100 тыс. населения. При этом в восьми областях отмечается рост показателя смертности: Акмолинской (на 25% – с 2,7 до 3,6) Алма-