

Слайд 1

Уважаемые коллеги!

В этом докладе будут изложены последние из имеющихся статистических данных по отраслевому и единовременному статистическому наблюдению.

Слайд 2

Впервые выявленные пациенты регистрируются для лечения удовлетворительно. Важная тенденция последних лет – увеличение в структуре пациентов лиц, которые получают лечение но не состоят на диспансерном учёте. В последний год отмечается нарастание разрыва, связанное, в том числе с исключением из ф. № 33 данных по ФМБА, которые, согласно действующему приказу, включены в формы отраслевого статистического наблюдения.

Слайд 3

Число случаев повторного лечения, исключая рецидивы туберкулёза, начало снижаться. Однако в их структуре продолжается рост доли бактериовыделителей по микроскопии мокроты. В 2014 году этот рост связан с регистрацией для лечения больных с не уточнённым исходом предыдущего лечения (регистрационная группа «прочие»).

Слайд 4

В структуре повторных случаев лечения продолжился рост доли случаев лечения после неэффективного курса химиотерапии. Частично это связано с уточнением регистрационной группы случаев лечения, ранее включавшихся в регистрационную группу «прочие».

Слайд 5

Вместе с этим следует отметить, что по состоянию на 2012 год из числа лиц, завершивших курс лечения с исходом «неэффективный курс химиотерапии» для повторного лечения около четверти пациентов не регистрировались; т.е. их прекращали лечить несмотря на наличие у них признаков активного туберкулёза.

Слайд 6

Из числа же лиц, прервавших курс химиотерапии, половина дальше не лечилась. К сожалению, у нас не может пока быть полных данных за 2013 и 2014 годы, однако, учитывая предыдущую тенденцию, улучшение ситуации маловероятно.

Слайд 7

В структуре назначенных режимов химиотерапии отмечается резкий рост доли случаев лечения по IV режиму химиотерапии. Судя по отсутствию динамики между назначением 4 и 2Б режимов химиотерапии в течение последнего года, имеет место замещение режима 2Б четвёртым режимом. Сложно сказать, к каким именно эффектам это приведёт; пока можно уверенно прогнозировать рост стоимости курса лечения этих пациентов.

Слайд 8

Показатель полноты регистрации контингентов МЛУ-ТБ на IV режим химиотерапии вырос, однако нельзя исключить, что столь существенный

рост также связан с регистрацией для лечения по IV эмпирическому режиму лиц с риском МЛУ-ТБ.

Слайд 9.

Меньше всего регистрируют для лечения по IV режиму химиотерапии пациентов в Центральном и Приволжском федеральных округах. Вместе с тем, однозначной географической зависимости доли контингентов, зарегистрированных для лечения на IV режим химиотерапии, не выявлено.

Слайд 10

В последний год отмечается статистически значимое снижение доли лиц с положительным результатом микроскопии мокроты, выявленной в медицинских организациях не туберкулёзного профиля - как впервые выявленных случаев, так и случаев рецидива туберкулёза лёгких. Это позволяет говорить о завершении периода позитивной инерции, вызванной реализацией международных проектов по борьбе с туберкулёзом, и необходимости начала самостоятельного воспроизведения позитивного опыта этих проектов. Это возможно сделать только при условии возобновлении целенаправленной кураторской деятельности, причём с предварительным обучением кураторов основам методического её сопровождения.

Слайд 11

Охват больных туберкулёзом микробиологическими методами исследования достиг, и, даже, превысил верхнюю границу разумного его значения; дальнейший рост показателей охвата будет свидетельствовать лишь о нарушениях в системе мониторинга туберкулёза.

Слайд 12

Качество микроскопических исследований в течение последних 8 лет существенно не менялось,

Слайд 13

культуральное же подтверждение диагноза в течение последних двух лет ощутимо выросло, что обусловлено внедрением современных методов культуральной диагностики туберкулёза с использованием автоматических анализаторов на жидких питательных средах

Слайд 14

Это привело к росту микробиологического подтверждения диагноза в целом. Однако при этом следует отметить, что теоретический предел роста ещё не достигнут; отношение числа впервые выявленных больных с бактериовыделением к числу больных с деструкцией лёгочной ткани 1,5 и выше достигнуто лишь в 14 из 85 субъектах Федерации.

Слайд 15

Один из важных ресурсов повышения качества микробиологической диагностики туберкулёза, не требующих существенных материальных затрат, состоит в повышении качества сбора материала. Из числа лиц, имеющих массивное бактериовыделение по микроскопии мокроты и которым был сделан посев, более чем у 10% оно не подтверждается при культуральной

диагностике. Это говорит о низком качестве сбора материала, либо о его несвоевременном сборе, на фоне начавшейся химиотерапии.

Слайд 16

Одна из тревожных тенденций – рост первичной лекарственной устойчивости возбудителя, в том числе – множественной. В этом году произошло ключевое событие – первичная МЛУ у пациентов гражданского сектора превысила первичную МЛУ среди пациентов ФСИН. Это позволяет развеять миф о т.н. «тюремном», туберкулёзе, обладающей особо большой устойчивостью.

Слайд 17

Аналогичная ситуация отмечается и у пациентов с рецидивом туберкулёза лёгких. Среди пациентов гражданского сектора почти 45% рецидивов сразу выделяют возбудителя с множественной лекарственной устойчивостью.

Слайд 18

К слову – межведомственная координация с ФСИН до сих пор представляет серьёзную проблему. Отрадным фактом является то, что многолетние дефекты межведомственного взаимодействия в Карачаево-Черкесской республике были устранены, за что следует благодарить главного фтизиатра Смаила Хамзатовича. К сожалению, обострился дефект межведомственной координации в Ямало-Ненецком АО, из-за которого отраслевые показатели работы ФСИН не могут быть полностью озвучены в данном докладе, поскольку часть отчёта к 27.05.15 не согласована. В ходе сбора информации как минимум в 12 субъектах Федерации был отмечен крайне слабый интерес специалистов гражданского сектора к тому, что происходит во ФСИН, и это вызывает серьёзную озабоченность, поскольку тормозит дальнейшую работу.

Слайд 19

Экономические показатели также будут озвучены ограниченно из-за того, что до 27.05.15 не согласована полностью форма ВР-1Ф в трёх городах федерального подчинения – Москве, Санкт-Петербурге, Севастополе, а также в Ивановской, Архангельской, Иркутской областях, Приморском крае. Также не согласована форма ВР-6Ф по Первому МГМУ им. Сеченова.

Слайд 20

В 2015 году по состоянию на 27.05.15 противотуберкулёзные мероприятия были профинансированы, как минимум, на 71 млрд. рублей. Фактически это ежегодное финансирование структурного мегапроекта; оно довольно точно соответствует ежегодному финансированию строительства моста через Керченский пролив.

Слайд 21

Более половины средств в структуре финансирования идёт на оплату труда сотрудников противотуберкулёзных организаций и сотрудников туберкулёзных отделений и кабинетов в медицинских организациях не туберкулёзного профиля. Непосредственно на медикаменты идёт менее 15% средств. Из них более половины идёт на борьбу с двумя основными угрозами

– туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. На финансирование обновления основных фондов противотуберкулёзных организаций идёт 11% финансирования.

Слайд 22

Подробнее остановлюсь на состоянии основных фондов, поскольку для этого достаточно собранной информации. Структура остаточной стоимости основных фондов существенно отличается от структуры первоначальной их стоимости. Это связано с тем, что в течение многих лет в большей мере обновлялись здания и сооружения, и значительно меньше средств затрачивалось на обновление автотранспорта.

Слайд 23

В 2014 году здания и сооружения обновились на 9% от их первоначальной стоимости с учётом дефлятора; оборудование обновилось лишь на 12%, а автотранспорт – на 5%; такой уровень обновления оборудования и автотранспорта способствует дальнейшему ухудшению их состояния.

Слайд 24

При этом для того, чтобы все компоненты основных фондов обновлялись гармонично, достаточно изменить структуру финансирования их обновления. Путём расчётов установлено, что для поддержания основных фондов в стабильном состоянии достаточно 4,2 млрд. рублей; затрачено же было 7,5 млрд. Путём перераспределения небольшой доли средств, затраченных на здания и сооружения на обновление оборудования и автотранспорта, можно обеспечить гармоничное обновление всех компонентов.

Слайд 26

Как видите, износ зданий и сооружений ежегодно снижается; износ оборудования и автомобилей превышает рекомендуемый уровень, и не имеет тенденции к сокращению; вместе с тем, для решения задач многоуровневой курации и повышения качества диагностики туберкулёза эти компоненты весьма важны.

Флюорографы были единственным компонентом основных фондов, износ которых в 2012 году не превышал нормативного значения, но в виду отсутствия обновления, их состояние ухудшается.

Слайд 27

Заключение. Отмечается:

- Увеличение в структуре зарегистрированных для лечения впервые выявленных пациентов лиц, не состоящих на диспансерном учёте;
- Недостаточная регистрация для лечения повторных случаев;
- Расширение применения IV режима химиотерапии;
- Ухудшение выявления бактериовыделителей в медицинских организациях не туберкулёзного профиля
- Стабилизация охвата микробиологическими методами исследования на высоком уровне

- Рост качества микробиологической диагностики туберкулёза
- Продолжается рост доли лекарственно-устойчивых форм туберкулёза, в первую очередь в гражданском секторе здравоохранения
- Финансирование борьбы с туберкулёзом соответствует ежегодному финансированию типичного структурного мегапроекта. При этом половина средств составляет оплата труда сотрудников противотуберкулёзных организаций, туберкулёзных отделений и кабинетов.
- Объём финансирования обновления основных фондов достаточный, но структура обновления основных фондов не оптимальная; при существенном обновлении зданий и сооружений, обновление автотранспорта и оборудования недостаточное. Требуется перераспределение структуры финансирования обновления основных фондов.