

Слайд 1

Уважаемые коллеги!

Слайд 2

Прежде чем начать доклад о результатах лечения больных туберкулёзом с лекарственной устойчивостью возбудителя и без неё, напомним, какая была эффективность лечения больных туберкулёзом в доантибактериальный период, когда противотуберкулёзных препаратов просто не было. Как видите, треть больных туберкулёзом фактически излечивалась психоэмоциональным покоем и питанием. Внедрение же коллапсотерапии позволило поднять долю излечившихся больных до 45%. Разумеется, эффективности этих методов недостаточно для того, чтобы достичь сколько либо быстрой благоприятной эпидемической динамики по туберкулёзу.

Слайд 3.

Напомним, что согласно модели, разработанной Карлом Стибло, для быстрого улучшения эпидемической ситуации по туберкулёзу необходимо излечивать 75% бактериовыделителей. Именно это значение было заложено в государственную программу развития здравоохранения, утверждённую в 2012 г. Глобальная стратегия Stop-TB предполагает в качестве целевого значения излечение 85% бактериовыделителей.

Показатель абацеллирования, начиная с 2001 г., неуклонно повышается, и почти уже достиг целевого значения государственной программы развития здравоохранения к 2020 году. Рост показателя абацеллирования наблюдается как для бактериовыделителей с МЛУ, так и без неё. Тем не менее его уровень недостаточен для быстрого улучшения эпидемической ситуации по туберкулёзу за счёт излечения больных.

Слайд 4.

При анализе исходов лечения мы традиционно рассматриваем индикаторную группу – когорту впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких с положительным результатом бактериоскопии. Из графика видно, что эффективность лечения пациентов с массивным бактериовыделением на протяжении последних пяти лет не меняется. При этом снижение доли больных с неэффективным курсом химиотерапии, вероятнее всего, связанное с улучшением качества микробиологической диагностики туберкулёза, компенсируется ростом летальности больных туберкулёзом. И если летальность от туберкулёза после указа Президента Российской Федерации от 25.05.2012 г. № 598 начала снижаться, то летальность от других причин стала расти ускоренными темпами.

Слайд 5

В наибольшей мере эффективность лечения снижается из-за дефектов контролируемого лечения и, частично, из-за сохраняющихся дефектов этиологической диагностики туберкулёза. Существенную роль играют дефекты формирования приверженности к лечению. В наименьшей мере влияют дефекты своевременного выявления. Растущая летальность больных от других причин, с одной стороны, настораживает, а, с другой стороны,

делает актуальным изучение причин этой летальности с целью принятия мер для её снижения.

Слайд 6

При сравнении исходов лечения пациентов с сохранённой лекарственной чувствительностью с результатами лечения в мире и странах БРИКС обращает на себя внимание высокая доля неудач, что, в совокупности с высоким охватом этиологической диагностикой туберкулёза, указывает, в первую очередь, на проблемы контроля химиотерапии. Именно это является ключевым моментом в повышении эффективности лечения хотя бы до уровня Бразилии.

Слайд 7

Эффективность лечения пациентов с сохранённой лекарственной чувствительностью самая низкая среди стран постсоветского пространства. При этом существенную роль играют дефекты мониторинга, приводящие к регистрации исхода «выбыл», и дефекты контроля химиотерапии.

Слайд 8

При сопоставлении исходов других случаев повторного лечения без МЛУ возбудителя с таковыми в странах БРИКС, обращают на себя внимание три проблемы – недостаточная регистрация пациентов, нуждающихся в повторном лечении, дефекты контроля химиотерапии и высокая летальность.

Слайд 9

Эти же проблемы подтверждаются и при сопоставлении эффективности их лечения со странами постсоветского пространства, с добавлением ещё одной проблемы – высокой доли выбывших из-под наблюдения, что относится к дефектам мониторинга.

Слайд 10

Исходя из вышеизложенного, первоочередной задачей является организация контролируемой химиотерапии; несмотря на простоту и низкую стоимость реализации мероприятия, должного контроля лечения в Российской Федерации ещё нет.

Слайд 11

Эффективность случаев лечения МЛУ-ТБ при исключении из когорты случаев лечения ШТУ-ТБ, составляет 40%, что явно недостаточно.

Слайд 12

При рассмотрении структуры неблагоприятных исходов, четверть из них связана с дефектами контроля химиотерапии и, частично, лабораторной диагностики – недостаточным охватом и качеством тестирования лекарственной чувствительности возбудителя туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам резервного ряда. Велика доля случаев, завершившихся прерыванием лечения. Именно эти исходы определяют дальнейшее распространение болезнями инфекции среди населения, увеличение доли больных с широкой лекарственной устойчивостью.

Слайд 13

Среди стран постсоветского пространства по результатам отчёта 2013 года Российская Федерация входила в число трёх стран с наименьшей эффективностью лечения случаев МЛУ-ТБ за счёт равномерно большого количества неблагоприятных исходов.

Слайд 14

При сопоставлении исходов случаев лечения МЛУ+ШЛУ-ТБ с мировыми за 2013 год (для случаев лечения, зарегистрированных в 2011 г.) в Российской Федерации отмечаются наихудшие результаты лечения пациентов с МЛУ+ШЛУ-ТБ. Тем не менее, следует отметить, что регистрация для лечения случаев МЛУ-ТБ в Российской Федерации в % от ожидаемого резервуара, рассчитанного по методике ВОЗ (приведена в глобальном отчёте ВОЗ), относительно большая; для лечения по IV режиму регистрируется более 1/3 от ожидаемого числа пациентов, т.е. чуть меньше чем в Бразилии, и значительно больше, чем в Индии и Китае.

Слайд 15

Если рассматривать отношение числа излеченных к ожидаемому резервуару МЛУ-ТБ, то Российская Федерация выглядит не так плохо за счёт высокого охвата пациентов с МЛУ-ТБ лечением, тем не менее, это имеет побочным эффектом перерасход финансовых средств на лечение и распространение ШЛУ-ТБ теми больными, которые не вылечились и не умерли.

Слайд 16

Таким образом, эффективность лечения МЛУ-ТБ недостаточная для существенного влияния лечебных мероприятий на улучшение эпидемической ситуации по туберкулёзу. Существующая стратегия высокого охвата лечением при отсутствии должного его контроля приводит к неоптимальным затратам на лечение; фактически, применяя ПТП резервного ряда без контроля лечения мы финансируем не столько снижение бремени МЛУ-ТБ, сколько рост ШЛУ-ТБ.

Слайд 17

И, наконец, в текущем году впервые получены исходы лечения ШЛУ-ТБ. В 2012 году в России было зарегистрировано больше случаев лечения ШЛУ-ТБ, чем в 2011 году во всём мире. При сопоставимой доле больных с эффективным курсом химиотерапии, отмечались отличия в структуре неблагоприятных исходов. Если во всём мире ШЛУ-ТБ, чаще всего завершался неэффективно, то в Российской Федерации превалировал летальный исход; причём в основном это были умершие от туберкулёза. Также обращает на себя внимание вдвое большая доля выбывших в неизвестном направлении.

Слайд 18

Помимо ограниченного набора ПТП, эффективность лечения больных ШЛУ-ТБ снижается вследствие недостаточного внедрения методик определения лекарственной чувствительности МБТ. Лишь единичные

лаборатории определяют лекарственную чувствительность МБТ к фторхинолонам последнего поколения. Определение лекарственной чувствительности к традиционным ПТП резервного ряда также проводится не повсеместно.

Слайд 19

И на этом месте уместно вспомнить, каковы были результаты лечения туберкулёза при полном отсутствии противотуберкулёзных препаратов в первой половине XX века, и оценить те направления лечения, которые нам предстоит реализовывать заново. Необходимо вспомнить, для чего изначально создавались туберкулёзные санатории; это существенно отличается от того, чем они стали сейчас. Также необходимо вспомнить, что коллапсотерапия может быть рутинным методом лечения больных туберкулёзом. В совокупности с контролируемой антибактериальной терапией мы можем достичь хороших результатов лечения пациентов даже с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя; для этого необходима комбинация существующих методов и правильная организация лечения.

Слайд 20

Таким образом, на современном этапе система организации противотуберкулёзной помощи не решает задачу быстрого улучшения эпидемической ситуации путём излечения больных как с чувствительным, так и с устойчивым туберкулёзом. Перспектива повышения эффективности лечения связана с внедрением контролируемого лечения, повышением преемственности в лечении между различными субъектами и ведомствами, дальнейшем развитии лабораторной диагностики туберкулёза.