

© Л. П. КАПКОВ, 2014
УДК 616.24-005.5

ПОЧЕМУ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ СТАНОВИТСЯ БОЛЬШЕ?

Л. П. КАПКОВ

WHY DO PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT MYCOBACTERIA BECOME MORE?

L. P. KAPKOV

ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН, г. Москва

В Российской Федерации статистический учет больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя введен с 1999 г. по государственной статистической форме № 33. В то время страна была охвачена очередным периодом обострения эпидемической ситуации по туберкулезу XX в., вызванным политическими событиями и экономическими кризисами 1991-1992 гг., 1994 г., 1998 г., приведшими к изменению государственного строя страны. Благодаря принятым Правительством РФ мероприятиям, направленным на усиление борьбы с туберкулезом, эпидемическая ситуация по туберкулезу стала нормализоваться. Вместе с тем показатель МЛУ среди больных ТОД с 1999 по 2012 г. увеличился (табл. 1, 2, 3). У впервые выявленных больных рост произошел с 6,7 до 16,3%, среди контингентов на конец года – с 10,5 до 37,5%. Более того, чаще стали регистрировать случаи заболевания, вызванного микобактериями туберкулеза (МБТ) с широкой лекарственной устойчивостью. При наличии обширной литературы [1-3, 5, 18, 19 и др.], посвященной лекарственной устойчивости, не все причины ее возникновения и распространения объяснены.

Цель исследования – установить причины роста численности больных ТОД с МЛУ возбудителя в Российской Федерации.

Задачи исследования: 1) оценить директивные документы, направленные на совершенствование противотуберкулезных мероприятий в стране; 2) исследовать систему госпитализации больных-бактериовыделителей с ТОД с МЛУ возбудителя; 3) проанализировать существовавший порядок обеспечения больных ТОД с МЛУ МБТ противотуберкулезными препаратами; 4) оценить применяемую методику расчета доли выявленных больных с МЛУ возбудителя.

Материалы и методы

Проанализированы отечественные директивные документы, направленные на совершенство-

вание фтизиатрической службы, рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и периодически издаваемая специализированная литература о проводимых противотуберкулезных мероприятиях. Изучены государственные и отраслевые статистические данные по туберкулезу за 1999-2012 гг. Российской Федерации. Исследован практический опыт работы курируемых фтизиатрических служб с выездом на место в Республику Татарстан, Республику Марий Эл, Чеченскую Республику и Орловскую область.

Результаты и обсуждение

В 1991 г. Ассамблея ВОЗ приняла резолюцию № 44.8 [17], которая признала обострение в мире эпидемической ситуации по туберкулезу и стала призывать правительства стран мира к проведению соответствующих мероприятий. В изданных в последующем за резолюцией № 44.8 руководствах ВОЗ причинами возникновения МЛУ у пациентов считаются несоблюдение правил химиотерапии и контакты здоровых лиц со страдающими туберкулезом с МЛУ возбудителя [6]. Лечение рекомендовалось проводить в специализированных стационарах [7, 16]. В случае отказа больного от лечения в стационаре медицинский персонал должен принимать меры по продолжению лечения [7]. Для совершенствования борьбы с туберкулезом в РФ был издан ряд директивных документов, проанализировали основные из них.

Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 22.11.1995 г. № 324 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации» предусмотрены разработка программ борьбы с туберкулезом на административных территориях, введение централизованной системы контроля за противотуберкулезными и другими мероприятиями, направленными на повышение эффективности борьбы с туберкулезом. Но в приказе отсутствовали рекомен-

Таблица 1

«Резервуар» больных ТОД с МЛУ возбудителя, РФ 1999-2004 гг.

	Поступление больных на учет по бактериовыделению	1999 г.		2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.	
		абс.	%										
1.1	Впервые выявленные с МБТ+	36 217	100,0	38 152	100,0	38 963	100,0	40 756	100,0	41 367	100,0	43 311	100,0
1.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.3	Расчет МЛУ на общее число бактериовыделителей	2 429	6,7	2 752	7,2	3 476	8,9	3 173	7,8	3 438	8,3	3 500	8,1
2.1	Из числа больных с закрытыми формами активного туберкулеза (I, II, VA и VB гр.)	7 479	100,0	7 946	100,0	8 333	100,0	8 358	100,0	8 533	100,0	7 787	100,0
2.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.3	Расчет МЛУ субъективный	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.1	Из числа больных неактивных групп III, VB гр.	1 320	100,0	1 398	100,0	1 452	100,0	1 513	100,0	1 566	100,0	1 960	100,0
3.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3	Расчет МЛУ субъективный	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.1	Из больных, ранее снятых с учета VIIA, V гр.	4 116	100,0	4 020	100,0	3 833	100,0	4 020	100,0	3 911	100,0	3 952	100,0
4.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.3	Расчет МЛУ субъективный	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.1	Переведено из других учреждений с МБТ+	14 587	100,0	16 448	100,0	13 792	100,0	14 106	100,0	13 979	100,0	13 473	100,0
5.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.3	Расчет МЛУ субъективный	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.1	Составлено на конец года	119 940	100,0	125 038	100,0	126 085	100,0	126 127	100,0	126 281	100,0	122 865	100,0
6.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.3	Расчет МЛУ субъективный	12 645	10,5	13 999	11,2	18 190	14,2	18 282	14,5	20 519	16,2	20 326	16,5

дации по борьбе с туберкулезом, вызванным лекарственно-устойчивыми микобактериями.

Приказом Минздрава РФ от 18.04.1998 г. № 139 «Об организации Сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе с туберкулезом» на Центральный НИИ туберкулеза РАМН были возложены функции Сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе с туберкулезом в России. В стране началась крупномасштабная работа по переподготовке общей лечебной сети и фтизиатрической службы по раннему выявлению, диагностике и лечению больных туберкулезом с участием более 35 международных неправительственных организаций.

Выполнением приказов Минздрава РФ от 03.07.1997 г. № 193 «О создании Государственной системы эпидемического мониторинга туберкулеза», Минздрава РФ от 13.02.2004 г. № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза» и Минздравсоцразвития РФ от 02.03.2007 г. № 143 «О создании Федерального центра мониторинга

противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации» была сформирована государственная система мониторинга туберкулеза (ГСМТ) в РФ. Новую систему продолжали совершенствовать с учетом традиционных статистических показателей по туберкулезу (профосмотры, выявление больных, контингенты, результаты лечения и т. д.). Перечисленные показатели необходимы, но их использование в современных условиях стало недостаточным. Настало время пересмотра статистических показателей ГСМТ и введения дополнительных. Например, целесообразно по месту жительства больного ввести учет очагов больных туберкулезом с МЛУ возбудителя, отдельный учет их санобработок, более частых посещений фтизиатром и представителем санэпидемической службы, проведенных в них мероприятий и т. д.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.07.1998 г. № 582 утверждена программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом

Таблица 2

«Резервуар» больных ТОД с МЛУ возбудителя, РФ 2005-2008 гг.

	Поступление больных на учет по бактериовыделению	2005		2006		2007		2008	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.1	Впервые выявленные с МБТ+	43 931	100,0	43 262	100,0	42 553	100,0	44 002	100,0
1.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-
1.3	Расчет показателя МЛУ объективный	-	-	-	-	-	-	-	-
1.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	4 167	9,5	4 056	9,4	4 149	9,8	4 700	10,7
2.1	Из числа больных I и II гр. учета	7 832	100,0	7 598	100,0	7 194	100,0	7 666	100,0
2.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-
2.3	Расчет показателя МЛУ объективный	-	-	-	-	-	-	-	-
2.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	1 261	16,1	1 626	21,4	1 761	24,5	2 102	27,4
3.1	Из числа больных III гр. учета	2 644	100,0	2 626	100,0	2 511	100,0	2 642	100,0
3.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3	Расчет показателя МЛУ объективный	-	-	-	-	-	-	-	-
3.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	579	21,9	620	23,6	609	24,2	735	27,8
4.1	Обнаружено из ранее снятых с учета	4 026	100,0	4 129	100,0	4 111	100,0	4 407	100,0
4.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-
4.3	Расчет показателя МЛУ объективный	-	-	-	-	-	-	-	-
4.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	574	14,2	601	14,5	603	14,7	769	17,4
5.1	Из других учреждений с МБТ+	13 266	100,0	12 069	100,0	11 898	100,0	12 235	100,0
5.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-
5.3	Расчет показателя МЛУ объективный	-	-	-	-	-	-	-	-
5.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	2 321	17,5	2 254	18,6	2 709	22,8	2 979	24,3
6.1	Состояло на конец года	121 869	100,0	118 553	100,0	114 046	100,0	112 924	100,0
6.2	Обследовано на МЛУ	-	-	-	-	-	-	-	-
6.3	Расчет показателя МЛУ объективный	-	-	-	-	-	-	-	-
6.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	22 820	18,7	24 055	20,3	24 445	21,4	26 448	23,4

Таблица 3

«Резервуар» больных ТОД с МЛУ возбудителя, РФ 2009-2012 гг.

	Поступление больных на учет по бактериовыделению	2009		2010		2011		2012	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.1	Впервые выявленные с МБТ+	43 568	100,0	39 363	100,0	37 920	100,0	35 476	100,0
1.2	Обследовано на МЛУ	33 645	77,2	30 656	77,9	29 738	78,4	28 552	80,5
1.3	Расчет показателя МЛУ объективный	5 671	16,8	5 666	18,5	5 886	19,8	5 798	20,3
1.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	5 671	13,0	5 666	14,4	5 886	15,5	5 798	16,3
2.1	Из числа больных I и II гр. учета	8 839	100,0	7 971	100,0	7 785	100,0	7 624	100,0
2.2	Обследовано на МЛУ	6 540	74,0	6 491	81,4	6 805	87,4	6 937	91,0
2.3	Расчет показателя МЛУ объективный	3 216	49,2	3 736	57,5	4 642	68,2	4 510	65,0
2.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	3 216	36,3	3 736	46,9	4 642	59,6	4 510	59,1
3.1	Из числа больных III гр. учета	2 626	100,0	2 402	100,0	2 371	100,0	2 133	100,0
3.2	Обследовано на МЛУ	2 069	78,8	1 964	81,7	2 015	85,5	1 856	87,0
3.3	Расчет показателя МЛУ объективный	896	43,3	916	46,6	970	48,1	862	46,4
3.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	896	34,1	916	38,1	970	40,9	862	40,4
4.1	Обнаружено из ранее снятых с учета	4 282	100,0	3 963	100,0	4 110	100,0	4 172	100,0
4.2	Обследовано на МЛУ	3 265	76,2	3 134	79,1	3 348	81,4	3 531	84,6
4.3	Расчет показателя МЛУ объективный	957	29,3	984	31,4	1 154	34,4	1 160	32,8
4.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	957	22,2	984	24,8	1 154	28,0	1 160	27,8
5.1	Из других учреждений с МБТ+	12 131	100,0	12 050	100,0	12 175	100,0	10 774	100,0
5.2	Обследовано на МЛУ	8 490	70,0	9 123	75,7	9 447	77,6	9 104	84,5
5.3	Расчет показателя МЛУ объективный	3 340	39,3	3 814	41,8	4 277	45,3	4 485	49,2
5.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	3 340	27,7	3 814	31,6	4 277	35,1	4 485	41,6
6.1	Состояло на конец года	109 592	100,0	103 426	100,0	98 557	100,0	92 766	100,0
6.2	Обследовано на МЛУ	77 752	71,0	78 355	75,7	77 425	78,5	75 541	81,4
6.3	Расчет показателя МЛУ объективный	29 031	37,3	31 359	40,4	33 744	43,6	34 832	46,1
6.4	Расчет показателя МЛУ субъективный	29 031	26,5	31 359	30,3	33 744	34,2	34 832	37,5

в Российской Федерации на 1998-2004 гг.». В последующем, по завершении ранее установленного срока, утверждалась новая федеральная программа. Но специализированные мероприятия по профилактике МЛУ, например создание соответствующих стационаров на каждой территории, не рекомендовались.

Закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» № 77-ФЗ был принят 18.06.2001 г. В Постановлении Правительства РФ от 25.12.2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"» не были предусмотрены специальное финансирование на долгосрочное строительство новых стационаров для больных туберкулезом с МЛУ возбудителя и обеспечение их соответствующими лекарственными препаратами.

29.02.2000 г. Минздрав РФ утвердил концепцию Национальной программы борьбы с туберкулезом [15]. Этому событию была посвящена даже специальная журнальная статья министра здравоохранения Ю. Л. Шевченко [25]. Согласно принятой концепции и международным правилам, лечение больных туберкулезом с МЛУ возбудителя должно осуществляться в специализированном стационаре.

Аналогичное мнение было высказано участниками I Российской научно-практической конференции с международным участием «Нозоомиальная туберкулезная инфекция», состоявшейся в г. Москве в 2001 г. [14].

Но позже появилось и другое мнение. В 2003 г. О. Б. Нечаева, Е. И. Скачкова [9, 22] поделились опытом лечения больных ТОД с МЛУ возбудителя в специализированных амбулаторных тубакинетах. Однако эпидемиологические материалы, подтверждающие отсутствие распространения туберкулезной инфекции в очагах туберкулеза при амбулаторном лечении больных туберкулезом с МЛУ возбудителя, авторы не представили. Поэтому рекомендации авторов [9, 22] следует считать не вполне обоснованными.

В начальном периоде внедрения в РФ обследования больных ТОД на МЛУ возбудителя были опубликованы директивные документы о противоэпидемических мероприятиях в очагах туберкулеза с подробным описанием профилактических мероприятий. К сожалению, в этих документах не было даже упоминания об очагах, вызванных больными туберкулезом с МЛУ возбудителя.

Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» содержит современные инструкции диспансерного наблюдения больных, химиотерапии, деятельности баклаборатории, дневных стационаров и других видов фтизиатрической деятельности.

Приказом министра здравоохранения РФ от 13.02.2004 г. № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза» была введена отраслевая статистическая форма с когортным методом регистрации больных туберкулезом, предусматривающая проведение квартальной и годовой отчетности. Особенностью отраслевой статистической формы явилось появление возможности получать сведения о группах больных, зарегистрированных для лечения, четыре раза в год. Появилась возможность получать информацию о несвоевременном начале лечения, об итогах интенсивной фазы химиотерапии у бактерионыдовителей по результатам микроскопии мокроты, о результатах курса химиотерапии у всех больных туберкулезом легких ежеквартально и через год лечения. Стало возможным получение данных о пациентах, имеющих перерывы в лечении и досрочно прекративших химиотерапию, а также данных о соблюдении кратности обследования всех пациентов, находящихся на лечении в РФ, и эффективности выявления бактерионыдовителей в учреждениях общей лечебной сети. В целом фтизиатрическая служба с изданием Приказа МЗ № 50 смогла более эффективно осуществлять оперативный контроль за химиотерапией каждого больного туберкулезом. В определенной степени это способствовало профилактике формирования МЛУ возбудителя туберкулеза и уменьшало угрозу распространения МЛУ МБТ.

Ниже приводятся весьма показательные, с нашей точки зрения, оценки главного государственного санитарного врача и до 2004 г. первого заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Г. Г. Онищенко о проводимых в стране противотуберкулезных мероприятиях.

Первая оценка относится к 2003 г. Реализация концепции «Профилактика внутрибольничных инфекций» реализуется медленно. Продолжаются позднее выявление и госпитализация больных туберкулезом. Заболеваемость в очагах туберкулезной инфекции достигла 700 случаев на 100 тыс. населения. Недостаточно количество препаратов для больных. Неудовлетворительна материально-техническая база многих противотуберкулезных учреждений [13].

Вторая оценка сделана по итогам 2006 г. Госпитализировано только 82,8% больных активным туберкулезом. Заключительная дезинфекция проведена только в 87% очагах, применение камерного метода – 56%. Только в 9% фтизиатрических стационаров противотуберкулезная помощь осуществляется в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Большинство противотуберкулезных стационаров не имеют необходимого набора помещений и площадей, что не позволяет организовать изоляцию больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя. Отмечаются пере-

бои в поставках и недостаток лекарственных препаратов для лечения туберкулеза [12].

По данным Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза, в РФ в 2009 г. только 48,9% противотуберкулезных учреждений были пригодны для эксплуатации. О стационарах для больных туберкулезом с МЛУ возбудителя авторы не сообщали [10].

На ряде территорий руководители фтизиатрических служб (Орловская область, Владимирская область, Республика Марий Эл и др.) по согласованию с СЭС и используя зарубежный опыт организовали изолированные отделения для больных туберкулезом с МЛУ возбудителя.

Спустя 10 лет после введения общегосударственного статистического учета больных туберкулезом с МЛУ были изданы двадцативидные документа об организации стационарного лечения таких больных. Согласно пункту 10.8.3 первого документа СанПин 2.1.3.2630-10 от 18.05.2010 г. № 58 «В туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палат для больных с МЛУ туберкулезом». Во втором документе – Приказе Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2010 г. № 1224н – тоже рекомендуется организовать в составе противотуберкулезного учреждения отделение для больных с МЛУ туберкулезом с боксированными палатами. Кроме того, в целях предупреждения нозокомиального перекрестного инфицирования больных, находящихся на лечении в противотуберкулезном учреждении, предлагается разделение потоков инфицированных больных. Рекомендуемые вышеуказанные меры профилактики нозокомиальной инфекции, изложенные слишком кратко, далеко не всегда позволяют предупредить распространение инфекции в условиях противотуберкулезного учреждения.

Приказом Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 9324 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2010 г. № 1224н отменен, а в новом отсутствует подробное описание специального отделения для больных туберкулезом с МЛУ возбудителя.

Проблема устройства специализированного стационара для лечения больных ТОД с МЛУ МБТ с выходом в свет в 2013 г. специализированного руководства под редакцией А. С. Федоровой является разрешенной [21]. Однако создание новых условий для лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя потребует издания соответствующего директивного документа и выделения финансовых средств.

Ниже рассматривается искусственно созданная проблема расчета показателя МЛУ в процентах. Показатель МЛУ по международным стандартам, принятым в РФ, используется в большинстве случаев в двух вариантах: в абсолютных

числах и в процентах. Первый – определяется числом выявленных пациентов с МЛУ возбудителя при обследовании больных ТОД с МБТ+ на лекарственную чувствительность. Второй – рассчитывается по формуле: (число выявленных больных с МЛУ) / (число пациентов ТОД с МБТ+, обследованных на МЛУ) × 100%. Отечественная методика расчета показателя МЛУ в процентах теоретически совпадает с международными правилами [4, 8, 23, 24].

Для проведения расчета показателя МЛУ в процентах по вышеприведенной схеме (второго варианта) требовалась новая статистическая форма № 33, в которой врачи-фтизиатры на территориях могли регистрировать численность обследованных больных ТОД с МБТ+ на лекарственную чувствительность и число выявленных больных туберкулезом с МЛУ возбудителя. В новых бланках статистических форм № 33, действующих с 1999 по 2004 г. и с 2005 по 2008 г., была введена специальная ячейка для регистрации числа выявленных больных туберкулезом с МЛУ возбудителя, а место для регистрации числа обследованных больных ТОД на МЛУ, к сожалению, отсутствовало. Установить причину отсутствия второй ячейки не удалось. Не исключаем, что ее Роскомстату не заказывали. Расчет показателя МЛУ в процентах стал проводиться волевым решением: (соотношение числа выявленных больных туберкулезом с МЛУ возбудителя ко всем больным ТОД с МБТ+) × 100%. Данная методика не соответствует официально признанной в РФ [23]. Ошибка авторов – не признанная наукой методика расчета показателя МЛУ – заключается в увеличении знаменателя дроби формулы расчета за счет оставшихся больных, не обследованных на МЛУ. Поскольку знаменатель дроби, выраженный числом больных ТОД с МБТ+, значительно больше численности больных ТОД, обследованных на МЛУ, то результат расчета по несуществующей методике становился заниженным.

Пятидцатилетний опыт обследования больных ТОД на МЛУ+ можно разделить на 3 этапа. В течение 1 этапа с 1999 по 2004 г. фтизиатры на местах обследовали на лекарственную чувствительность только впервые выявленных и больных, состоящих на учете на конец года. Эти две группы больных были самыми многочисленными среди остальных и в 2000 г. составляли 84,1%; в 2004 г. – 86,2% (табл. 1). Но не они обладали наиболее высоким показателем МЛУ МБТ.

На протяжении 2005-2008 гг., наряду с впервые выявленными больными и пациентами, состоящими на учете на конец года, стали обследовать остальных больных (табл. 2). По итогам 4 лет выяснилось, что среди больных (I, II, III групп и прибывших из других учреждений), которые не обследовались на МЛУ МБТ во время первого этапа, имеются наиболее высокие показатели МЛУ+

в сравнении с впервые выявленными и пациентами, состоящими на учете на конец года (табл. 2). С санитарно-эпидемиологических позиций необследование данных больных в период первого этапа следует рассматривать как недостаток профилактической работы по распространению туберкулеза с МЛУ МБТ.

При очередном издании статистической формы № 33 Росстат Приказом от 28.01.2009 г. № 12 выделил отдельную графу, отражающую число обследованных бактериовыделителей на МЛУ возбудителя. Появились условия проведения расчета показателя МЛУ в процентах соответственно существующим у нас в стране и за рубежом правилам. Однако Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ ограничивался подсчетом числа больных ТОД с МЛУ возбудителя, а показатель МЛУ в процентах по-прежнему продолжает рассчитываться на общее число бактериовыделителей, а не на число обследованных больных на МЛУ возбудителя.

Как следует из табл. 3, наибольшей частотой бактериовыделения с МЛУ возбудителя отличаются больные I и II, III групп диспансерного учета и больные, прибывшие из других учреждений, т. е. больные, которые находились в контакте с больными туберкулезом.

По данным, представленным в табл. 3, видно, что за 15-летний опыт обследования больных ТОД на МЛУ российские фтизиатры не достигли максимального результата. По данным статистической формы № 33, не было обследовано впервые выявленных больных: 2009 г. – 9 923 (22,8%); 2010 г. – 8 707 (22,1%); 2011 г. – 8 182 (21,5%); 2012 г. – 6 924 (19,5%).

Не было полного обследования в 2012 г. впервые выявленных больных туберкулезом легких на МЛУ по данным отраслевых статистических показателей. Стопроцентное обследование больных было проведено на 25 территориях; 90-99% – на 42; 80-89% – на 8; 70-79% – на 6; в Республике Дагестан обследовано 34% больных, в Республике Тыва – 52,7% [27].

Заключение

Для совершенствования борьбы с туберкулезом в конце ХХ в., начале ХХI в. Правительством РФ были приняты дополнительные меры по повышению эффективности противотуберкулезных мероприятий. Эпидемическая ситуация по туберкулезу, вызванная лекарственно-чувствительными микобактериями, стала нормализоваться, а среди больных с пораженными МЛУ формами, наоборот, стала усугубляться. Основные причины сохранения угрозы увеличения числа больных, выделяющих лекарствен-

но-устойчивые микобактерии, с нашей точки зрения, следующие:

1. Расчет показателя МЛУ в процентах по-прежнему выполняется некорректно, что приводит к занижению уровня показателя МЛУ в процентах и создает иллюзорное впечатление более низкого уровня распространения МЛУ МБТ в РФ, чем он есть в действительности.

2. Не все больные ТОД с МБТ+ обследуются на чувствительность возбудителя к противотуберкулезным препаратам.

3. Обследования больных ТОД на лекарственную чувствительность МБТ долгое время проводили только у впервые выявленных и пациентов, состоящих на учете на конец года. Между тем, согласно проведенному анализу, носителями МЛУ возбудителя являются больные I и II и III групп диспансерного учета, а также больные, прибывшие из других учреждений.

4. В масштабах страны длительное время не находит решения проблема боксированных стационаров для лечения пациентов с МЛУ МБТ. На ряде территорий практикуется лечение больных с МЛУ МБТ в амбулаторных условиях или в стационаре, не отвечающем современным требованиям инфекционного контроля.

5. За период с 2001 по 2003 г. издано три директивных документа о наблюдении и обработке туберкулезных очагов. Однако в этих документах нет даже упоминания о больных с МЛУ МБТ.

6. В целом вопрос обеспечения больных противотуберкулезными резервными препаратами в последние 2-3 года решен. Однако на некоторых территориях из-за организационных проблем имеются случаи несвоевременного обеспечения больных туберкулезом с МЛУ МБТ необходимыми медикаментами.

Рекомендации

Необходимо признать туберкулез, вызванный МЛУ МБТ, наиболее тяжелым проявлением данного заболевания, требующим лечения в особых стационарных условиях и представляющим серьезную опасность для окружающих. Для расчета показателя МЛУ в процентах повсеместно использовать общепринятый метод группировок и относительной величины структуры [23].

Целесообразно продлить срок подачи готовой статистической отчетности по форме № 33 до аналогичного срока подачи отраслевой статистической отчетности по форме, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 13.02.2004 г. № 50.

Следует рассмотреть вопрос о предоставлении больному туберкулезом с МЛУ МБТ социальных льгот, соответствующих тяжести проблемы, и возложить на него соответствующие обязанности по уменьшению степени эпидемической опасности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И. А. Лечение туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью // Кубанск. науч. мед. вести. – 2001. – № 4. – С. 26-27.
2. Васильева И. А., Самойлова А. Г., Багдасарян Т. Р. и др. Влияние предыдущих курсов химиотерапии на формирование туберкулеза с МЛУ/ШЛУ возбудителя // Актуальные вопросы борьбы с туберкулезом: Матер. юбил. сессии, посв. 90-летию ЦНИИТ РАМН. – М., 2011. – С. 43-44.
3. Ерохин В. В., Васильева И. А., Самойлова А. Г. и др. Диагностика и лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью: Метод. матер. к проведению цикла тематического усовершенствования врачей. – М., 2012. – С. 25-285.
4. Капков Л. П. Кому нужно искусственное запирание показателя МЛУ+? Матер. юбил. науч.-практ. конф. «Множественная и широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. Проблемы, перспективы диагностики и лечения». 12 сентября 2013 г. Орловская область. – С. 54-55.
5. Комисарова О. Г., Абдуллаев Р. Ю., Лепеха Л. Н. и др. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких при различной интенсивности синдрома системного воспалительного ответа. – М.: ИПО «У Никитских ворот», 2013. – С. 10-35.
6. Крофтон Д., Шоле П., Маэр Д. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. WHO/TB/91.210. Всемирная организация здравоохранения. – С. 1-36.
7. Лечение туберкулеза. Руководящие принципы для национальных программ. Всемирная организация здравоохранения. Женева. Швейцария. 1994 – С. 20-21.
8. Матилян Н. С., Скачкова Е. И. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза как глобальная проблема общественного здоровья. Бюллетень программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации. – Вып. 8, март 2009 г. – М., 2009. – С. 13-21.
9. Нечаева О. Б., Скачкова Е. И. Причины и факторы формирования лекарственной устойчивости при туберкулезе легких // Пробл. туб. – 2003. – № 9. – С. 6-9.
10. Нечаева О. Б., Стерликов С. А., Соп И. М. и др. Сеть учреждений фтизиатрической службы. Ресурсы. Туберкулез в Российской Федерации 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. – М., 2011. – С. 210-225.
11. Опищенко Г. Г. Методические указания Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии, Научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, Санкт-Петербургского научно-исследовательского института эпидемиологии им. Л. Пастера от 28 апреля 2001 г. № 2000/185. Организация и содержание противовспышечных мероприятий в очагах туберкулеза, 2001. – С. 4-42.
12. Опищенко Г. Г. Постановление Главного санитарного врача РФ от 21.12.2007 г. «Об усилении мероприятий по борьбе с туберкулезом в РФ».
13. Опищенко Г. Г. Эпидемическая ситуация в Российской Федерации и меры по ее стабилизации // Пробл. туб. – 2003. – № 11 – С. 4-9.
14. Перельман М. И. Нозокомиальная туберкулезная инфекция. I Российская научно-практическая конференция с международным участием. – М., 2001. – С. 78.
15. Перельман М. И. О концепции национальной Российской программы борьбы с туберкулезом // Пробл. туб. – 2000. – № 3 – С. 51-55.
16. Приложение № 12 к Приказу Минздрава России от 21.03.2003 г. № 109. Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза.
17. Программа ВОЗ по туберкулезу. Структура для эффективной борьбы с туберкулезом. WHO/TB/94.179. Всемирная организация здравоохранения. – С. 1-15.
18. Пузанов В. А., Черноусова Л. Н., Ковалевская М. Н. Проблема внутрибольничных инфекций в противотуберкулезных учреждениях и учреждениях ПМСП. Актуальные вопросы борьбы с туберкулезом. – М., 2011 г. – С. 157-158.
19. Пунга В. В., Русакова Л. И., Якимова М. А. и др. Лекарственная устойчивость у больных рецидивом туберкулеза за 2007-2010 гг. Актуальные вопросы борьбы с туберкулезом. Материалы юбилейной сессии, посвященной 90-летию ЦНИИТ РАМН. М., 2011. – С. 158-159.
20. Санитарно-эпидемические правила СП3.1.1295-03. Профилактика туберкулеза. VII Мероприятия в очагах туберкулеза. VIII Дезинфекционные мероприятия в очагах туберкулеза. Дата введения 25 июня 2003 г.
21. Система инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях / Под ред. Л. С. Федоровой. Руководство. М.–Тверь: Триада. – С. 191.
22. Скачкова Е. И. Причины, факторы и группы риска формирования лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013 г. – С. 28-29.
23. Статистический словарь. Главный редактор М. А. Королев. Метод группировок, относительная величина структуры. – М.: Финансы и статистика, 1989 г. – С. 260, С. 320.
24. Шарапов Ю. В. Задачи на проценты: задачник для учащихся общеобразовательных учреждений Мозир: Белый ветер, 2012 г. – С. 5-6.
25. Шевченко Ю. Л. Борьба с туберкулезом в России на пороге XXI в. // Пробл. туб. – 2000, № 3. – С. 2-6.
26. Шилова М. В. Туберкулез в России в 1999 г. – М., 2000. – С. 33.
27. Granich R., Binkin N. J., Jarvis W. R. et al. Профилактика туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях при дефиците необходимых ресурсов: Метод. рекомендации. Всемирная организация здравоохранения. 1999 г. – С. 60. Русская версия. М., 2002 г.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Капков Лев Петрович

ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН,
кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник
отдела эпидемиологии, статистики туберкулеза
и информационных технологий.

107564, г. Москва, Яузская аллея, д. 2.

Тел: 8 (499) 785-90-82.

E-mail: cniitramn@yandex.ru

Поступила 27.02.2014