
ПРОЕКТ ПО СБОРУ И ИЗУЧЕНИЮ ЛУЧШИХ ПРИМЕРОВ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ И СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И. А. ВАСИЛЬЕВА¹, Д. В. ТАРАН²

«THE BEST PRACTICES IN PREVENTION AND CONTROL OF TB (INCLUDING MDR-TB) AND TB/HIV CO-INFECTION IN THE RUSSIAN FEDERATION» PROJECT

I. A. VASILYEVA, D. V. TARAN

¹ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН,

²Представительство БО «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации

Проблема туберкулеза вновь привлекла повышенное внимание в системах национального здравоохранения. В 2012 г. в мире 8,6 млн человек заболели туберкулезом и 1,43 млн человек умерли от данного заболевания. Туберкулез является второй по значимости причиной смерти, уступая лишь ВИЧ-инфекции.

На прошедшей в 2014 г. 67-й Всемирной ассамблее здравоохранения была разработана Глобальная стратегия и определены цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г., основной из которых являлась остановка эпидемии туберкулеза в мире. К 2025 г. запланировано снижение заболеваемости на 50%, а смертности – на 75% (по сравнению с 2015 г.), а к 2035 г. – на 90 и 95% соответственно.

Борьба с туберкулезом в нашей стране проводится на основе государственной поддержки и приоритетного финансирования социально значимых направлений в здравоохранении. В основе стратегии борьбы с туберкулезом в Российской Федерации – ряд основных направлений.

1. Своевременное выявление больных туберкулезом, в том числе активное выявление при обращении за медицинской помощью и проведение массовых скрининговых обследований.

2. Комплексный подход к профилактике и лечению больных туберкулезом с учетом международных рекомендаций.

3. Достаточное и регулярное обеспечение всеми необходимыми противотуберкулезными препаратами.

4. Мониторинг лечения больных туберкулезом с использованием информационных технологий и аналитических методов.

5. Предупреждение распространения туберкулеза с множественной (МЛУ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) возбудителя.

6. Проведение научных исследований и разработка инновационных проектов для совершен-

ствования противотуберкулезной помощи населению.

В последние годы в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» значительно увеличилось финансирование противотуберкулезных мероприятий, было осуществлено переоснащение лечебных учреждений современным медицинским оборудованием. Это положительно повлияло на эпидемический процесс, что подтверждено стабилизацией основных эпидемиологических показателей в первые годы XXI столетия после их длительного роста в предыдущий период. Далее тенденция улучшения эпидемической ситуации сохранялась, в 2013 г. зафиксирован наименьший (63 на 100 тыс. населения) показатель заболеваемости туберкулезом за последние пятнадцать лет. Показатель смертности составил в 2013 г. 11,4 на 100 тыс. населения, что в 2 раза ниже, чем в 2005 г. Отмечается тенденция к снижению показателя заболеваемости туберкулезом и среди детей в возрасте 0-14 лет (в 2012 г. – 16,4; в 2013 г. – 14,5 на 100 тыс. населения данного возраста).

Несмотря на достигнутые результаты, ситуация по туберкулезу в стране оценивается как весьма напряженная. По оценке Всемирной организации здравоохранения, Российская Федерация входит в число 22 стран с высоким бременем туберкулеза. Исходя из вышесказанного, приоритетными в стране стали те направления противотуберкулезной работы, которые обеспечат наиболее выраженное влияние на эпидемический процесс и позволят достичь искомых результатов.

Одним из таких направлений является разработка стратегии борьбы с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Распространение в стране ВИЧ-инфекции уже оказывает существенное влияние на эпидемиче-

скую ситуацию по туберкулезу. В 2013 г. каждый восьмой (12,5%) впервые выявленный и вставший на учет больной туберкулезом был с ВИЧ-инфекцией, на конец года – 10,7% всех больных туберкулезом в стране имели ВИЧ-инфекцию. Туберкулез является лидирующей причиной смерти людей, живущих с ВИЧ, умерших от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией (87,4% в 2013 г. по данным МЗ РФ, ф. 61, 2014). Сегодня врач практически любой специальности может столкнуться со случаем диагностики туберкулеза легочной и внелегочной локализаций у пациента с ВИЧ-инфекцией.

Следующим приоритетным направлением является совершенствование методов диагностики и лечения туберкулеза с МЛУ и ШЛУ.

Туберкулез с МЛУ возбудителя оказывает выраженное негативное влияние на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в РФ за счет низкой эффективности лечения, что ведет к пополнению резервуара инфекции. МЛУ-туберкулез возникает как результат ненадлежащего лечения туберкулеза и/или неудовлетворительной организации инфекционного контроля в медицинских учреждениях и местах компактного пребывания людей. За десятилетия применения одних и тех же противотуберкулезных препаратов спектр лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) претерпел существенные изменения: доля лекарственно-чувствительных штаммов снижается за счет роста лекарственно-устойчивых, в том числе с МЛУ МБТ. По данным 2013 г., у каждого пятого впервые выявленного больного туберкулезом и у каждого третьего пациента с рецидивом заболевания установлена МЛУ возбудителя.

Для уменьшения распространения МЛУ-туберкулеза требуются концентрация усилий всей национальной системы здравоохранения, модернизация противотуберкулезной службы с учетом специфики оказания медицинской помощи таким больным. Лечение пациентов с МЛУ-туберкулезом требует длительных курсов терапии с применением схем дорогостоящих и токсичных препаратов, патогенетических воздействий, нередко использования высокотехнологичных методов хирургического и эндоскопического лечения. Необходимым звеном являются организация контролируемого приема противотуберкулезных препаратов в течение 1,5-2 лет, психологическая и социальная поддержка, долечивание и реабилитация в условиях специализированных санаториев.

В данном специальном выпуске собраны лучшие современные примеры решения вышеуказанных задач в российской фтизиатрической практике. Проект по сбору и изучению лучших примеров организации лечения и клинического ведения больных туберкулезом, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сочетанным с ВИЧ-инфекцией, стартовал в сентябре 2013 года.

Целью проекта являлся сбор информации о способах, подходах, инновациях, которые активно используются в ежедневной практике в некоторых регионах России, доказали свою эффективность в организации помощи пациентам с туберкулезом и могут быть внедрены в других регионах.

Эксперты ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН и Благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» приняли решение сосредоточить усилия по отбору лучших практик по трем направлениям: лечение больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, организационные аспекты оказания помощи пациентам и лечение пациентов с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ-инфекция. В соответствии с выбранными направлениями был начат поиск экспертов, по одному с опытом работы в Российской Федерации и с международным опытом работы. Кроме того, для сбора практик было решено привлечь курирующие научно-исследовательские институты. В результате в проект удалось привлечь команду профессионалов (табл. 1).

Совместно с экспертами и координаторами из всего обширного списка тем были отобраны наиболее важные, среди которых планировался отбор практик и определение победителей:

1. Клиническое ведение

- a. Выявление ЛУ-ТБ
- b. Ведение пациентов с ЛУ-МБТ, лекарственный оборот
- c. Купирование побочных реакций в ходе лечения ЛУ-МБТ как важнейшего фактора, приводящего к прерыванию ХТ
- d. Инфекционный контроль в учреждениях фтизиатрической службы

2. Организация фтизиатрической помощи

- a. Мероприятия по профилактике прерывания ХТ в начале лечения
- b. Организация контролируемой ХТ в городских и сельских условиях
- c. Привлечение дополнительных специалистов к работе по повышению приверженности пациентов лечению ТБ
- d. Привлечение пациентов, прервавших ХТ в течение курса лечения
- e. Организация лечения на дому
- f. Улучшение приверженности пациентов лечению ТБ с использованием мотивирующих средств
- g. Работа с персоналом

3. ТБ-ВИЧ

- a. Выявление сочетанной инфекции
- b. Химиопрофилактика
- c. Лечение сочетанной инфекции – клиническое ведение и организация процесса

В ноябре 2013 г. было разослано предложение главного фтизиатра принять участие в проекте: указать, какому направлению соответствует

Участники проекта

ФИО	Краткая информация
Руководители проекта	
Васильева Ирина Анатольевна	главный фтизиатр Минздрава РФ, руководитель отдела фтизиатрии ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН
Теран Дмитрий Владимирович	Благотворительная организация «Партнеры во имя здоровья», координатор
Координаторы	
Самойлова Анастасия Геннадиевна	ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН, старший научный сотрудник, отдел фтизиатрии
Стерликов Сергей Александрович	НИИФП ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», заведующий отделом эпидемиологии и организации противотуберкулезной помощи
Черняев Игорь Анатольевич	ФГБУ «УНИИФ», заведующий организационно-методическим отделом
Галкин Владимир Борисович	ФГБУ «СПб НИИФ», руководитель лаборатории мониторинга
Ревякина Ольга Владимировна	ФГБУ «Новосибирский НИИТ», заведующая организационно-методическим отделом
Эксперты	
Клиническое ведение	
Марьяндышев Андрей Олегович	Северный государственный медицинский университет, проф., чл.-корр. РАМН, заведующий кафедрой физиопульмонологии
Тонкель Тамара Петровна	Проект по усилению контроля эпидемии ТБ на Украине (ЮСАИД), медицинский директор
Едильбаев Аскар Булатович	БО «Партнеры во имя здоровья», Бостон, США, медицинский директор российских проектов
Организация лечения	
Кирьянова Елена Витальевна	БУЗ Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер», заместитель главного врача по организационно-методической работе
Гельманова Ирина Евгеньевна	ВОЗ, консультант по лечению МЛУ-ТБ в Юго-Восточной Азии. БО «Партнеры во имя здоровья», консультант по программе ДOTS-плюс в Томской области, РФ и Казахстане
ТБ-ВИЧ	
Зямина Вера Николаевна	ГКУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ», заместитель главного врача по медицинской части по работе с большими сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез
Вежнина Наталья Николаевна	Центр по контролю за заболеваниями, Украинское отделение, консультант проектов по контролю ТБ. СПИД-фонд «Восток-Запад», консультант проектов по ТБ-ВИЧ

практика, кратко описать сами мероприятия, длительность и территорию внедрения и представить результаты. Письмо и анкета были отправлены главным фтизиатрам, главным врачам региональных служб, а также в департаменты здравоохранения. Координаторы курирующих НИИ контактировали с представителями каждого региона. Стопроцентный охват специалистов, а также мотивирование к участию осуществлялось координатором ПВИЗ путем личных контактов с представителями каждого региона.

Одновременно шла разработка оценочной шкалы для оценки присланных практик и отбора лучших из них. За основу была взята распространенная оценочная методика, которая использовалась международными организациями для отбора лучших примеров в области борьбы с туберкулезом [1, 2]. Однако методика позволяла осуществить лишь первичный отбор материала и не давала конкретного инструментария для оценки и отбора лучшего. Например, с самого начала принимался материал, который соответствовал направлениям конкурса и этическим нормам оказания медицинской помощи.

В проекте была использована следующая методика (табл. 2).

На объявление о конкурсе откликнулись специалисты противотуберкулезной службы из 30 регионов всех федеральных округов. Было прислано более 200 заявок по указанным темам: более 80 по клиническим вопросам, более 100 по организации химиотерапии и около 30 по сочетанной патологии туберкулез/ВИЧ-инфекция.

Присланный материал, однако, не позволил отобрать из претендентов лучшие практики. Это потребовало разработки экспертами детальных анкет проекта 2-го уровня по каждой теме. Анкеты доступны на интернет-ресурсе [3].

Анкеты 2-го уровня прислало меньшее число регионов, но с очень подробной информацией и данными, которые позволили экспертам выбрать лучшие примеры в Российской Федерации на сегодняшний день. Практики отвечают приоритетным направлениям в области лечения МЛУ-туберкулеза, лекарственного оборота, организации лечения, в частности амбулаторного этапа, улучшения приверженности к лечению, а также борьбы с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Методика отбора лучших практик

Этап 1. Скрининг анкет из регионов. Осуществлялся координаторами	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Мероприятие длилось как минимум один год 2. Методы оценки внедрения результатов <ul style="list-style-type: none"> • Система отслеживания результатов есть (да/нет) • Как проводили оценку результатов – группы сравнения, или сравнение до и после внедрения практики, или изменение заболеваемости/смертности в регионе и пр. • Достоверность показателей внедрения результатов этой практики подтверждается теми формами/статьями/документами, которые прислал регион • Результаты внедрения, имеющие вклад в ТБ-контроль в регионе или городе, совпадают с данными НИИ (например, исходы ХТ когорт, эпидемиологические показатели и т. д.) 3. Результат практики <ul style="list-style-type: none"> • Показатели эффективности реализации практики (в показателях принятых доз/ или исходах ХТ – до и после начала практики или по сравнению с другой практикой и так далее) • Сопоставимы ли результаты внедрения в последующие годы внедрения 4. Эффективность/продуктивность практики <ul style="list-style-type: none"> • Показатели охвата той целевой группы, на которую и была нацелена практика • Результаты эффективнее в сравнении с другими практиками • Стоимость практики. При схожей эффективности предпочтение практикам с российским финансированием 	<p><i>Координатор принимает решение, имеются ли достаточные данные для дальнейшей работы и отбора экспертами</i></p>
Этап 2. Оценка предоставленной информации. Осуществлялась экспертами	
<p>Эксперты оценивали практики на основании представленных результатов (п. 3 и 4) и подтверждения их координаторами НИИ ТБ и отбирали по следующим критериям, выставляя по каждому баллы от 1 до 5 (1 – совсем нет, 2 – скорее нет, 3 – может быть, 4 – скорее да, 5 – определенно да):</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Теоретическая основа/обоснование, почему эта практика внедрялась (изучение документов по практике и результатам внедрения, в том числе методов оценки) <ul style="list-style-type: none"> • Практика нацелена на решение действительно важной и распространенной проблемы – это та целевая группа пациентов, которые нуждаются в таком вмешательстве, или сама проблема типична и представлено ее удачное решение • Результаты по сравнению с аналогичными практиками, нацеленными на решение той же проблемы, действительно лучше • Для внедрения практики требуются небольшие затраты – ресурсы/персонал/тренинги/поддержка по сравнению с другими аналогичными практиками с тем же результатом потребуются меньше, и они доступны регионам РФ • Практика описана понятно и имеет четкие шаги по выполнению с прогнозируемыми результатами – конечный результат при соблюдении протокола не является шансом 50/50 • Практика сделана удачно, инновационно, творчески • Практика соответствует основным доказанным стратегиям и подходам в области ТБ-контроля, известным в России и в мире на 2013 г. <p><i>Отобранные практики обсуждались экспертами и руководителем проекта для выбора лучшей.</i></p>	

Надеемся, что приведенный далее успешный опыт лечения больных туберкулезом поможет остановить эпидемию данного заболевания.

Все оригинальные приложения и печатная продукция могут быть запрошены у авторов статей.

Инициаторами проекта выступили ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН и Благотворительная организация «Партнеры во имя здоровья».

Авторы выражают признательность Всемирному Банку (The World Bank) и Фонду The Unified Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF) Trust Fund. Кроме того, благодарим

Antonio Giuffrida, Sevil Kamalovna Salakhutdinova, Jaime Nicolas Bayona Garcia, Montserrat Meiro-Lorenzo и Salmaan Keshavjee за их предложения и поддержку в ходе проекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Guide for Documenting and Sharing «Best Practices» in Health Programs, WHO, AFRO, Brazzaville, 2008, ISBN 9290231327
2. Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis, WHO, EURO, Copenhagen, 2013, ISBN 9789289000468
3. http://pih.ru/pihbestpractices_methods.html