



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

НЕЧАЕВА Ольга Брониславовна

руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, докт.мед.наук, профессор

Москва - __. __. 2018 г.

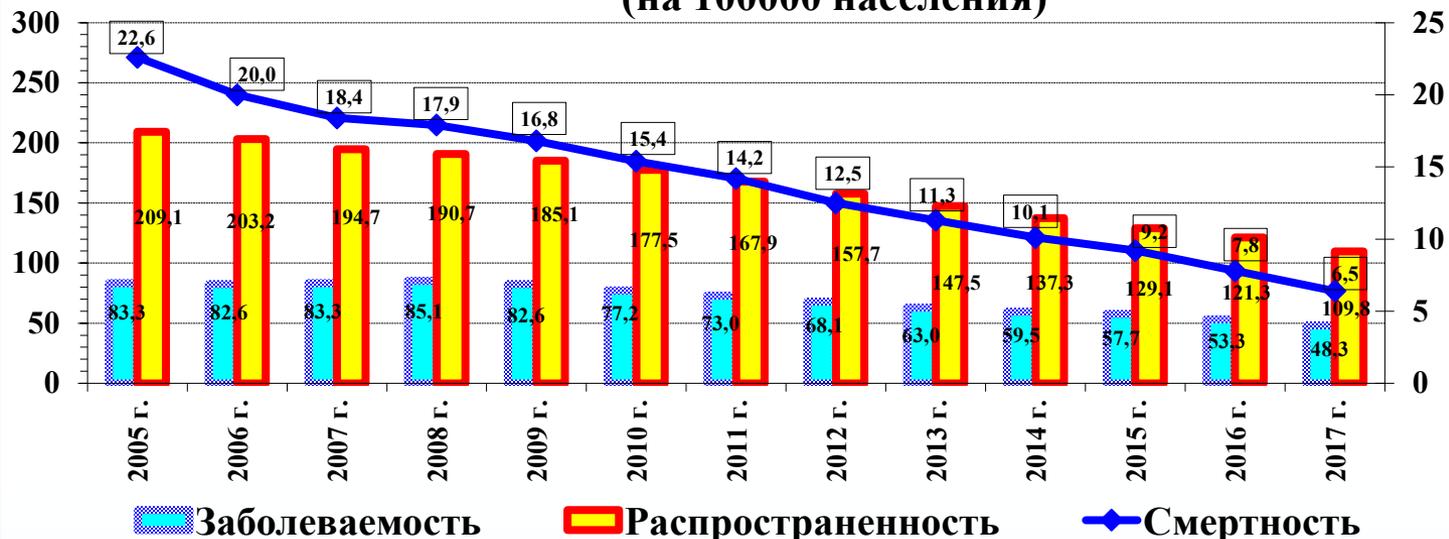
Туберкулез

В 2017 г. по сравнению с 2016 г. показатели по туберкулезу снизились: общая заболеваемость – на 9,4%, распространенность – на 9,5%, смертность – на 17,7%.

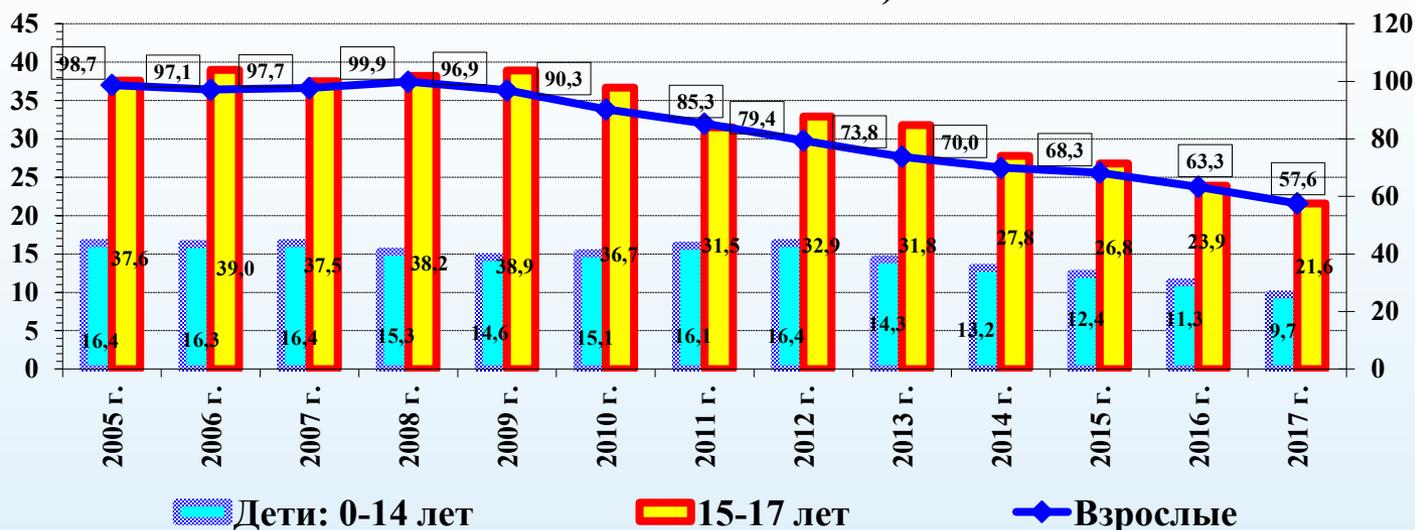
Отрицательное влияние на выполнение индикаторов оказания противотуберкулезной помощи населению будут влиять продолжающееся развитие эпидемии ВИЧ-инфекции и рост МЛУ-ТБ.

С 2012 г. по 2017 г. Заболеваемость туберкулезом детей снизилась:
 0-14 лет – с 16,4 до 9,7 (на 40,9%)
 15-17 лет – с 32,9 до 21,6 (на 34,3%)

Показатели по туберкулезу в Российской Федерации (на 100000 населения)



Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации (на 100000 населения)



В Советском Союзе массовые **флюорографические обследования** органов грудной клетки с целью выявления туберкулеза были внедрены в пятидесятые годы двадцатого века после принятия следующих документов:

Постановление Совета Министров СССР от 25 октября 1948 года № 3989 «О мероприятиях по снижению заболеваемости туберкулезом»;

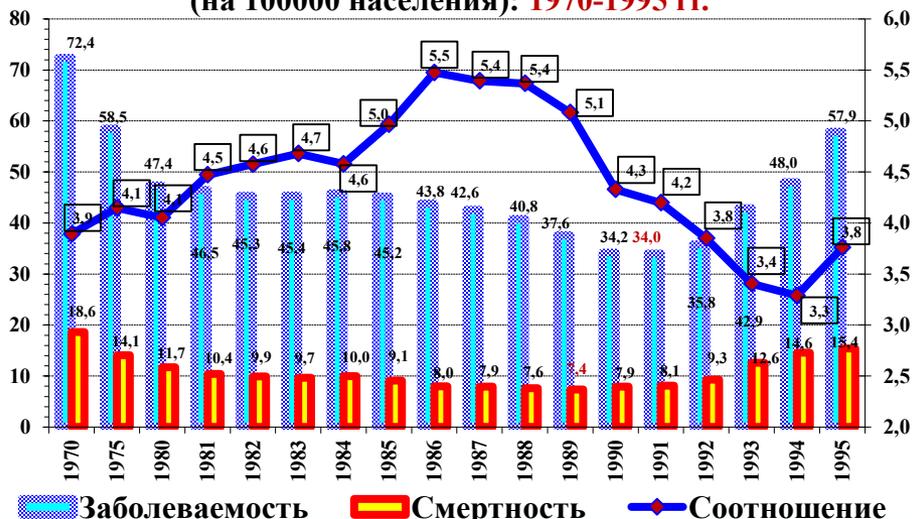
приказы Министерства здравоохранения СССР от 29 января 1949 года № 61, от 9 июля 1951 года № 628.

Мелкокадровая флюорография заменена на крупнокадровую к началу восьмидесятых годов.

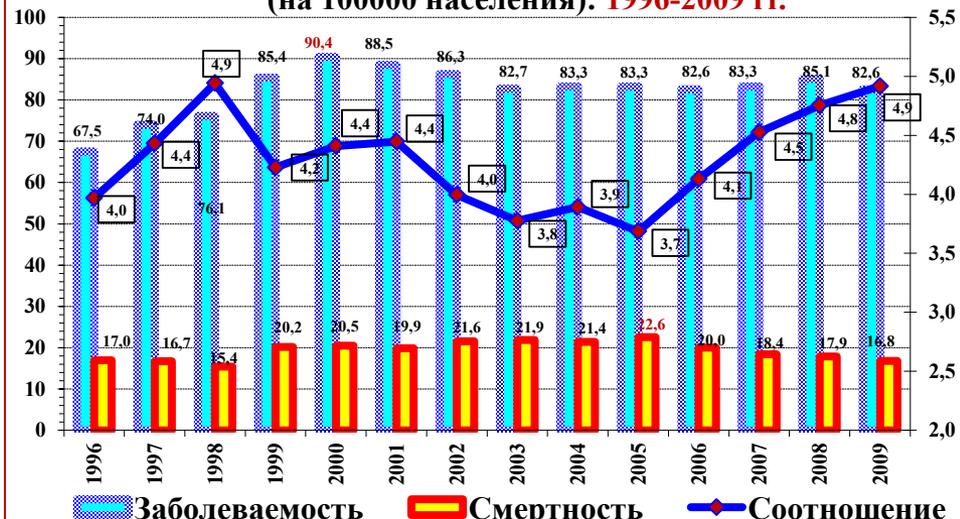
Французский врач **Манту (Mantoux)** предложил внутрикожное введение туберкулина, которое **в России используется с 1965 г.**



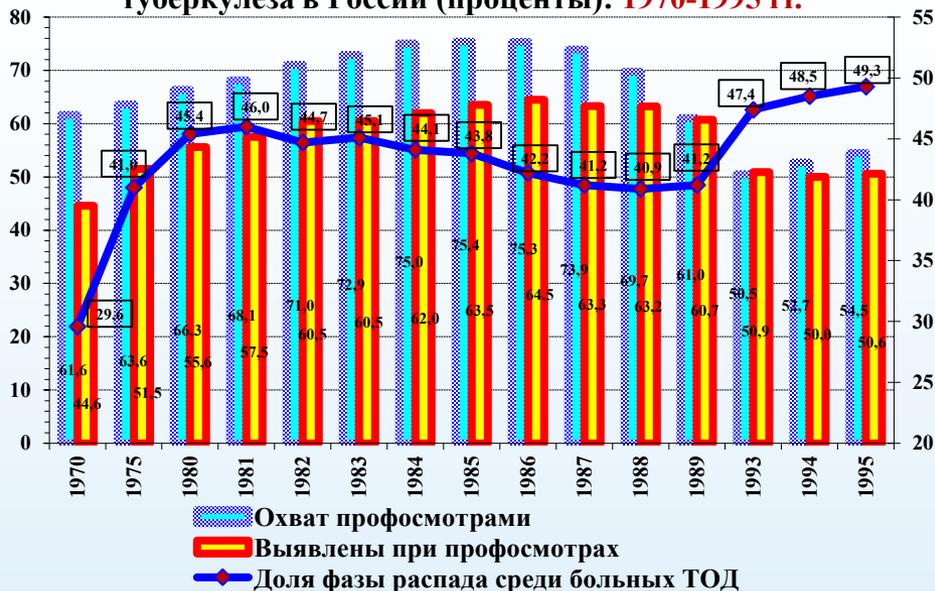
**Показатели по туберкулезу в России
(на 100000 населения): 1970-1995 гг.**



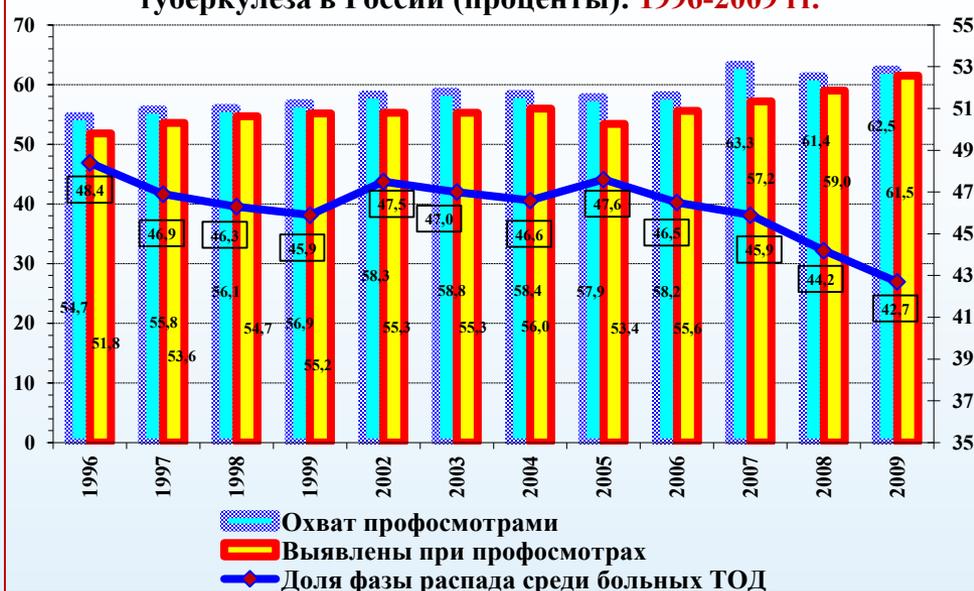
**Показатели по туберкулезу в России
(на 100000 населения): 1996-2009 гг.**



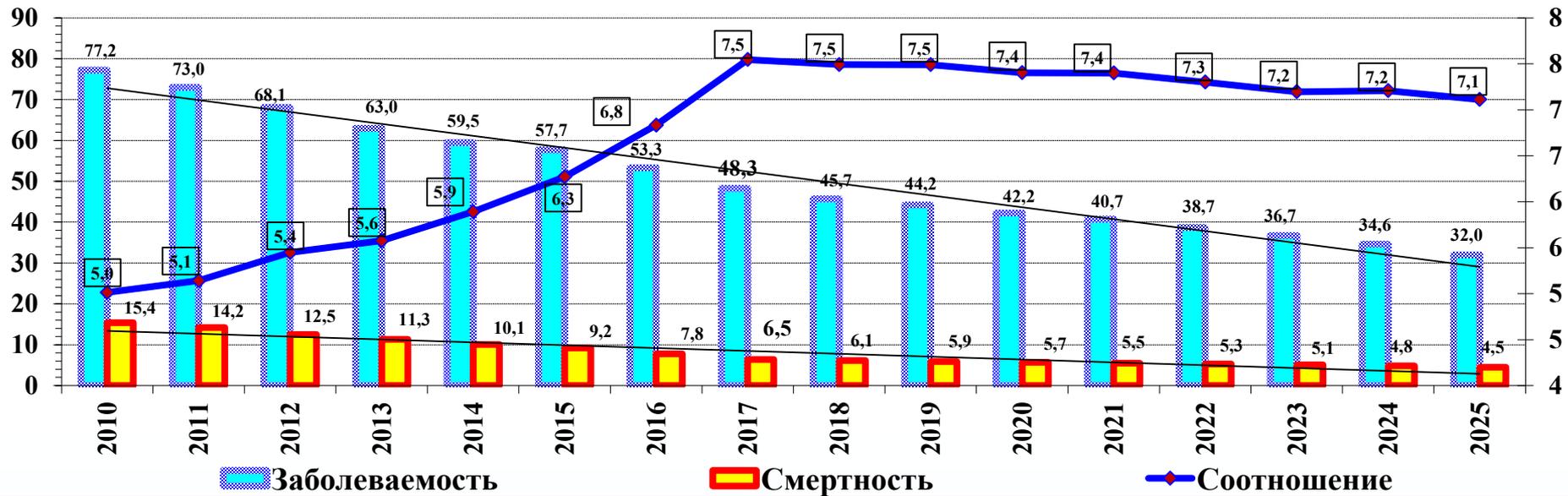
**Показатели своевременности выявления
туберкулеза в России (проценты): 1970-1995 гг.**



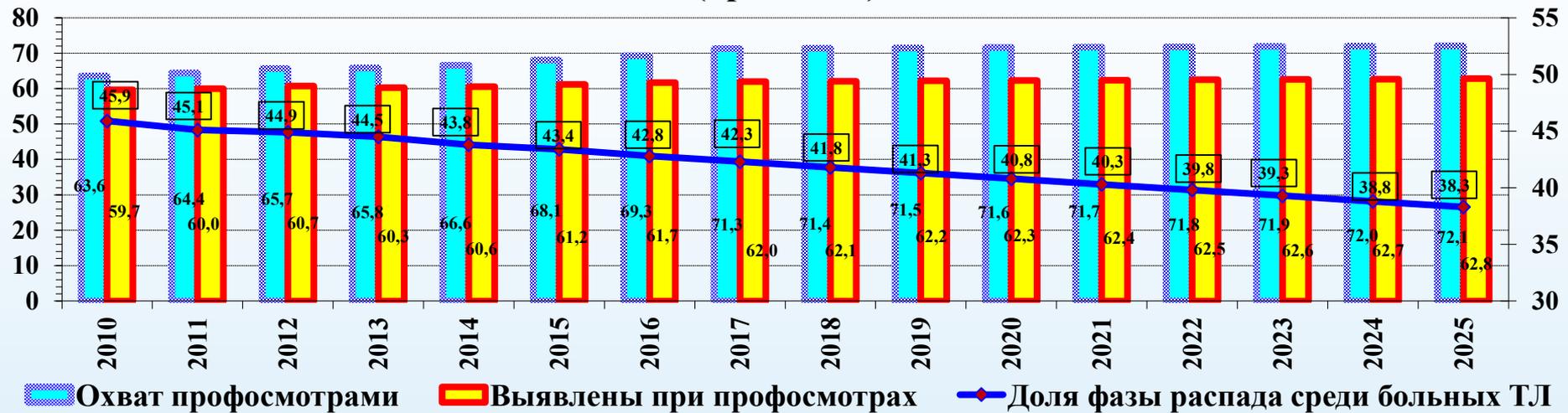
**Показатели своевременности выявления
туберкулеза в России (проценты): 1996-2009 гг.**



Прогноз показателей по туберкулезу в России (на 100000 населения)



Прогноз показателей своевременности выявления туберкулеза в России (проценты)

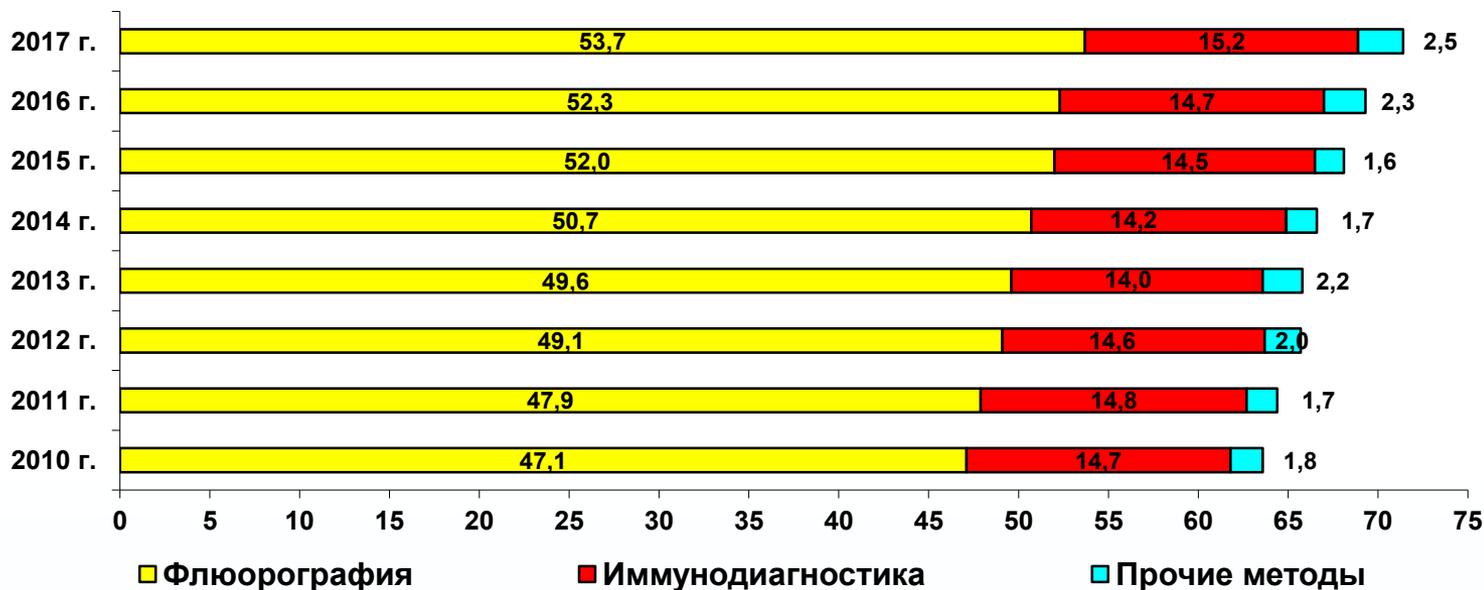


Выявление туберкулеза

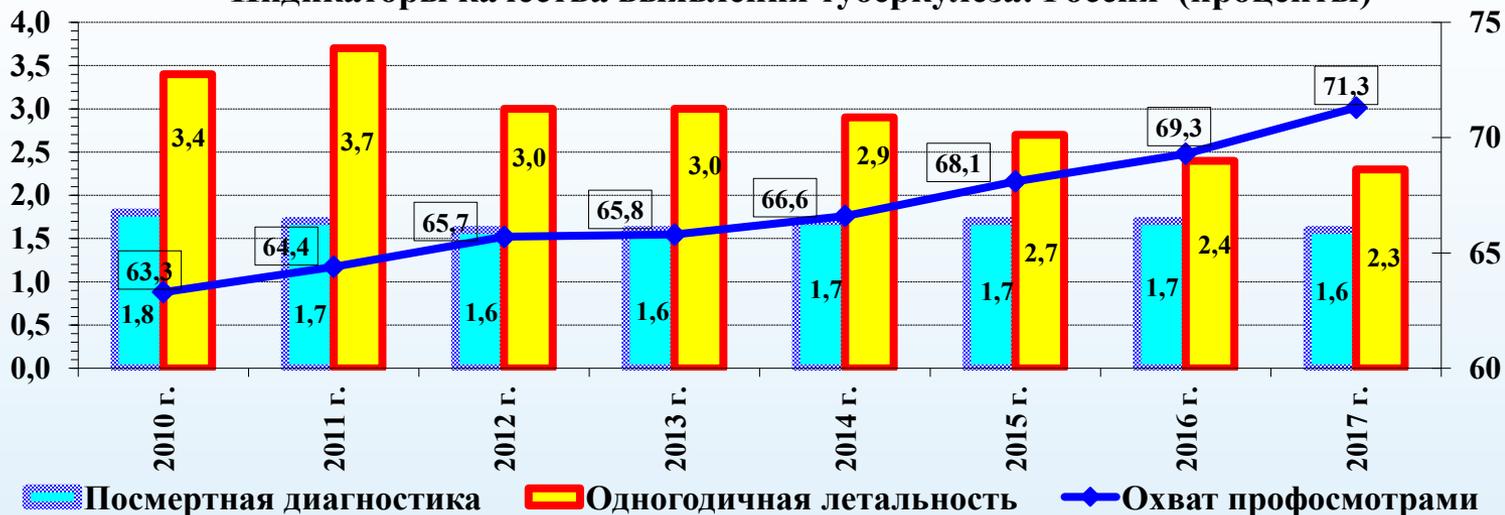
Норматив на 2017 г. по России: охват профосмотрами на туберкулез – 68,1%, выполнение – 71,3%.

Снижение показателя заболеваемости туберкулезом происходит на фоне роста охвата населения профилактическими осмотрами, снижения доли посмертной диагностики и одногодичной летальности, деструктивных форм туберкулеза легких.

Структура профилактических осмотров на туберкулез: Российская Федерация (проценты)



Индикаторы качества выявления туберкулеза: Россия (проценты)



Выявление туберкулеза

Доля деструктивных форм туберкулеза легких:

CV(+) ТЛ:

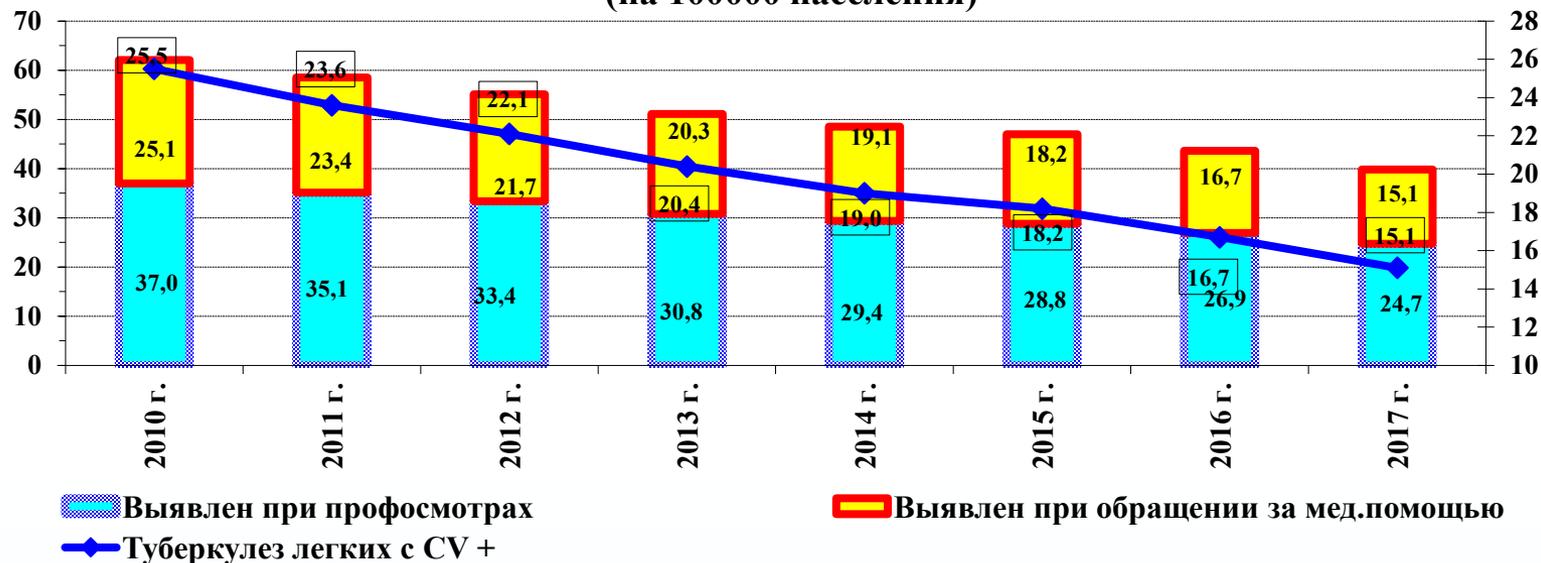
2005 г. – 51,6%

2016 г. – 42,8%

2017 г. – 42,3%

Нет оснований говорить о существенном недо выявлении туберкулеза, за исключением отдельных субъектов Российской Федерации.

Структура вставших на учет больных туберкулезом в России (на 100000 населения)



Индикаторы качества выявления туберкулеза: Российская Федерация (проценты)



Туберкулез

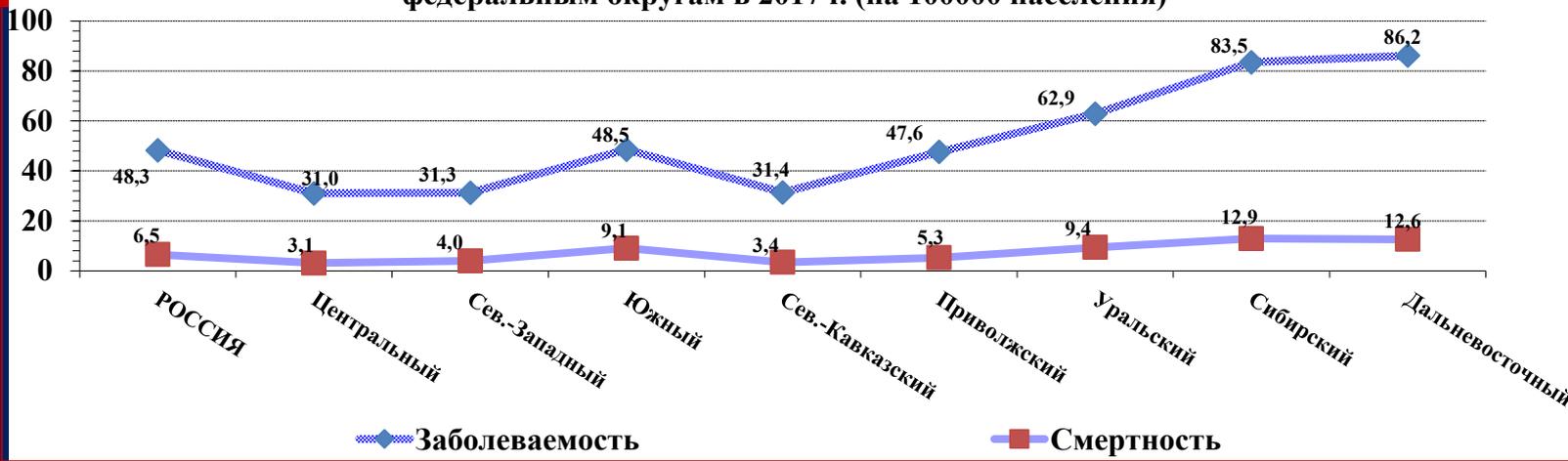
Наибольшие показатели по туберкулезу в ФО, расположенных в Азии.

Наилучшие показатели своевременности выявления туберкулеза, есть корреляция между показателями: Приволжский, Уральский, Сибирский, Дальневосточный ФО, в меньшей степени - Центральный и Южный ФО.

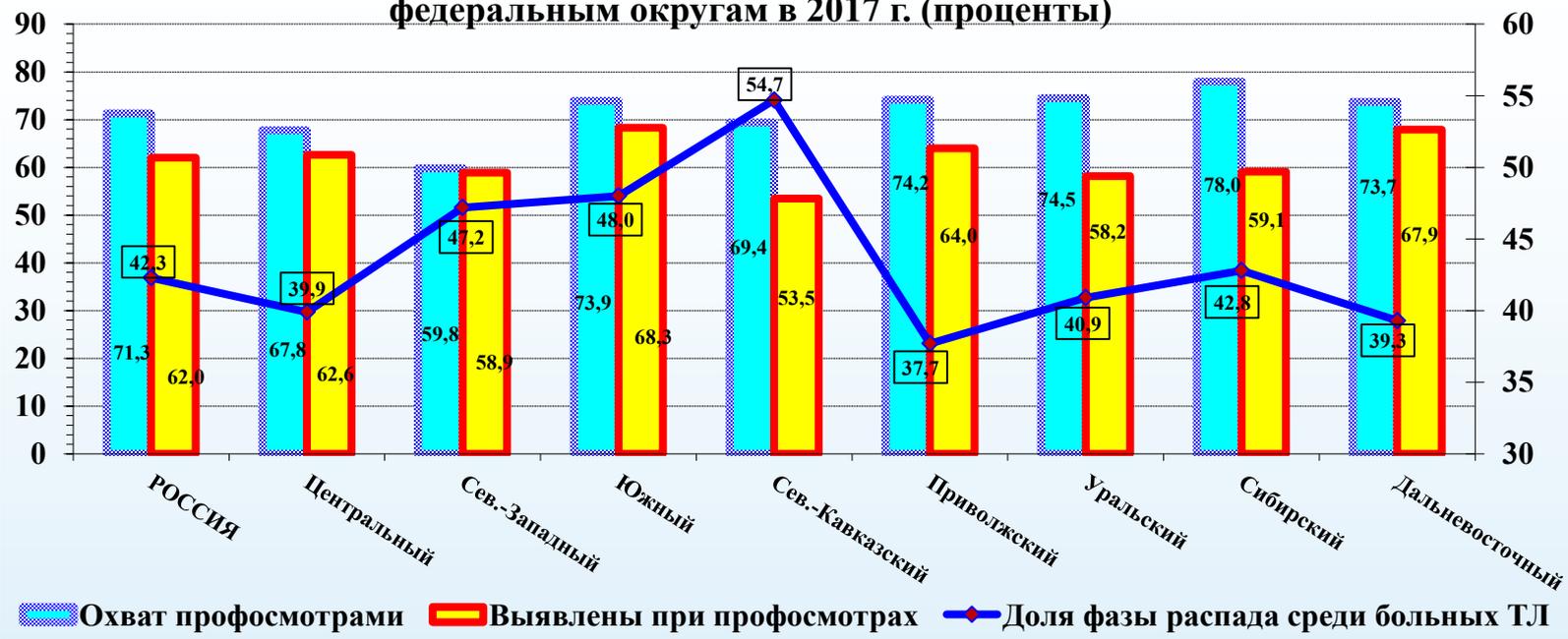
Низкий уровень выявления туберкулеза – Северо-Западный ФО.

Недоверие к показателям – Северо-Кавказский ФО.

Показатели заболеваемости туберкулезом и смертности от туберкулеза в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 населения)



Показатели своевременности выявления туберкулеза в России по федеральным округам в 2017 г. (проценты)



Выявление туберкулеза

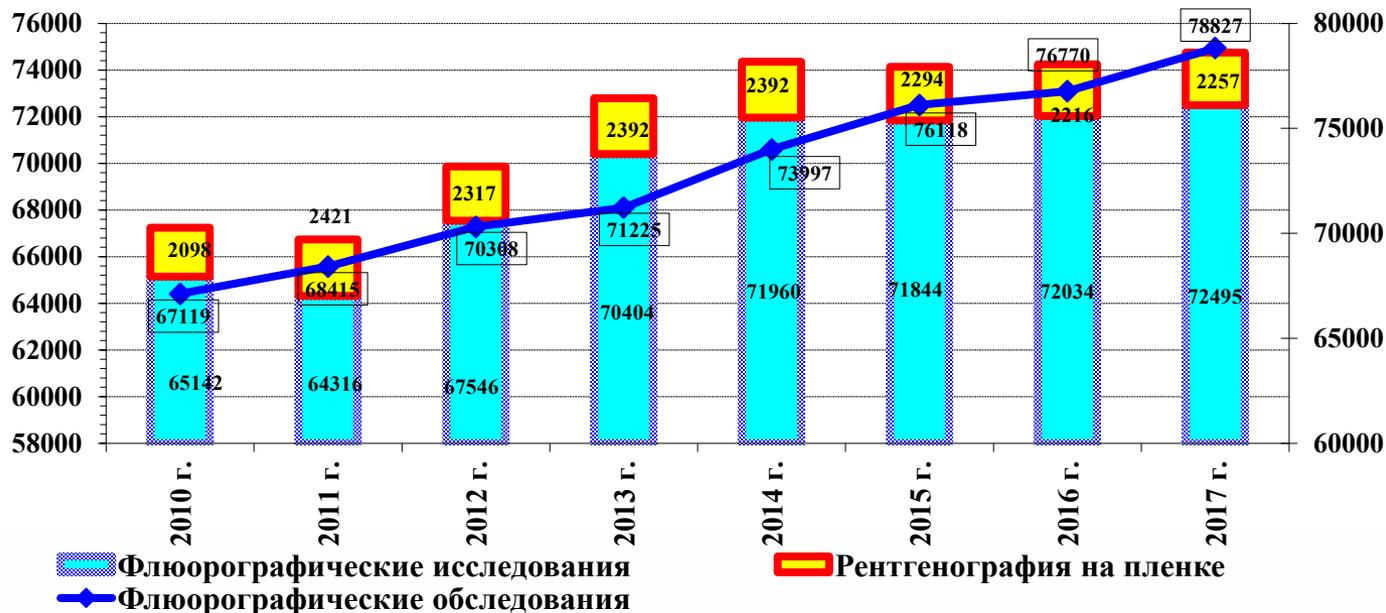
Флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках:
 2005 г. – 17,4%;
 2016 г. – 89,0%;
 2017 г. – 97,0%

Число флюорографических обследований с профилактической целью превышает число флюорографических исследований с профилактической целью на 6,3 млн.

Начинает нарастать доля флюорографических установок, работающих более 10 лет:

2013 г. – 20,5%;
 2016 г. – 33,6%.
 2017 г. – 47,8%

Профилактические рентгенологические исследования и флюорографические обследования населения с профилактической целью в России (тыс.)



Флюорографические установки в Российской Федерации



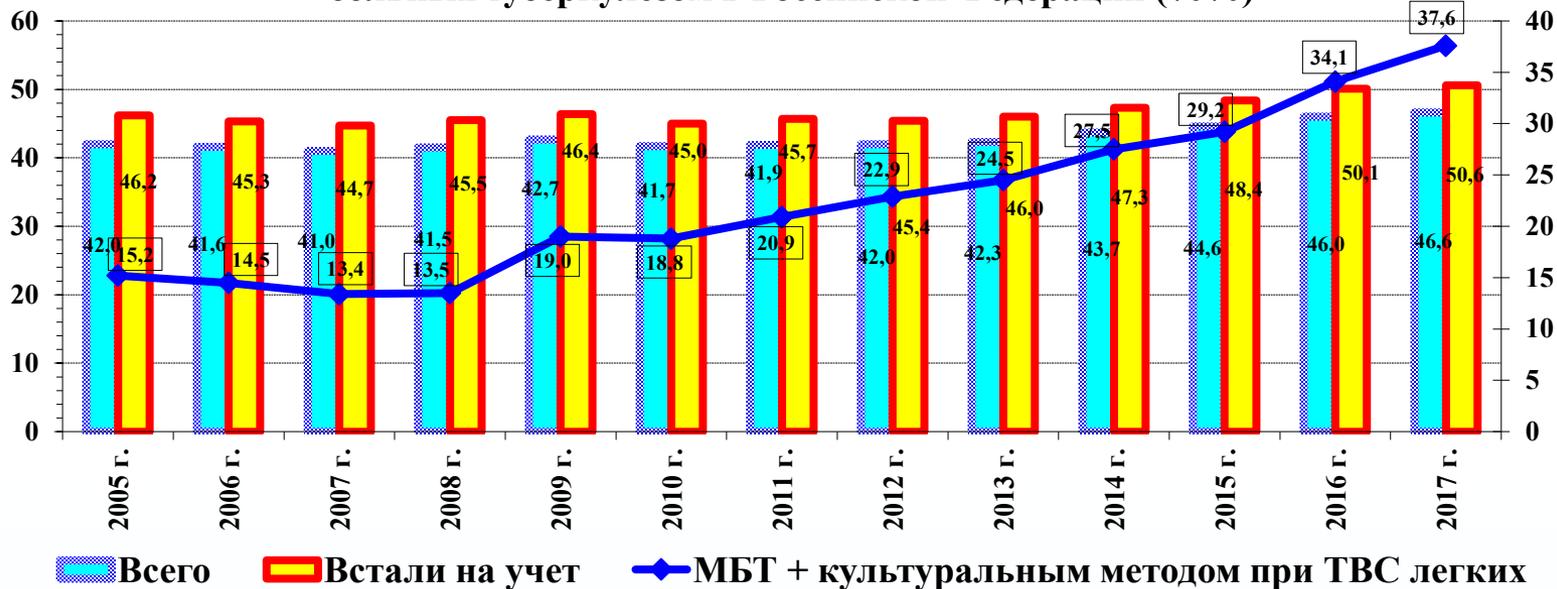
МБТ

Только у 38% впервые выявленных бактериовыделителей МБТ были определены культуральным методом.

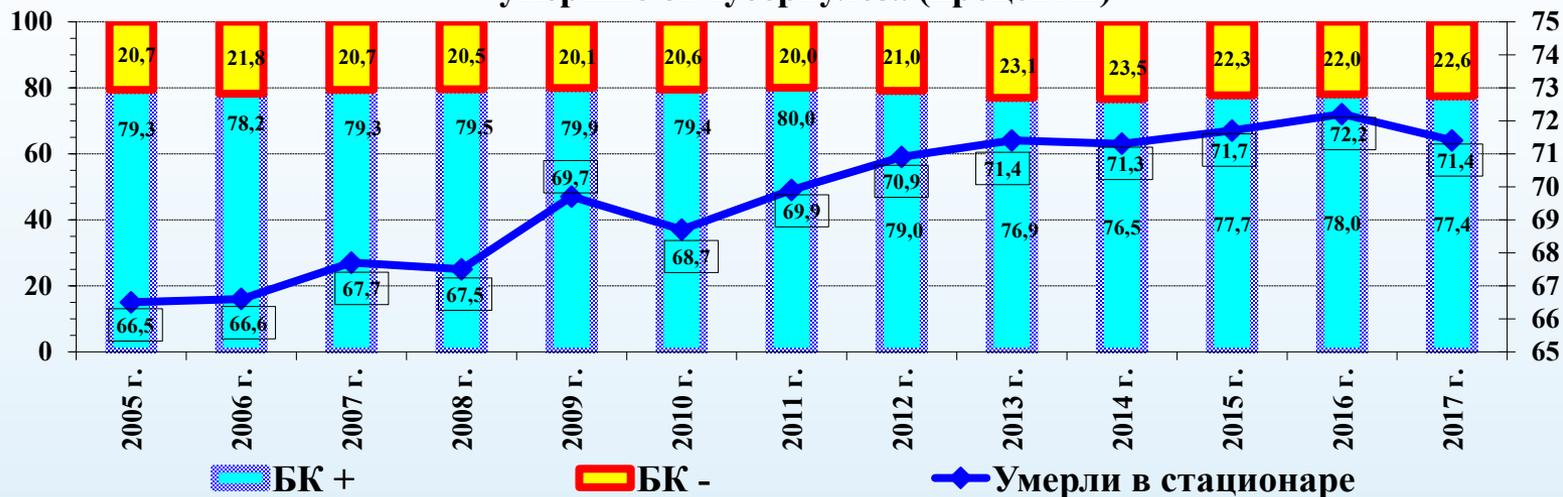
Пациентов начинают лечить без определения чувствительности к ПТП.

Среди умерших от туберкулеза, которые состояли на учете, в 23% случаев МБТ не были выявлены.

Доля больных с бактериовыделением среди впервые выявленных больных туберкулезом в Российской Федерации (%%)



Контингенты противотуберкулезной службы Российской Федерации, умершие от туберкулеза (проценты)

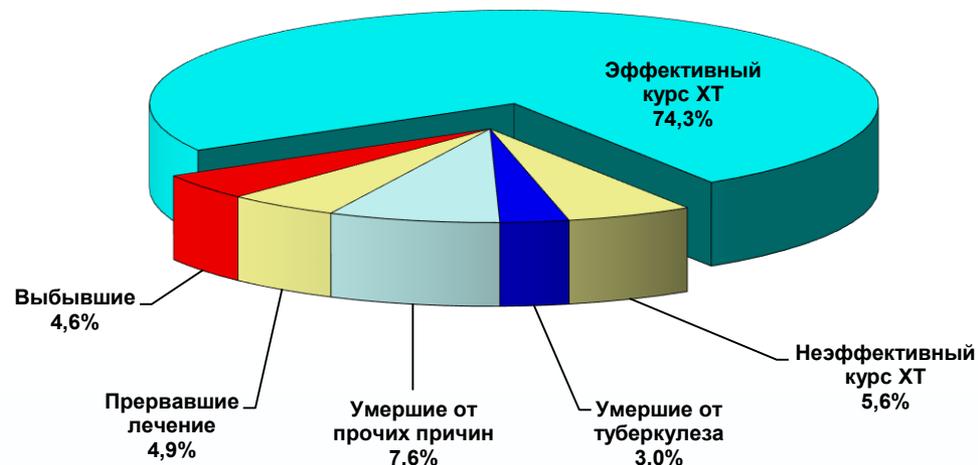


2017 год: абациллирование контингентов – 51,5% (2016 г. – 48,5%); абациллирование МЛУ ТБ – 28,7% (2016 г. – 26,2%); клиническое излечение – 38,2% (2016 г. – 35,6%); эффективный курс химиотерапии – 74,3% (2016 г. – 74,2%).

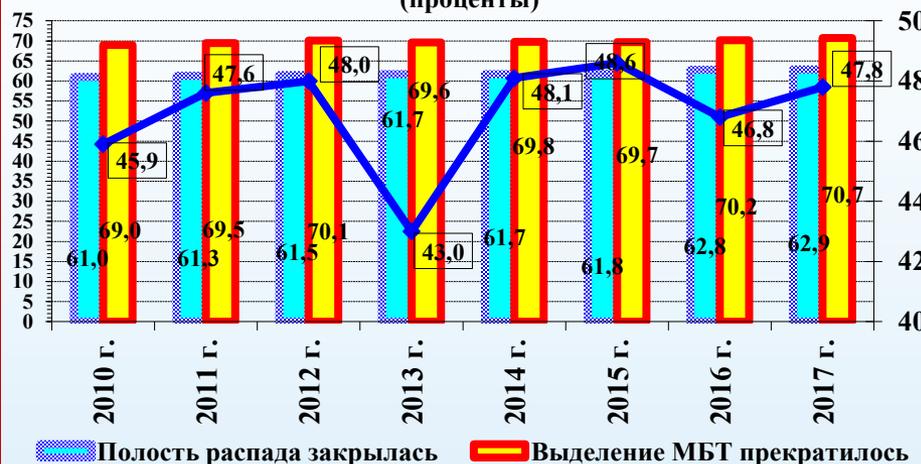
Госпитализация пациентов с туберкулезом в Российской Федерации (проценты)



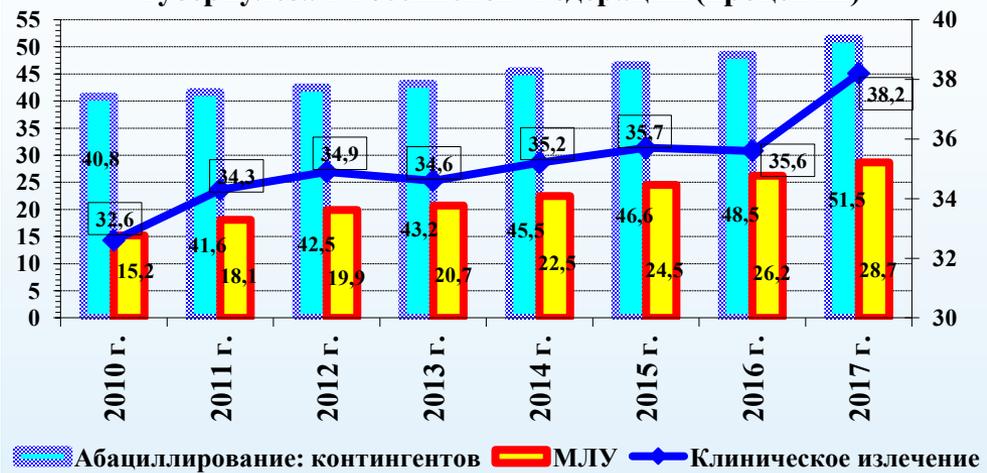
Исходы курса химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких без МЛУ-ТБ в Российской Федерации (2016 год регистрации)



Результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в Российской Федерации (проценты)



Клиническое излечение и абациллирование туберкулеза в Российской Федерации (проценты)



Хирургическое лечение

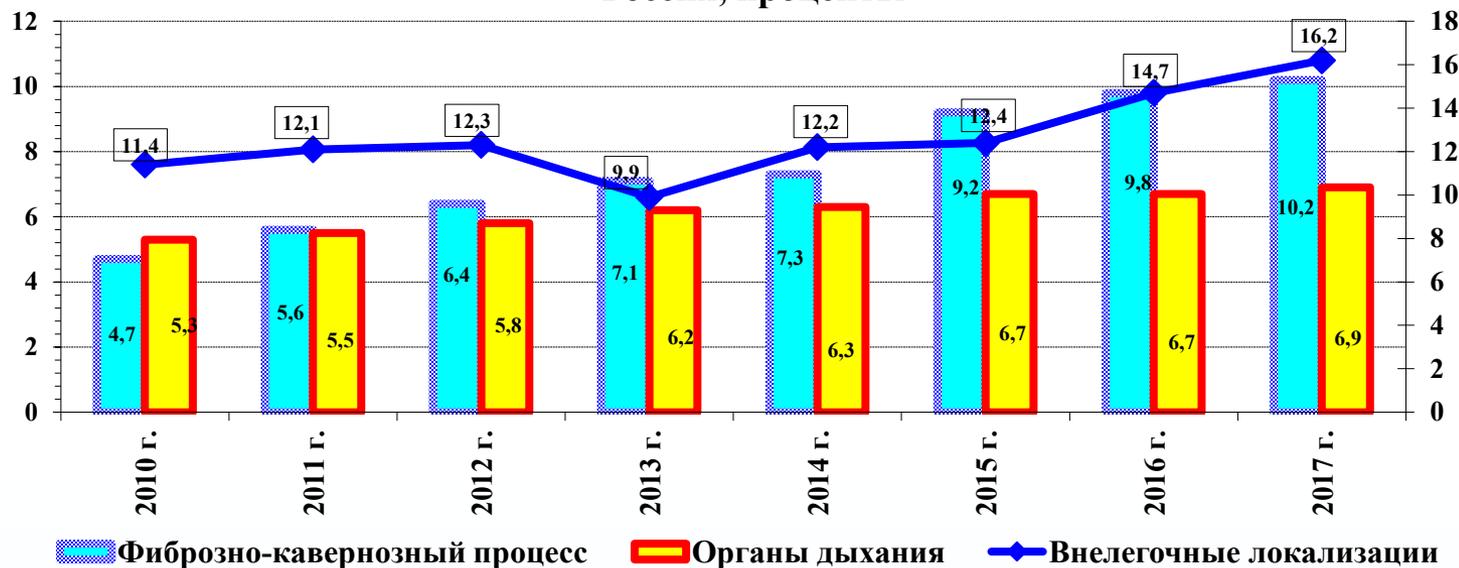
Не известно, сколько коек торакальной хирургии в противотуберкулезных организациях: часть как койки торакальной хирургии, часть как туберкулезные койки.

Не меняется ситуация по применению хирургических методов лечения.

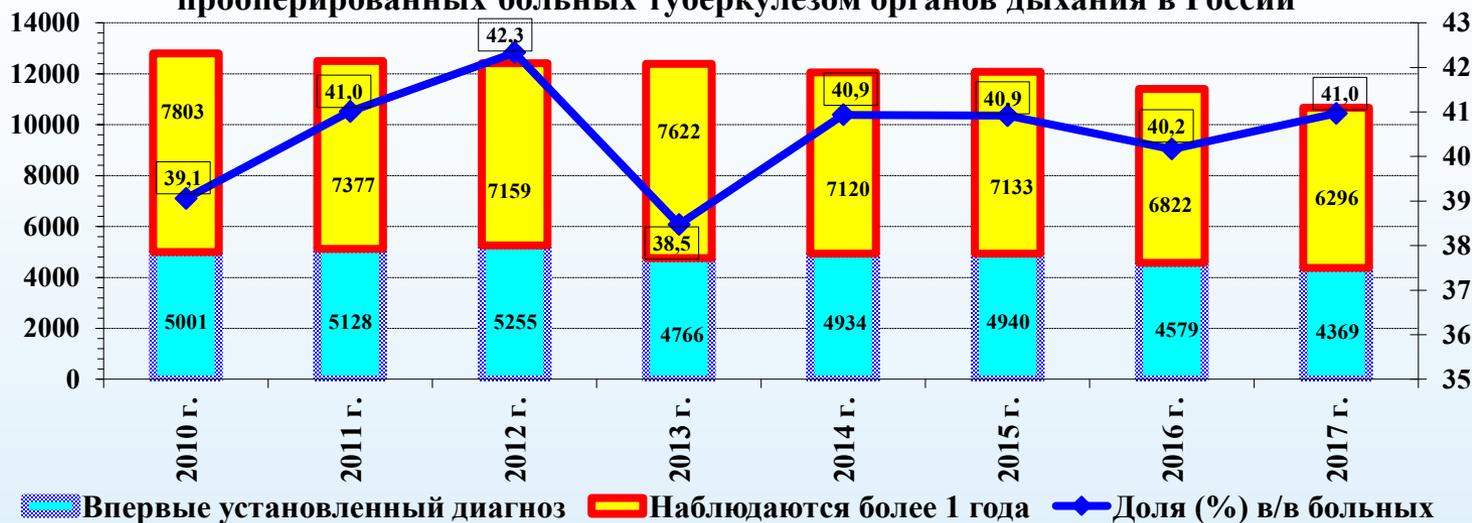
Оперируют поздно, когда уже есть лекарственная устойчивость.

На первом году наблюдения прооперировано только 41% пациентов с туберкулезом органов дыхания.

Доля прооперированных пациентов среди больных туберкулезом: Россия, проценты



Доля (%) больных с впервые в жизни установленным диагнозом среди прооперированных больных туберкулезом органов дыхания в России

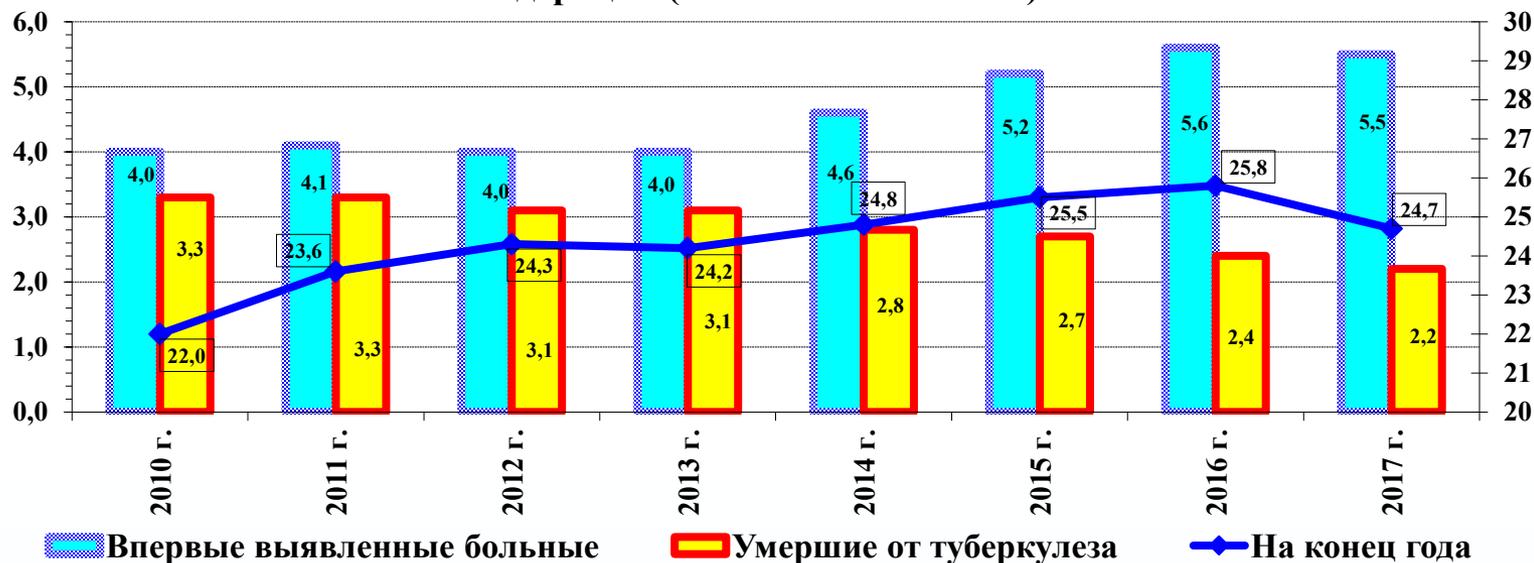


МЛУ-ТБ

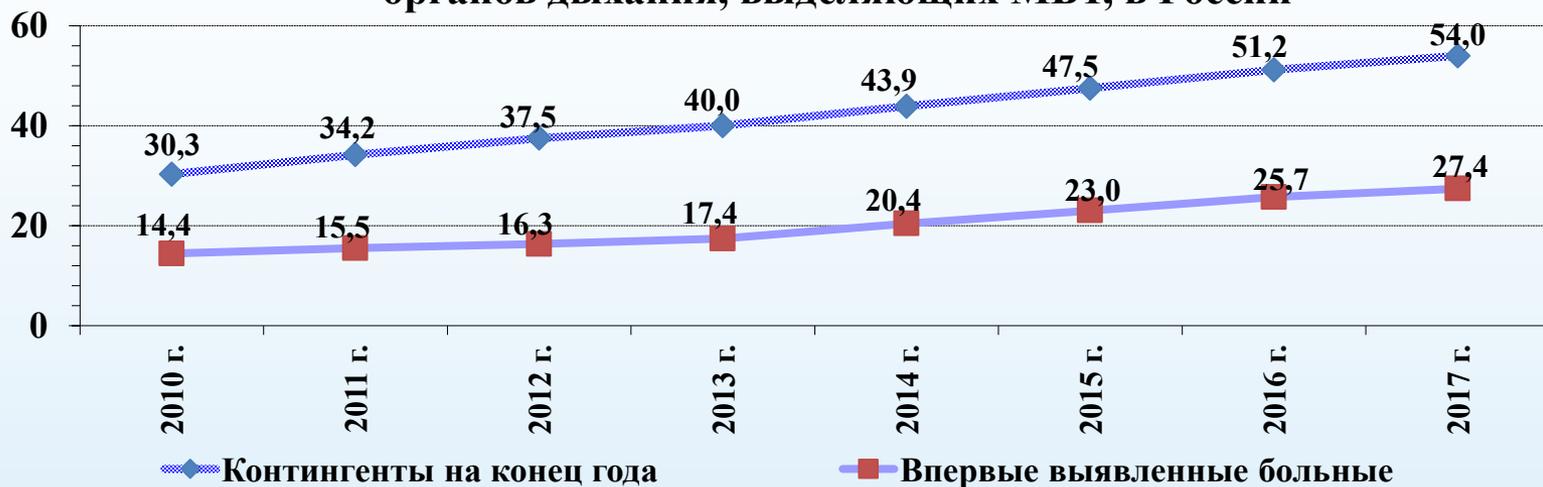
Рост доли МЛУ-ТБ как среди впервые выявленных пациентов с МБТ(+), так и среди контингентов, состоящих на учете на окончание года.

Среди состоявших на учете, умерших от туберкулеза в 2017 г., МЛУ-ТБ имели 44% больных; среди умерших от других причин – 27,5%.

Множественная лекарственная устойчивость МБТ в Российской Федерации (на 100000 населения)



Доля (%) больных с МЛУ-ТБ среди пациентов с туберкулезом органов дыхания, выделяющих МБТ, в России



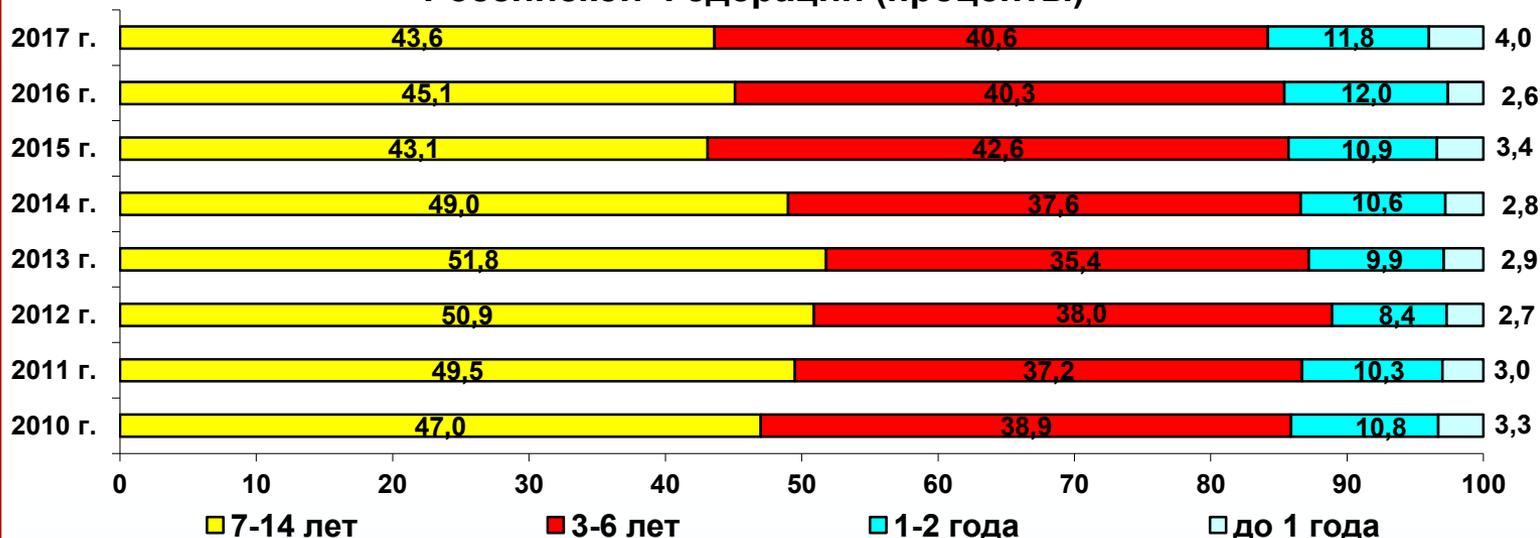
Туберкулез у детей

Структура заболеваемости туберкулезом детей:

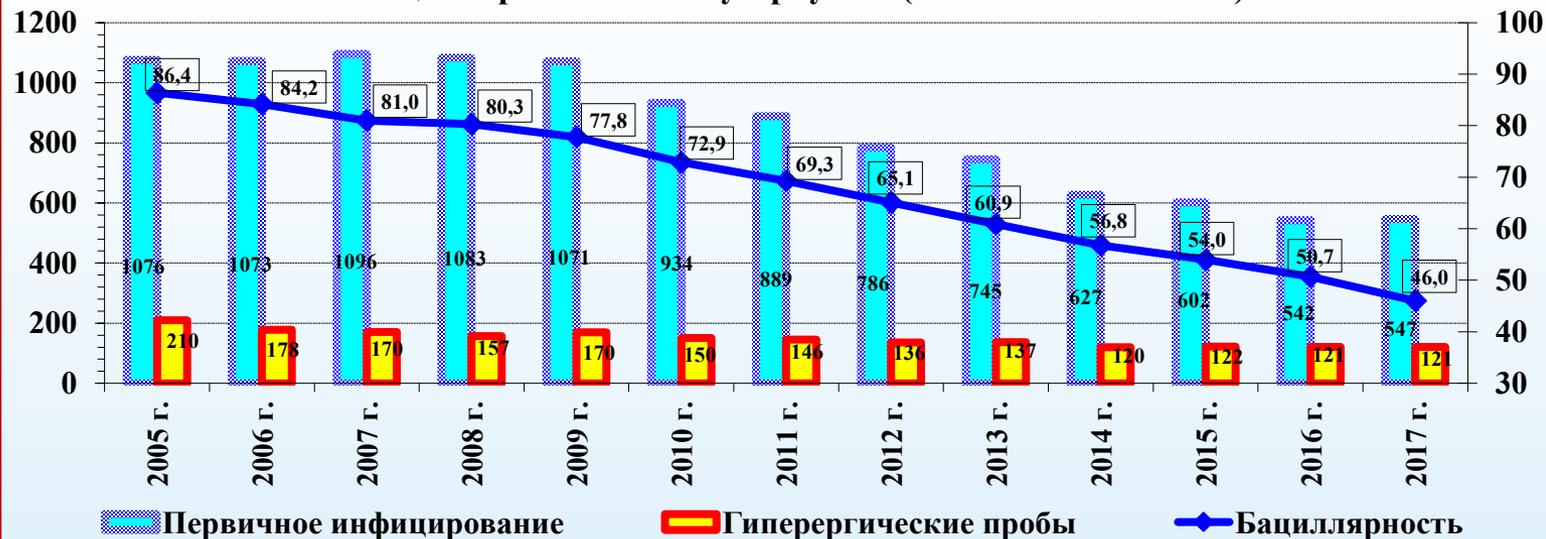
7-14 лет - 43,6%
3-6 лет – 40,6%
1-2 года – 11,8%
До 1 года – 4,0%

Корреляция между наличием очагов туберкулеза и показателями первичного инфицирования и гиперергическими пробами Манту среди детей 0-17 лет.

Структура заболеваемости туберкулезом детей 0-14 лет в Российской Федерации (проценты)



Зависимость результатов проб Манту среди детей 0-17 лет (на 100000 детей) от наличия бациллярных очагов туберкулеза (на 100000 населения) в России



Туберкулез и ВИЧ

С 2008 г. распространенность ВИЧ-инфекцией стала превышать распространенность туберкулезом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией – с 2014 г., смертность от ВИЧ-инфекции – с 2015 г.

Охват осмотрами населения РФ (%):

На туберкулез:

2005 год – 57,9%;
2016 год – 69,3%;
2017 год – 71,3%.

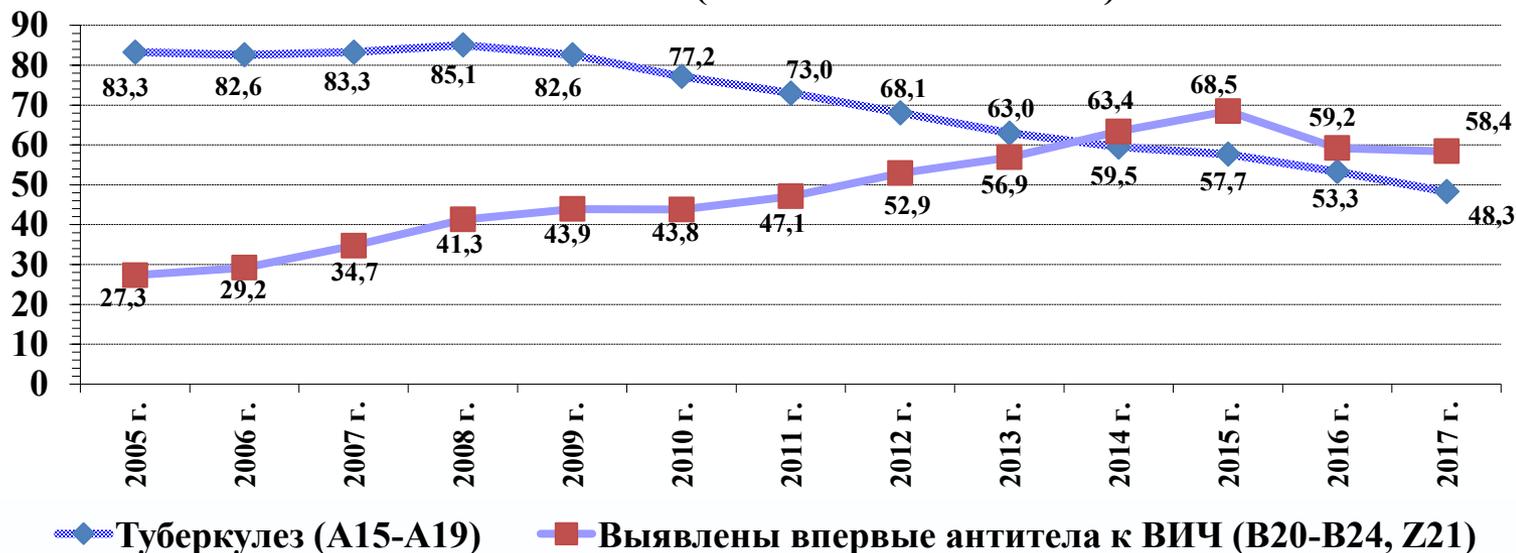
На антитела к ВИЧ:

2005 год – 13,6%;
2016 год – 21,9%;
2017 год – 23,8%.

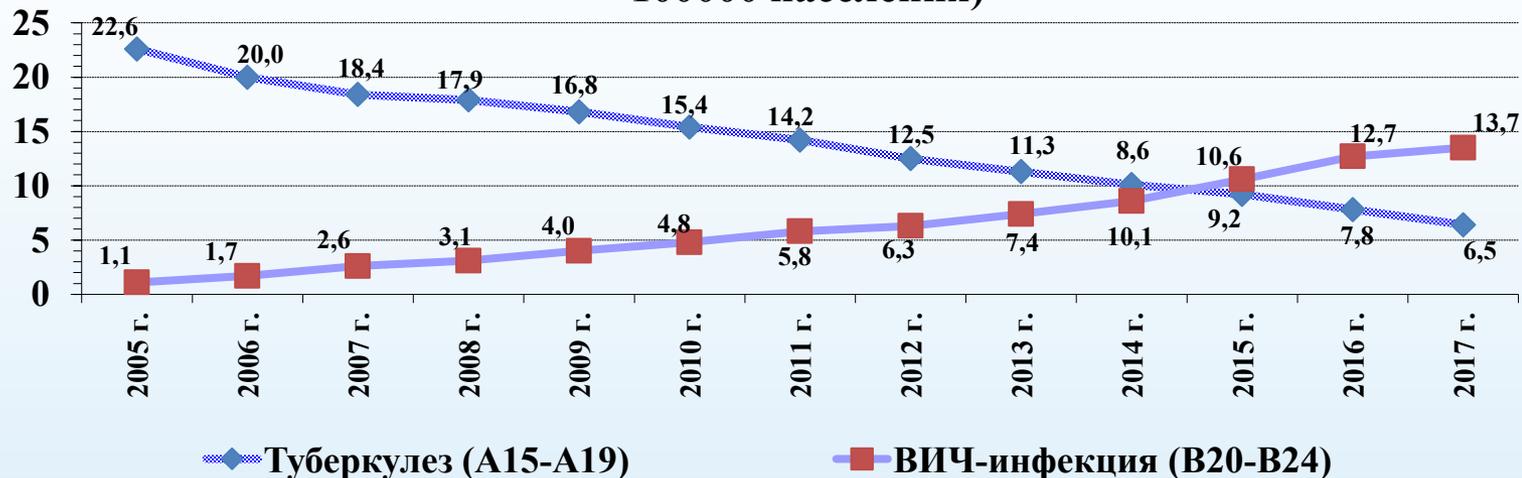
Выявляемость ВИЧ:

2005 год – 0,20%;
2016 год – 0,38%;
2017 год – 0,30%.

Заболеваемость туберкулезом и выявление антител к ВИЧ в России (на 100000 населения)



Смертность от туберкулеза и ВИЧ-инфекции в России (на 100000 населения)

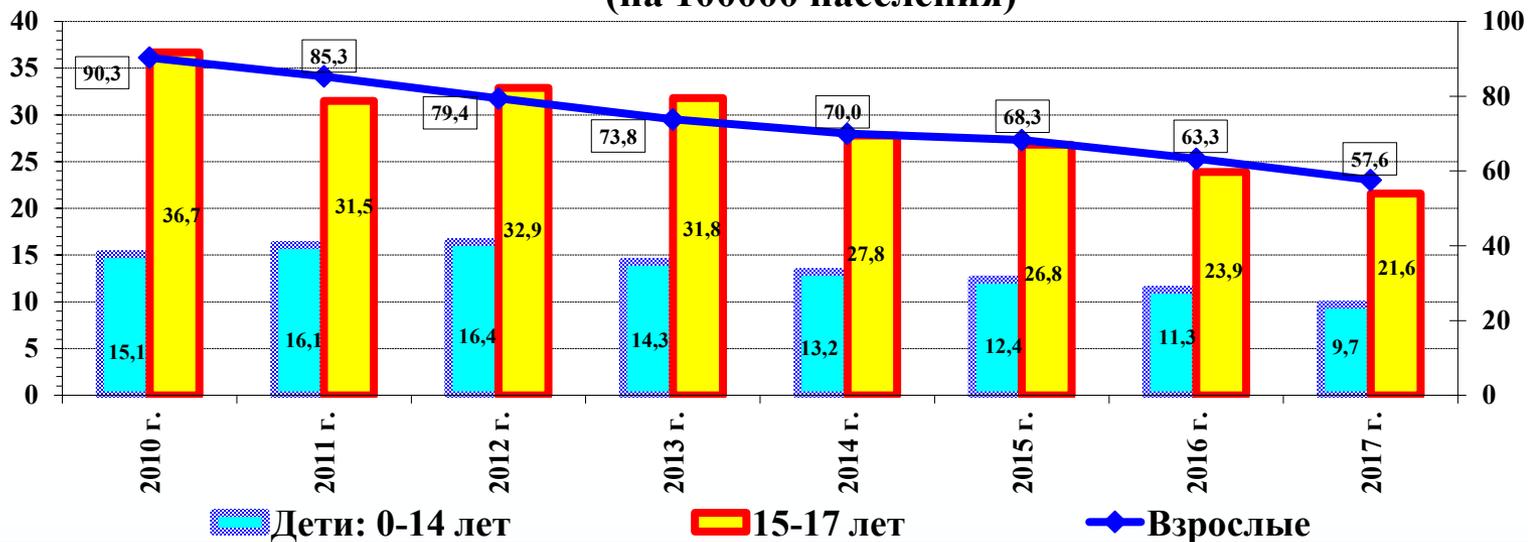


Туберкулез и ВИЧ-инфекция

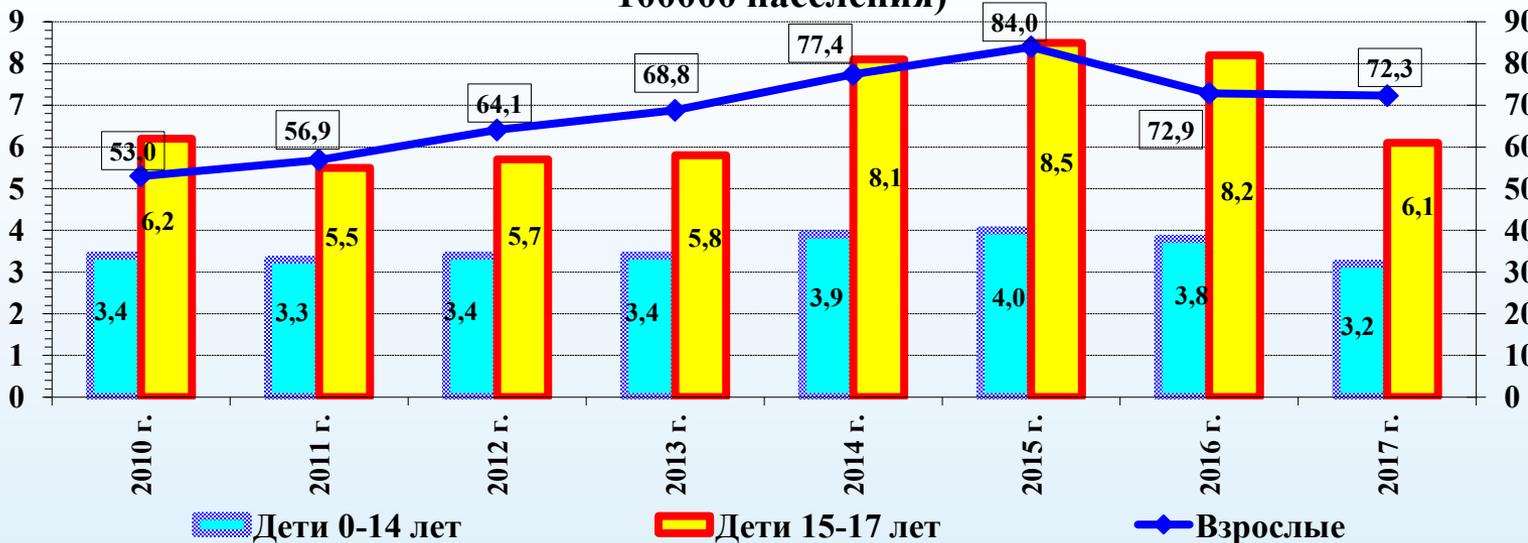
Снижение заболеваемости туберкулезом во всех возрастах.

Стабилизация заболеваемости ВИЧ-инфекцией с 2016 г.

Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации (на 100000 населения)



Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации (на 100000 населения)



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Пик заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией приходится на возраст 25-34 года (женщины) и 35-44 года (мужчины).

В возрасте 0-44 года впервые зарегистрированы с туберкулезом 66,0% (2017 г.):

0-17 лет – 4,7 %

18-24 года – 6,0 %

25-34 года – 26,5 %

35-44 года – 28,8 %

45-54 года – 15,7 %

55 лет и > – 18,3 %

В возрасте 0-44 года впервые выявлены АТ к ВИЧ (В20-В24 + Z21) и пациенты были зарегистрированы как впервые заболевшие в 83,3% случаев (2017 г.):

0-17 лет – 1,3%

18-24 года – 6,8 %

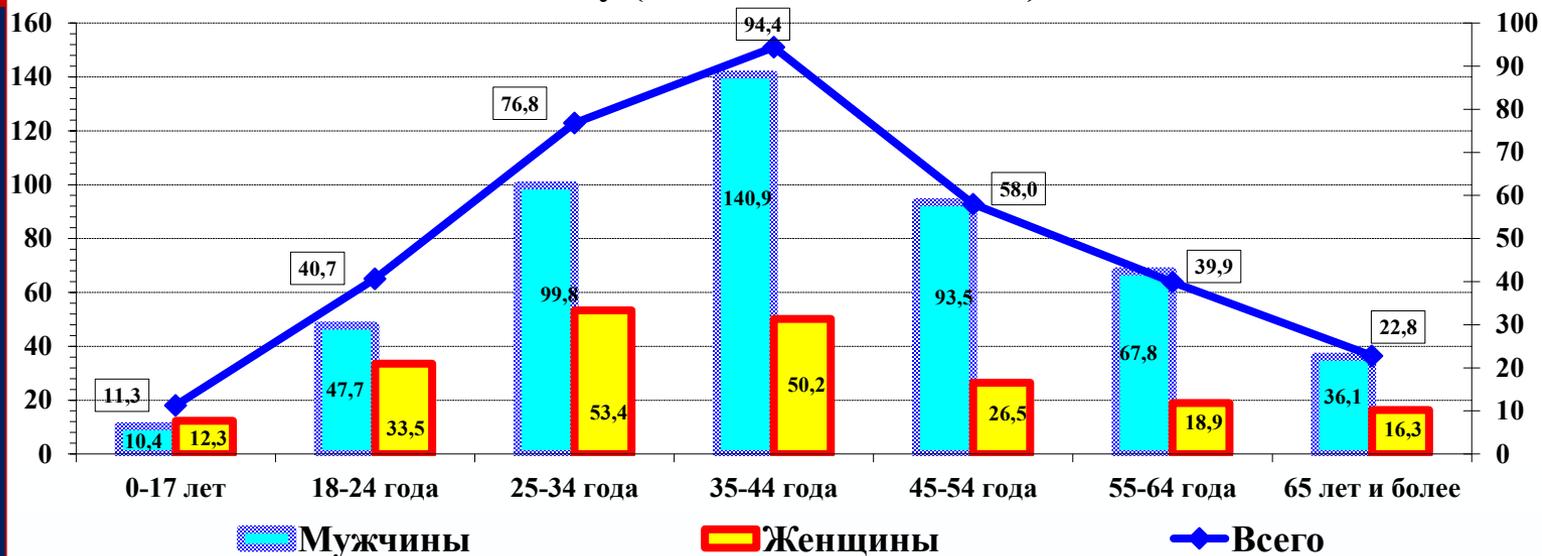
25-34 года – 36,6%

35-44 года – 38,6 %

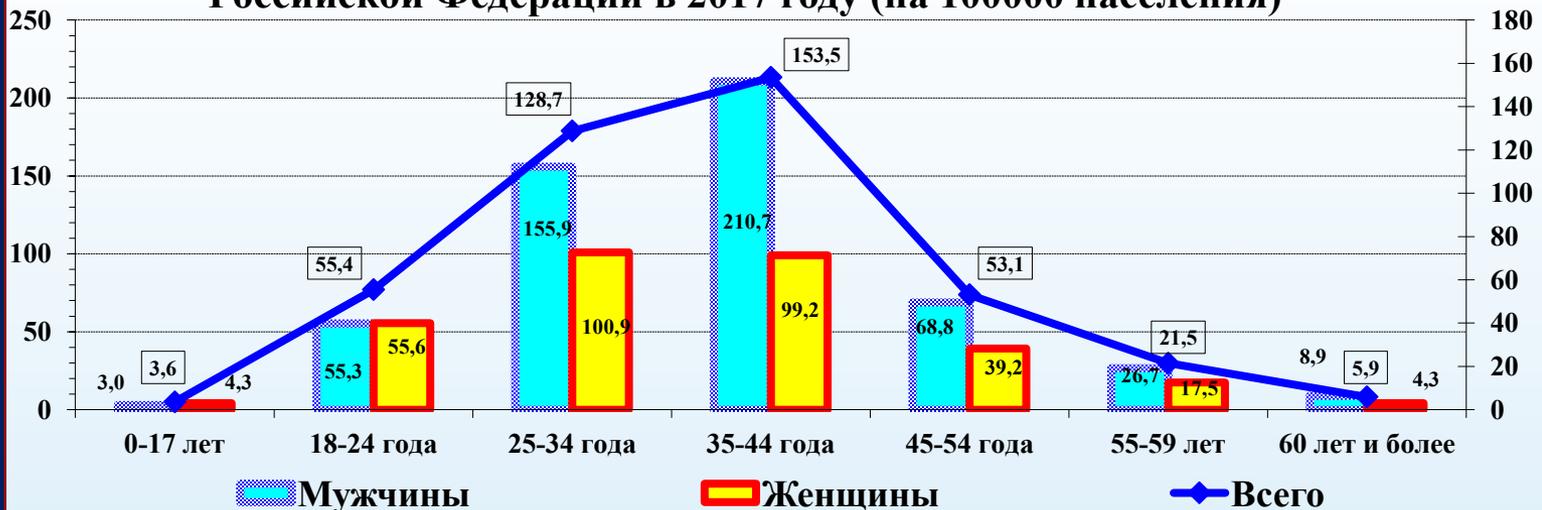
45-54 года – 11,8 %

55 лет и > – 4,9 %

Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации в 2017 году (на 100000 населения)



Первичная регистрация антител к ВИЧ (В20-В24, Z21) в Российской Федерации в 2017 году (на 100000 населения)



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Среди впервые зарегистрированных пациентов с **туберкулезом** 86,4% - постоянные жители.

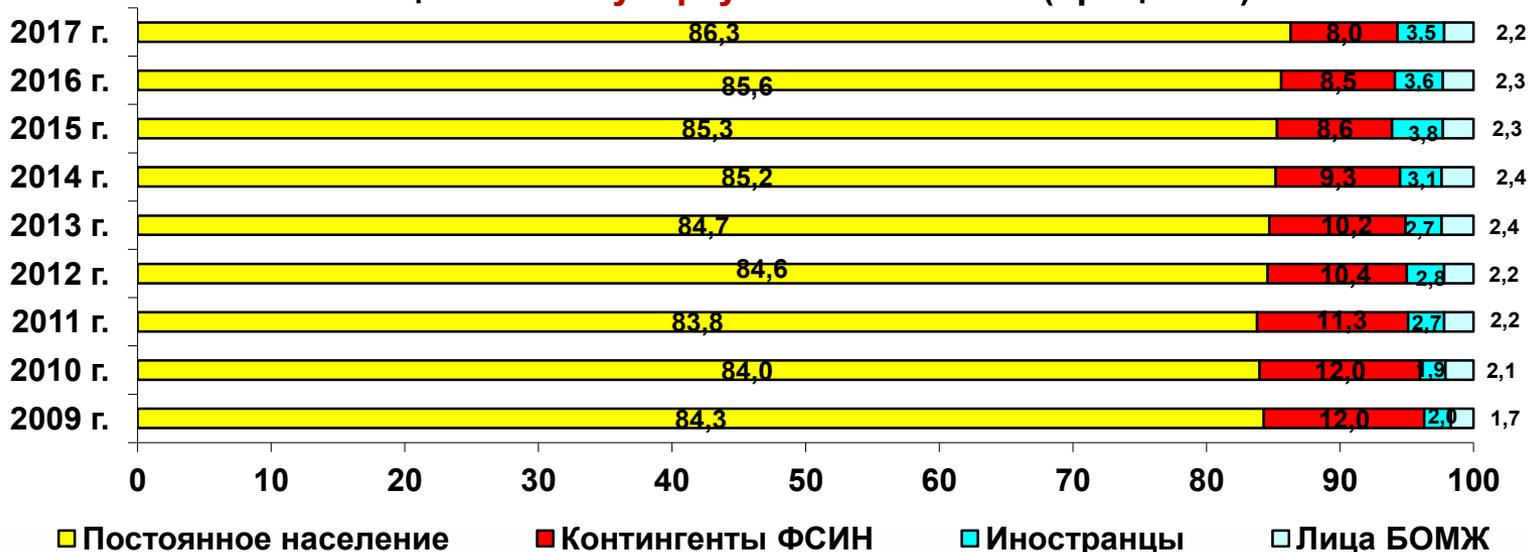
Сокращается доля заболевших в учреждениях ФСИН (8,0%).

Несколько сократилась доля иностранцев (3,5%).

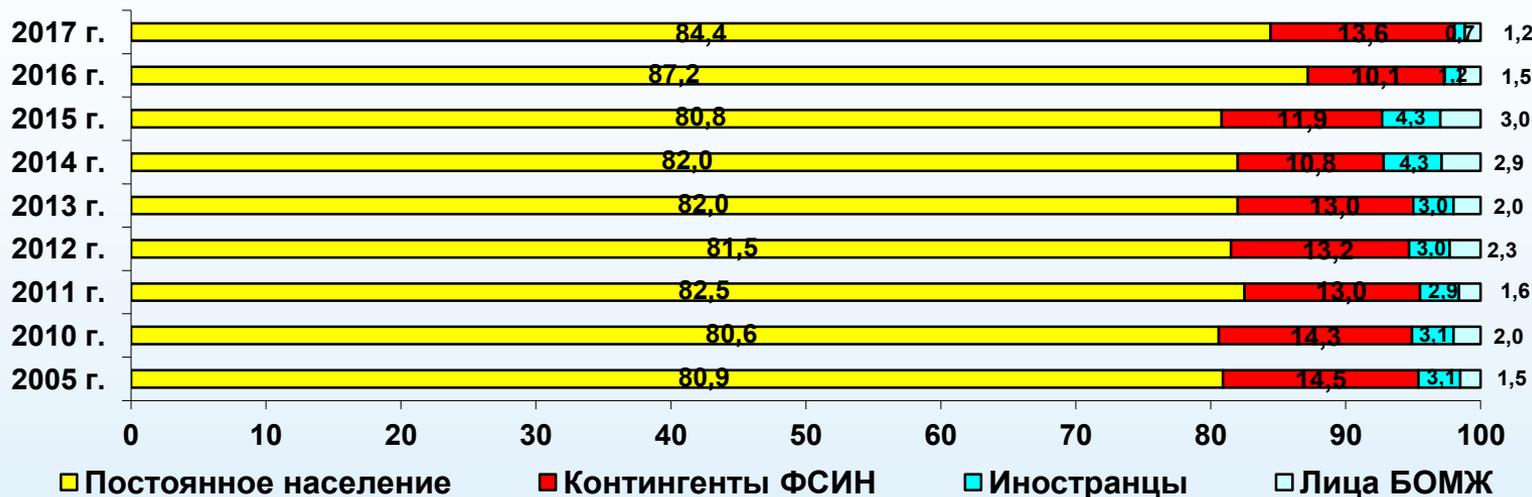
Высокая доля иностранных граждан в Москве (31,7%) и Санкт-Петербурге (14,5%).

Аналогичная структура заболеваемости при **ВИЧ-инфекции**. Постоянные жители – 84,4%; заключенные и подследственные – 13,6%; иностранцы – 0,7%.

Характеристика контингентов впервые зарегистрированных пациентов с **туберкулезом** в России (проценты)



Характеристика контингентов впервые зарегистрированных пациентов с **ВИЧ-инфекцией** в России (проценты)



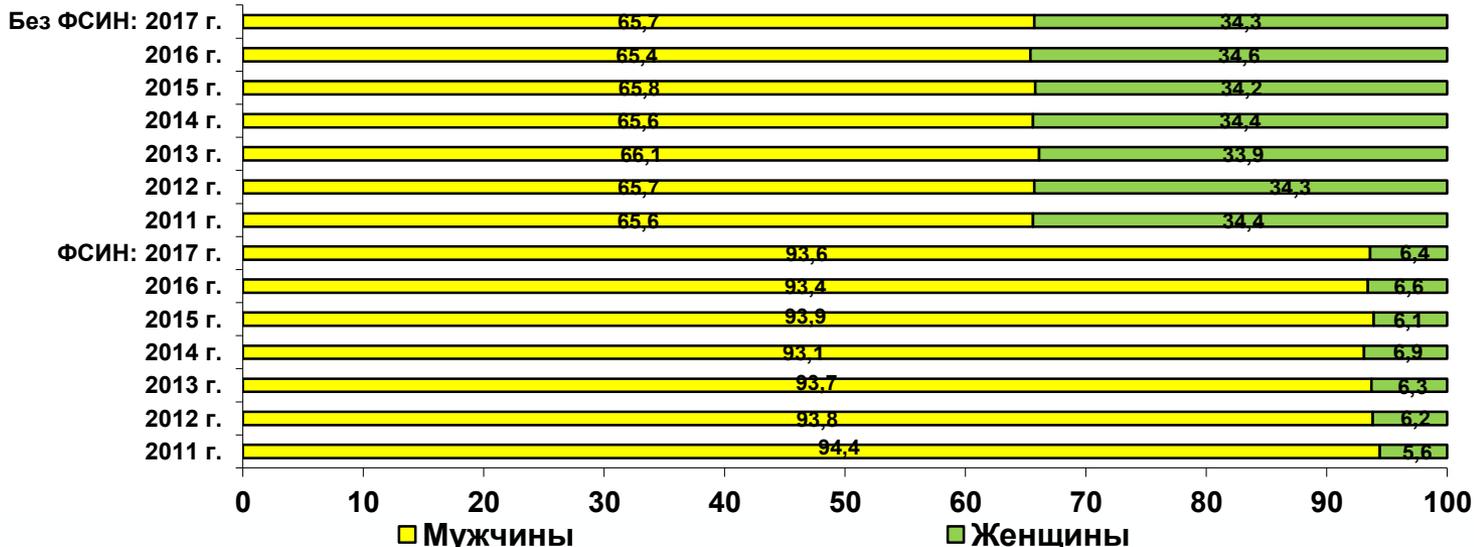
Туберкулез

Число впервые заболевших туберкулезом в **ФСИН России** сократилось с 24671 в 2001 году до 5671 в 2017 году, то есть в 4,4 раза.

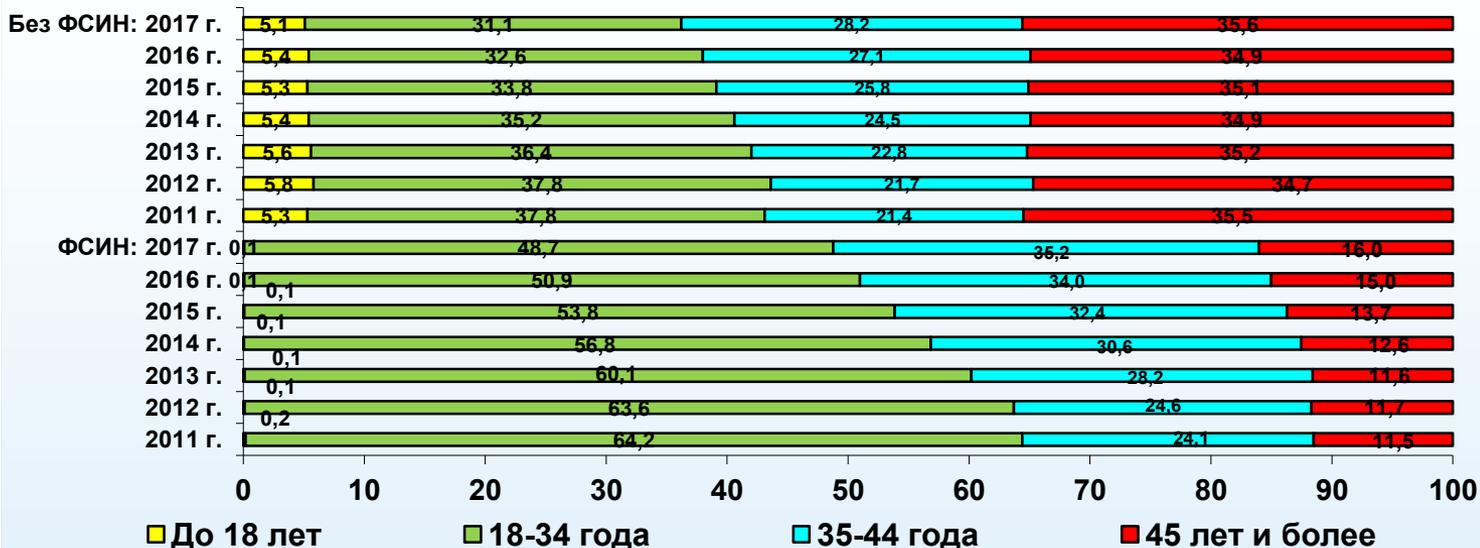
В местах лишения свободы находятся преимущественно **мужчины молодого возраста**.

Среди впервые заболевших туберкулезом в 2017 году **мужчины составили 94%**; лица в возрасте до 35 лет – 49%.

Структура заболеваемости туберкулезом в России (проценты)



Структура заболеваемости туберкулезом в России (проценты)

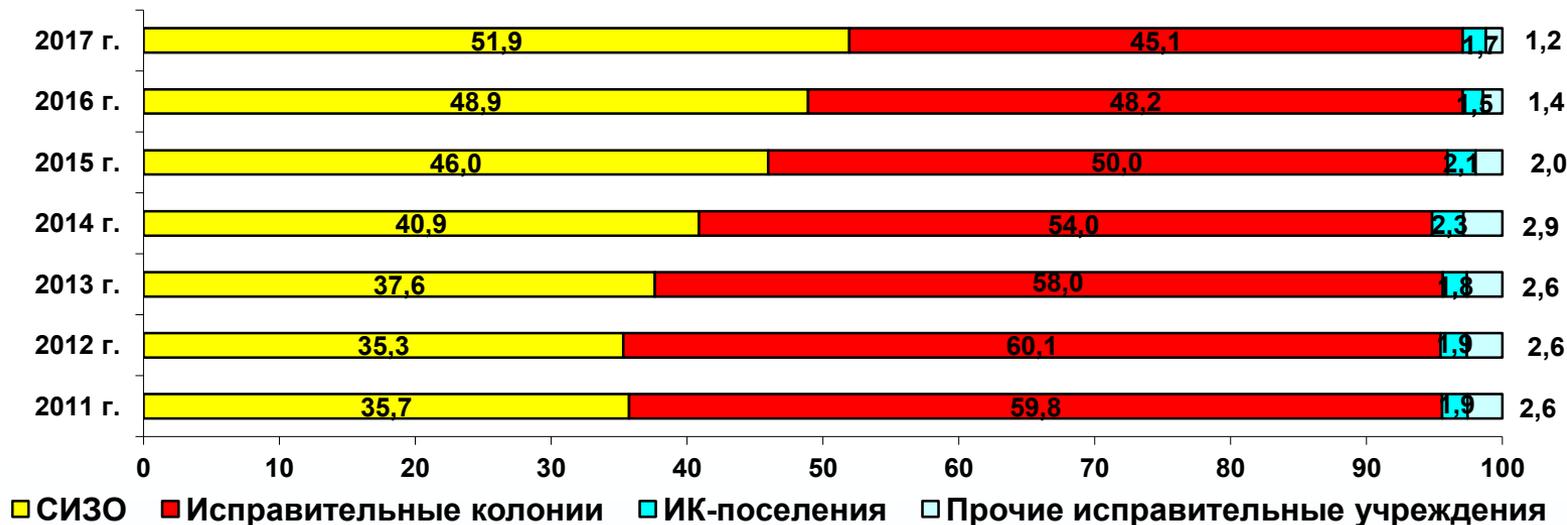


Туберкулез и ВИЧ-инфекция

В местах лишения свободы каждый второй впервые выявленный пациент с туберкулезом (2017 г. – 51,9%) и почти все случаи впервые выявленных антител к ВИЧ (88,6%) выявлены в СИЗО.

Недостатки с выявлением социально-значимых болезней в системе общего здравоохранения – недостаточная работа с группами высокого социального риска.

Место выявления новых случаев туберкулеза в учреждениях ФСИН России (проценты)

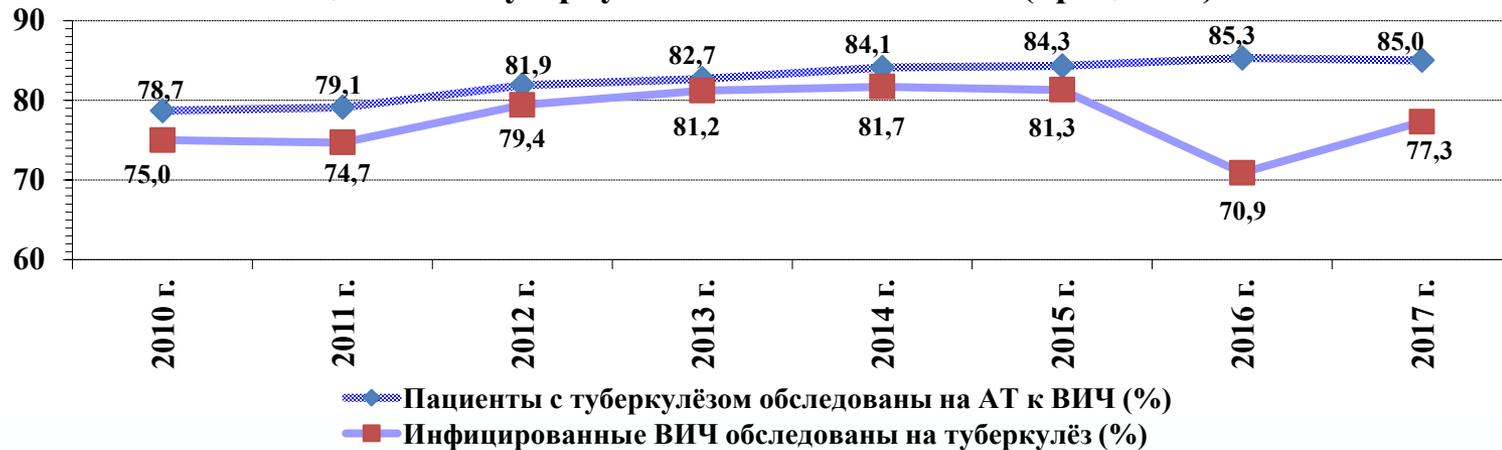


Место выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в учреждениях ФСИН России (проценты)

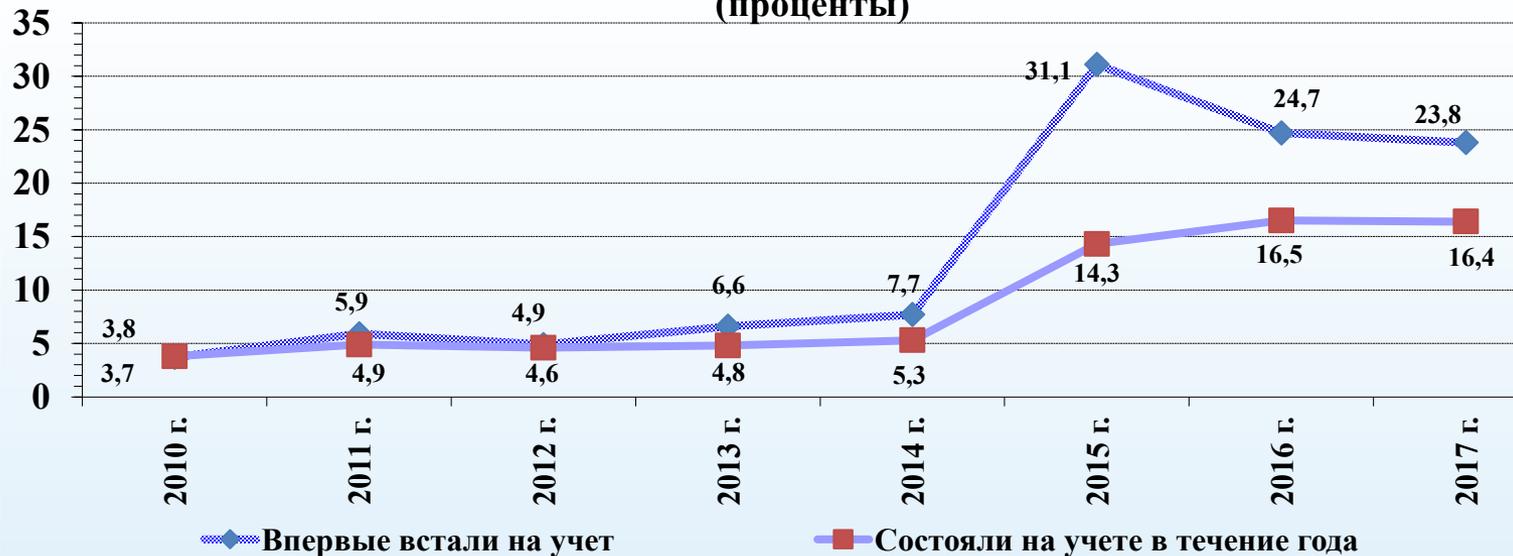


Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Профилактические обследования инфицированных ВИЧ на туберкулёз и пациентов с туберкулёзом на ВИЧ в России (проценты)



Химиопрофилактика туберкулёза инфицированных ВИЧ в России (проценты)



- Обследуется на туберкулез (2017г.) 77,3% от всех больных ВИЧ-инфекцией и 92,3 по отношению к В20-В24.
- Обследуется на ВИЧ-инфекцию 85,0% пациентов с туберкулезом, а впервые выявленные пациенты – в 2017 г. обследованы в 95,3% случаев.
- Химиопрофилактика туберкулеза в 2017 г. проведена среди всех пациентов – 16,4%; по отношению к В20-В24 – в 19,5% случаев.
- Среди впервые вставших на учет больных ВИЧ-инфекцией – в 23,8% и 26,7% случаев.



При снижении показателя «смертность от туберкулёза» растет показатель «летальность пациентов с туберкулёзом от всех причин»: 2012 г. – 11,6%; 2016 г. – 13,1%; 2017 г. – 13,3%.

Параллельно с 2012 г. по 2016 г. уменьшался показатель «соотношение клинически излеченных и умерших от всех причин»: 2012 г. – 3,00; 2016 г. – 2,72.

В 2017 г. рост показателя – 2,87.

Показатель «распространенность туберкулёза» уменьшается не столько вследствие излечения туберкулёза, сколько вследствие смерти пациентов с туберкулёзом от разных причин, прежде всего от ВИЧ-инфекции.

Летальность пациентов с туберкулезом, состоявших на учете в России (на 100000 населения)



Доля пациентов, инфицированных ВИЧ, среди больных туберкулезом (%): постоянные жители, Россия



Туберкулез и ВИЧ

Показатель заболеваемости туберкулезом пациентов, инфицированных ВИЧ, в 53 раза больше, чем показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения, не инфицированного ВИЧ.

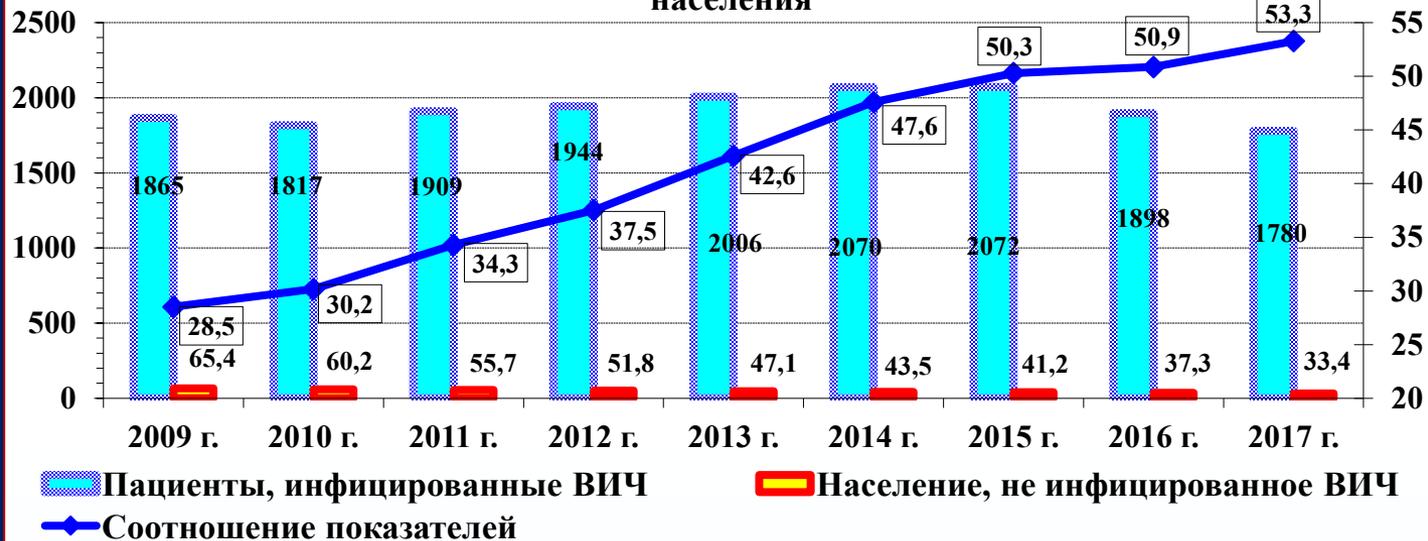
Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения, не инфицированного ВИЧ, в 2017 г. (33,4) ниже минимального показателя, который регистрировался в России в 1991 г. (34,0 на 100 000 населения).

Показатель смертности от туберкулеза, который сейчас практически не включает умерших от туберкулеза инфицированных ВИЧ, в 2017 г. (6,4 на 100 000 населения) ниже минимального показателя, который фиксировался в 1989 г. (7,4 на 100 000 населения).

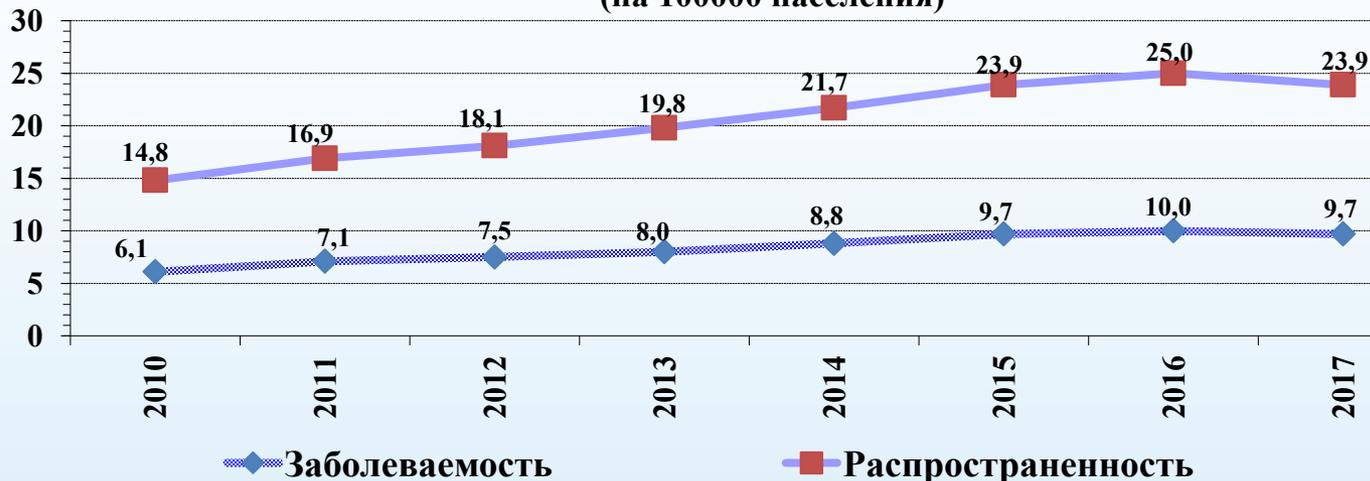
С 2010 г. заболеваемость ко-инфекцией и распространенность ВИЧ-ТБ на окончание года выросли в 1,6 раза.

В 2017 г. впервые показатели несколько уменьшились. Что это? Начало стабилизации или временные улучшения – покажет время.

Заболеваемость туберкулезом постоянного населения России (на 100000 населения): пациентов, инфицированных ВИЧ, и прочего постоянного населения



Заболеваемость и распространенность на окончание года ВИЧ-ТБ в России: постоянное население и содержащиеся в учреждениях ФСИН (на 100000 населения)



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Показатель заболеваемости туберкулезом пациентов, инфицированных ВИЧ, коррелирует с общими показателями заболеваемости населения в территории – заболеваемость зависит от уровня инфицированности населения туберкулезом.

Высокая общая заболеваемость населения туберкулезом – высокая заболеваемость инфицированных ВИЧ.

Федеральные округа и субъекты России	Ф.№ 61: доля населения, осмотренного на АТ к ВИЧ (%)	ВИЧ-инфекция				Заболеваемость туберкулезом постоянного населения								
		Заболеваемость: встали на учет (на 100 тыс. населения)	Состояли на учете		Всего: абс. число	на 100 тыс. населения	ТВ + ВИЧ	Ранг	на 100 тыс. ВИЧ	ТВ без ВИЧ	Ранг	на 100 тыс. без ВИЧ	Заболеваемость: «ТВ + ВИЧ» / «ТВ без ВИЧ»	
			На 31.12 на 100 тыс. населения	% 4Б + 4В + 5 ст.: в течение года										
Россия	23,8	51,5	430,3	22,3	61 138	41,6	12 335		1 779,6	48 803		33,4	53,3	
Центральный ФО	27,1	28,3	279,7	22,7	9 508	24,2	1 200	2	1 040,5	8 308	1	21,2	49,0	
Сев.-Западный ФО	24,6	37,5	450,1	37,2	3 592	25,8	653	1	950,5	2 939	2	21,2	44,8	
Южный ФО	21,5	36,0	264,9	26,1	7 104	43,2	981	5	2 083,5	6 123	5	37,4	55,8	
Сев.-Кавказский ФО	19,4	13,3	76,7	18,6	2 964	30,2	145	3	1 757,6	2 819	3	28,8	61,0	
Приволжский ФО	22,3	59,2	506,5	16,7	12 147	41,1	2 941	4	1 771,9	9 206	4	31,3	56,6	
Уральский ФО	28,6	104,4	921,4	23,1	6 692	54,2	2 212	6	1 781,4	4 480	6	36,6	48,6	
Сибирский ФО	20,1	102,8	677,46	17,6	14 494	75,1	3 899	8	2 620,6	10 595	7	55,3	47,4	
Дальневосточный ФО	24,2	29,3	221,0	41,9	4 637	75,1	304	7	2 050,6	4 333	8	70,4	29,1	



- **Российская Федерация, 2016 год:**
- Средний возраст выявления антител к ВИЧ (форма ФГСН № 61) – 35,3 лет, в том числе у мужчин – 35,7 лет, у женщин – 34,7 лет.
- Средний возраст умерших от ВИЧ-инфекции (Росстат) – 37,5 лет, в том числе у мужчин – 37,9 лет, у женщин – 36,6 лет.
- **Каждый случай смерти от ВИЧ-инфекции – это примерно 29 лет не дожития для мужчин и 40,4 лет для женщин. В 2016 г. умерло от ВИЧ инфекции 18 577 чел., в том числе 12 628 мужчин и 5 949 женщин. Таким образом, за счет ВИЧ-инфекции только в течение одного года не прожито 606 552 лет жизни.**
- **Свердловская область, 2016 год:**
- Средний возраст выявления антител к ВИЧ (форма ФГСН № 4) – 35,0 лет, в том числе у мужчин – 35,4 лет, у женщин – 34,3 лет. В 2010 г. – 29,9 лет.
- Средний возраст умерших по разным причинам инфицированных ВИЧ – 38,6 лет, в том числе у мужчин – 38,5 лет, у женщин – 38,6 лет. В 2010 г. – 33,6 лет.
- Среднее число лет жизни от выявления АТ к ВИЧ до смерти по разным причинам – 6,4 лет, в том числе у мужчин – 6,5 лет, у женщин – 6,2 лет. В 2010 г. – 5,3 лет.
- Средний возраст умерших от ВИЧ-инфекции – 37,2 лет, в том числе у мужчин – 37,6 лет, у женщин – 36,2 лет. В 2010 г. – 32,5 лет.
- Среднее число лет жизни от выявления АТ к ВИЧ до смерти от ВИЧ-инфекции – 6,5 лет, в том числе у мужчин – 6,4 лет, у женщин – 6,5 лет. В 2010 г. – 6,0 лет.
- Время от диагностированной ВИЧ-инфекции до постановки диагноза «ВИЧ-инфекция + туберкулез»: 64,7 мес. (5,4 года), в том числе у мужчин – 62,1 мес. (5,2 года), у женщин – 70,1 мес. (5,8 года). В 2010 г. – 53,1 мес. (4,4 года).
- Уровень CD4-лимфоцитов перед постановкой диагноза «туберкулез» у инфицированных ВИЧ пациентов: 225,7 клеток / мл крови, в том числе у мужчин – 220,6 клеток / мл крови, у женщин – 235,9 клеток / мл крови. В 2010 г. – 242,1 клеток / мл крови.
- Микобактериальная инфекция преобладает в структуре смертельных исходов по причине «ВИЧ-инфекция»: 38,7% от всех умерших от ВИЧ-инфекции. В 2012 г. – 43,1 %.



- На окончание 2017 г. в России **от матерей, инфицированных ВИЧ, родилось 176 320 детей**, в том числе в текущем году – 15 044 детей, из них больше всего в субъектах России: Иркутская, Кемеровская, Московская, Самарская, Свердловская, Челябинская области, города Москва и Санкт-Петербург.
- От матерей, инфицированных ВИЧ, в 2013-2015 гг. родилось 0,8%; в 2016-2017 гг. – 0,9% детей от числа всех детей, родившихся живыми в роддомах России.
- ВИЧ-инфекция подтверждена у детей, родившихся от матерей с ВИЧ: 2009 г. – 6,7%; 2016 г. – 5,6%; 2017 г. – 5,3%.
- **Трехэтапная химиопрофилактика АРВП** проведена (по отношению к родившимся детям в отчетном году):
 - 2007 г. – 79,9%; 2016 г. – 88,2%; 2017 г. – 88,6%.
- Тем не менее, часть детей, родившихся от инфицированных ВИЧ матерей, **вакциной БЦЖ в роддоме** до сих пор не прививается. Национальный календарь профилактических прививок в полном объеме не выполняется, сокращается доля детей, привитых вакциной БЦЖ в роддомах России:
 - 2005 г. – 89,1%; 2016 г. – 83,1%; 2017 г. – 81,4%.



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Показатели заболеваемости туберкулезом больше, чем показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией:

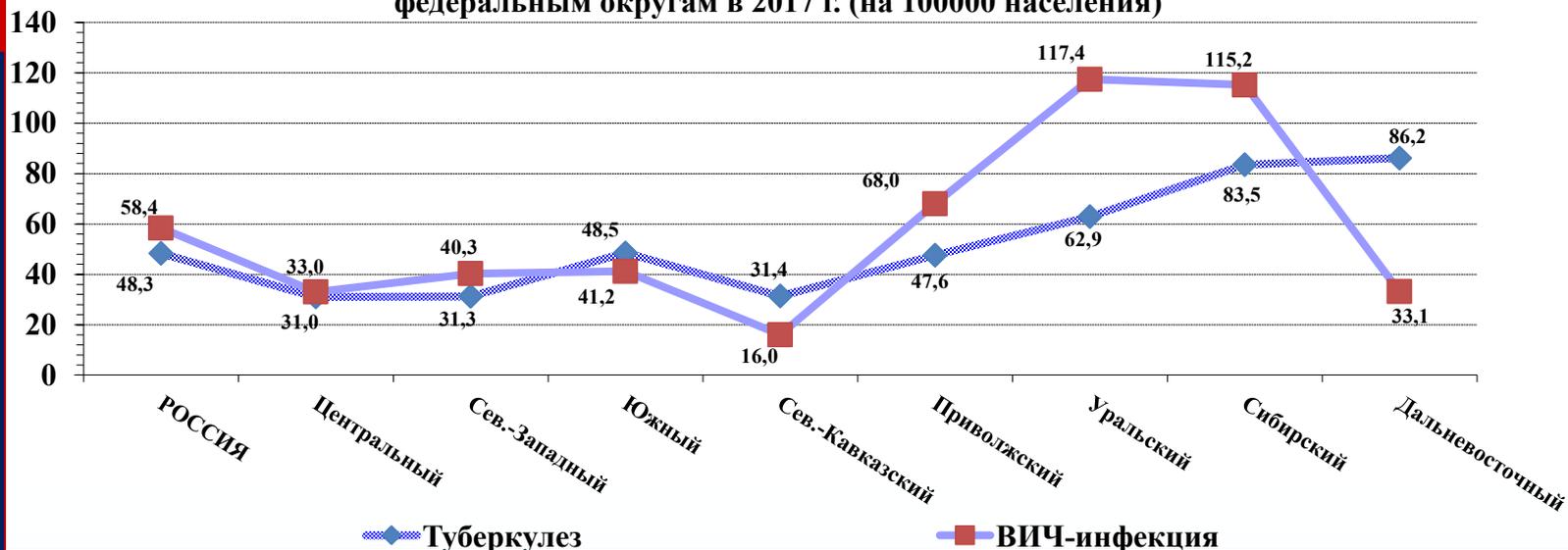
- Южный ФО
- Северо-Кавказский ФО
- Дальневосточный ФО

Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией больше, чем показатели заболеваемости туберкулезом:

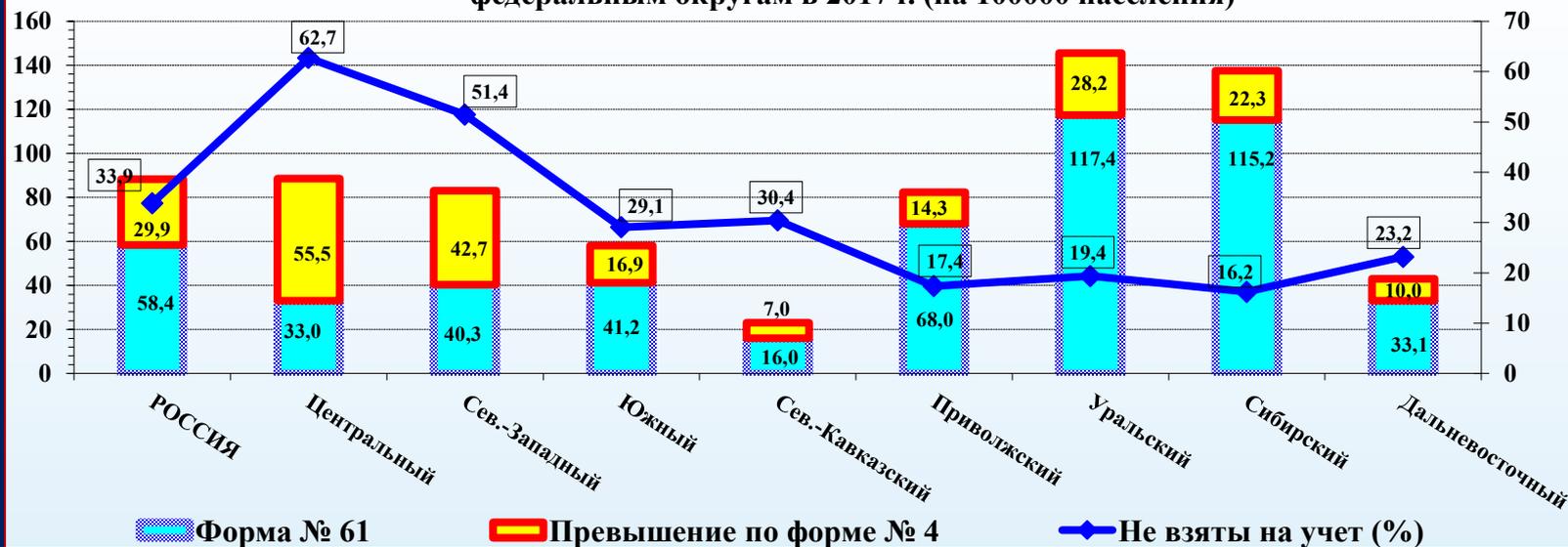
- Центральный ФО
- Северо-Западный ФО
- Приволжский ФО
- Уральский ФО
- Сибирский ФО

Наибольшая разница между выявлением ВИЧ и взятием на учет в Центральном ФО и Северо-западном ФО – **нельзя доверять** показателям заболеваемости ВИЧ-инфекцией, наименьшая разница – Приволжский ФО, Уральский ФО и Сибирский ФО.

Показатели заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 населения)

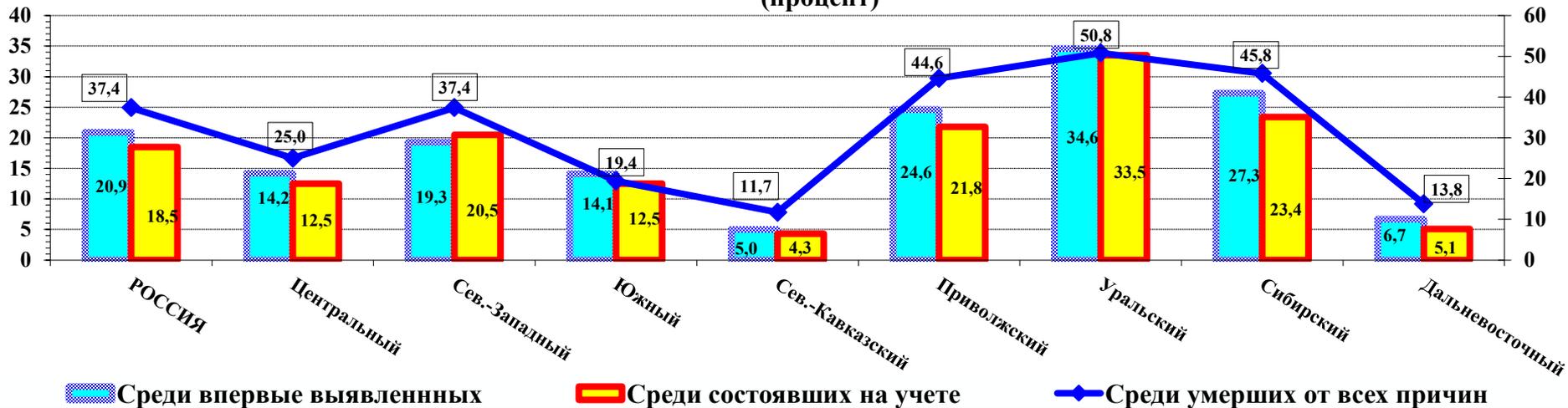


Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией по формам ФГСН №4 и №61 в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 населения)



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Доля инфицированных ВИЧ среди постоянного населения России по федеральным округам в 2017 г. (процент)



• Среди состоящих на окончание 2017 г. пациентов с туберкулезом больше всего пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции в следующих субъектах Российской Федерации:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| • Волгоградская область (818 чел.) | Иркутская область (1 652 чел.) | Кемеровская область (1 757 чел.) |
| • Курганская область (402 чел.) | Ленинградская область (495 чел.) | Московская область (733 чел.) |
| • Нижегородская область (566 чел.) | Новосибирская область (1 426 чел.) | Омская область (537 чел.) |
| • Оренбургская область (928 чел.) | Ростовская область (495 чел.) | Самарская область (1 681 чел.) |
| • Свердловская область (3 191 чел.) | Ульяновская область (405 чел.) | Тюменская область (719 чел.) |
| • Челябинская область (1 081 чел.) | Республика Башкортостан (733 чел.) | Республика Крым (506 чел.) |
| • Республика Татарстан (436 чел.) | Ханты-Мансийский АО (697 чел.) | Алтайский край (1 456 чел.) |
| • Краснодарский край (550 чел.) | Красноярский край (964 чел.) | Пермский край (1 317 чел.) |
| • Приморский край (492 чел.) | город Москва (557 чел.) | город Санкт-Петербург (860 чел.) |

• В этих 27 субъектах Российской Федерации состоит на учете пациентов с сочетанной патологией ВИЧ-ТБ: 25 454 чел., что составляет 85,3% от всех пациентов, зарегистрированных в России (29 847 чел.).

• Необходимо решать вопрос о совместной деятельности противотуберкулезных медицинских организаций и Центров СПИДа, где-то решать вопрос об объединении организаций.

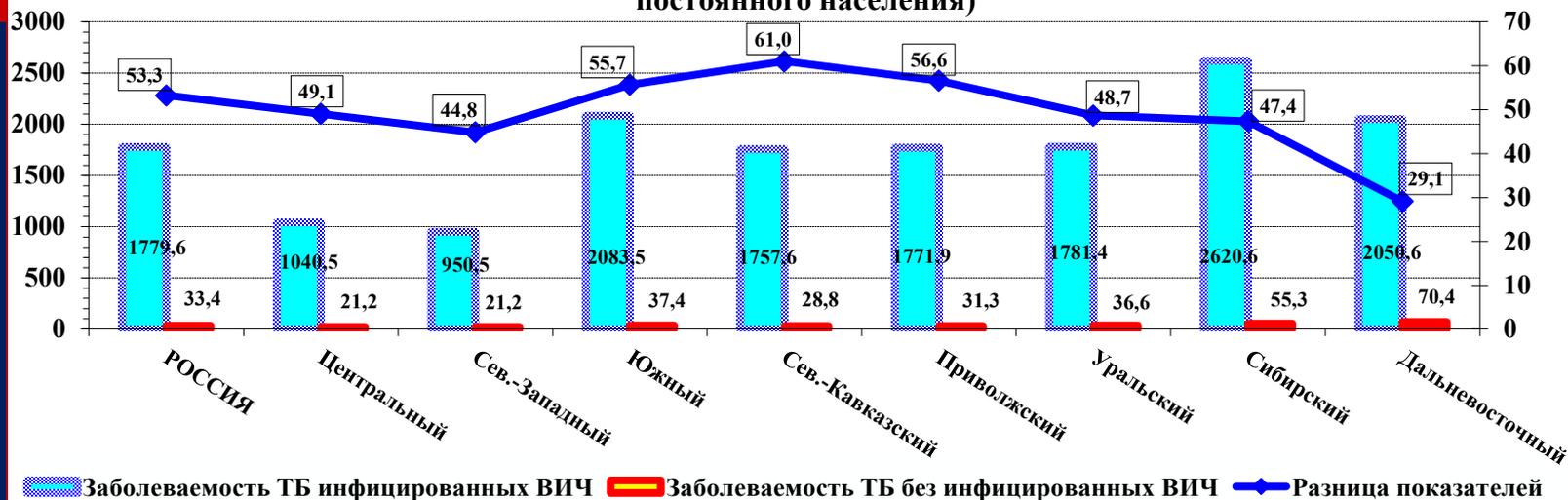


Туберкулез и ВИЧ-инфекция

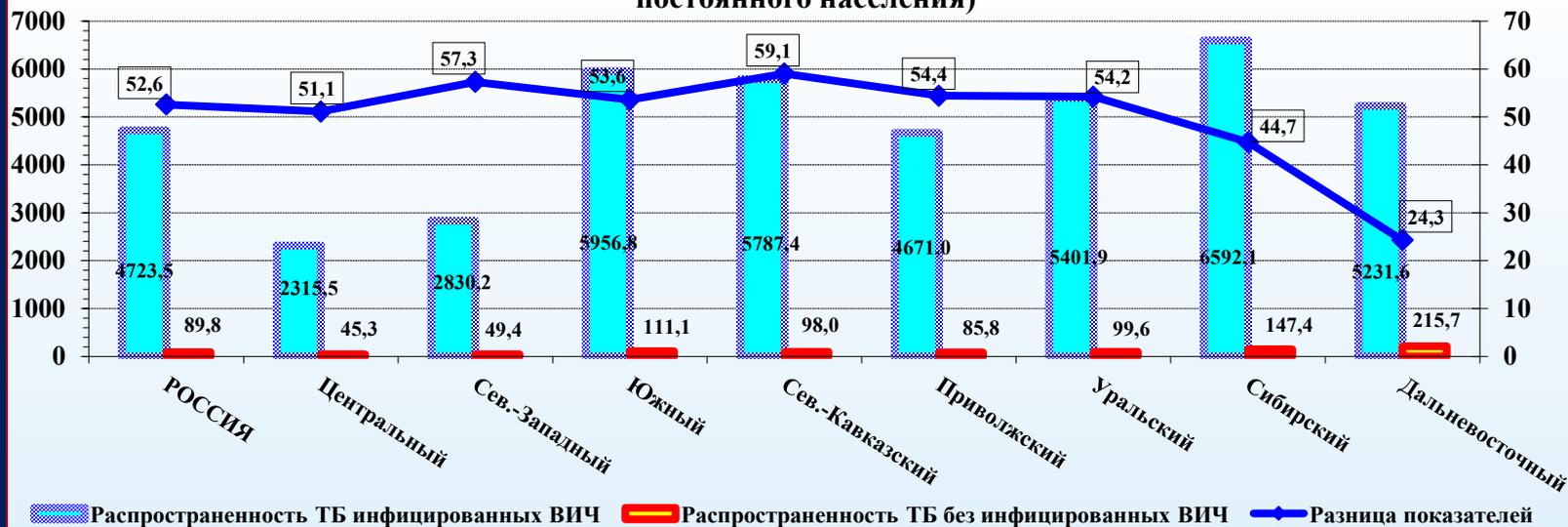
На показатели заболеваемости и распространенности туберкулезом инфицированных ВИЧ существенное влияние оказывает общая эпидемическая ситуация по туберкулезу в регионе.

Наиболее низкие уровни показателей по туберкулезу инфицированных ВИЧ в Центральном и Северо-Западном ФО, а самые высокие – в Сибирском и Дальневосточном ФО, как и среди населения, не инфицированного ВИЧ.

Показатели заболеваемости туберкулезом инфицированных ВИЧ и неинфицированных ВИЧ в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 постоянного населения)



Показатели распространенности туберкулезом инфицированных ВИЧ и неинфицированных ВИЧ в России по федеральным округам в 2017 г. (на 100000 постоянного населения)



- Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней: структура меняется – рост доли ВИЧ-инфекции.

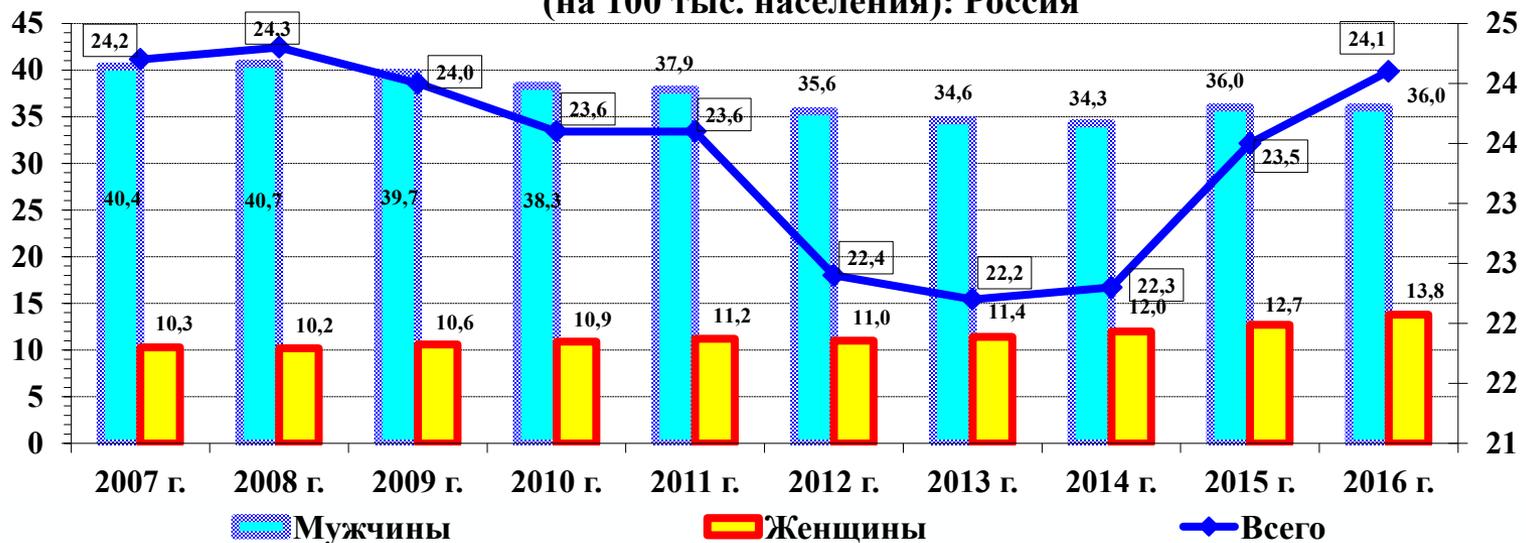
- 2016 год:**
- Туберкулез:**
- всего – 32,2%
- мужчины – 36,4%
- женщины – 22,8%
- ВИЧ-инфекция:**
- всего – 52,6%
- мужчины – 51,6%
- женщины – 54,9%

- Вирусные гепатиты:**
- всего – 5,5%
- мужчины – 4,6%
- женщины – 7,7%

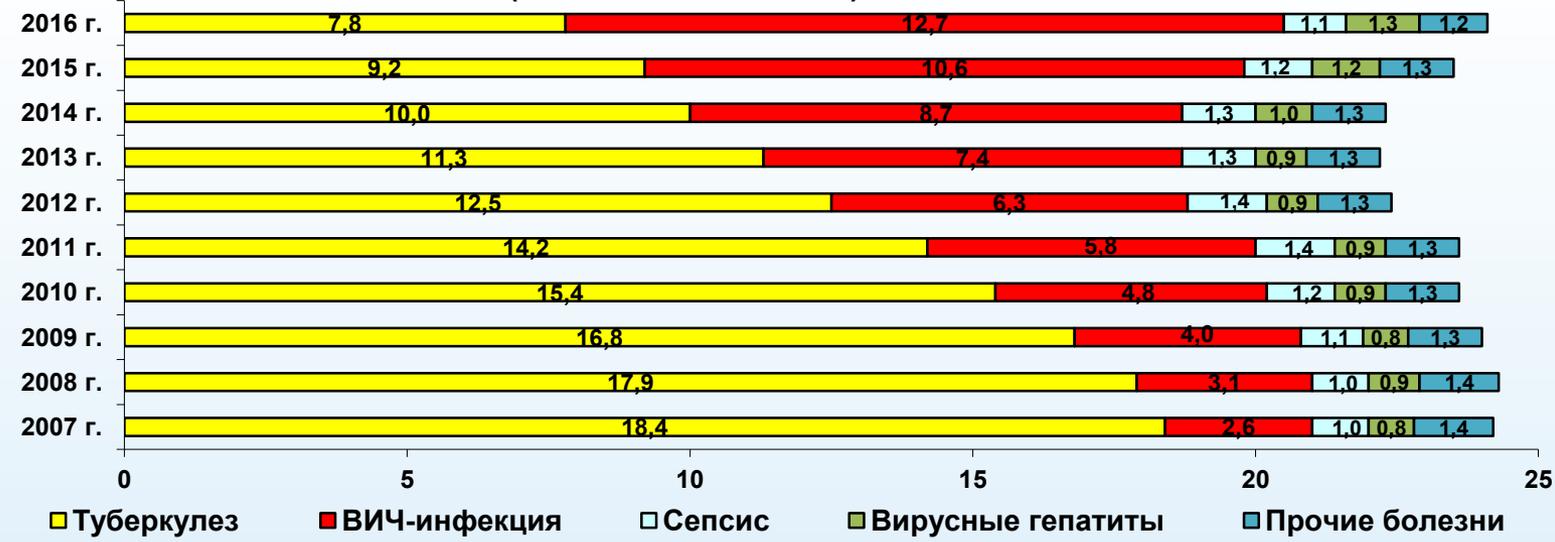
- Сепсис:**
- всего – 4,6%
- мужчины – 3,8%
- женщины – 6,5%

- Прочие ИиП болезни:**
- всего – 5,1%
- мужчины – 3,7%
- женщины – 8,1%

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 100 тыс. населения): Россия



Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 100000 населения): Россия



Туберкулез и ВИЧ-инфекция

Пик смертности от туберкулеза приходится на возраст 35-64 года (71,9% от умерших).

Умерли от туберкулеза (2016 г.):

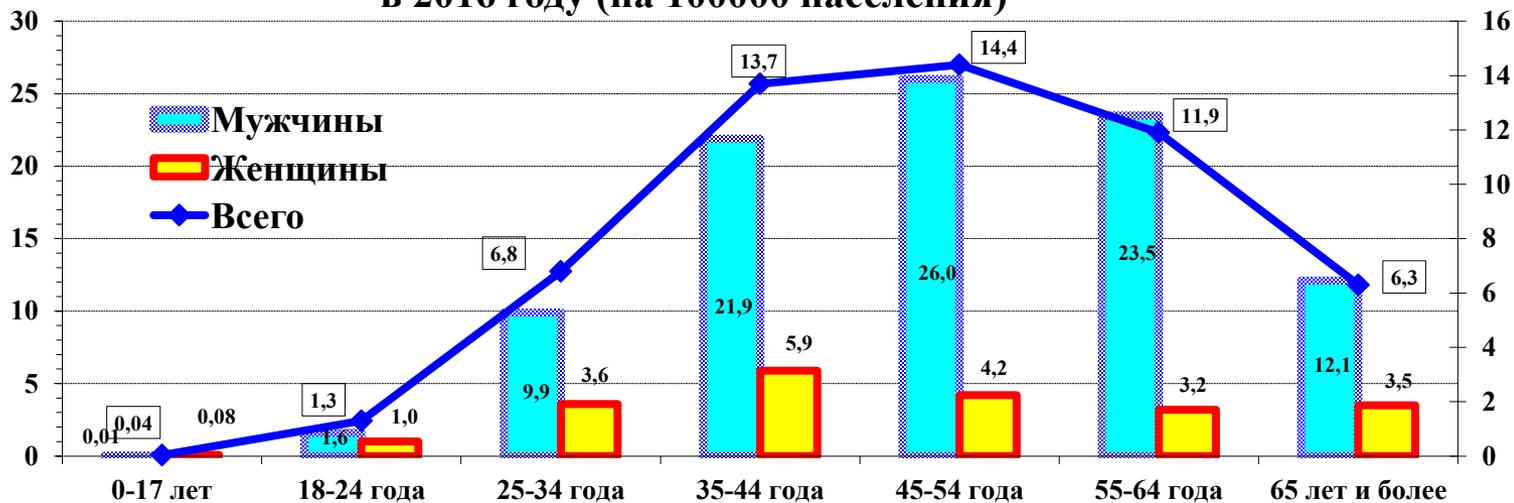
0-24 года – 1,3 %
 25-34 года – 14,6 %
 35-44 года – 25,8 %
0-44 года – 41,7%
 45-54 года – 24,6 %
 55-64 года – 21,6 %
 65 лет и > – 11,4 %

Пик смертности от ВИЧ-инфекции приходится на возраст 25-44 года (81,6% от умерших).

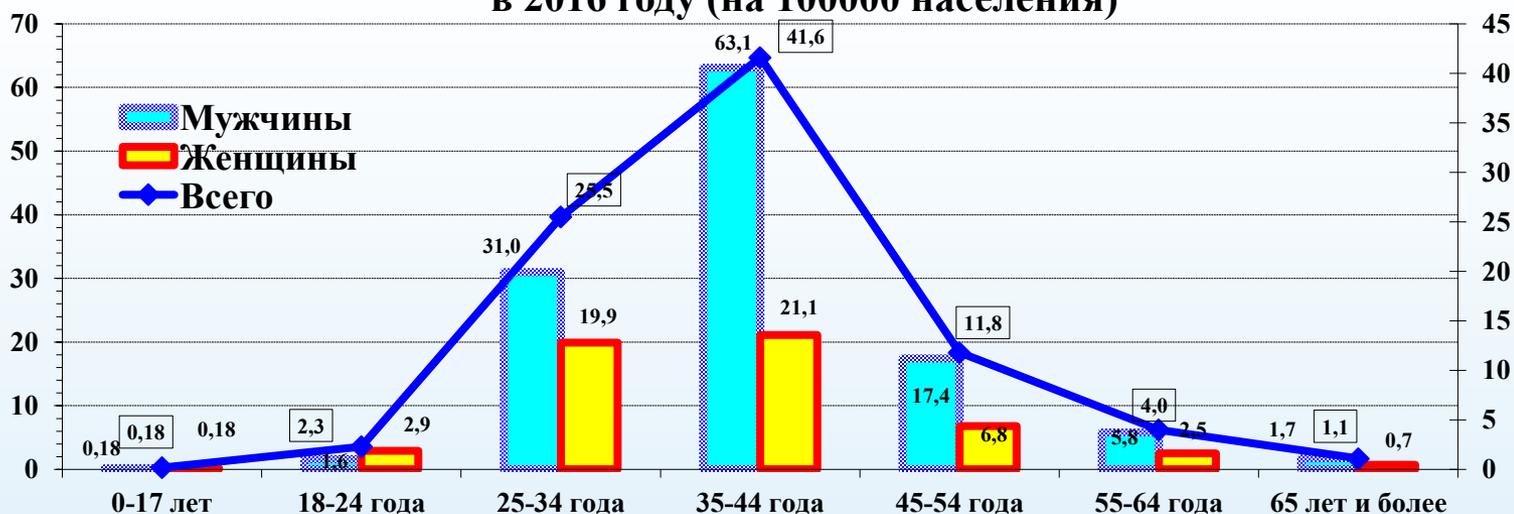
Умерли от ВИЧ-инфекции (2016 г.):

0-24 года – 1,6 %
 25-34 года – 33,6 %
 35-44 года – 48,0 %
0-44 года – 83,2%
 45-54 года – 12,3 %
 55-64 года – 3,5 %
 65 лет и > – 0,7 %

Смертность от туберкулеза в Российской Федерации в 2016 году (на 100000 населения)

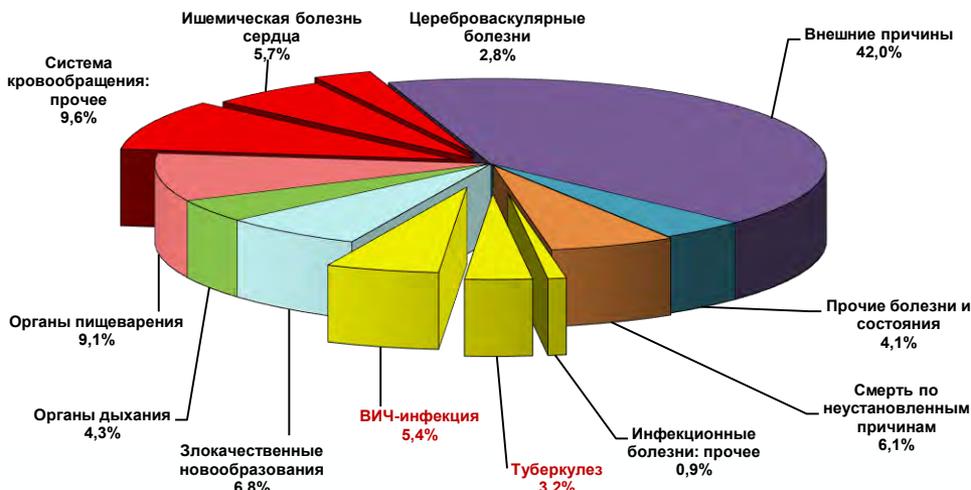


Смертность от ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2016 году (на 100000 населения)

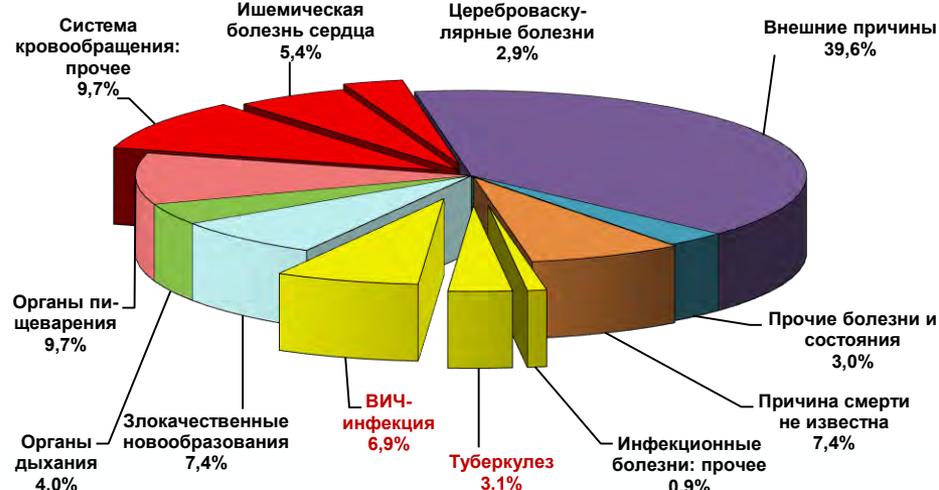


Структура смертности среди молодого трудоспособного населения (18-44 года)

Структура смертности в России (2014 год) населения молодого трудоспособного возраста (18-44 года): всего



Структура смертности в России (2015 год) населения молодого трудоспособного возраста (18-44 года)



Структура смертности в России (2016 год) населения молодого трудоспособного возраста (18-44 года)



По классам (2016 г.): внешние причины – 39,6%; причина не известна – 6,4%. Болезни: система кровообращения – 18,1%; инфекционные и паразитарные инфекции – 12,3%; органы пищеварения – 9,5%; злокачественные новообразования – 7,5%; органы дыхания – 4,0%.

В структуре смертности населения молодого трудоспособного возраста (18-44 года) ежегодно растет доля ВИЧ-инфекции и сокращается доля туберкулеза. ВИЧ-инфекция выходит на одно первых мест в структуре смертности.

От ВИЧ-инфекции в возрасте 18-44 года умирает больше (8,6%), чем от заболеваний органов дыхания (4,0%) и нервной системы (2,0%), ишемической болезни сердца (5,2%), цереброваскулярных болезней (3,0%), туберкулеза (2,7%), а с 2016 г. – от злокачественных новообразований (7,5%).

Каждый второй пациент, зарегистрированный как умерший от ВИЧ-инфекции, умирает от прогрессирования туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (2015 г. – 47,6%).

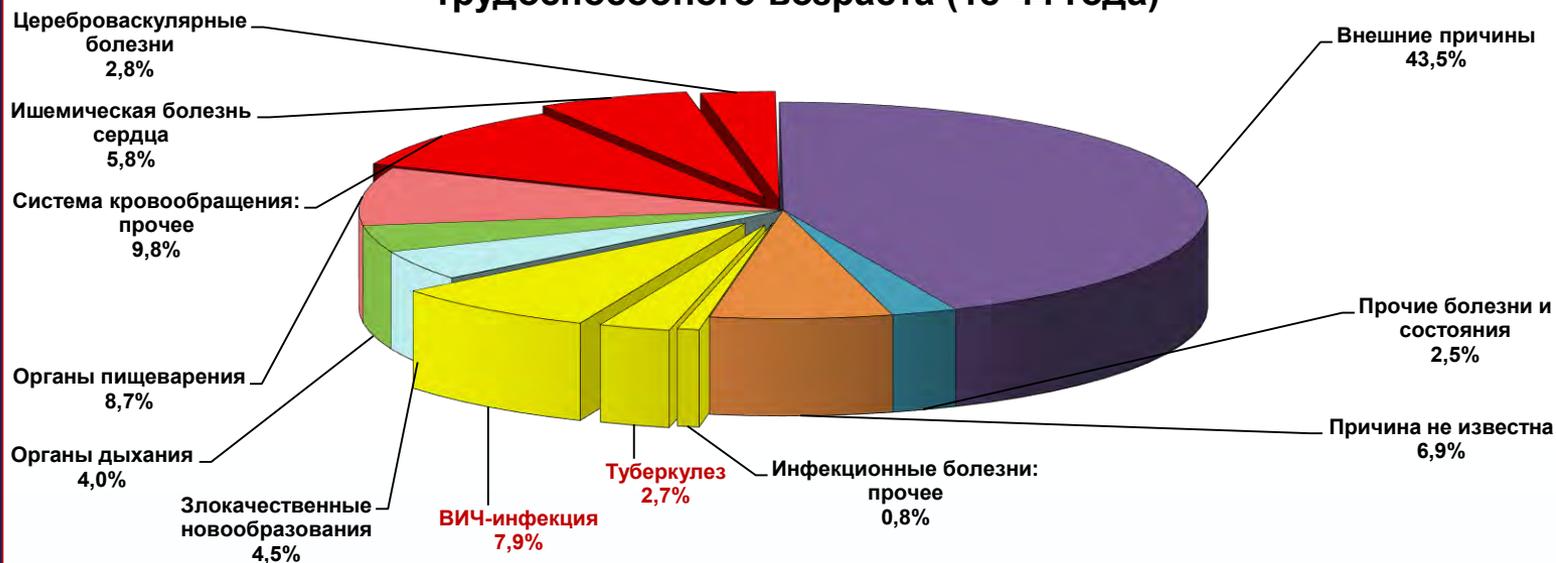


Структура смертности среди молодого трудоспособного населения (18-44 года): 2016 г.

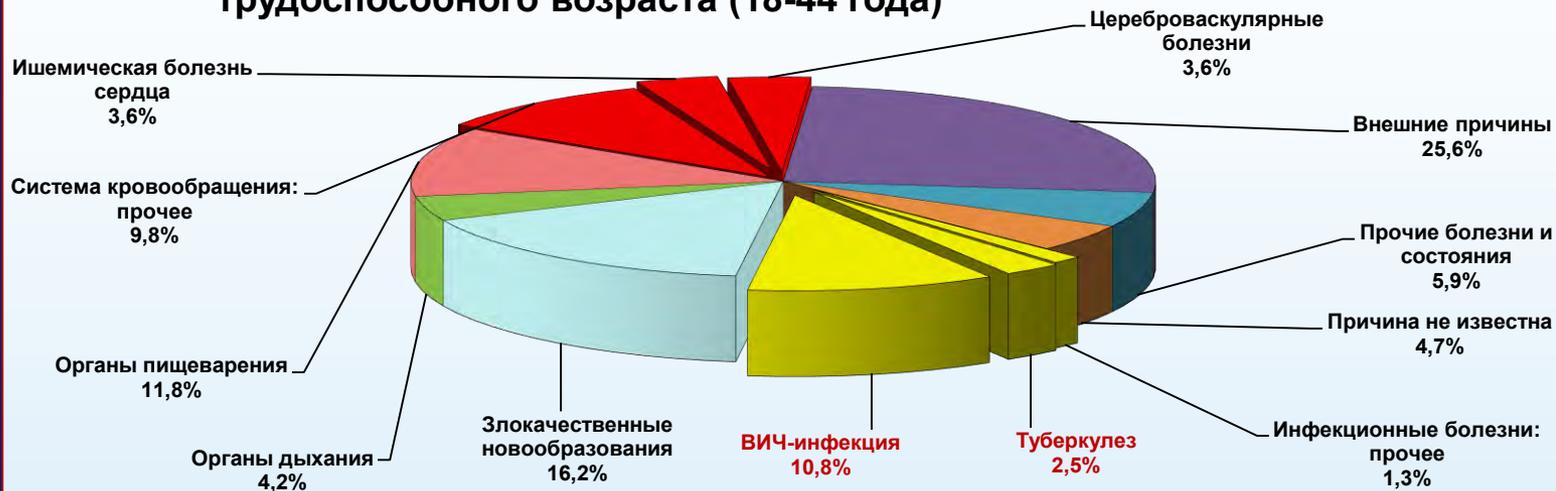
Мужчины – от ВИЧ-инфекции умирают чаще (7,9%), чем от злокачественных новообразований (4,5%), ишемической болезни сердца (5,8%), цереброваскулярных болезней (2,8%), болезней органов дыхания (4,0%) и нервной системы (1,9%), туберкулеза (2,7%).

Женщины – от ВИЧ-инфекции умирают чаще (10,8%), чем от заболеваний органов дыхания (4,2%), ишемической болезни сердца (3,6%), цереброваскулярных болезней (3,6%), болезней нервной системы (2,5%), туберкулеза (2,5%).

Структура смертности в России (2016 год) **мужчин** молодого трудоспособного возраста (18-44 года)



Структура смертности в России (2016 год) **женщин** молодого трудоспособного возраста (18-44 года)



Прогностическая эпидемиология

- **Заболеваемость туберкулезом.**
- **Промышленно развитые страны.**
- На развитие эпидемии туберкулеза будут оказывать влияние многочисленные факторы, в том числе миграция населения из стран с высоким уровнем распространенности туберкулеза.
- Ожидается, что в большинстве стран Западной Европы ВИЧ-инфекция сыграет лишь небольшую роль, поскольку сегменты популяции, имеющие максимальный риск быть инфицированными ВИЧ, быстро заменяются когортами, практически не инфицированными туберкулезом.
- Хотя ВИЧ-инфекция может привести к росту числа случаев туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных наркоманов, маловероятно, что это увеличение серьезно повлияет на общую заболеваемость коренной популяции в этих странах.

- **Страны с низким уровнем доходов.**
- Туберкулез и ВИЧ-инфекция — это два тесно связанных между собой состояния, поскольку профилактика первого заболевания зависит от состояния клеточного иммунитета, а второе заболевание уничтожает именно это звено иммунной системы.
- Следовательно, можно ожидать, что в ближайшем будущем во многих странах с низким уровнем доходов ситуация с туберкулезом может ухудшиться.
- **Смертность от туберкулеза.**
- Поскольку летальность при клинических заболеваниях туберкулезом очень тесно связана с доступностью для больных своевременной и адекватной химиотерапии, особенно при бациллярных формах легочного туберкулеза, показатель смертности от этой инфекции в будущем будет зависеть не столько от эпидемиологии туберкулеза, сколько от доступности эффективного лечения.

- На развитие эпидемического процесса по туберкулезу существенное влияние будет оказывать уровень проведения противотуберкулезных мероприятий среди инфицированных ВИЧ:
- своевременность профилактических обследований на туберкулез;
- качество проведения химиопрофилактики туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции;
- осуществление прививок БЦЖ детям, родившимся от инфицированных ВИЧ матерей;
- своевременность и качество лечения антиретровирусными и противотуберкулезными препаратами пациентов, заболевших туберкулезом.



Инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией

- **Показания для проведения химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией:**
 1. снижение количества CD4+-лимфоцитов до 350 клеток/мкл и менее;
 2. положительные внутрикожные пробы с туберкулином, аллергеном туберкулезным рекомбинантным или лабораторные тесты IGRA вне зависимости от выраженности иммунодефицита;
 3. принадлежность к группам высокого риска развития туберкулеза вне зависимости от количества CD4+-лимфоцитов и реакции на иммунологические тесты.
- **К группам больных ВИЧ-инфекцией, имеющих высокий риск развития туберкулеза относятся:**
 - ? лица, ранее перенесшие туберкулез (до инфицирования ВИЧ), в том числе спонтанно излеченный;
 - ? лица из контакта с источниками туберкулезной инфекции, в т.ч. лица из очагов смерти от туберкулеза;
 - ? лица, вернувшиеся из учреждений ФСИН в течение 3 лет после освобождения (если они не получали ХП ранее);
 - ? лица, находящиеся под следствием и отбывающие наказание в учреждениях ФСИН.
- **Больному, уже состоящему на учете в Центре СПИД, но не получавшему ХП ранее, ее назначают при наличии показаний.**
- **Противопоказанием к проведению химиопрофилактики туберкулеза** является наличие признаков активного туберкулеза.
- Химиопрофилактику туберкулеза следует проводить с осторожностью при:
 1. хронических заболеваниях печени в стадии декомпенсированного цирроза (класс В и С по шкале Чайлд-Пью);
 2. хронической болезни почек 4-5 стадии (для схем с рифампицином);
 3. заболеваниях ЦНС с эпилептическим синдромом.
- При хронических заболеваниях печени в стадии декомпенсированного цирроза (класс В и С по шкале Чайлд-Пью) вопрос назначения химиопрофилактики и схемы терапии решает консилиум врачей в составе : фтизиатр, гепатолог, инфекционист.
- При почечной недостаточности 4-5 стадии противопоказаны рифампицин, рифабутин и рифампентин.
- При заболеваниях ЦНС с эпилептическим синдромом противопоказан изониазид.



РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 20 октября 2016 г. № 2203-р

МОСКВА

1. Утвердить прилагаемую

Государственную стратегию противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу.

2. Минздраву России совместно с заинтересованными федеральными органами государственной власти в 3-месячный срок представить в Правительство Российской Федерации план мероприятий по реализации Государственной стратегии, утвержденной настоящим распоряжением.

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить региональные программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции.

Председатель Правительства
России **Д. Медведев**

Цель Стратегии: предупреждение развития эпидемии, связанной с распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации, путем снижения числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди населения и снижения смертности от СПИДа.

Наименование показателя	Единица измерения	Целевые показатели – значение показателя					
		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
1. Охват медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию населения РФ	%	19,3 (факт – 20,5)	не менее 20	не менее 21 (35)	не менее 22 (35)	не менее 23 (35)	не менее 24 (35)
2. Доля лиц, зараженных ВИЧ , состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ	%	66,1 (факт – 70,5)	69,1	74,2	79,5	84,7	90
3. Доля лиц, зараженных ВИЧ , получающих АРВТ, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ	%	26,3	30,3	32,3 (45,1)	34,3 (60,2)	36,3 (75,3)	38,3 (90)
4. Доля лиц, зараженных ВИЧ , получающих АРВТ, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ , состоящих под диспансерным наблюдением	%	37,3	41	44 (69,7)	48 (79,8)	52 (90,1)	56 (100)
5. Проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку:							
во время беременности	%	88,8	89	92	93	94	95
во время родов	%	92,7	93	93,5	94	94,5	95
новорожденному	%	99,4 (факт – 98,8)	99,5	99,6	99,7	99,8	99,9
6. Уровень информированности населения в возрасте 18-49 лет по вопросам ВИЧ-инфекции	%	-	-	84	87	90	93
7. Разработка и внедрение межведомственных профилактических программ по сокращению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков	количество	-	-	1	85	85	85



План мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу

- Стратегия отражает узковедомственную направленность СПИД-центров на первичную-вторичную профилактику и выявление. И частично проведение эпидемиологического мониторинга.
- Мероприятия по улучшению исходов и предупреждению медико-социальных последствий для здравоохранения уже имеющих заболевания (в т.ч. влияние на распространение туберкулеза), пути увеличения продолжительности и качества жизни ВИЧ-инфицированных, снижения смертности от ВИЧ программно не обсуждаются.
- Примечательно, что в индикаторах эффективности Стратегии нет смертности от ВИЧ, как и других показателей эффективности медицинской помощи собственно больным ВИЧ-инфекцией. Очевидно предполагается, что этим должны заниматься другие службы. Кто и как будет это мониторировать, координировать и главное, за это отвечать – неясно.
- Однако Стратегия так и ставит задачу – снижение распространения путем совершенствования медицинских и социальных технологий первичной и вторичной профилактики и выявления, что по факту ограничивает сферу ответственности ВИЧ-службы только этими направлениями медицинской помощи.



План мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу

- Хотя в документах часто употребляется термин «лечение ВИЧ-инфекции», по контексту понятно, что речь идет об антиретровирусной терапии, а не о лечении вторичных и ассоциированных заболеваний, в отношении которых «предусматривается развивать взаимодействие и преемственность в работе медицинских организаций ... оказывающих медицинскую помощь при инфекционных (туберкулез, гепатиты В и С) и наркологических (наркомания) заболеваниях».
- Выполнение пункта распоряжения Правительства «совершенствование методов медицинской профилактики, диагностики и лечения при сочетании ВИЧ-инфекции с туберкулезом, гепатитами В и С» предусмотрено только «в целях выполнения задач по увеличению охватом антиретровирусной терапией».
- Поэтому совершенствование нормативной базы, организационных и клинических технологий работы с этими контингентами больных по-прежнему остается преимущественно задачей противотуберкулезной службы – туберкулез из всего перечисленного представляет наибольшую эпидемическую опасность и является ведущей по тяжести патологией.



Приказом Росстата от 30.12.2015 № 672 утверждена новая форма ФСН № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека», которая вводится в действие с годовых отчетов за 2016 г.

- Код Z21 (бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ) указан в разделе «кроме того». Бессимптомного статуса нет в таб. 3000 (обследование контингентов центров СПИДа), таб. 4000 (диспансерное наблюдение пациентов с коинфекцией, таб. 5000 (беременные и роженицы, инфицированные ВИЧ. Нет пары мать – дитя, так как нет данных о матерях, инфицированных ВИЧ), таб. 6000 (лечение антиретровирусными препаратами. Пациенты с Z21 имеют число лимфоцитов CD4 менее 350–500 в 1 мл крови примерно в 30 % случаев и подлежат лечению).
- **Код Z21 - антитела ВИЧ обнаружены методами ИФА и иммуноблота, или вирусологическими лабораторными методами, но у пациента нет клинических проявлений, вторичных заболеваний.**
- В новой форме ФСН № 61 нет данных об иммунологическом статусе на всех инфицированных ВИЧ пациентов, без чего невозможно планировать потребность в антиретровирусных препаратах. Нет путей передачи ВИЧ-инфекции, что важно для прогноза развития эпидемического процесса при ВИЧ инфекции и соответственно при туберкулезе. Недостаточно данных по лечению инфицированных ВИЧ. Неизвестно, сколько пациентов имеют лекарственную устойчивость к антиретровирусным препаратам. Нет данных об аварийных ситуациях и заражениях ВИЧ медицинских работников. Неизвестно, сколько пациентов заболели и находятся на лечении в местах лишения свободы, сколько мигрантов и т. д. **Невозможно подсчитать индикаторы для ВОЗ.**
- Новая форма ФСН № 61 не позволяет подсчитать практически все индикаторы, заложенные в стратегию противодействия распространению ВИЧ-инфекции (распоряжение Правительства России от 20.10.2016 г. № 2203-р).



- CD4+ лимфоциты – это клетки, которые отражают работу нашей иммунной системы.
- Клетки CD4+ измеряют у людей, страдающих ВИЧ.
- CD4+ лимфоциты – это подвид белых кровяных телец, которые борются с инфекциями. Клетки CD4+ также называют Т-лимфоцитами, Т-клетками или Т-хелперами.
- ВИЧ поражает Т-клетки, поэтому их количество помогает определить возможность появления других инфекций (оппортунистических инфекций).
- Оппортунистические инфекции вызываются микроорганизмами, которые в норме присутствуют в различных частях человеческого организма, но только в условиях сниженного иммунитета начинают проявлять свои патогенные свойства.
- При этом важно изменение уровня Т-лимфоцитов в крови со временем, а не разовый анализ.
- У инфицированных ВИЧ CD4+ лейкоциты снижаются тогда, когда вирус прогрессирует. Низкий уровень клеток CD4+ значит, что у пациента снижен иммунитет и выше шансы на приобретение оппортунистическую инфекцию.
- Одной из черт патогенеза является гибель CD4+ Т-хелперов, концентрация которых медленно, но неуклонно снижается. Синдром приобретённого иммунодефицита является терминальной стадией ВИЧ-инфекции и развивается у большинства больных при падении числа CD4+ Т-лимфоцитов, крови ниже 200 клеток/мл.



Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (зарегистрирован в Минюсте России 6 мая 2014 г. № 32182)

В целях раннего выявления туберкулеза

У ДЕТЕЙ

туберкулинодиагностика проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет. Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (далее - проба Манту) ставят **1 раз в год**, независимо от результата предыдущих проб.

- **Проба Манту проводится 2 раза в год:**
- ... ВИЧ-инфицированным детям.

- В целях раннего выявления туберкулеза **У ПОДРОСТКОВ** проводятся:
 - -плановая ежегодная туберкулинодиагностика;
 - -периодические (флюорографические) осмотры.
- **Пробу Манту** проводят **1 раз в год** всем лицам в возрасте от 15 до 18 лет, независимо от результата предыдущих проб.
- Профилактический медицинский (**флюорографический**) осмотр проводится лицам **в возрасте 15 и 17 лет**. При отсутствии данных о проведении профилактических осмотров флюорографический осмотр проводится во внеочередном порядке.
- Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр подростков проводится **1 раз в год:**
- при регистрации заболеваемости туберкулезом на территории муниципального образования, субъекта Российской Федерации 60 случаев на 100 тысяч населения в год;
- проживающим в социально неблагополучных семьях и семьях иностранных граждан, прибывших из неблагополучных по туберкулезу стран.
- Подросткам, состоящим на диспансерном учете в наркологических, психиатрических учреждениях, а также ВИЧ-инфицированным, флюорографическое обследование проводится **2 раза в год**.



Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (зарегистрирован в Минюсте России 6 мая 2014 г. № 32182)

- **Иммунизация против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями**, проводится в родильном доме в том случае, если была проведена трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (три антиретровирусными препаратами в течение не менее 8 недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности). Для иммунизации применяется вакцина БЦЖ-М.
- Вопрос о вакцинации детей, не привитых в родильном доме, решается только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения нуклеиновых кислот ВИЧ (ДНК/РНК) молекулярными методами в возрасте до 18 месяцев или выявления антител к ВИЧ в возрасте старше 18 месяцев.
- При получении двух отрицательных результатов обследования ребенка на нуклеиновые кислоты ВИЧ (первое исследование в возрасте не менее 1 месяца, второе - в возрасте не менее 4 - 6 месяцев) вакцинация против туберкулеза проводится на общих основаниях.
- **Иммунизация против туберкулеза не проводится у детей при обнаружении нуклеиновых кислот ВИЧ и у детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией.**
- Специализированными медицинскими организациями по профилактике и борьбе со СПИДом обеспечивается проведение **химиопрофилактики туберкулеза у взрослых ВИЧ-инфицированных лиц** в установленном порядке.
- Химиопрофилактика туберкулеза проводится всем ВИЧ-инфицированным лицам вне зависимости от степени иммуносупрессии и результата диаскинтеста / реакции Манту при уверенном исключении активного туберкулеза.





**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

25 МАР 2016 № 13-2/2-74

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти субъектов
Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Главным внештатным специалистам
Министерства здравоохранения
Российской Федерации (по списку)

В связи с поступающими запросами из регионов Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения разъясняет порядок кодирования и выбора первоначальной причины смерти в случаях с летальным исходом у пациентов с установленным диагнозом болезни, вызванной ВИЧ.

В соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10) ВИЧ-инфекция подразделяется на:

1. Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ – код Z21.

Данное состояние относится к XXI классу МКБ-10, заболеванием не является и в качестве первоначальной причины смерти не используется.

2. Болезнь, вызванная ВИЧ (рубрики B20-B24) – может быть выбрана в качестве первоначальной причины смерти.

При сочетании болезни, вызванной ВИЧ, с инфекционными заболеваниями первоначальной причиной смерти выбирают болезнь, вызванную ВИЧ (рубрика B20).

При сочетании болезни, вызванной ВИЧ, с туберкулезом (подрубрика B20.0) в случае смерти первоначальной причиной всегда выбирают болезнь, вызванную ВИЧ, независимо от того, какое из состояний было диагностировано раньше.

Если злокачественные новообразования развиваются как проявления болезни, вызванной ВИЧ, первоначальной причиной выбирают болезнь, вызванную ВИЧ (рубрика B21).

Если проявлениями болезни, вызванной ВИЧ, являются инфекционные и онкологические заболевания, в качестве первоначальной причины смерти используют подрубрику B22.7.

При других сочетаниях при выборе первоначальной причины смерти следует руководствоваться правилами МКБ-10.

В целях оптимизации статистического учета, Департамент предлагает провести анализ правильности кодирования и выбора первоначальной причины смерти в выданных в 2016 году медицинских свидетельствах о смерти.

Ва 89-159
От 04.04.16

При обнаружении неправильного выбора первоначальной причины смерти у умерших пациентов с диагнозом «болезнь, вызванная ВИЧ», должны быть оформлены новые свидетельства о смерти (окончательные, взамен окончательных), которые должны быть направлены в территориальные подразделения Росстата (минуя органы ЗАГС) для исправления кодов в базах данных.

Информацию о числе ошибочных и замененных свидетельств о смерти за январь-март 2016 года необходимо представить в Департамент в срок до 10 мая 2016 года в установленном порядке и по электронной почте: Aleksandrova@rosminzdrav.ru.

Контактное лицо для консультаций по выбору первоначальной причины смерти при болезни, вызванной ВИЧ: Вайсман Давид Александрович, главный эксперт Сотрудничающего центра ВОЗ в России по семейству международных классификаций, dv55@mail.ru.

Директор Департамента

Е.П. Какорина

Александрова Г.А., тел. 8(495) 627 24 00 *1320



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Необходимо решить задачи:

- совместно со специалистами центров СПИДа разобраться с кодированием случаев смерти при наличии туберкулёза у инфицированных ВИЧ пациентов;
- усилить меры профилактики ВИЧ-инфекции среди детей и профилактики туберкулёза среди инфицированных ВИЧ пациентов, состоящих на учёте в центрах СПИДа;
- усовершенствовать нормативные правовые акты в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции и туберкулёза среди инфицированных ВИЧ в Российской Федерации;
- организовать мониторинг за состоянием заболеваемости туберкулёзом инфицированных ВИЧ и летальности инфицированных ВИЧ в Российской Федерации, а также мероприятий, направленных на предотвращение распространения туберкулёза среди инфицированных ВИЧ, на основании новых форм федерального статистического наблюдения и создания реестра / регистра пациентов, инфицированных ВИЧ и туберкулёзом;
- обеспечить рациональное использования лекарственных препаратов для медицинского применения лицами, живущим с ВИЧ, в части антиретровирусных препаратов и противотуберкулёзных препаратов для проведения химиопрофилактики туберкулёза;
- обеспечить квалифицированную диагностику и контролируемое лечение туберкулёза среди инфицированных ВИЧ на всех этапах диспансерного наблюдения.



Предложения: внести дополнения и изменения в федеральные законы

Федеральный закон Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ, утвердивший Уголовный кодекс Российской Федерации:

- в статье 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией» сделать расшифровку терминов «поставление другого лица в опасность заражения», «заражение другого лица»: незащищенный секс и неиспользование презерватива ВИЧ-инфицированным лицом, неоднократное применение инструментария и шприцев без соответствующей обработки несколькими лицами, повреждение слизистых оболочек и кожи заведомо зараженным инструментарием.

Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»:

- статью 10 «Обязательные обследование и лечение больных туберкулезом» дополнить пунктом 5:
- «Пациенты с активным туберкулезом в обязательном порядке тестируются на ВИЧ при поступлении в круглосуточный или дневной стационар и далее не реже 1 раза в год».

Федеральный закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»:

в статье 7 «Медицинское освидетельствование» добавить пункт 8: «Анонимное обследование на ВИЧ без предоставления документов, подтверждающих личность, не допускается.»;

в статье 9 «Обязательное медицинское освидетельствование» расширить показания для обязательного медицинского освидетельствования, добавить:

- лиц, имевших половой контакт с инфицированным ВИЧ;
- лиц, принимающих наркотики (независимо от метода потребления наркотиков), не менее 1 раза в год;
- лиц при подозрении на туберкулёз;
- пациентов, имеющих активный туберкулёз, не менее 1 раза в год;
- пациентов при установлении заболевания, передающегося преимущественно половым путем;
- женщин, вставших на учет в женскую консультацию по поводу беременности;
- лиц, поступивших в круглосуточные и дневные стационары любого профиля;
- лиц, проходящих плановую диспансеризацию.

в статью 16 «Обязанности медицинских организаций при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным» добавить абзац:

«Диспансерное наблюдение за инфицированными ВИЧ устанавливается независимо от согласия таких пациентов или их законных представителей. Решение о необходимости диспансерного наблюдения или его прекращения принимается комиссией врачей, назначенной руководителем медицинской организации, которая оказывает помощь инфицированным ВИЧ в амбулаторных условиях, и оформляется в медицинской документации записью об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении, о чем в письменной форме извещается лицо, подлежащее диспансерному наблюдению.».



Мероприятия, направленные на снижение заболеваемости туберкулёзом инфицированных ВИЧ и летальности от туберкулёза пациентов, инфицированных ВИЧ

По эпидемиологическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры на туберкулёз проводятся инфицированным ВИЧ:

- при уровне лимфоцитов CD4 менее 350 клеток – 2 раза в год;
- при уровне лимфоцитов CD4 более 350 клеток – 1 раз в год.

Во внеочередном порядке профилактический медицинский осмотр на туберкулёз проходят лица, у которых в крови впервые выявлены при исследовании методом иммунного блотинга антитела к ВИЧ, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев, а также инфицированные ВИЧ в стадии вторичных проявлений или инфицированные ВИЧ с низким уровнем CD4 лимфоцитов (менее 350 кл/мкл).

В медицинских противотуберкулёзных организациях системы Минздрава России на стационарном этапе лечения обеспечивается разделение потоков пациентов с туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией от пациентов с туберкулёзом, не инфицированных ВИЧ.

В организациях системы ФСИН России обеспечивается разделение потоков в лечебно-исправительных учреждениях пациентов с туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией от пациентов с туберкулёзом, не инфицированных ВИЧ, а также в следственных изоляторах и колониях подследственных и осужденных, инфицированных ВИЧ, от подследственных и осужденных, не инфицированных ВИЧ.

Специализированными медицинскими организациями по профилактике и борьбе со СПИДом обеспечивается проведение химиопрофилактики туберкулёза инфицированным ВИЧ при уровне лимфоцитов CD4 менее 350 клеток, в течение 3-6 месяцев не менее 1 раза в 2 года одновременно с приемом антиретровирусных лекарственных средств.

Иммунизация против туберкулеза детей, рожденных инфицированными ВИЧ матерями, проводится в родильном доме в том случае, если была проведена трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (триада антиретровирусными препаратами в течение не менее 8 недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности). Для иммунизации применяется вакцина БЦЖ-М.

- Вопрос о вакцинации детей, не привитых в родильном доме, решается только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения нуклеиновых кислот ВИЧ (ДНК/РНК) молекулярными методами в возрасте до 18 месяцев или выявления антител к ВИЧ в возрасте старше 18 месяцев.
- При получении двух отрицательных результатов обследования ребенка на нуклеиновые кислоты ВИЧ (первое исследование в возрасте не менее 1 месяца, второе – в возрасте не менее 4-6 месяцев) вакцинация против туберкулёза проводится на общих основаниях.
- Иммунизация против туберкулёза не проводится у детей при обнаружении нуклеиновых кислот ВИЧ и у детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией.



Монографии

- **ТБ/ВИЧ в Российской Федерации. Эпидемиология, особенности клинических проявлений и результаты лечения / В.Б. Галкин, Ж.В. Еленкина, Н.А. Епифанцева, С.М. Зайцева, А.Е. Зеленина, О.Г. Зырянова, Ю.С. Кононенко, И.В. Кустова, П.А. Милютина, О.Б. Нечаева, Т.В. Новикова, О.В. Овсянкина, О.А. Овчинникова, Н.И. Панкова, Н.Д., Пирогова, О.А. Подгайная, Е.А. Самарина, А.К. Свичарская, С.А. Стерликов, А.Н., Стрелков, М.А. Сущевских, Т.Ю. Чебагина, Е.А. Юхнова, Р.С. Яруллина: под ред. С.А. Стерликова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2017. – 52 с.**
- **TB/HIV in the Russian Federation. Epidemiology, Peculiarities of Clinical Manifestations, and Treatment Outcomes / V.B. Galkin, Zh.V. Yelenkina, N.A. Yepifantseva, S.M. Zaitseva, A.E. Zelenina, O.G., Zyryanova, Y.S. Kononenko, I.V. Kustova, P.A. Milyutina, O.V. Nechayeva, T.V. Novikova, O.V. Ovsyankina, O.A. Ovchinnikova, N.I. Pankova, N.D. Pirogova, O.A. Podgainaya, Y.A. Samarina, A.K. Svicharskaya, S.A. Sterlikov, A.N. Strelkov, M.A. Sushchevskikh, T.Y. Chebagina, Y.A. Yukhnova, Y.S. Yarullina. Edited by S.A. Sterlikov. – M., 2017. – 52 p.**



Миграция

Переселение населения, связанное с переменой места жительства, было всегда согласно определению Организации Объединенных Наций, мигрантом является человек, который проживает в другой стране в течение более одного года, независимо от причин миграции (добровольная или вынужденная), а так же ее характера – регулярная или нерегулярная (в данной трактовке это понятие также охватывает беженцев). Миграции обязаны образование и смешение рас и народов, освоение земли, развитие производительных сил. Соединяются ресурсы и рабочая сила. Реализуются потребности населения в работе и жилье. Осуществляются социальные и профессиональные продвижения. Миграция населения выполняет важные функции в жизни государств и общества.

В 2008 году была принята резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) (WHA 61.17) о здоровье мигрантов.

В 2009 году принята резолюция 62-й сессии ВОЗ «Уменьшение несправедливости в области здоровья путем воздействия на социальные детерминанты здоровья».

В 2010 году принята резолюция 63-й сессии ВОЗ которая нацелена на охрану здоровья наиболее уязвимых групп населения с помощью постоянного мониторинга достижения целей в рамках Целей развития тысячелетия (ЦТР), связанных со здоровьем населения.

Проблеме здоровья мигрантов отводится очень важное место в Глобальной стратегии в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 года, утвержденной резолюцией ВОЗ (WHA 67.1).

19 мая 2014 года на 67 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения: включение мигрантов в национальные стратегические планы по борьбе с ТБ, оказание помощи и профилактики с учётом нужд и потребностей мигрантов, инновационные межсекторальные стратегии и системы, операционные исследования.

В резолюции 31-й Международной Конференции Красного Креста и Красного Полумесяца (Женева, 2011 г.) содержится призыв к государствам и правительствам всех стран мира обеспечить доступ к необходимой помощи всем категориям мигрантов, вне зависимости от их правового статуса, и к ним необходимо относиться с уважением и достоинством.



Основные термины и понятия

Миграция населения – любое территориальное перемещение населения, связанное с пересечением как внешних, так и внутренних границ административно-территориальных образований с целью смены постоянного места жительства или временного пребывания для осуществления учебы или трудовой деятельности независимо от того, под воздействием каких факторов оно происходит.

Иностраный гражданин – физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и имеющее доказательства наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

Беженец – лицо, которое не является гражданином Российской Федерации, но которое в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений.

Лицо без гражданства – физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательств наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

Постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее вид на жительство.

Временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее разрешение на временное проживание.

Законно находящийся в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, имеющее действительные вид на жительство, либо разрешение на временное проживание, либо визу и (или) миграционную карту, либо иные предусмотренные федеральным законом или международным договором Российской Федерации документы, подтверждающие право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации.

Временное убежище – возможность иностранного гражданина или лица без гражданства временно пребывать на территории Российской Федерации; предоставляется, если они:

- а) имеют основания для признания беженцем, но ограничиваются заявлением в письменной форме с просьбой о предоставлении возможности временного пребывания на территории России;
- б) не имеют оснований для признания беженцем, но из гуманных побуждений не могут быть выдворены (депортированы) за пределы России.

Депортация – принудительная высылка иностранного гражданина из Российской Федерации в случае утраты или прекращения законных оснований для его дальнейшего пребывания (проживания) в Российской Федерации.

Недокументированные трудовые мигранты – когда у трудовых мигрантов из стран безвизового въезда бывают не в порядке документы (нет разрешения на работу или нет регистрации, или эти документы просрочены).



Из общего числа больных с впервые зарегистрированным туберкулезом иностранных граждан (форма ФГСН № 8):

2013 год – 2 432 человек,

в том числе мужчин – 1 927 (79,2%), женщин – 505;

2014 год – 2 690 человек,

в том числе мужчин – 2 058 (76,5%), женщин – 632;

2015 год – 3 188 человек,

в том числе мужчин – 2 473 (77,6%), женщин – 715;

2016 год – 2 797 человек,

в том числе мужчин – 2 146 (76,7%), женщин – 651;

2017 год – 2 498 человек,

в том числе мужчин – 1 927 (77,1%), женщин – 571.

Заболеваемость туберкулезом в странах Средней Азии, Закавказья, откуда в Россию приезжает основная часть трудовых мигрантов, остается высокой.

Если иностранные граждане будут заболевать туберкулезом также часто, как в своей стране, то **ежегодно должно заболевать туберкулезом в России в 3 раза больше иностранных граждан, чем регистрируется в отчетных формах.**

Из общего числа больных с впервые зарегистрированной ВИЧ-инфекцией иностранных граждан (форма ФГСН № 61 и форма ФГСН № 4):

2013 год – ф. № 61 – 2 412 чел.,

ф. № 4 – 2 486 чел;

2014 год – ф. № 61 – 4 001 чел.,

ф. № 4 – 4 417 чел;

2015 год – ф. № 61 – 5 349 чел.,

ф. № 4 – 4 672 чел;

2016 год – ф. № 61 – 839 чел. (мужчин – 583 чел., 69,5%; женщин – 256 чел.);

ф. № 4 – 3 285 чел;

2017 год – ф. № 61 – 636 чел. (мужчин – 428 чел. 67,3%; женщин – 208 чел.);

ф. № 4 – 3 160 чел.

Видимо, иностранцы, впервые выявленные с бессимптомным инфекционным статусом Z21, с 2016 г. в форме ФГСН № 61 не регистрируются.



В регионах с высокой миграционной нагрузкой следует создавать специализированные медицинские центры для освидетельствования трудовых мигрантов, интегрированных в систему мероприятий, осуществляемых УФМС России. Это позволяет организовать работу по принципу «одного окна».
Пример: ГБУ г. Москвы «Многофункциональный миграционный центр»



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Федеральный закон от 30.12.2015 г. № 438-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части права иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), на пребывание и проживание в Российской Федерации»

В отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), в случае, если указанные иностранные граждане и лица без гражданства **имеют членов семьи (супруга (супругу), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных) – граждан Российской Федерации либо иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, и при этом отсутствуют нарушения ими законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции:**

- не принимается решение о нежелательности пребывания (проживания) в Российской Федерации или решение о неразрешении въезда в Российскую Федерацию в целях обеспечения защиты здоровья населения, если в отношении указанных иностранных граждан и лиц без гражданства отсутствуют иные основания для принятия решения о нежелательности пребывания (проживания) в Российской Федерации, предусмотренные частью четвертой статьи 25.10 Федерального закона от 15 августа 1996 года № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», или решения о неразрешении въезда в Российскую Федерацию, предусмотренные статьей 26 и частью первой статьи 27 указанного Федерального закона;
- не распространяются положения подпункта 1 пункта 5 статьи 6.1 Федерального закона от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» в части представления сертификата об отсутствии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), а также положения подпункта 13 пункта 1 статьи 7 и подпункта 13 пункта 1 статьи 9 указанного Федерального закона в части наличия сертификата об отсутствии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).



О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности: указание Центрального Банка Российской Федерации от 13.09.2015 г. № 3793-У (зарегистрировано в Минюсте России 31.12.2015 г. № 40461)

- ... 4. Условием осуществления ДМС трудовых мигрантов является установление страховщиком страховой суммы в размере не менее **100 000 рублей** на каждое застрахованное лицо на период действия договора ДМС трудовых мигрантов.
- ... Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по договору ДМС трудовых мигрантов считаются исполненными, договор ДМС трудовых мигрантов прекращается.
- Страховщик обязан уведомить страхователя и застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей. ...

В 2016 г. Межведомственная комиссия по упорядочению въезда и пребывания на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства на уровне руководителей профильных министерств и ведомств (МВК) приняла решения:

- о возможности обеспечения лечения туберкулеза у трудовых мигрантов, въезжающих в Российскую Федерацию в безвизовом режиме, за счет средств ДМС, исходя из стоимости страхового продукта ДМС, а также рекомендовала Минздраву России совместно с Роспотребнадзором и представителями заинтересованных министерств и ведомств проработать вопрос о немедленной госпитализации больного трудового мигранта, у которого выявлено опасное инфекционное заболевание, в лечебное учреждение и при необходимости подготовить соответствующие нормативные правовые акты;
- передать решение вопроса о депортации иностранного гражданина с федерального уровня (Роспотребнадзор) на уровень субъектов Российской Федерации, что сократит сроки решения данного вопроса с 3 мес. и более до 2 недель.





Совместная работа с Международной Федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОКК и КП) и Российским Красным Крестом (РКК)

- Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в странах СНГ (аналитический обзор) / О.В. Демихова, О.Б. Нечаева. – М., 2016. – С. 66.
- <http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/migranty.pdf>
- Access of Migrant to Services on Early Detection, Diagnosis, Prevention and Treatment of Tuberculosis and Tuberculosis Associated with HIV Infection (Analytical Review) / O. Demikhova, O. Nechaeva. – Moscow, 2016. – P. 62.
- http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/migranti_eng.pdf



Информация об авторах



Демихова Ольга Владимировна

Заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ. Работает в ЦНИИГ с 1977 г. последовательно в должности младшего, старшего, ведущего научного сотрудника, ученого секретаря и, с 2000 г., заместителя директора института. Защитила кандидатскую и докторскую диссертации в области решения различных проблем дыхательной недостаточности у больных туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких.

Кроме этого в сферу научных интересов О.В. Демиховой входят диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза, в том числе у больных с сочетанной ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, разработка и испытание новых противотуберкулезных препаратов, эпидемиология и организационные вопросы борьбы с туберкулезом. Она – автор около 200 публикаций в отечественных и зарубежных журналах, автор глав в четырех монографиях, соавтор первой в России монографии по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, соавтор шести патентов на изобретения. Является членом Секретариата Рабочей группы высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации, членом Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких, членом Европейского респираторного общества.



Нечаева Ольга Брониславовна

Руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, главный научный сотрудник отделения медико-социальных проблем ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Из семьи врачей-фтизиатров. Является автором более 200 научных работ, в том числе восьми монографий, семи методических рекомендаций, одного учебно-методического пособия, пяти статистических сборников. Соавтор «Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации», приказов Минздрава России по оказанию медицинской помощи пациентам с туберкулезом. Является экспертом по организации противотуберкулезной помощи населению России, а также пациентам с ВИЧ-инфекцией. Член Секретариата Рабочей группы высокого уровня (РВГУ) по туберкулезу в Российской Федерации; председатель Тематической рабочей группы по контролю за туберкулезом среди мигрантов, беженцев и других категорий лиц, пересекающих национальные границы. Многократно выступала на российских и международных научно-практических конференциях и съездах по организации противотуберкулезной помощи, в том числе перед ВИЧ-инфицированными. Награждена знаком «Отличнику здравоохранения», почетными грамотами губернатора Свердловской области и министра здравоохранения Свердловской области.

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»
Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза
в Российской Федерации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

ВОПРОСЫ ДОСТУПА МИГРАНТОВ К МЕРОПРИЯТИЯМ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ, ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА И ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

(Аналитический обзор)



Москва
2016



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Оценка работы противотуберкулезной службы Российской Федерации



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

Противотуберкулезная служба

Число юридических лиц сократилось с 2005 г. по 2017 г. – с 571 до 217.

Есть 166 ПТД (со стационаром – 148), 42 ТБ, 9 Центров.

Несмотря на уменьшение числа туберкулезных стационарных коек, число пациентов с туберкулезом на 1 койку сокращается (с 2009 г. по 2017 г.):

всего – с 3,5 до 2,8;

МБТ(+) – с 1,5 до 1,2.

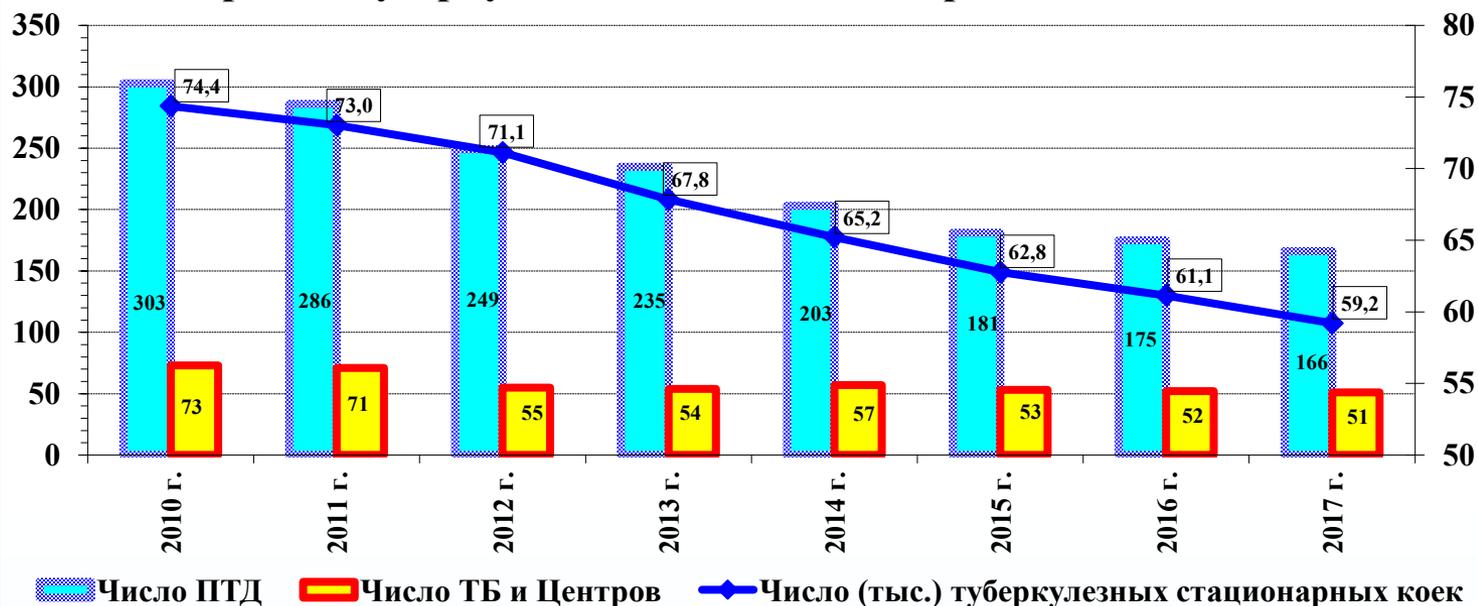
Растет число пациентов на 1 туберкулезную койку:

МЛУ-ТБ – с 0,4 до 0,6;

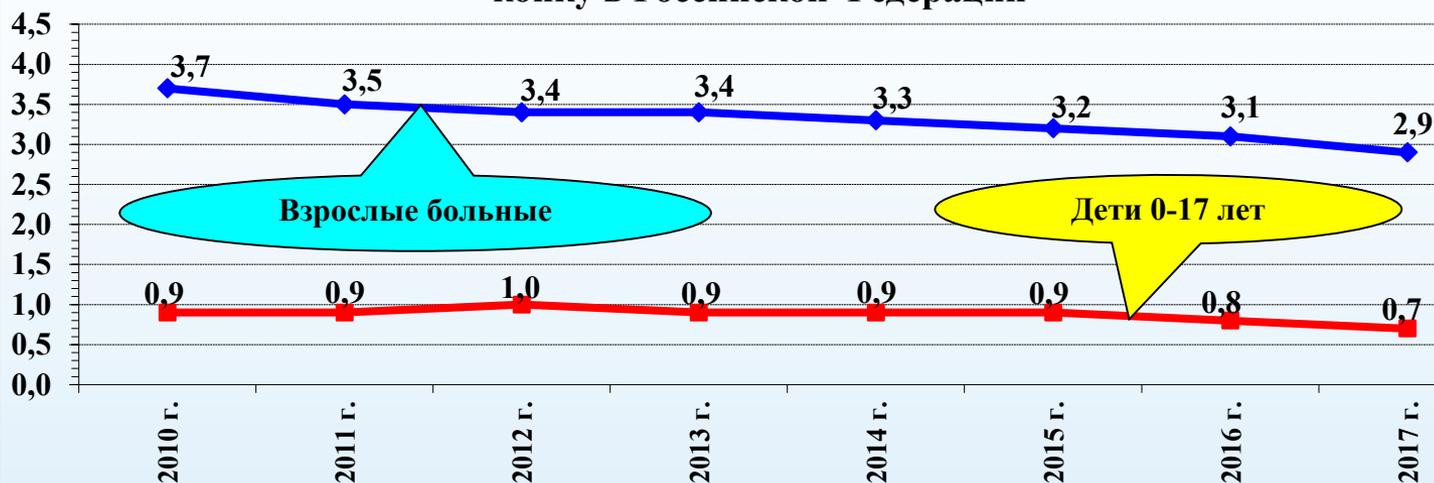
ВИЧ-ТБ – с 0,2 до 0,5.

Необходимо менять структуру коечного фонда. При этом не известно истинное число коек в противотуберкулезных медицинских организациях и их структура.

Противотуберкулезные медицинские организации России



Число пациентов с туберкулезом на 1 туберкулезную стационарную койку в Российской Федерации



Противотуберкулезная служба

Стационарные туб. койки:

Число коек сократилось с 2005 г. по 2017 г. – с 78505 до 59179 (на 24,6%).

Среднее число коек: в 9 Центрах – 516 коек, в 42 туберкулезных больницах – 254 коек, в 166 противотуберкулезных диспансерах – 277 коек.

Работа койки для взрослых – 315,3 дней, для детей – 315,6 дней.

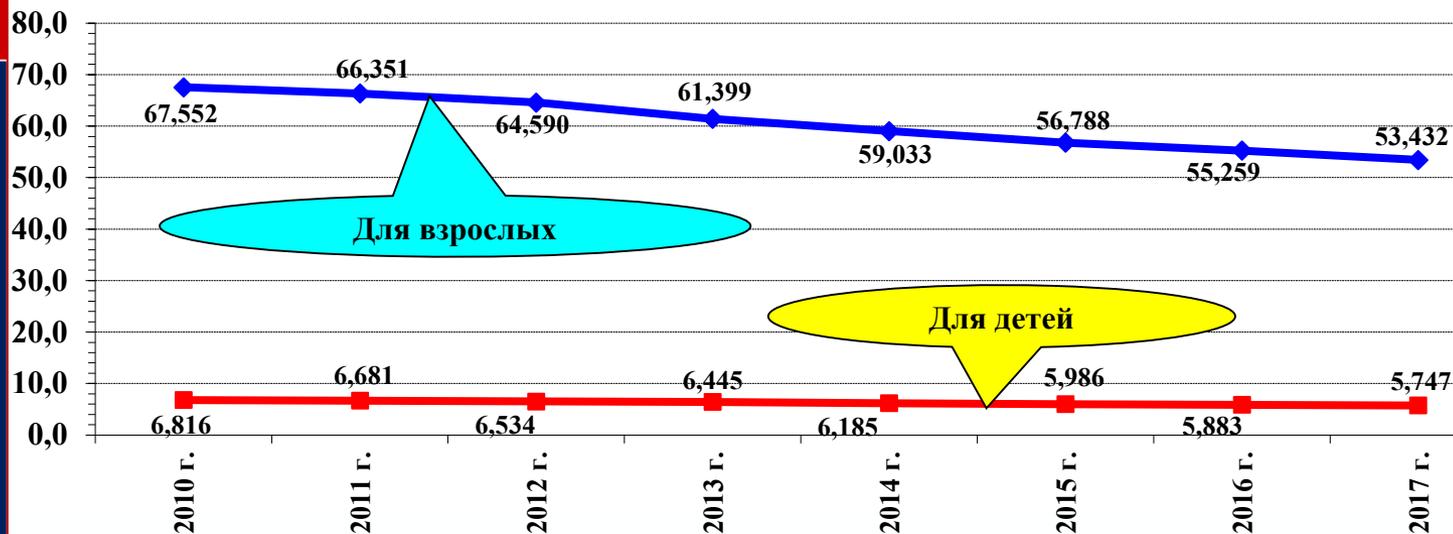
Санаторные туб. койки:

Число коек сократилось с 2005 г. по 201 г. – с 25003 до 12182 (на 51,3%).

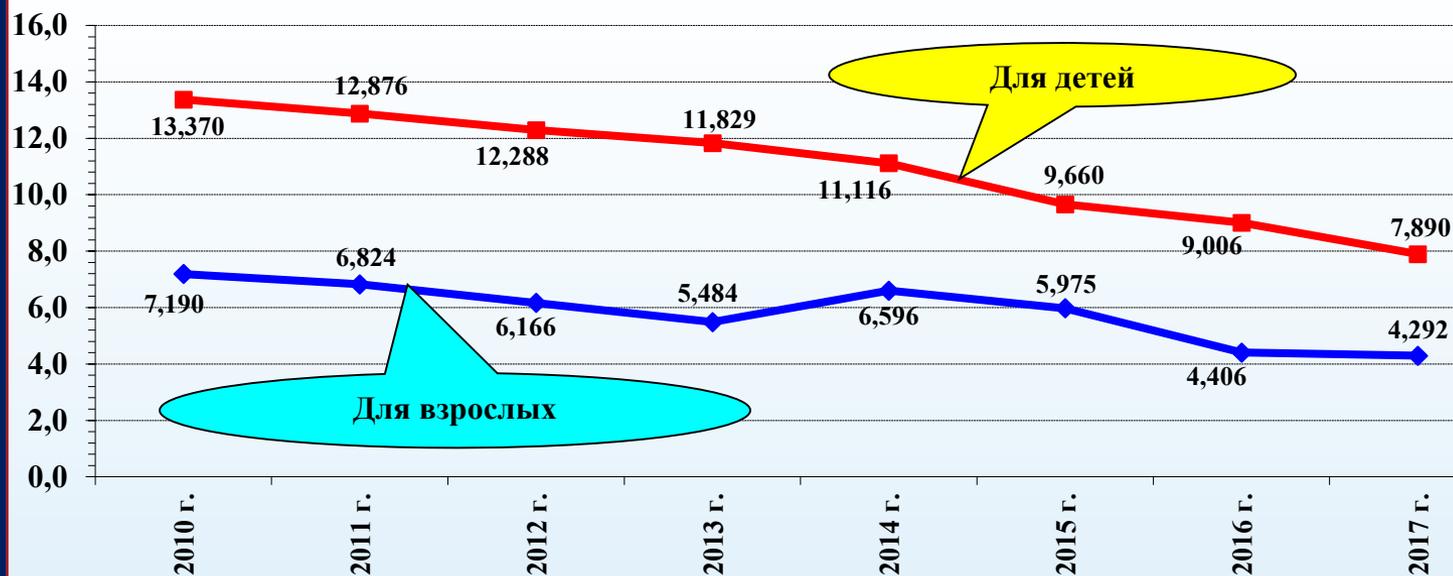
Среднее число коек на 1 санаторий – 134 (91 санаторий)

Работа койки для взрослых – 260,6 дней, для детей – 298,1 дней.

Число стационарных туберкулезных коек в России (тыс.)



Число санаторных туберкулезных коек в России (тыс.)



Противотуберкулезная служба

В туберкулезных больницах (42) и противотуберкулезных диспансерах (166) на 31.12.2017 г. имелось:

48 кабинетов компьютерной томографии;

6 кабинетов гемосорбции;

11 патологоанатомических отделений;

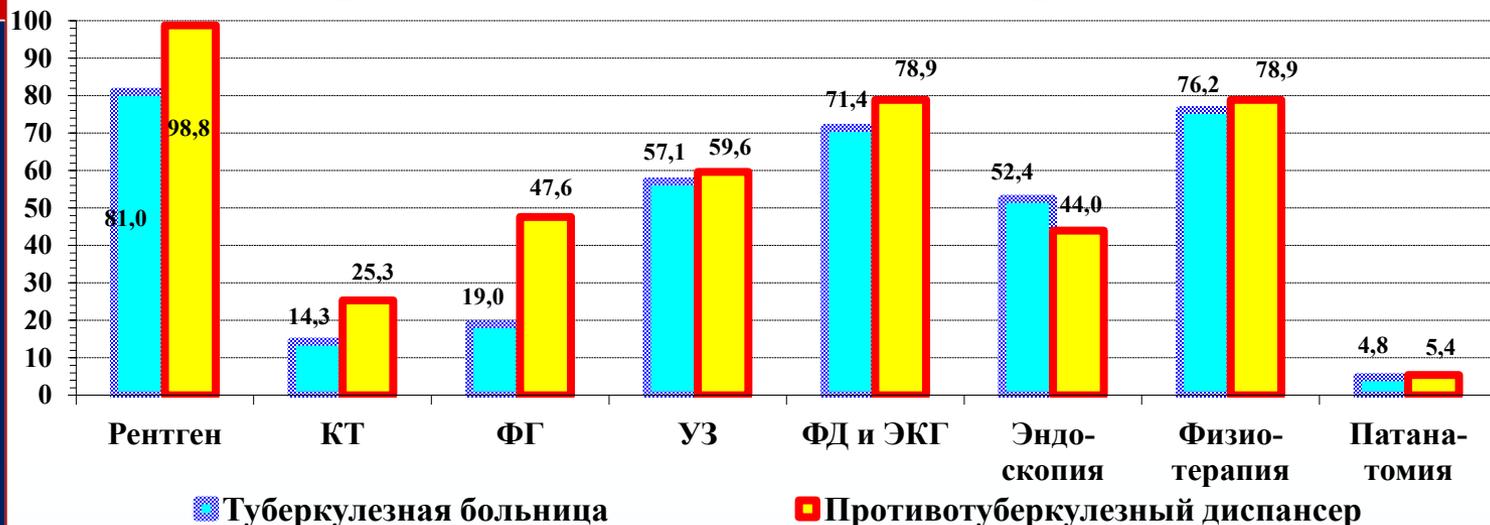
21 АСУ;

5 лабораторий иммунологических (серологических);

8 биохимических лабораторий ;

103 бактериологических лабораторий

Оснащенность противотуберкулезных медицинских организаций России на 31.12.2017 г. (проценты)



Оснащенность противотуберкулезных медицинских организаций России на 31.12.2017 г. (проценты)



- **Отчеты 2017 года. Медицинские организации (без ведомств):**
- Микроскопия по Циль-Нельсону осуществлялась в 5 497 лабораториях (2016 г. – 5 571).
- Люминесцентные микроскопы есть в 283 лабораториях (2016 г. – 288).
- **Из 285 бактериологических лабораторий тест на лекарственную чувствительность МБТ к ПТП основного ряда (ТЛЧ) выполняют в 209 – 73,3% (2016 г. – 217 из 305).**
- Кроме того: баклаборатории есть в 10 федеральных учреждениях, в 7 из них делали ТЛЧ.
- Региональные противотуберкулезные лабораторий: есть ВАСТЕС – в 120 (2016 г. – 118), *GeneXpert* – в 145 (2016 г. – 133), биочип-ТБ – в 13 (2016 г. – 15), LiPA – в 10 (2016 г. – 12), прочие технологии ПЦР – в 73 (2016 г. – 76).
- Кроме того, в 6 федеральных организациях есть технология ВАСТЕС.
- Большая часть бактериологических лабораторий, которые выполняют тесты на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) микобактерий туберкулеза, определяют чувствительность только к противотуберкулезным препаратам основного ряда. Тесты на ЛЧ к ПТП резервного ряда – 166 региональных лабораторий (79,4% от общего числа лабораторий, делающих тесты на ЛЧ).
- **Учреждения УИС:**
- Микроскопия по Циль-Нельсону осуществлялась в 461 лаборатории (2016 г. – 467).
- Люминесцентные микроскопы есть в 69 лабораториях (2016 г. – 84).
- **Из 82 бактериологических лабораторий ТЛЧ выполняют в 80, в т.ч. к ПТП резервного ряда - 76.**
- Есть ВАСТЕС – в 1 (2016 г. – 5), *GeneXpert* – в 53 (2016 г. – 49), биочип-ТБ – в 5 (2016 г. – 7), LiPA – в 2 (2016 г. – 0), прочие технологии ПЦР – в 5 (2016 г. – 6).
- **Прочие учреждения ведомств и частных медицинских организаций:**
- Микроскопия по Циль-Нельсону осуществлялась в 27 лабораториях (2016 г. – 28).
- Люминесцентные микроскопы есть в 21 лаборатории (2016 г. – 22).
- Технологии ПЦР – в 8 лабораториях (2016 г. – 11).



- **Участие в Федеральной системе внешней оценки качества лабораторных исследований Росздравнадзора (ФСВОК) – гражданский сектор и ФСИН (2017 год):**
- микроскопия мазка по Цилю-Нильсену: 926 лабораторий (охват – 15,5%), адекватная эффективность – 72,5%;
- культуральная диагностика: 111 баклабораторий (охват 30,2%), адекватная эффективность – 70,3%;
- тестирование чувствительности к ПТП основного ряда: 108 баклабораторий (охват – 37,4%), адекватная эффективность – 79,6%;
- тестирование чувствительности к ПТП резервного ряда: 104 баклаборатории (охват – 43,0%), адекватная эффективность – 86,5%;
- определение ДНК МБТ с использованием технологии GeneXpert: 11 лабораторий (охват 5,6%).
- **Недостаточное развитие бактериологической диагностики лекарственной чувствительности МБТ к ПТП приводит к неадекватному лечению пациентов и развитию МЛУ ТБ.**
- **Во всем мире до назначения ПТП резервного ряда необходимо определить чувствительность МБТ к ПТП, а в России – режим лечения стоимостью до 1-2,5 млн. рублей может назначаться «при подозрении на лекарственную устойчивость» без её определения.**
- При таком уровне развития бактериологической диагностики выполнение приказа Минздрава России от 29.12.2014 г. № 951, утвердившего методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания, приведет к появлению тотальной лекарственной устойчивости.



Противотуберкулезная служба

Число врачей фтизиатров с 2005 года по 2017 год сократилось с 9 027 до 7 081 человек (21,6%).

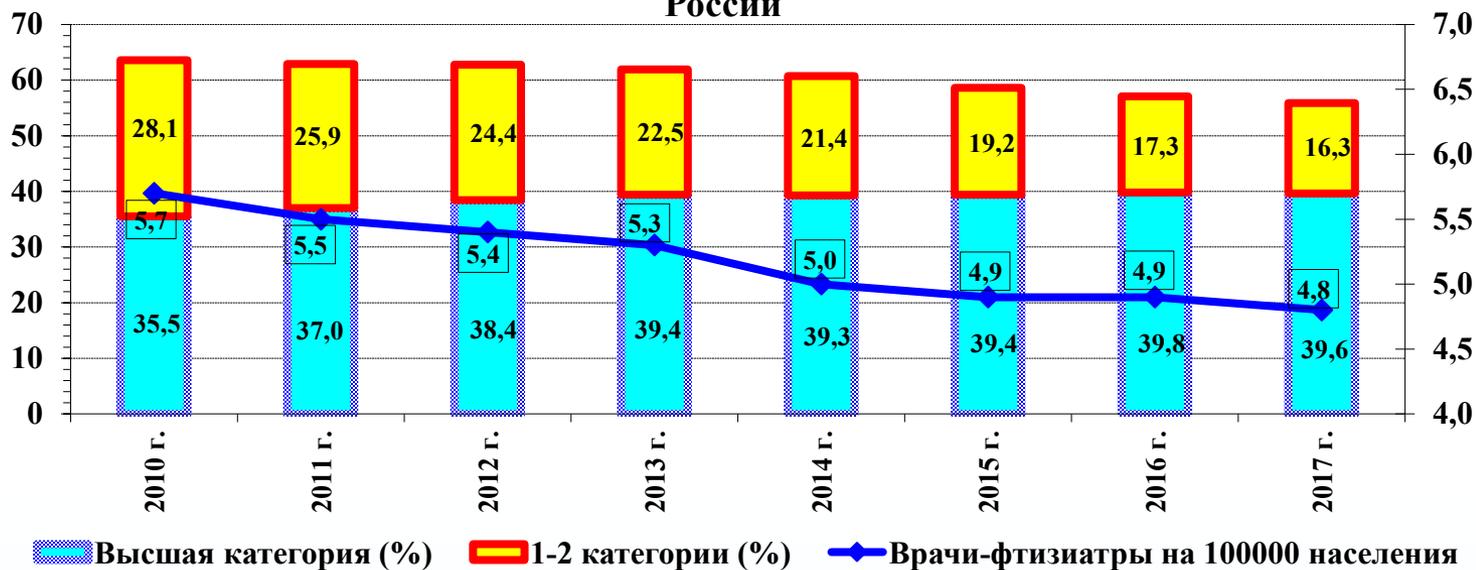
Выросла доля врачей, имеющих сертификат, – с 83,4% до 99,2%.

Коэффициент совмещения врачей фтизиатров – 1,6.

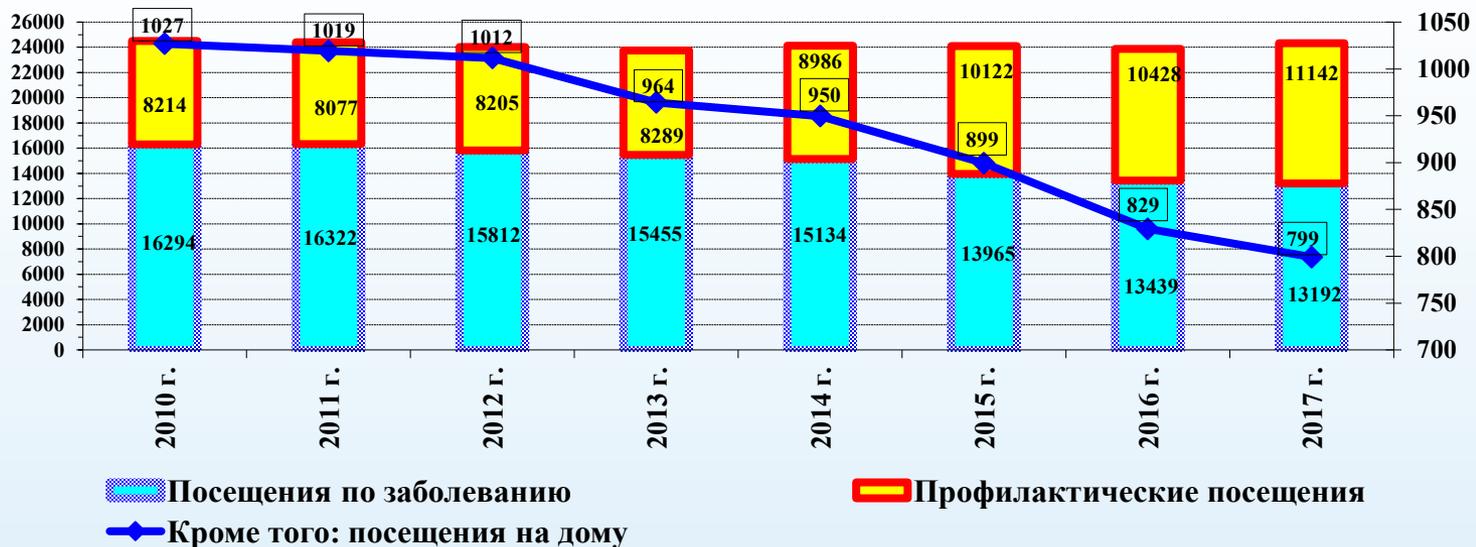
Растет доля профилактических посещений.

Посещения на дому сокращаются.

Число врачей-фтизиатров, имеющих врачебные категории, в России



Посещения к врачам-фтизиатрам в России (тыс.)



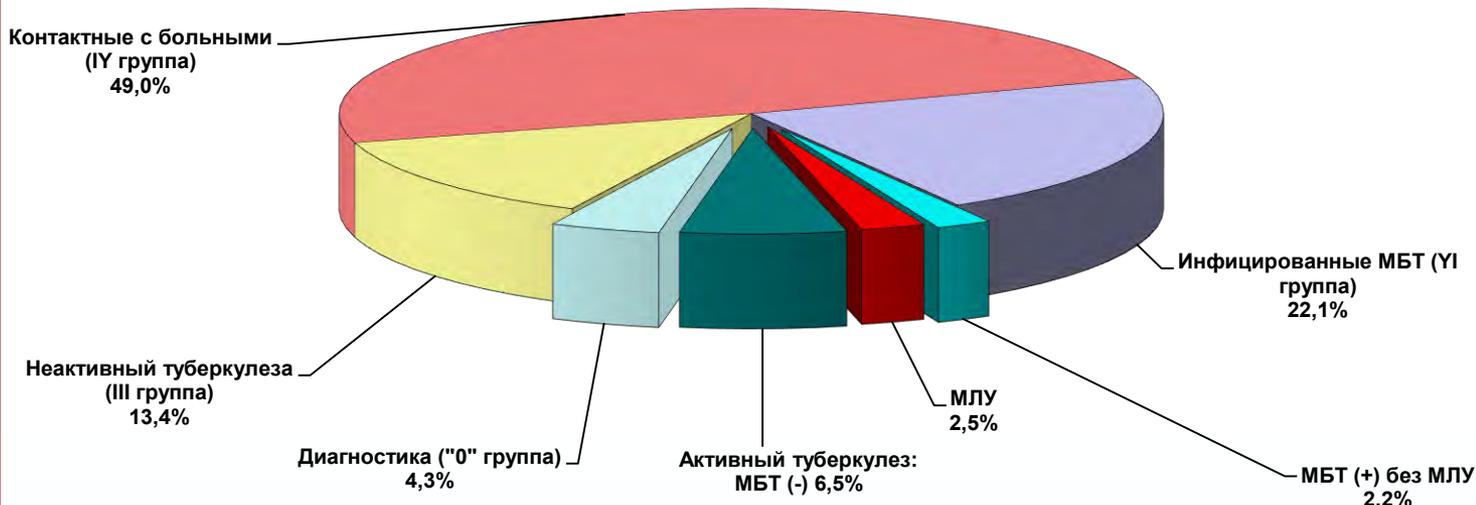
Противотуберкулезная служба

Пациенты с активным туберкулезом составляют только 11,2% от состоящих на учете в противотуберкулезных организациях.

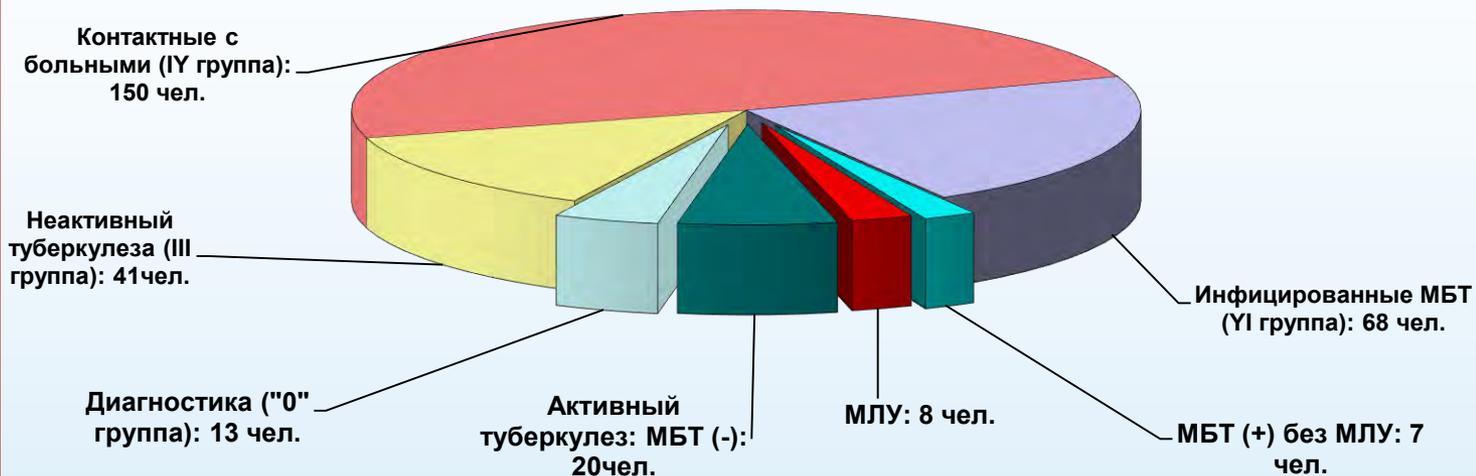
Остальные контингенты – группы риска по туберкулезу.

Участковые фтизиатры – 71,3% от занятых должностей врачей фтизиатров в поликлинике.

Контингенты противотуберкулезной службы Российской Федерации на 31.12.2017 г.: активный туберкулез - 11,2%; впервые выявленный туберкулез и рецидивы - 4,8%; ФКТ - 1,0%; МБТ(+) - 4,7%; МЛУ-ТБ - 2,5%

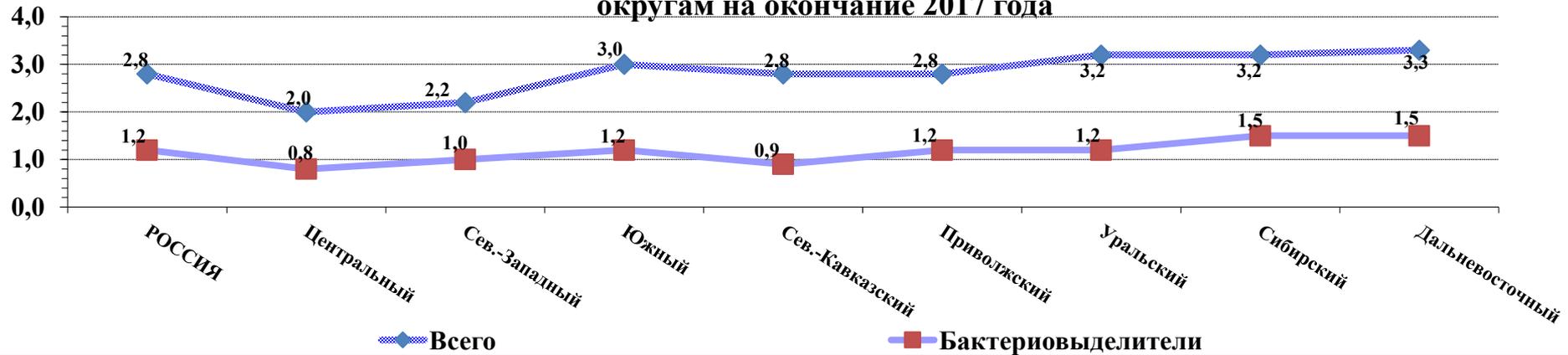


Среднее число пациентов на 1 занятую должность врача фтизиатра участкового (Российская Федерация, на 31.12.2017 г.): всего - 306 человек, в т.ч. с активным туберкулезом - 35 человека, с МЛУ - 8 человек



Противотуберкулезная служба

Число пациентов с туберкулезом на 1 туберкулезную койку в России по федеральным округам на окончание 2017 года



Менее 2 пациентов с туберкулезом на 1 туберкулезную койку: Белгородская область (0,8), Вологодская область (1,5), Воронежская область (1,8), Ивановская область (1,4), Калининградская область (1,9), Костромская область (1,1), Липецкая область (1,4), Магаданская область (1,3), Новгородская область (1,6), Орловская область (1,7), Рязанская область (1,8), Тамбовская область (1,9), Тульская область (1,8), республика Коми (1,6), республика Саха - Якутия (1,6), Ненецкий АО (0,2).

В Москве показатель 1,4. Но в стационарах Москвы лечатся в значительной части пациенты, которые не являются москвичами. Среди впервые зарегистрированных пациентов с туберкулезом на постоянное население приходится только 42%; жители других субъектах Российской Федерации – 20%, иностранные граждане – 32%.

В этих субъектах Российской Федерации необходимо решать вопрос о реорганизации коечного фонда. Чем должна заниматься противотуберкулезная служба, кроме туберкулеза?

На все противотуберкулезные мероприятия было затрачено в 2017 г. 85,0 млрд. руб. (2016 г. – 79,0 млрд. руб.). Подушевое финансирование – 579,2 руб./чел. (2016 г. – 537,0). Показатель колеблется от 312,0 (СКФО) до 1 072,1 (ДФО). За счет средств федерального бюджета – 13,3%; средств субъектов России – 74,9%; средств ТФОМС – 9,2%; муниципального бюджета – 0,1%, иностранных источников – 0,1%, прочих источников – 2,3%. Кроме того, на новое строительство зданий и сооружений противотуберкулезных организаций затрачено 1,1 млрд. руб. (2016 г. – 0,4 млрд. руб.).

Итого было затрачено в 2017 г. 86,2 млрд. руб. (2016 г. – 79,0 млрд. руб.).

Начисление на оплату труда в противотуберкулезных организациях: **врачи** – 79,9 тыс. руб./чел. в месяц (2016 г. – 70,3), от 45,3 (СКФО) до 102,5 (ДФО); **средний медицинский персонал** – 42,3 тыс. руб./чел. в месяц (2016 г. – 38,6), от 27,8 (СКФО) до 53,3 (ДФО); **прочий персонал** – 34,7 тыс. руб./чел. в месяц (2016 г. – 30,5), от 21,3 (СКФО) до 52,4 (ДФО).



Проект Глобальной стратегии и цели в области профилактики, лечения и борьбы с **ТУБЕРКУЛЕЗОМ** на период после 2015 года. Доклад секретариата ВОЗ от 14.04.2014 г. № А67/11

• **Снижение смертности от туберкулеза в процентах**

• (прогнозируемый базовый уровень 2015 года: 1,3 млн. случаев):

• **Контрольные целевые показатели:**

• 2020 год – 35%

• 2025 год – 75%

• 2030 год – 90%

• **Целевой показатель:**

• 2035 год – 95%

• **Снижение заболеваемости туберкулезом в процентах и в абсолютных выражениях**

• (прогнозируемый базовый уровень 2015 года: 110 на 100 000 населения):

• **Контрольные целевые показатели:**

• 2020 год – 20% (меньше 85 на 100 000 населения)

• 2025 год – 50% (меньше 55 на 100 000 населения)

• 2030 год – 80% (меньше 20 на 100 000 населения)

• **Целевой показатель:**

• 2035 год – 90% (меньше 10 на 100 000 населения)

• **Процент пострадавших семей, несущих катастрофические расходы в связи с туберкулезом**

(прогнозируемый базовый уровень в 2015 году: данные отсутствуют):

• **Контрольные целевые показатели:**

• 2020 год – Ноль

• 2025 год – Ноль

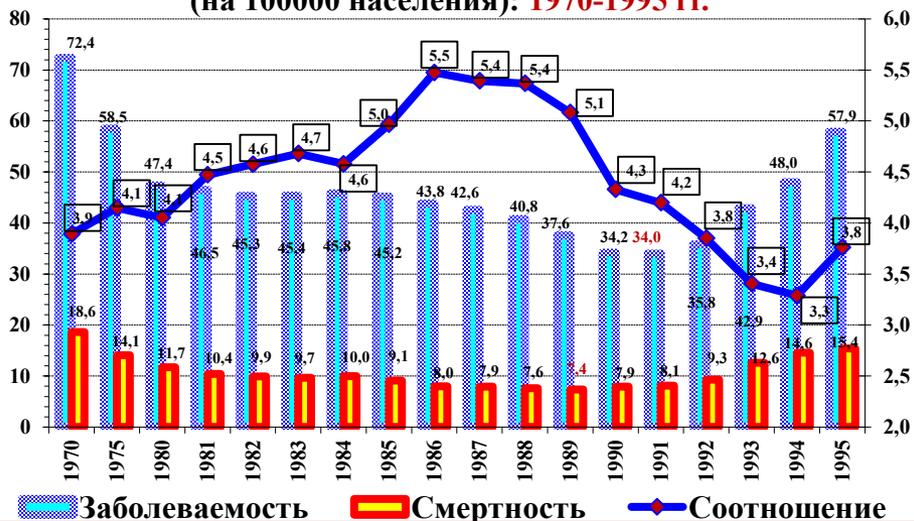
• 2030 год – Ноль

• **Целевой показатель:**

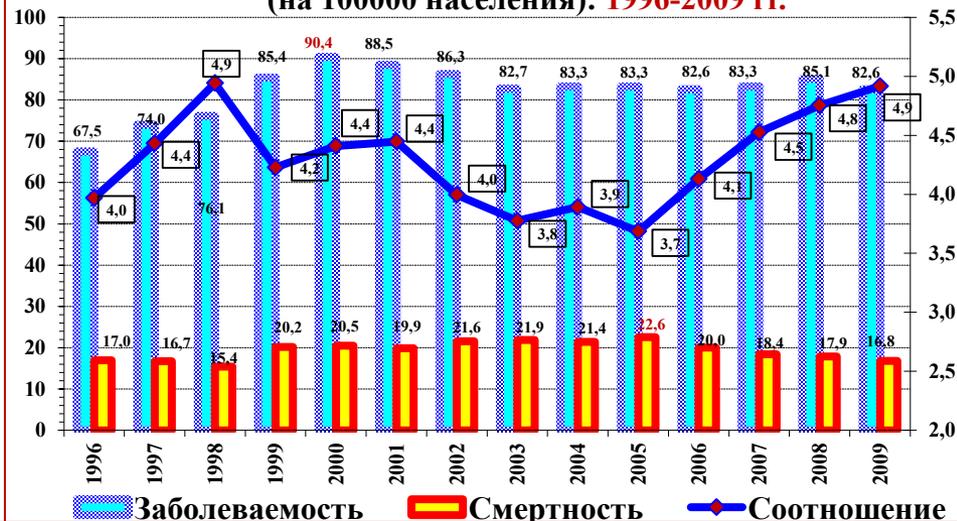
• 2035 год – Ноль



**Показатели по туберкулезу в России
(на 100000 населения): 1970-1995 гг.**



**Показатели по туберкулезу в России
(на 100000 населения): 1996-2009 гг.**



Прогноз показателей по туберкулезу в России (на 100000 населения)



Цель: снижение заболеваемости туберкулезом в России за 10 лет в 2 раза.

- **Субъекты Российской Федерации с низкой пораженностью населения туберкулезом (20 субъектов из 85).**
 - Территории, где низкая пораженность населения туберкулезом подтверждена высоким уровнем организации выявления туберкулеза (4 субъекта из 85): Воронежская, Ивановская, Липецкая и Тамбовская области.
- Снижение заболеваемости туберкулезом будет проходить небольшими темпами и до определенного уровня, который определяется уровнем инфицированности населения.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом можно сократить в 1,5-2 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.
- В этих субъектах необходимо переходить на организацию профилактических осмотров на туберкулез преимущественно групп риска по заболеваемости туберкулезом, прежде всего социально-неадаптированного населения: вышедшие из мест лишения свободы, регулярно нарушающие законодательство России, когда не подлежат лишению свободы, лица БОМЖ, мигранты (как иностранные граждане, так и граждане Российской Федерации); а также пациенты, страдающие социально-значимыми заболеваниями (наркомания, алкоголизм, ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С).
 - Территории с низкой пораженностью населения туберкулезом, которая не подтверждена высоким уровнем организации выявления туберкулеза (низкий уровень охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез, высокая доля деструктивных форм при туберкулезе легких) (8 субъектов из 85): город Санкт-Петербург, Архангельская, Белгородская, Вологодская, Калужская, Костромская и Мурманская области, Чеченская республика.
- В данных территориях в течение нескольких лет необходимо создать систему выявления туберкулеза, систему мониторинга выявления туберкулеза, которая не позволит завышать показатели охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез.
- В первые годы показатель заболеваемости будет расти и только через 2-3 года, когда будет достигнут хороший уровень организации выявления туберкулеза, показатели заболеваемости туберкулезом стабилизируются и начнут уменьшаться.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом в итоге можно сократить в 1,3-1,5 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.
 - Территории с низкой пораженностью населения туберкулезом со средним уровнем организации выявления туберкулеза (8 субъектов из 85): город Москва, Владимирская, Московская, Орловская, Пензенская, Рязанская, Ярославская области, Ненецкий автономный округ.
- Снижение заболеваемости туберкулезом будет проходить небольшими темпами и до определенного уровня, который определяется уровнем инфицированности населения.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом можно сократить в 2 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.



Цель: снижение заболеваемости туберкулезом в России за 10 лет в 2 раза.

- **Субъекты Российской Федерации с высокой пораженностью населения туберкулезом (20 субъектов из 85).**
 - Территории, где высокая пораженность населения туберкулезом сочетается с высоким уровнем организации выявления туберкулеза (8 субъектов из 85): Амурская, Астраханская, Волгоградская и Кемеровская области, республики Алтай и Тыва, Хабаровский край, Чукотский автономный округ.
- Снижение заболеваемости туберкулезом может проходить большими темпами, но длительный период и до определенного уровня, который определяется уровнем инфицированности населения.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом можно сократить в 2 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.
 - Территории, где высокая пораженность населения туберкулезом сочетается с низким уровнем организации выявления туберкулеза (2 субъекта из 85): Алтайский и Приморский края.
- В первые годы показатель заболеваемости будет расти и только через 2-3 года, когда будет достигнут хороший уровень организации выявления туберкулеза, показатели заболеваемости туберкулезом стабилизируются и начнут уменьшаться.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом в итоге можно сократить в 1,5-2 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.
 - Территории с высокой пораженностью населения туберкулезом со средним уровнем организации выявления туберкулеза (10 субъектов из 85): Иркутская, Курганская, Новосибирская, Оренбургская и Свердловская области, Камчатский, Красноярский и Пермский края, республика Калмыкия, Еврейская автономная область.
- Снижение заболеваемости туберкулезом может проходить большими темпами, но длительный период и до определенного уровня, который определяется уровнем инфицированности населения.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом можно сократить в 2,5 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.



Цель: снижение заболеваемости туберкулезом в России за 10 лет в 2 раза.

- **Субъекты Российской Федерации со средней пораженностью населения туберкулезом (45 субъектов из 85).**
 - Территории, где средняя пораженность населения туберкулезом сочетается с высоким уровнем организации выявления туберкулеза (8 субъектов из 85): Омская, Самарская, Саратовская и Смоленская области, Забайкальский и Краснодарский края, республика Саха (Якутия), Ямало-Ненецкий автономный округ.
- Снижение заболеваемости туберкулезом может проходить на уровне среднего снижения показателя по России, но достаточно длительный период и до определенного уровня, который определяется уровнем инфицированности населения.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом можно сократить в 2 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.
 - Территории, где средняя пораженность населения туберкулезом сочетается с низким уровнем организации выявления туберкулеза (10 субъектов из 85): город Севастополь, Псковская, Тверская и Томская области, республики Башкортостан, Дагестан, Карачаево-Черкесская, Карелия, Крым и Хакасия.
- В первые годы показатель заболеваемости будет расти и только через 2-3 года, когда будет достигнут хороший уровень организации выявления туберкулеза, показатели заболеваемости туберкулезом стабилизируются и начнут уменьшаться.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом в итоге можно сократить в 1,5-2 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.
 - Территории со средней пораженностью населения туберкулезом и со средним уровнем организации выявления туберкулеза (27 субъектов из 85): Брянская, Калининградская, Кировская, Курская, Ленинградская, Магаданская, Нижегородская, Новгородская, Ростовская, Сахалинская, Тульская, Тюменская, Ульяновская и Челябинская области, Ставропольский край, республики Адыгея, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Коми, Марий Эл, Мордовия, Северная Осетия-Алания, Татарстан, Удмуртская и Чувашская, Ханты-Мансийский автономный округ.
- Снижение заболеваемости туберкулезом может проходить на уровне среднего снижения показателя по России, но достаточно длительный период и до определенного уровня, который определяется уровнем инфицированности населения.
- За 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом можно сократить в 2,5 раза, если в субъекте нет высокой пораженности населения ВИЧ-инфекцией.



Цель: снижение заболеваемости туберкулезом в России за 10 лет в 2 раза.

- **Субъекты Российской Федерации с разной пораженностью населения туберкулезом, где основное влияние на развитие туберкулезного процесса в ближайшей и отдаленной перспективе будет играть ВИЧ-инфекция (31 субъект из 85):** Волгоградская, Ивановская, Иркутская, Кемеровская, Курганская, Ленинградская, Московская, Нижегородская, Новгородская, Новосибирская, Омская, Оренбургская, Самарская, Свердловская, Томская, Тверская, Тульская, Тюменская, Ульяновская и Челябинская области; Алтайский, Красноярский и Пермский края; республики Башкортостан, Крым, Татарстан и Удмуртская; Ханты-Мансийский автономный округ; города Москва, Санкт-Петербург и Севастополь.
- На развитие эпидемического процесса по туберкулезу в данных субъектах России существенное влияние сможет оказать организация и уровень проведения противотуберкулезных мероприятий среди инфицированных ВИЧ:
 - своевременность профилактических обследований на туберкулез,
 - качество проведения химиопрофилактики туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции,
 - осуществление прививок БЦЖ детям, родившимся от инфицированных ВИЧ матерей,
 - своевременность и качество лечения антиретровирусными и противотуберкулезными препаратами пациентов, заболевших туберкулезом.
- Для предотвращения заболевания туберкулезом важным является проведение химиопрофилактики туберкулеза (число клеток CD4 ниже 350 в 1 мл крови) при одновременном приеме АРВП.
- В других субъектах Российской Федерации также необходимо проводить все мероприятия, направленные на снижение заболеваемости туберкулезом инфицированных ВИЧ.



***Благодарю за
внимание !***



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru