

Оригинальная статья

УДК616-03:08

Состояние противотуберкулезной помощи населению Северо-Западного Федерального округа 2007-2012 годах

*В.Б.Галкин, Г.С.Баласанянц, Н.Ю.Исаева, О.И.Майорова.
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России.*

Резюме.

Представлен аналитический обзор динамики показателей эпидемической ситуации и состояния противотуберкулезной помощи населению территорий Северо-Западного федерального округа по материалам годовых отчетных форм федерального и отраслевого статистического наблюдения за 2007-2012 годы. Динамика основных эпидемических показателей по туберкулезу в территориях Северо-Западного федерального округа в целом имеет положительные тенденции. Их уровень в большинстве территорий ниже среднего по Российской Федерации. Наиболее стабильно благополучная обстановка наблюдается Новгородской и Вологодской областях. Улучшается ситуация в Архангельской области, а Санкт-Петербург наоборот постепенно сдает лидирующую позицию. Наиболее напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу остается республиках Коми и Карелия, а также в Калининградской области. Сравнительный анализ данных статистической отчетности выявляет и негативные тенденции. В Санкт-Петербурге отмечено заметное влияние на напряженность эпидемической ситуации миграционных процессов. Только в Санкт-Петербурге наблюдается рост заболеваемости и распространенности туберкулеза среди детей. В ряде территорий имеются отрицательные тенденции развития показателей, характеризующих качество выявления и диагностики туберкулеза. Очевидны значительные различия методических подходов к организации лечения, оценке его исхода и констатации клинического излечения. Несомненно негативное влияние на развитие эпидемической ситуации по туберкулезу оказывает распространение ВИЧ-инфекции, особенно в Ленинградской, Калининградской областях и Санкт-Петербурге. Оптимистичность ожиданий дальнейших тенденций также снижает и значительный рост распространенности МЛУ МБТ.

Ключевые слова: эпидемическая ситуация, туберкулез, ВИЧ-инфекция, множественная лекарственная устойчивость.

Введение.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии в течение многих десятилетий является головным организационно-методическим центром по туберкулезу за Северо-Западом России, его сотрудники проводят постоянный мониторинг показателей эпидемической ситуации и состояния противотуберкулезной помощи населению территорий Северо-Западного федерального округа. Данный аналитический обзор проведен по материалам годовых отчетных форм федерального и отраслевого статистического наблюдения за 2007-2012 годы [1, 2, 3, 4]. Несмотря на то, что в Северо-Западный регион России относится к одним из наиболее благополучных по туберкулезу [5], сравнительный анализ показателей позволяет выявить существующие проблемы.

Целью исследования являлось изучение динамики показателей эпидемической ситуации и качества противотуберкулезных мероприятий в территориях Северо-Западного федерального округа (СЗФО) Российской Федерации.

Материалом исследования служили показатели состояния противотуберкулезной помощи, рассчитанные по данным годовых отчетных форм федерального (№8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», №33 «Сведения о больных туберкулезом») и отраслевого (№7-ТБ «Сведения о впервые выявленных больных и рецидивах заболеваний туберкулезом», №8-ТБ «Сведения о результатах курсов химиотерапии больных туберкулезом легких») статистического наблюдения за 2007-2012 годы. При расчете показателей использованы данные о численности населения Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) (<http://www.fedstat.ru>).

Результаты исследования. Всего на территории СЗФО в 2012 году зарегистрировано 7117 новых случаев заболевания туберкулезом (ТБ), что на 1507 больных меньше, чем в 2008 году (-17,5%).

На фоне снижения общего количества заболевших в последние 2 года произошло значительное увеличение впервые выявленных из числа жителей других территорий, особенно в Санкт-Петербурге, где они стали регистрироваться с 2008 года и их количество выросло с 38 до 558 заболевших в 2011 году и 475 в 2012 году, из которых до 90% – иностранцы. Это обусловлено повышением качества регистрации этой категории больных.

Количество зарегистрированных больных среди лиц БОМЖ выросло со 191 человека (2,3% заболевших) в 2007 году до максимального уровня в 2009 году – 274 человека (3,2%), а затем снова снизилось до 199 человек в 2012 году, но их доля снизилась менее значительно – до 2,8%, что выше среднероссийского уровня (2,2%).

Среди контингентов ФСИН, составляющих 11-14% заболевших, прослеживается тенденция к снижению: с 2010 года в учреждениях ФСИН регистрировалось менее 1000 новых случаев заболевания ТБ, по

сравнению с 2009 годом их количество сократилось 30% (с 1201 до 841 в 2012 году).

Территориальный показатель заболеваемости туберкулезом в СЗФО в 2012 году составил 52,1 на 100000 (по РФ – 68,2), что на 18,6% ниже уровня 2008 года. Наименьший уровень заболеваемости в 2012 году наблюдается в Мурманской (35,5), Вологодской (40,2) и Архангельской (42,8) областях и Ненецком АО (42,4). Наиболее высокая заболеваемость: в Калининградской (70,8), Псковской (67,2), Ленинградской (64,2) областях и республике Коми (73,8).

В большинстве территорий наблюдаются явные тенденции к снижению показателя (рисунок 1), причем пик заболеваемости пришелся в Псковской области на 2008 год, в Ленинградской области на 2009 год, а в Ненецком АО – на 2010 год. Наиболее выраженное снижение показателя отмечается в Калининградской области на 47%: со 134,0 в 2007 году до 70,8 в 2012. Только в Санкт-Петербурге его уровень вырос в 2011 году по отношению к 2007 году (37,3) на 30% до 48,3, что в основном связано с повышением качества регистрации заболевших среди мигрантов.

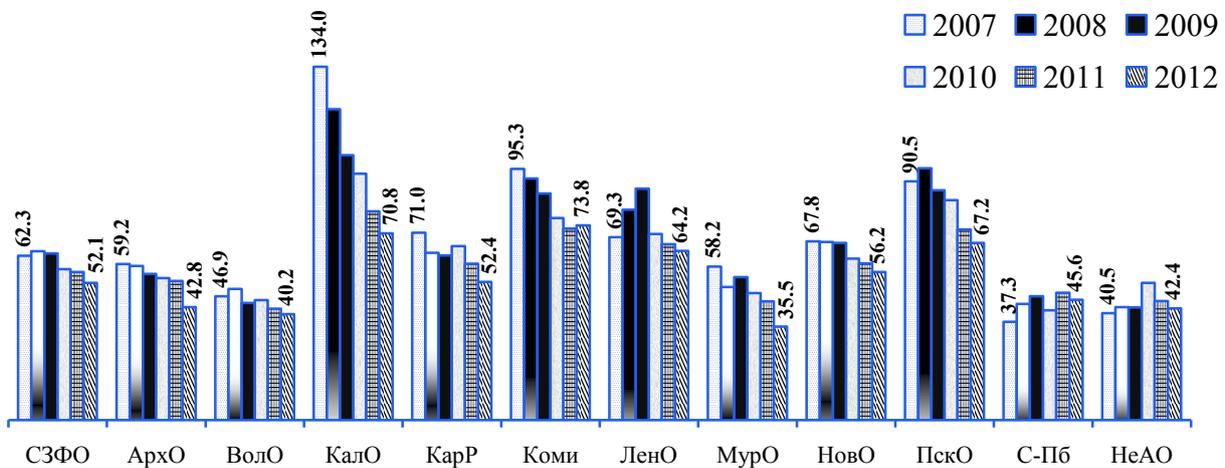


Рисунок 1. Заболеваемость туберкулезом в территориях СЗФО (форма 8, на 100000).

Следует обратить внимание на снижение за 5 лет заболеваемости тяжелой формой туберкулеза легких (ТЛ) – фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТЛ) – на 40% с 1,08 до 0,65 на 100000, в том числе до 0 в Новгородской области (в 2007 – 1,37, в 2011 – 0) и до 0,08 в Архангельской области (в 2007 – 0,71, в 2011 – 0,25). Наиболее высокий уровень

показателя в 2012 году отмечен в Калининградской области – 2,64 на 100000 (в 2007 – 2,77, в 2011 – 2,44).

Отмечается стойкая тенденция к снижению заболеваемости внелегочным туберкулезом (ВЛТ) на 28% с 2,15 в 2007 году до 1,55 в 2012 году (по РФ на 23% – с 2,79 до 2,16).

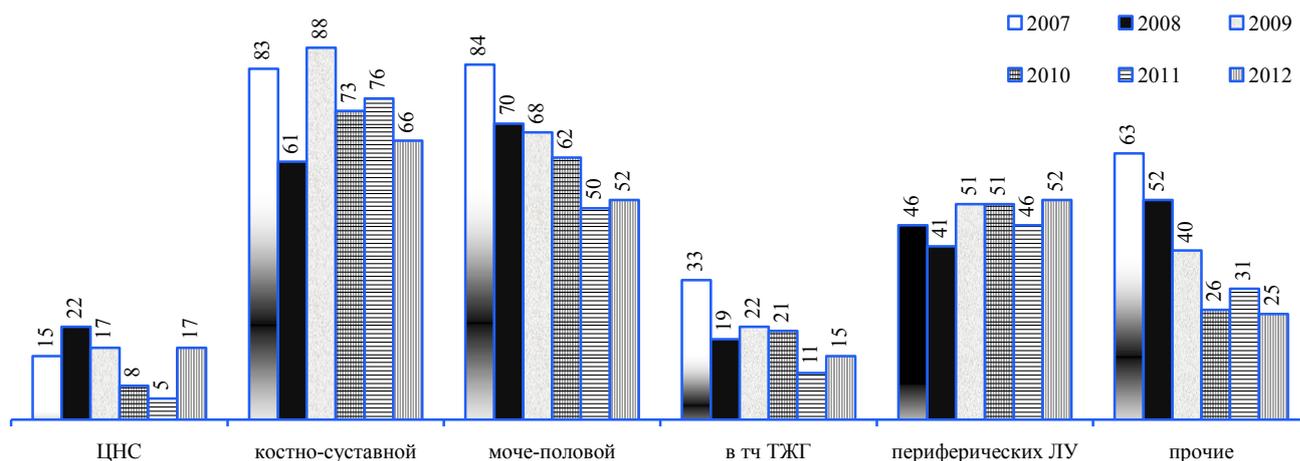


Рисунок 2. Количество зарегистрированных случаев заболевания ВЛТ (форма 8).

До 2011 года отмечалось резкое снижение количества заболевших ТБ ЦНС с 22 случаев до 5 (рисунок 2), причем в 2010-2011 годах эта локализация процесса не регистрировалась у детей (в 2009 было по 1 случаю в Санкт-Петербурге и Ленинградской области). Однако в 2012 году вновь наблюдается рост до 16 случаев среди взрослых (половина приходится на Санкт-Петербург у лиц в возрасте 18-40 лет, что может быть связано с сочетанной патологией ВИЧ/ТБ) и 1 случай у ребенка до 4 лет в Ленинградской области.

Снижение более чем в 2 раза количества «прочих» локализаций ТБ может быть обусловлено как уменьшением количества тяжелых форм с поражением абдоминальных органов, так и более вероятным снижением внимания к ТБ органа зрения, которые с 2009 года перестали выделяться в отчетных формах. Кроме того, генерализованные формы туберкулеза с поражением разных органов могут быть зарегистрированы по любой «ведущей» локализации, в том числе ТЛ.

Следует отметить, что количество выявленных больных костно-суставным туберкулезом имеет незначительную тенденцию к снижению, а туберкулезом периферических лимфоузлов изменилось незначительно. На этом фоне выраженное снижение регистрации мочевого туберкулеза (МПТ), включая ТБ женских гениталий (ТЖГ) в существующей эпидемической ситуации можно расценить как признак недостаточной активности выявления признаков этой патологии врачами ОЛС. Если в последние 2 года в Вологодской области выявляется по 10-13 больных

МПТ (в 2006-2010 – по 3-8 больных), то в Карелии, Ленинградской, Псковской и Мурманской областях только 0-1 случай в год. Большое количество случаев ТЖГ регистрируется в республике Коми – 7-10 случаев в год, в остальных территориях, включая Санкт-Петербург, в последние 2 года не более 2 случаев.

Заболеваемость детей (0-14 лет) за 5 лет в СЗФО снизилась на 28% с 17,7 до 12,8 на 100000 детского населения (по РФ в 2012 – 16,6). Аналогичная тенденция проявляется и среди подростков: снижение показателя на 25% с 25,4 до 19,1 на 100000 (по РФ – 32,1).

Наиболее выраженное снижение показателя – в 2,5 раза с 71,2 до 27,9 на 100000 – наблюдается в Калининградской области (рисунок 3). Уже давно высказывалось мнение, что рекордные для России показатели заболеваемости детей в этой области во многом являлись следствием гипердиагностики. Возможно, вышеописанная тенденция обусловлена пересмотром методических подходов к диагностике детского ТБ и внедрением новых более объективных методов обследования. Санкт-Петербург – единственная территория в СЗФО, где не отмечено снижение заболеваемости детей. Несмотря на сравнительно низкий уровень общей заболеваемости ТБ, по заболеваемости детей Санкт-Петербург последние 4 года занимает второе место после Калининградской области.

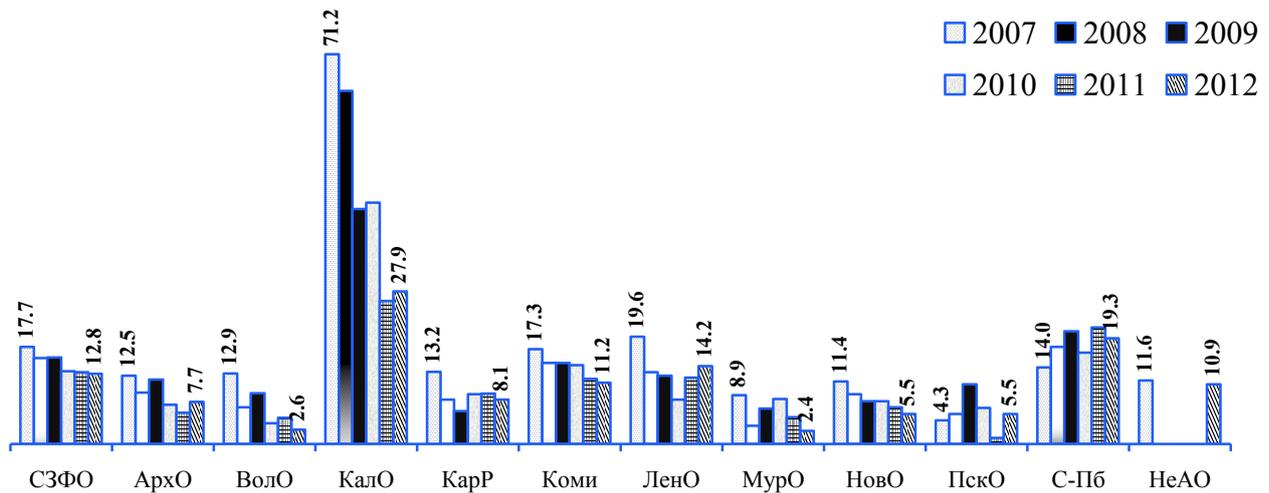


Рисунок 3. Заболеваемость ТБ детей до 14 лет в территориях СЗФО (форма 8, на 100000).

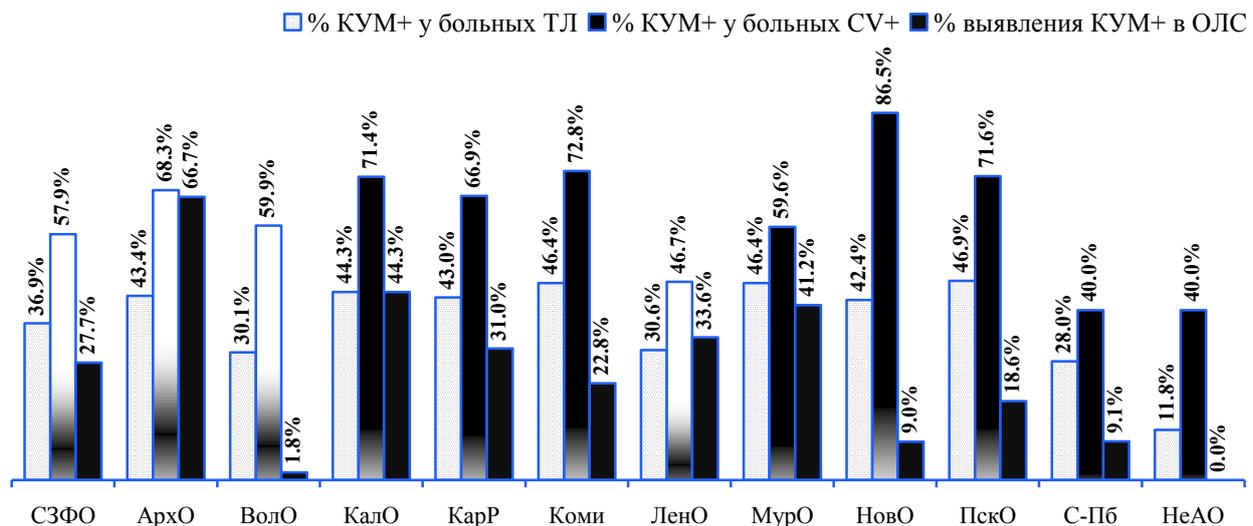


Рисунок 4. Результаты микроскопии мокроты у больных ТЛ в территориях СЗФО (форма 7-ТБ без ФСИН, когорта 2011 года, %).

Заболеваемость заразными формами туберкулеза снизилась на 19% с 29,2 на 100000 в 2007 году до 23,7 в 2012 (по РФ – 28,6).

По данным формы 7-ТБ эффективное применение микроскопии мокроты для выявления и диагностики ТБ с определением КУМ более чем у 40% больных ТЛ (по РФ – 33,5%) отмечено в большинстве территорий СЗФО (рисунок 4), а при наличии у них фазы распада этот показатель увеличивается до 71-86% (по РФ – 58,0%). В Архангельской области у 66,7% больных ТЛ, у которых выявлены КУМ в мокроте, положительные результаты получены в лабораториях общей лечебной сети (ОЛС).

Наиболее низкая результативность микроскопии мокроты наблюдается в Вологодской области (30,1%), в Ленинградской области (30,6%), Санкт-Петербурге (28,0%) и Ненецком АО (11,8%). В Вологодской области ее результативность при наличии фазы распада повышается до 59,9%. В Ленинградской области, Ненецком АО и Санкт-Петербурге даже при наличии распада результативность микроскопии составляет 40-48%, что свидетельствует о низком качестве проведения исследования.

Следует отметить крайне низкий уровень частоты получения положительных результатов на этапе обследования в ОЛС в Вологодской области

(1,8%), Ненецком АО (0%), а также в Новгородской области (9,0%) и Санкт-Петербурге (9,1%), что является следствием отсутствия контроля и учета лабораторной диагностики туберкулеза в ОЛС в этих территориях.

Положительной тенденцией представляется снижение в 2 раза количества впервые выявленных больных, у которых диагноз установлен посмертно (с 267 в 2007 до 124 в 2012), однако она связана не столько со снижением смертности, сколько с

изменением в последние годы контроля регистрации причин смерти при оформлении свидетельств о смерти. Наибольший уровень данного показателя регистрируется в Калининградской области (2,6) и республике Коми (2,1) (по СЗФО – 0,9, по РФ – 1,1).

Показатель смертности от туберкулеза на территории СЗФО снизился на 42,5% с 15,7 на 100000 в 2007 году до 9,0 в 2012.

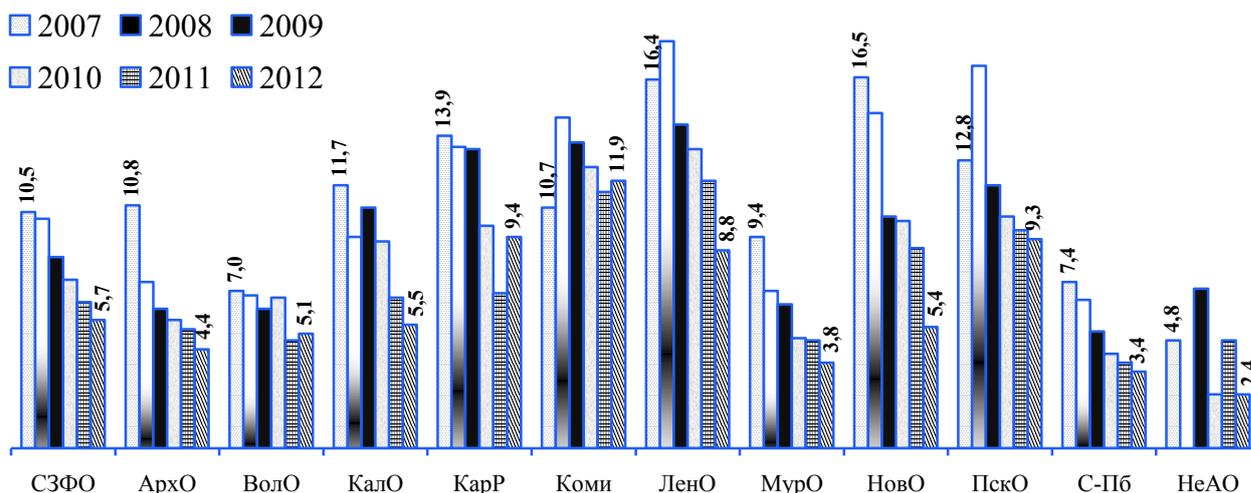


Рисунок 5. Смертность от туберкулеза больных, состоявших на диспансерном учете, в территориях СЗФО (форма 33, на 100000).

Смертность от туберкулеза больных, состоявших на диспансерном учете, за 5 лет снизилась на 46% с 10,5 до 5,7 на 100000 (по РФ – 9,3), причем 26,7% больных умирает в течение первого года наблюдения (в 2007 – 30,2%, по РФ в 2012 году – 18,5%). Во всех территориях СЗФО наблюдается тенденция к снижению уровня смертности (рисунок 6). Наиболее низкий уровень показателя в 2012 году отмечается в Санкт-Петербурге (3,4), в Архангельской (4,4), Мурманской (3,8) областях и Ненецком АО (2,4).

Наиболее высокий уровень смертности от туберкулеза – 11,9 на 100000 – наблюдается в республике Коми, причем 28,3% из них погибают на первом году наблюдения, что свидетельствует о значительных проблемах в области со своевременностью выявления туберкулеза. Высокий уровень показателя смертности в сочетании с большой долей умерших в течение года отмечается также в Ленинградской области (соответственно 8,8 на 100000, 28,3%), Карелии (9,4 и 33,3%) и Псковской области (9,3 и 30,6%).

В территориях с высоким распространением ВИЧ-инфекции у значительной части умерших больных туберкулез расценивается как вторичное заболевание и случай смерти регистрируется как смерть от ВИЧ-

инфекции (B20.0 по МКБ-10). В Ленинградской области в 2012 году на 152 случая смерти от туберкулеза больных, состоявших на учете, пришлось еще 129 случаев смерти больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции, что поднимает суммарный показатель смертности до 20,0 на 100000. В Санкт-Петербурге соответственно: 166 и 192 больных – 11,2 на 100000.

Среди постоянных жителей СЗФО в 2011 году всего взято на диспансерный учет 5308 новых случаев заболевания туберкулезом, что на 21% меньше, чем в 2007 году (6698), в том числе 5130 больных ТОД и 178 больных ВЛТ. Показатель заболеваемости основного населения СЗФО за 5 лет снизился на 22% с 49,5 до 38,9 на 100000 (по РФ в 2012 году – 55,1).

Заболеваемость ТОД с бактериовыделением в СЗФО снизилась на 22% с 25,1 до 19,6 на 100000 (по РФ в 2012 – 24,8), при этом удельный вес бактериовыделителей практически не изменился (52,6-52,0%, по РФ в 2012 году – 46,7%). Показатель заболеваемости ТЛ с деструкцией легочной ткани снижался более высокими темпами – на 29% с 25,2 до 18,0 на 100000 (по РФ в 2012 – 22,1), частота фазы распада уменьшилась с 58,8% до 52,9% (по РФ в 2012 – 44,9%). При этом соотношение количества больных

МБТ+/CV+ – повысилось с 1,00 до 1,09 (по РФ в 2012 – 1,12). На первый взгляд это явные признаки выявления туберкулеза на более ранних стадиях и улучшения качества бактериологического обследования, однако имеются и негативные симптомы. Следует обратить внимание – несмотря на то, что уровень заболеваемости по СЗФО примерно на 30% ниже среднероссийского, частота фазы распада заметно выше. Неблагополучные тенденции в выявлении туберкулеза подтверждаются низким уровнем частоты выявления взрослых больных активным путем (при профосмотрах) в 2006 году – 51,3%, в 2010 году – 49,5%, в 2011 – 51,1%, в 2012 – 52,6%, что значительно ниже, чем в среднем по РФ (59,1%). Наиболее высокий показатель в Новгородской области (62,5%) и Ненецком АО (88,2%), а самый низкий – в Карелии (43,9%),

Псковской области (46,2%), Санкт-Петербурге (47,7%) и Мурманской области (49,8%).

Показатель рецидивов в СЗФО за 5 лет снизился на 7% с 6,6 до 6,2 на 100000 (по РФ в 2012 – 8,2). Ожидаемого повышения частоты рецидивов в связи с ликвидацией бывшей второй ГДУ для больных с «затишающей активностью процесса» и перехода на укороченные курсы ХТ не происходит. Более того, за последние 5 лет в среднем по СЗФО частота рецидивов из 3 ГДУ («ранние рецидивы») снизилась с 46,5 до 43,3%. Возможно, на это влияет и существующая в некоторых территориях практика передержки больных с успешно законченным курсом лечения на учете в активной группе диспансерного учета.

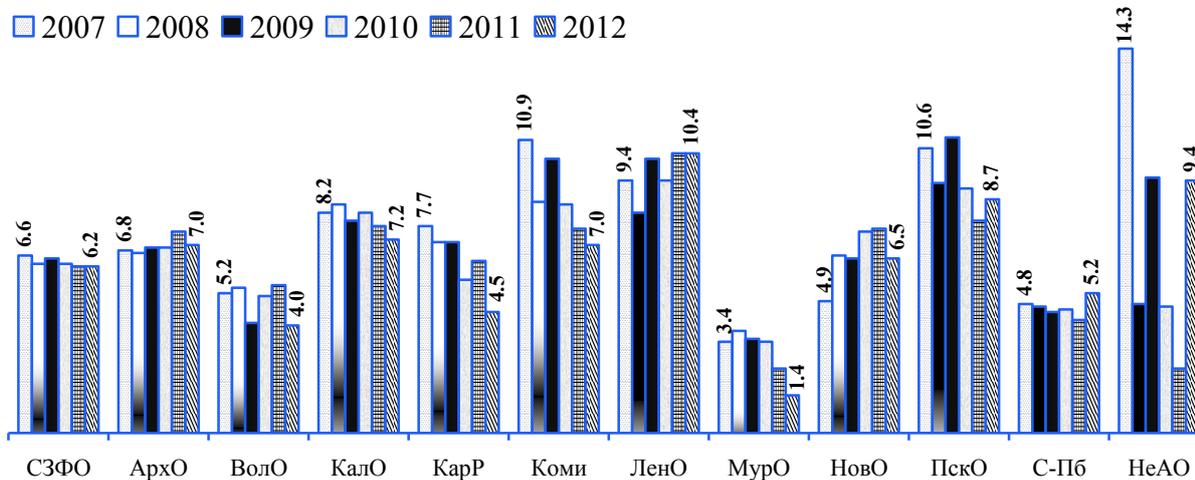


Рисунок 6. Рецидивы туберкулеза в территориях СЗФО (форма 33, на 100000).

По территориям наблюдается значительный разброс уровня этих показателей и их динамики (Рисунок 6). В Ленинградской области показатель вырос с 9,4 в 2007 году до максимального по СЗФО в 2012 году уровня – 10,4 на 100000 при 39,4% частоте возникновения в 3 ГДУ. В Новгородской рост рецидивов отмечался до 7,6 в 2011 году, в 2012 показатель снизился 6,5. В Архангельской области и Санкт-Петербурге наблюдается стабилизация уровня показателя с намеком на тенденцию к росту. Наиболее выраженное снижение уровня рецидивов – в республике Коми: на 36% с 10,9 в 2007 году до 7,0 в 2012, но частота выявления в 3 ГДУ выросла до 58,1%. Уровень этих показателей во многом обусловлен строгостью соблюдения стандартов режима (длительности) ХТ и своевременности регистрации клинического излечения с переводом в 3 ГДУ.

Динамика показателя распространенности туберкулеза в СЗФО имеет стойкую тенденцию к

снижению на 25% за 5 лет с 135,2 на 100000 в 2007 году до 101,1 в 2012 году, что на 36% ниже среднероссийского уровня (по РФ в 2012 году – 158,0). Еще более быстрыми темпами (-29%) снизилась распространенность ТБ в детском возрасте (0-17 лет) с 22,0 на 100000 детского населения в 2007 году до 15,7 в 2012 году, что на 33% ниже среднероссийского уровня (по РФ в 2012 году – 23,4). Следует заметить, что выраженное снижение (-45%) показателя произошло среди детей подросткового возраста (15-17 лет): с 34,5 до 19,1.

Снижение распространенности туберкулеза среди детей до 14 лет в СЗФО наблюдалось до 2010 года (14,0 на 100000 детского населения): на 25% по сравнению с уровнем 2007 года (18,6). К 2012 году показатель вырос на 8% по отношению к уровню 2010 года до 15,1.

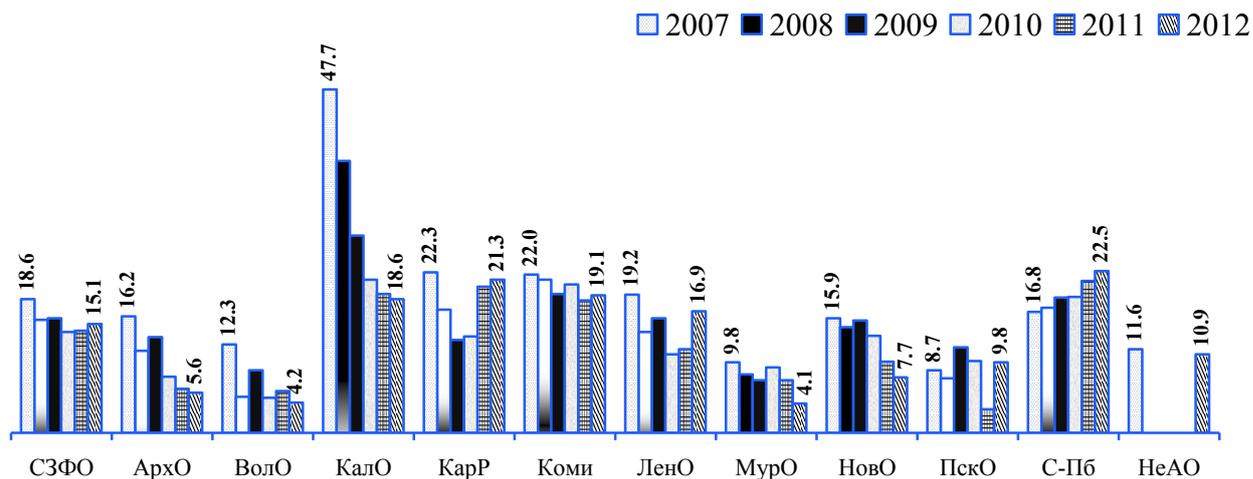


Рисунок 7. Распространенность туберкулеза среди детского населения (0-14 лет) в территориях СЗФО (форма 33, на 100000).

Наиболее выраженное снижение показателя (рисунок 7) отмечается в Калининградской области на 61% с 47,7 в 2007 году до 18,6 в 2012 году, до уровня уже ниже, чем в республиках Карелия (21,3) и Коми (19,1), а так же в Санкт-Петербурге (22,5), где произошел наиболее выраженный рост показателя на 34% за 5 лет (в 2007 – 16,8).

Продолжается снижение зарегистрированной распространенности внелегочного ТБ на 42% с 7,5 до 4,4 на 100000 (по РФ в 2012 году – 8,4), что также как и в случае заболеваемости менее всего отмечается в отношении костно-суставной локализации (-24% с 1,77 до 1,35 на 100000).

Отмечается положительная тенденция снижения распространенности наиболее тяжелой формы – фиброзно-кавернозного туберкулеза легких с 9,0 до 7,4 на 100000, что в 2,4 раза ниже среднероссийского уровня (по РФ – 17,5). Количество бактериовыделителей снижается пропорционально общему количеству больных ТБ, их удельный вес незначительно снизился до 46,2% в 2012 году, что немного выше среднероссийского уровня (по РФ – 41,3%), но может быть объяснено более высоким качеством бактериологического обследования в СЗФО.

Особо сильное беспокойство вызывает рост количества больных ТОД, у которых выделены культуры МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). За 5 лет по данным формы №33 частота выявления МЛУ у бактериовыделителей выросла: среди впервые выявленных больных на 65% (с 15,7% в 2007 году до 26,0% в 2012 году, по РФ в 2012 – 20,3%), среди рецидивов на 53% (с 30,7% до

46,9%, по РФ в 2012 – 36,3%), среди контингентов на 65% (с 33,0% до 54,5%, по РФ в 2012 – 46,1%)¹.

По данным формы 7-ТБ, где содержатся более полные данные² о количестве выявленных больных с МЛУ, в Архангельской, Ленинградской, Новгородской областях и Карелии МЛУ выявляется у каждого третьего впервые выявленного бактериовыделителя, а среди рецидивов их доля достигает 59-75% (рисунок 8).

Распространенность ТБ с бактериовыделением за 5 лет снизилась на 28% с 64,5 до 46,7 на 100000 (по РФ – 65,3). Тенденция уменьшения уровня показателя прослеживается во всех территориях СЗФО. Наибольшее снижение отмечено в Архангельской области – на 52% с 54,5 до 26,1, наименьшее в республике Коми – на 9,4% с 86,5 до 78,3. Однако анализ этой динамики с учетом фактора МЛУ выявляет разнонаправленные динамические тенденции в территориях СЗФО.

Как видно на диаграмме 9, в большинстве территорий на фоне явного снижения показателя распространенности туберкулеза с бактериовыделением без МЛУ, отмечается более или менее выраженная тенденция к росту распространенности заболевания с выделением лекарственно-устойчивых штаммов МБТ, что свидетельствует о недостаточной эффективности противодействия распространению этого опасного варианта возбудителя болезни.

¹ С 2009 года расчет доли МЛУ ведется на количество бактериовыделителей, которым проведено тестирование МБТ на лекарственную чувствительность

² В форме 7-ТБ отражаются результаты бактериологического обследования, полученные после окончания календарного года, в том числе по больным, не относящимся к постоянным жителям территории.

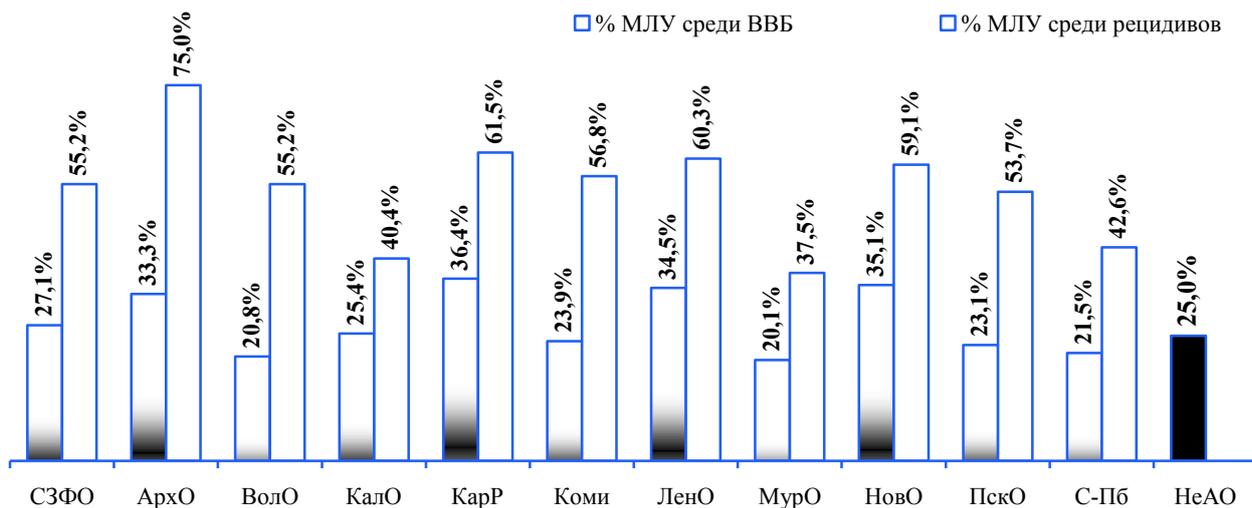
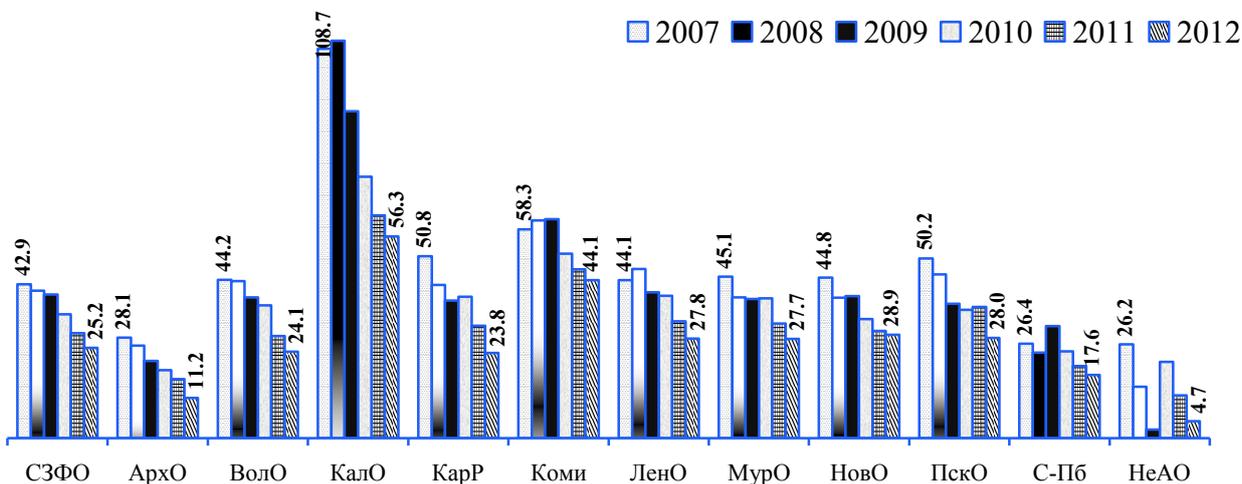
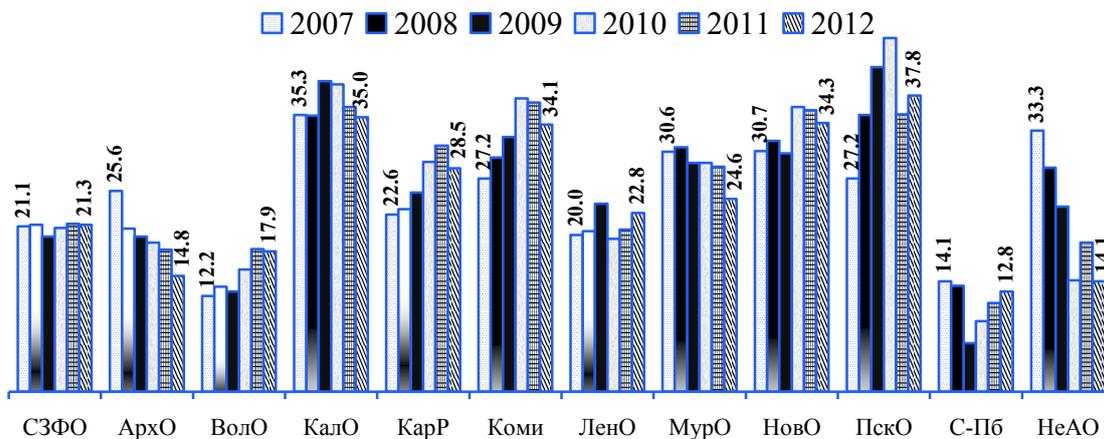


Рисунок 8. Частота МЛУ у впервые выявленных больных и рецидивов, обследованных ТЛЧ, в территориях СЗФО в 2012 году (форма 7-ТБ, %).



а) бактериовыделение без МЛУ



б) бактериовыделение с МЛУ

Рисунок 9. Распространенность ТОД с бактериовыделением при наличии и отсутствии МЛУ в территориях СЗФО (форма 33, на 10000).

Только в Архангельской области отмечается выраженное снижение уровня этого показателя, в Мурманской области в последние 4 года тоже просматривается умеренная тенденция к его снижению. Следует отметить, что снижение количества больных ТОД с МЛУ МБТ по СЗФО на конец 2009 года носило недостоверный характер. По Санкт-Петербургу количество этих больных за год необъяснимо уменьшилось более чем в 2 раза с 620 до 286 человек, а к 2011 году вновь повысилось до 562.

Общеизвестно, что высокая распространенность МБТ с МЛУ не только препятствует достижению высокой эффективности лечения, но и является следствием систематических неудач вследствие нарушений режима (стандартов) лечения.

Формирование показателей эффективности лечения после нескольких коррекций таблиц формы №33 резко менялось, что не позволяет корректно

оценить их динамику до 2009 года. Уровень общепринятых показателей эффективности лечения впервые выявленных больных по СЗФО в среднем соответствовало среднероссийскому уровню, но отмечается большой разброс по территориям (рисунок 10). Частота прекращения бактериовыделения по СЗФО составила в 2009 году – 66,4% (по РФ в 2009 – 69,6%), в 2012 году – 71,5%, в том числе от 43,6% в Мурманской области до 86,5% в Новгородской области. Частота закрытия полости распада по СЗФО составила в 2009 году – 59,1% (по РФ в 2009 – 59,0%), в 2012 году – 63,3%, в том числе от 30,9% в Ленинградской области до 81,3% в Новгородской области. Однако уровень основного показателя эффективности лечения впервые выявленных больных – частота клинического излечения (перевода в 3 ГДУ) – по СЗФО составил в 2009 году только 40,9%, что заметно ниже среднероссийского – 45,6%.

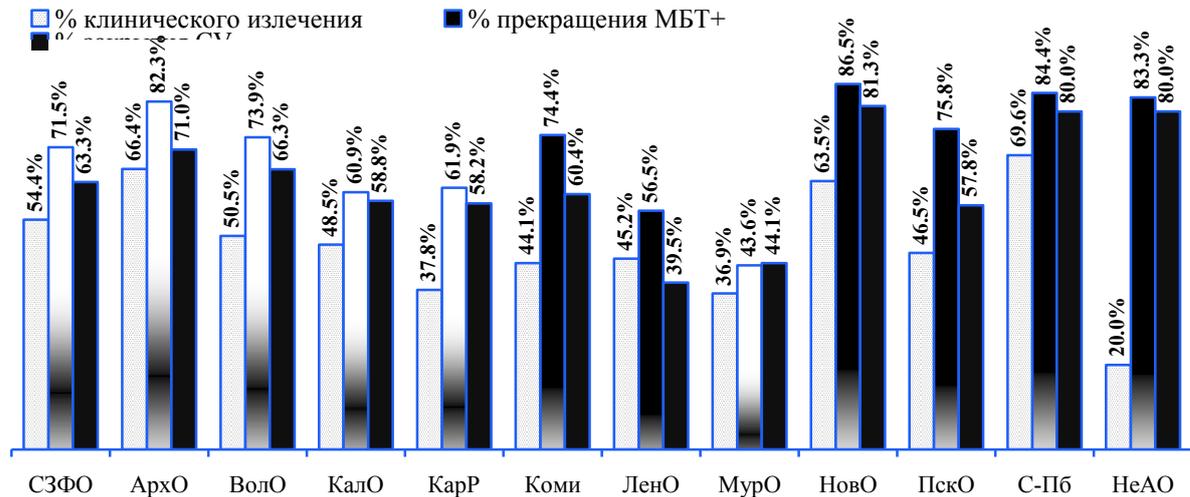


Рисунок 10. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом в территориях СЗФО в 2012 году (форма 33, %).

На семинаре для заведующих ОМО СЗФО и на конференции в 2010 году было проведено подробное обсуждение нецелесообразности искусственной задержки в активных группах диспансерного наблюдения больных, успешно закончивших лечение (в основном с целью предотвращения регистрации рецидивов). Ряд территорий пересмотрели методические установки ЦВКК в этом вопросе, в результате показатель клинического излечения впервые выявленных больных в 2010 году вырос сразу на 28% до 52,3% (в 2012 году – 54,4%). Это особенно заметно в Санкт-Петербурге – с 33,1% до 64,6% (в 2012 – 69,6%), Псковской области – с 34,5% до 44,4% (в 2012 – 46,5%) и Новгородской области – с 44,6% до 62,8% (в 2012 – 63,5%). В то же время в некоторых территориях частота излечения остается

крайне низкой и в 2012 году: в Мурманской области – 36,9% (в 2009 – 31,8%), в Карелии – 37,8% (27,1%), в Ненецком АО – 20,0% (6,7%). Все это свидетельствует об отсутствии единого методического подхода в централизованном контроле качества лечения и оценки его эффективности и стремлении некоторых территорий к занижению показателя рецидивов.

Анализ эффективности курсов химиотерапии (ХТ) у впервые выявленных больных ТЛ по данным мониторинговых форм (№8-ТБ) показывает схожие тенденции (рисунок 13). Частота эффективного результата ХТ по СЗФО по когорте 2011 года – 64,9% – соответствует среднероссийскому уровню (66,7%), но сильно отличается по территориям: от 50,9% в Мурманской и 53,1% в Ленинградской областях до 74,4% в Санкт-Петербурге, 77,8% в Вологодской и

77,5% в Новгородской областях. При этом частота прерывания лечения в Мурманской области составила 13,6% (по когорте 2010 года – 17,1%), в Карелии выросла до 10,8% (по когорте 2010 года –

8,6%) и в Псковской области – до 11,9% (по когорте 2010 года – 6,0%), в то время как в Санкт-Петербурге – 2,3%, в Архангельской области – 2,4% (по СЗФО – 5,7%, по РФ – 7,2%).

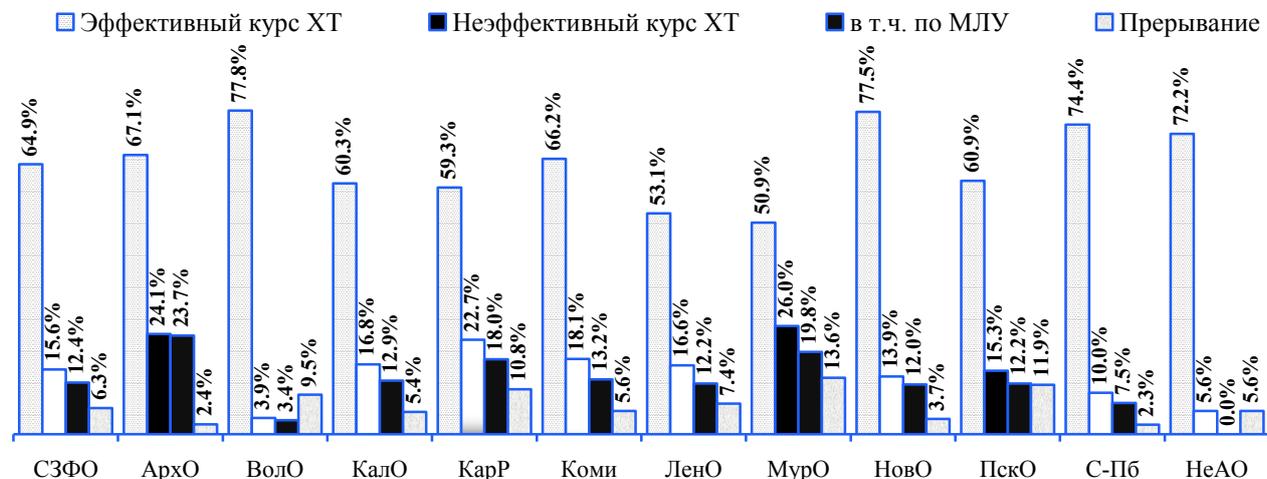


Рисунок 11. Исходы курсов ХТ впервые выявленных больных туберкулезом в территориях СЗФО (форма 8-ТБ без ФСИН, когорта 2011 года, %).

Частота отмены стартового курса ХТ из-за МЛУ, снижавшая показатель эффективности первичного курса ХТ, была наибольшей в Архангельской области – 23,7%. Наименьший уровень этого исхода зафиксирован в Вологодской – 3,4%, что вероятно является следствием нарушения порядка его регистрации.

При получении результатов ТЛЧ о МЛУ больному должен быть зарегистрирован исход курса ХТ: неэффективный в связи с выявлением МЛУ, в случае, если до этого не был зарегистрирован другой вид неблагоприятного исхода (умер, прерывание, выбыл). Таким образом, в 2011 году в Вологодской области было зарегистрировано по форме 7-ТБ 41 ВВБ с бактериовыделением, подтвержденным методом посева, и наличием первичной МЛУ. По данным формы 8-ТБ (табл. 2000, строка 1, графа 7) только у 13 больного курс ХТ был прерван из-за МЛУ и необходимости перевода на 4 режим ХТ (сюда могли входить ВВБ и с приобретенной в процессе ХТ МЛУ). Таким образом, в Вологодской области на 4 режим согласно отчету переводится не более 32% больных, в то время как в среднем по СЗФО этот показатель составил 87,3%. Это свидетельствует о том, что в Вологодской области не ведется контроль назначения 4 режима ХТ с применением противотуберкулезных препаратов резервного ряда.

Аналогичный расчет по Санкт-Петербургу по когорте 2010 года частота неэффективного исхода также составляла только 3,2% и соответственно менее 40% перерегистрации на 4 режим ХТ. В 2011 году в

результате усиления контроля регистрации лечения больных с МЛУ эти показатели выросли до 7,5% и 91,8% соответственно.

Частота применения хирургического лечения у впервые выявленных больных ТБ по СЗФО составила в 2012 году – 4,1% (в 2011 году – 3,6%), что значительно меньше, чем в среднем по РФ – 7,6%. Наиболее высокая хирургическая активность отмечена в республике Коми – 10,0% (в 2011 – 8,7%), в Вологодской области – 5,3% (5,3%), а наиболее низкая – в Псковской – 1,2% (0,3%), Мурманской – 0,4% (2,9%) и Архангельской – 0,9% (1,9%) областях.

Хирургическая активность в отношении всех больных, состоящих на диспансерном учете, в среднем по СЗФО выросла с 2,8% в 2007 году до 4,1%-3,8% в последние 2 года, однако остается значительно ниже среднероссийского уровня (5,9%). Рост показателя отмечается среди больных ТОД: с 1,9% до 3,4% (по РФ – 6,1%). Частота оперативного лечения больных ВЛТ в последние 4 года держится на уровне выше 10% и в 2011 году достигла 18,7%, а в 2012 – 16,2%, превысив среднероссийский уровень (по РФ в 2012 – 12,3%). По территориям СЗФО наиболее высокая хирургическая активность в 2011 году отмечена в республике Коми (9,0%). Стабильно менее 2% она составляет в Псковской области (1,0%), в Карелии в 2012 году показатель опустился до 1,1% (рисунок 12).

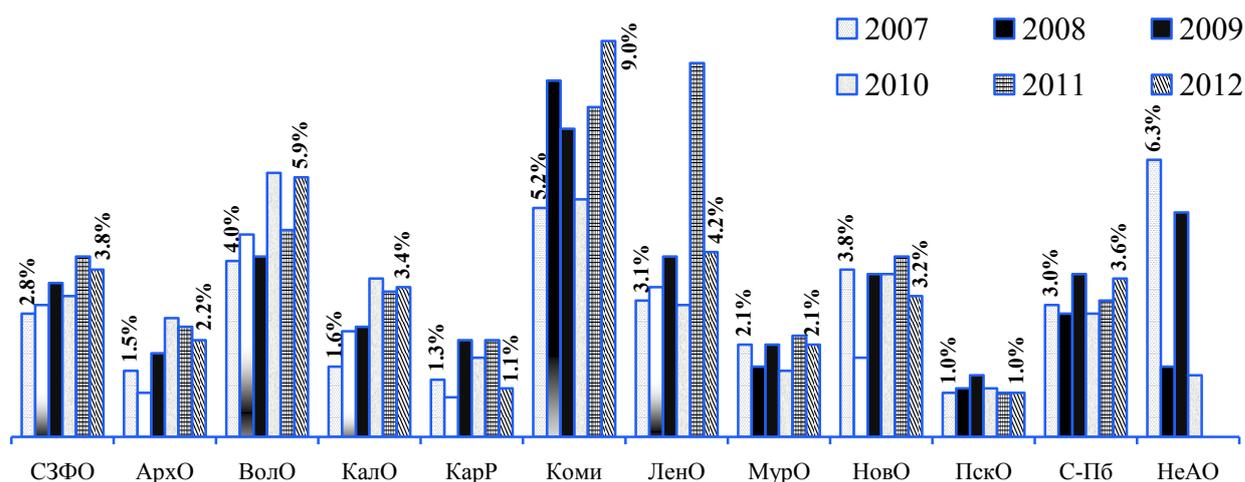


Рисунок 12. Хирургическая активность среди контингентов больных туберкулезом в территориях СЗФО (форма 33, %).

Особое беспокойство вызывает высокое распространение сочетанной патологии ВИЧ+ТБ: среди впервые выявленных больных удельный вес этой патологии в 2012 году в СЗФО достиг 12,1% (по РФ – 10,7%), среди контингентов на конец года – 11,9% (по РФ – 9,0%).

Наиболее высокий удельный вес сочетанной патологии с негативными тенденциями к росту

наблюдаются в 3 территориях (Рисунок 13): Ленинградской области, где уже у каждого четвертого впервые выявленного больного ТБ диагностируется ВИЧ-инфекция, Санкт-Петербурге (17,4%) и Калининградской области (11,6%). Заметно нарастает значимость этой проблемы в Мурманской области, где с 2009 по 2012 год доля таких больных выросла с 3,9% до 11,1%.

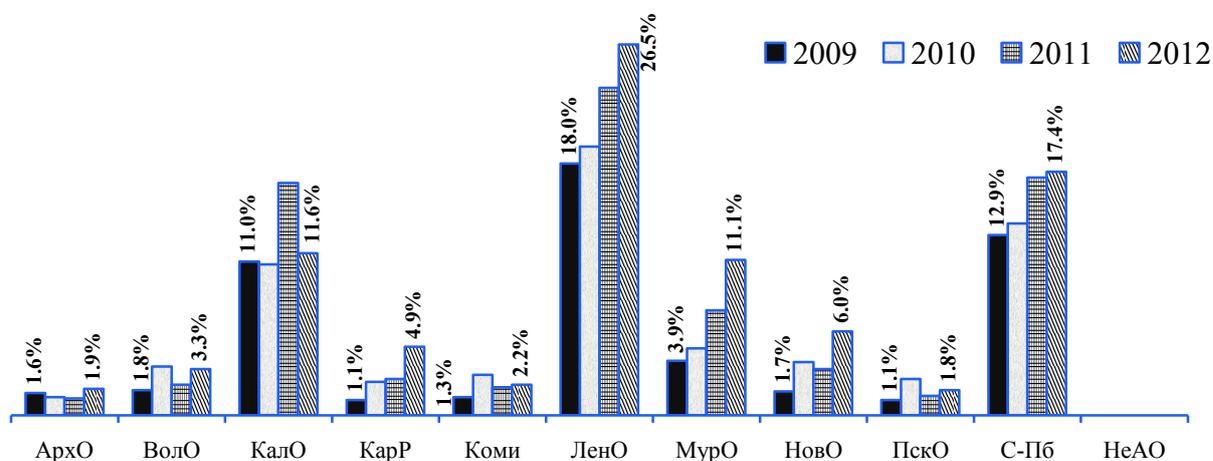


Рисунок 13. Удельный вес сочетанной патологии ВИЧ+ТБ среди впервые выявленных больных туберкулезом в территориях СЗФО (в %, форма 33).

Для комплексной сравнительной оценки состояния эпидемической ситуации и качества противотуберкулезной помощи проведен анализ уровня 10 показателей:

1. Заболеваемость туберкулезом.
2. Заболеваемость туберкулезом детей.
3. Удельный вес CV+ среди впервые выявленных.
4. Соотношение МБТ+/CV+.
5. Удельный вес выявленных при профосмотре взрослых больных.
6. Частота прекращения бактериовыделения у ВВ.

7. Частота клинического излечения ВВ.
8. Распространенность туберкулеза.
9. Смертность от туберкулеза состоявших на диспансерном учете.
10. Удельный вес умерших до 1 года наблюдения.

Для каждого показателя определено 8 уровней с начислением от 1 до 8 баллов каждой территории в соответствии с уровнем показателя. Сумма баллов определяет классное место территории.

Данные за 6 лет представлены в таблице:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 место	Санкт-Петербург	Вологодская	Новгородская	Новгородская	Новгородская	Новгородская
2 место	Вологодская	Новгородская	Вологодская	Вологодская	Вологодская	Вологодская
3 место	Ленинградская	Санкт-Петербург	Санкт-Петербург	Санкт-Петербург	Архангельская	Архангельская
4 место	Новгородская	Мурманская	Архангельская	Архангельская	Санкт-Петербург	Санкт-Петербург
5 место	Мурманская	Архангельская	Псковская	Мурманская	Мурманская	Псковская
6 место	Архангельская	Ленинградская	Мурманская	Калининградская	Псковская	Мурманская
7 место	Псковская	Псковская	Коми	Псковская	Калининградская	Ленинградская
8 место	Коми	Коми	Карелия	Ленинградская	Карелия	Коми
9 место	Карелия	Калининградская	Ленинградская	Коми	Коми	Калининградская
10 место	Калининградская	Карелия	Калининградская	Карелия	Ленинградская	Карелия

Представленные данные подтверждают, что наиболее стабильно благополучная обстановка наблюдается Новгородской и Вологодской областях. Последовательно с переходом в лидирующую группу улучшается ситуация в Архангельской области. Санкт-Петербург наоборот постепенно сдает лидирующую позицию, переместившись в середнячки. В Ленинградской области наблюдаются значительные негативные тенденции с падением из передовой зоны в аутсайдеры, включая последнее место в 2011 году. Калининградская область, значительно улучшившая эпидемиологические показатели, в 2011 году временно покидала группу аутсайдеров. В аутсайдерах стабильно располагаются республики Коми, Карелия. Следует подчеркнуть, что комплексная оценка проведена на основании официальных данных, сопоставимость и достоверность которых может сильно отличаться, поэтому присуждение классных мест носит ориентировочный характер.

Заключение.

Динамика основных эпидемических показателей по туберкулезу в территориях Северо-Западного федерального округа в целом имеет положительные тенденции. Их уровень в большинстве территорий ниже среднего по Российской Федерации. Наиболее стабильно благополучная обстановка наблюдается в Новгородской и Вологодской областях. Улучшается ситуация в Архангельской области, а Санкт-

Петербург наоборот постепенно сдает лидирующую позицию. Наиболее напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу остается республиках Коми и Карелия, а также в Калининградской области.

Сравнительный анализ данных статистической отчетности выявляет и негативные тенденции. В Санкт-Петербурге отмечено заметное влияние на напряженность эпидемической ситуации миграционных процессов. Только в Санкт-Петербурге наблюдается рост заболеваемости и распространенности туберкулеза среди детей. В ряде территорий имеются отрицательные тенденции развития показателей, характеризующих качество выявления и диагностики туберкулеза. Очевидны значительные различия методических подходов к организации лечения, оценке его исхода и констатации клинического излечения. Несомненно негативное влияние на развитие эпидемической ситуации по туберкулезу оказывает распространение ВИЧ-инфекции, особенно в Ленинградской, Калининградской областях и Санкт-Петербурге. Оптимистичность ожиданий дальнейших тенденций также снижает и значительный рост распространенности МЛУ МБТ.

Список литературы.

1. Приказ Минздрава России от 13.02.04 № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза».

