

взаимодействие позволит обеспечить одинаковую тактику ведения больного, ликвидировать дублирование диагностических процедур, уменьшить затраты на необоснованное пребывание больных в стационаре.

Необходимость в создании межрегиональных кластеров ПТУ возникает в том случае, если в субъекте РФ отсутствуют ресурсы для оказания больным туберкулезом легких дорогостоящих и специализированных видов медицинской помощи (хирургическое лечение, комплексное лечение больных МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ, антиретровирусная терапия). Межрегиональные кластеры создаются на базе того ПТУ, где имеются необходимые виды специализированной медицинской помощи и куда направляются больные из тех ПТУ, в которых они отсутствуют. Субъекты РФ, объединяющиеся в межрегиональный кластер, должны территориально располагаться на максимально близком расстоянии друг от друга. В настоящее время в соответствии с Приказом МЗ РФ № 932-н от 15.11.2012 г. хирургическое отделение может быть развернуто в ПТУ тех субъектов РФ, где ежегодно выполняется не менее 300 хирургических вмешательств. В настоящее время число таких ПТУ в России насчитывает 20, или 1 на 4 субъекта РФ. Данное обстоятельство диктует необходимость создания в РФ около 20 крупных межрегиональных кластеров ПТУ для оказания хирургической помощи больным туберкулезом легких из тех субъектов РФ, в которых отсутствуют необходимые ресурсы для организации работы хирургического отделения. Это также

позволит оптимизировать работу хирургического отделения в том субъекте РФ, где оно располагается, за счет постоянного притока больных. Лечение больных МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ является дорогостоящим, поэтому для организации их лечения также требуется создание межрегиональных кластеров. Их расположение вокруг тех же 20 ПТУ, которые предназначены для оказания хирургической помощи больным туберкулезом легких с КВ+, продиктовано необходимостью оказания хирургической помощи нуждающимся больным МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ. После завершения хирургического этапа лечения больные МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ должны направляться в стационары или амбулаторные подразделения региональных кластеров ПТУ субъектов РФ. Для регулирования потоков больных между ПТУ — участниками межрегиональных кластеров должны быть выстроены тесные функциональные связи.

Лечение больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, является дорогостоящим и также требует создания межрегиональных кластеров. Они должны располагаться в тех 23 субъектах РФ, где сегодня имеет место высокий уровень распространения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, и куда должны направляться больные из тех субъектов РФ, где имеет место средний и низкий уровень его распространения. Переход к кластерной инфраструктуре ПТУ диктует необходимость внедрения новых подходов в управлении потоками больных, направленных на оптимизацию коечного фонда и кадрового состава ПТУ.

Эффективность затрат на различные алгоритмы диагностики туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией

В.Е. Шумлянская¹, А.В. Рудакова^{1,2}

¹Санкт-Петербургская химико-фармацевтическая академия;

²Научно-исследовательский институт детских инфекций, г. Санкт-Петербург

Введение. Диагностика туберкулеза (ТБ) у пациентов с ВИЧ — сложная проблема, требующая существенных затрат здравоохранения. В связи с этим крайне важно обеспечить повышение эффективности применяемых диагностических алгоритмов и рационально использовать бюджетные ресурсы.

Цель. Оценить эффективность затрат на различные варианты диагностики ТБ среди ВИЧ-инфицированной популяции.

Материал и методы. Оценка осуществлялась с помощью моделирования с позиции системы здравоохранения. Анализ проводили в когортах с уров-

нем иммуносупрессии <200, 200–499, >500 клеток/мл. Временной горизонт исследования — 2 года. Оценивались три алгоритма: «Базовый» — последовательность стандартных этапов диагностики ТБ в РФ, «Дополнение» — «Базовый» алгоритм дополнен Gene Xpert MBT/Rif; «Замена» — только Gene Xpert MBT/Rif.

Результаты. В когорте пациентов с уровнем CD4+ <200 клеток/мл диагностические потери возможны при использовании любого из рассмотренных диагностических алгоритмов: «Базового», «Дополнение», «Замена» — и составляют 12, 4, 37% расчетного количества больных соответственно. В остальных когортах

диагностические пропуски возможны только в рамках алгоритма «Замена». Добавление Gene Xpert MBT/Rif для поиска ТБ (алгоритм «Дополнение») в группе пациентов с уровнем CD4+ <200 позволяет: а) дополнительно выявить 8 больных ТБ на 1000 ВИЧ-инфицированных пациентов; б) увеличить число эффективно пролеченных пациентов, включая пациентов с исходной ЛУ к рифампицину; в) предотвратить 5 летальных исходов среди пациентов с ТБ и ВИЧ; г) уменьшить вероятность передачи ТБ контактам и дальнейшее распространение ТБ в популяции. Дополнительные затраты на выявление одного пациента по сравнению с «Базовым» алгоритмом составят 314 тыс. руб., на одного дополнительно эффективно пролеченного пациента — 888 тыс. руб., на дополнительное предотвращение одного летального исхода — 2966 тыс. руб. Использование этого алгоритма в когортах с уровнем CD4+ 200–499 и >500 не увеличивает количество выявленных больных, но позволяет одновременно с выявлением пациентов определить начальную ЛУ к рифампицину и начать терапию с учетом этого факта. В результате количество эффективно пролеченных пациентов возрастает на 3 и 6%, а количество летальных исходов уменьшается на 4 и 7 %.

Обсуждение и выводы. 1. Двукратное увеличение затрат на диагностику при использовании алгоритма «Дополнение» позволяет сократить на 8% за-

траты на лечение больных ТБ/ВИЧ. 2. Самый низкий показатель коэффициента «затраты/эффективность», независимо от уровня CD4+-клеток, характерен для алгоритма «Базовый». Дополнительные затраты на диагностику в алгоритме «Дополнение» оправдываются в когорте с CD4+ менее 200 клеток дополнительными клиническими преимуществами: при его использовании один предотвращенный летальный исход потребует дополнительной затраты около 3 млн руб., в то время как экономический эквивалент жизни среднестатистического 30-летнего человека в РФ — 4,60 млн руб., а 40-летнего — 3,21 млн руб. 3. Использование алгоритма «Замена» приводит к значительным диагностическим потерям, и его использование не имеет ни клинической, ни экономической целесообразности. 4. При увеличении показателей заболеваемости ТБ в популяции пациентов с ВИЧ увеличивается экономическая целесообразность добавления диагностического метода Gene Xpert MBT/Rif к базовому варианту диагностики. Использование показателя ICER, определяющего дополнительные затраты за дополнительно полученный результат (эффективно пролеченного пациента, предотвращенный летальный исход), позволяет при принятии того или иного решения принимать во внимание не только экономические показатели, но и клинический выигрыш в таких сложных и важных вопросах, как ТБ у ВИЧ.

Эффективность организации медицинской помощи больным туберкулезом в районах Якутии

Л.П. Яковлева, А.У. Бурнашева, М.А. Архинчеева, С.Д. Белолобская

Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

Введение. Организация медицинской помощи больным туберкулезом в условиях Якутии имеет определенные особенности. Это обусловлено тем, что по площади территории, численности и плотности населения республика значительно отличается от других регионов России. Территориальные проблемы усиливаются ввиду экстремальности природно-климатических условий и крайне неудовлетворительного транспортного сообщения.

Цель. Оценка эффективности организации медицинской помощи больным туберкулезом в районах Якутии.

Материалы и методы. Изучены результаты противотуберкулезных мероприятий в районах Якутии в период 2011–2013 гг. по данным эпидемиологиче-

ского мониторинга туберкулеза и отчетов районных ПТД. Централизованный контроль за оказанием медицинской помощи больным туберкулезом в районах РС (Я) осуществляет ЦВКК диспансерного отделения НПЦ «Фтизиатрия» с использованием единой персонализированной компьютерной базы. Деятельность ЦВКК тесно связана с курацией районов, которая осуществляется врачами-фтизиатрами диспансерного отделения. Врачи-кураторы контролируют работу по выявлению, диагностике, лечению и диспансеризации больных туберкулезом в 34 районах республики по предоставляемой районными ПТД информации и непосредственно при выездах в районы. Ежегодно проводится более 11 тыс. консультаций, в том числе до 85% заочных. Охват консультациями впервые