

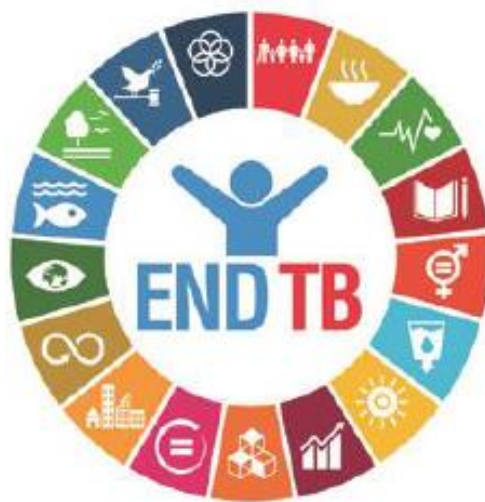


ГБУ РО «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»
 ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж»
 Материалы для информационной поддержки мероприятий по
 проведению мероприятий, приуроченных к Всемирному дню борьбы с
 туберкулезом



Всемирный день борьбы с туберкулезом 2017

Вместе ликвидируем туберкулез: никого не оставим без внимания



WHO GLOBAL MINISTERIAL CONFERENCE
 ENDING TB IN THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT ERA: A MULTISECTORAL RESPONSE

EXPECTED OUTCOMES WITH MULTISECTORAL ACCOUNTABILITY

- 1. UNIVERSAL COVERAGE OF TB CARE AND PREVENTION**
 Universal coverage of TB care and prevention, including the elimination of tuberculosis-related stigma, is essential to ending the disease.
- 2. SUSTAINABLE FINANCING FOR TB CARE, PREVENTION AND RESEARCH**
 Sustainable financing for TB care, prevention and research is essential to ending the disease.
- 3. IMPROVED QUALITY, EFFICIENCY AND HUMAN RIGHTS**
 Improved quality, efficiency and human rights in TB care, prevention and research is essential to ending the disease.
- 4. SCIENTIFIC RESEARCH AND INNOVATION**
 Scientific research and innovation in TB care, prevention and research is essential to ending the disease.
- 5. INTEGRATION AND COORDINATION OF SERVICES**
 Integration and coordination of TB care, prevention and research with other health services is essential to ending the disease.
- 6. ACTION ON AIR QUALITY, TUBERCULOSIS AND HIV/AIDS**
 Action on air quality, tuberculosis and HIV/AIDS is essential to ending the disease.
- 7. SUPPORT OF TB CARE, PREVENTION AND RESEARCH**
 Support of TB care, prevention and research is essential to ending the disease.
- 8. ENHANCED GLOBAL TB RESPONSE COORDINATION AND LEADERSHIP**
 Enhanced global TB response coordination and leadership is essential to ending the disease.

SDG GOALS

14-15 НОЯБРЯ 2017

Всероссийская научно-практическая конференция «Туберкулез: междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза в российской Федерации»

END TB

«AN INTERDISCIPLINARY APPROACH TO SOLVE THE PROBLEM OF TUBERCULOSIS IN THE RUSSIAN FEDERATION»

Место проведения:
 в Москве, ул. Рудневская, д. 34,
 Дворец Школы Славянской.

www.roftb.ru



Забываемость активации туберкулеза в
 физико-математических образованиях 2016.

Рязань 2017



Содержание

№	Тема	Источник	Стр.
	Введение		4
1.	Всемирный день борьбы с туберкулезом	http://www.who.int/campaigns/tb-day/2017/event/ru/	5
2.	Туберкулез Информационный бюллетень ВОЗ Октябрь 2016 г.	http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/ru/	7
3.	Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза: цели и показатели	http://www.who.int/tb/strategy/ru/	13
4.	Вопросы и ответы о туберкулезе с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) Вопросы и ответы онлайн ВОЗ Октябрь 2016 г	http://www.who.int/features/qa/extensively-resistant-tuberculosis/ru/	16
5.	Все о туберкулезе	http://rokptd.ru/allabtub.php	23
6.	Дополнительная информация		26

Введение

В этом году кампания ВОЗ по борьбе с туберкулезом будет привлекать особое внимание в объединению усилий с тем, чтобы «никого не оставить без внимания», включая усилия по борьбе со стигматизацией, дискриминацией и социальным отчуждением и преодолению препятствий в доступе к медицинской помощи.

Министр здравоохранения России Вероника Скворцова, выступая в заседании Руководящего комитета 1-й глобальной Министерской конференции по проблеме туберкулеза в контексте глобального здравоохранения и целей развития тысячелетия, отметила, что «сегодня во всем мире достигнута цель развития тысячелетия "Остановить эпидемию туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости».

В мире заболеваемость туберкулезом за последние 15 лет снизилась на 22%, а уровень смертности от этого заболевания снизился за последние 25 лет на 47%.

«В Российской Федерации за последние 8 лет заболеваемость туберкулезом сократилась более чем на 30%, а смертность – более чем на 60%», – сообщила Вероника Скворцова.

Министр добавила, что в Российской Федерации средние темпы снижения смертности от туберкулеза с 2010 года составляют 9,7% в год, в то время как другие страны с бременем туберкулеза показывают темпы снижения смертности только от 2,2 до 6,5 % в год.

Вероника Скворцова подчеркнула, что запланированный на 2018 год показатель смертности от туберкулеза 11,8 случая на 100 тыс. населения был достигнут уже в 2013 году и продолжает неуклонно снижаться (указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598).

Всемирный день борьбы с туберкулезом (World Tuberculosis Day) отмечается по решению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно 24 марта — в день, когда в 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох (Robert Koch) объявил о сделанном им открытии возбудителя туберкулеза. В 1905 году ученый получил Нобелевскую премию в области медицины. Этот День был учрежден в 1982 году по решению ВОЗ и Международного союза борьбы с туберкулезом и легочными заболеваниями (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease — IUATLD) и приурочен к 100-летию со дня открытия возбудителя туберкулеза — палочки Коха. В 1993 году Всемирной организацией здравоохранения туберкулез был

объявлен национальным бедствием, а день 24 марта — Всемирным днем борьбы с туберкулезом. С 1998 года он получил официальную поддержку ООН.

Информационная кампания — это комплекс мероприятий, направленных на достижение цели путем привлечения и поддержания внимания к проблеме. Такими мероприятиями в рамках кампании по привлечению внимания к борьбе с туберкулезом, могут быть не только подготовка и распространение материалов, но и проведение пресс-конференций, акций, событий для СМИ, работа с населением, широкое привлечение молодежи к участию в конкурсах, викторинах по вопросам профилактики туберкулеза. Чем большее число целевых аудиторий будет охвачено информацией – тем более эффективно будет проведена кампания.

1. Всемирный день борьбы с туберкулезом

24 марта 2017 г.

Во Всемирный день борьбы с туберкулезом, отмечаемый ежегодно 24 марта, открываются возможности для повышения осведомленности о бремени туберкулеза (ТБ) во всем мире и усилиях по его профилактике и лечению. Он также способствует укреплению политической и общественной решимости для дальнейшего продвижения на пути к ликвидации туберкулеза.

Тема кампании

Вместе ликвидируем туберкулез: никого не оставим без внимания

2017 год – это второй год двухгодичной кампании Всемирного дня борьбы с туберкулезом под названием «**Вместе ликвидируем туберкулез!**» В этом году ВОЗ будет привлекать особое внимание к объединению усилий с тем, чтобы «**никого не оставить без внимания**», включая усилия по борьбе со стигматизацией, дискриминацией и социальным отчуждением и преодолению препятствий в доступе к медицинской помощи.

Повестка дня в области устойчивого развития основана на принципе, заключающемся в том, чтобы никто не был оставлен без внимания в процессе преобразования мира и улучшения жизни людей. Удовлетворение медико-санитарных потребностей обездоленных, социально отчужденных людей, для которых система здравоохранения остается недоступной, означает улучшение доступа к медико-санитарным услугам для всех людей. Это является неременным условием для выполнения задачи по ликвидации

туберкулеза к 2030 г. в рамках Целей ООН в области устойчивого развития и Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза.

Всемирный день борьбы с туберкулезом предоставляет платформу для затронутых людей и сообществ, организаций гражданского общества, провайдеров медицинских услуг, лиц, формирующих политику, партнеров в области развития и других заинтересованных сторон, на которой они могут укреплять, обсуждать и планировать дальнейшее сотрудничество в целях выполнения обещания обеспечить доступ всех людей к качественным услугам по профилактике и лечению и сделать возможной профилактику туберкулеза благодаря межсекторальным усилиям в области развития.

Справочная информация

В прошлом году ВОЗ сообщила, что в 2015 г. 10,4 миллиона человек заболели туберкулезом и 1,8 миллиона человек умерли от этого заболевания. С учетом этих цифр туберкулез является ведущей инфекционной причиной смерти в мире.

Эта болезнь глубоко укоренилась в группах населения с ущемленными правами человека и чувством достоинства. И хотя каждый может заразиться туберкулезом, эта болезнь наиболее распространена среди людей, живущих в нищете, в социально отчужденных сообществах и других уязвимых группах населения. Они включают мигрантов, беженцев, этнические меньшинства, шахтеров и других людей, живущих и работающих в опасных условиях, пожилых людей, социально отчужденных женщин и детей в разных частях мира и т.д..

Такие факторы, как недостаточность питания, плохие жилищные условия и санитария, усугубляемые другими факторами риска, такими как употребление табака и алкоголя и диабет, оказывают воздействие на уязвимость к туберкулезу и доступ к медицинской помощи. Кроме того, препятствиями к доступу часто являются катастрофические расходы, связанные с болезнью и обращением за медицинской помощью и ее получением, и отсутствие социальной защиты, что приводит к формированию замкнутого круга нищеты и плохого здоровья. Передача туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) подчеркивает безотлагательность решения этих проблем.

2. Туберкулез

Информационный бюллетень ВОЗ Октябрь 2016 г.

Основные факты

- Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти в мире.
- В 2015 году туберкулезом заболели 10,4 миллиона человек, и 1,8 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни.
 - Более 95% случаев смерти от туберкулеза происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.
 - 60% общего числа случаев приходится на шесть стран, среди которых первое место занимает Индия, а за ней следуют Индонезия, Китай, Нигерия, Пакистан и Южная Африка.
 - По оценкам, в 2015 году 1 миллион детей заболели туберкулезом, и 170 000 детей умерли от него (не считая детей с ВИЧ).
 - Туберкулез является одной из ведущих причин смерти людей с ВИЧ: в 2015 году туберкулезом было вызвано 35% случаев смерти среди ВИЧ-инфицированных людей.
 - По оценкам, в 2015 году у 480 000 людей в мире развился туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).
 - С 2000 года заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 1,5% в год. Для достижения контрольных показателей на 2020 год, предусмотренных Стратегией по ликвидации туберкулеза, эти темпы снижения необходимо ускорить до 4–5% в год.
 - По оценкам, за период с 2000 по 2015 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза было спасено 49 миллионов человеческих жизней.
 - Одна из задач в области здравоохранения в рамках недавно принятых Целей в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией туберкулеза.

Возбудителем туберкулеза является бактерия (*Mycobacterium tuberculosis*), которая чаще всего поражает легкие. Туберкулез излечим и предотвратим.

Туберкулез распространяется от человека человеку по воздуху. При кашле, чихании или отхаркивании люди с легочным туберкулезом выделяют в воздух бактерии туберкулеза. Для инфицирования человеку достаточно вдохнуть лишь незначительное количество таких бактерий.

Около одной трети населения мира имеют латентный туберкулез. Это означает, что люди инфицированы бактериями туберкулеза, но (пока еще) не заболели этой болезнью и не могут ее передавать окружающим людям.

Риск того, что люди, инфицированные туберкулезными бактериями, на протяжении своей жизни заболеют туберкулезом, составляет 10%. Однако люди с ослабленной иммунной системой, такие как люди с ВИЧ, недостаточностью питания или диабетом или люди, употребляющие табак, подвергаются гораздо более высокому риску заболевания.

Когда у человека развивается активная форма туберкулеза, симптомы (кашель, лихорадка, ночной пот, потеря веса и др.) могут быть умеренными в течение многих месяцев. Это может приводить к запоздалому обращению за медицинской помощью и передаче бактерий другим людям. За год человек, больной туберкулезом, может инфицировать до 10–15 других людей, с которыми он имеет тесные контакты. Без надлежащего лечения в среднем 45% ВИЧ-негативных людей с туберкулезом и почти все ВИЧ-позитивные люди с туберкулезом умрут.

Кто подвергается наибольшему риску?

Туберкулез поражает преимущественно взрослых людей в их самые продуктивные годы. Однако риску подвергаются все возрастные группы. Более 95% случаев заболевания и смерти происходит в развивающихся странах.

У людей, инфицированных ВИЧ, вероятность развития активной формы туберкулеза возрастает в 20–30 раз (см. раздел о Туберкулезе и ВИЧ). Более высокому риску развития активного туберкулеза подвергаются также люди, страдающие от других нарушений здоровья, ослабляющих иммунную систему.

В 2015 году 1 миллион детей (0–14 лет) заболели туберкулезом и 170 000 детей (не считая детей с ВИЧ) умерли от этой болезни.

Употребление табака значительно повышает риск заболевания туберкулезом и смерти от него. Более 20% случаев заболевания туберкулезом в мире связано с курением.

Глобальное распространение туберкулеза

Туберкулез присутствует везде в мире. В 2015 году наибольшее число новых случаев заболевания туберкулезом произошло в Азии — 61% новых случаев. Далее следует Африка, где имело место 26% новых случаев.

В 2015 году 87% новых случаев заболевания туберкулезом произошло в 30 странах с тяжелым бременем туберкулеза. На долю шести стран — Индии, Индонезии Китая, Нигерии, Пакистана и Южной Африки — пришлось 60% новых случаев заболевания туберкулезом. Улучшение глобальной ситуации зависит от продвижения вперед в деле профилактики и лечения заболевания в этих странах.

Симптомы и диагностирование

Общими симптомами активного легочного туберкулеза являются кашель иногда с мокротой и кровью, боль в груди, слабость, потеря веса, лихорадка и ночной пот.

Для диагностирования туберкулеза многие страны до сих пор полагаются на давно используемый метод, называемый микроскопией мазка мокроты. Специально подготовленные лаборанты исследуют мазки мокроты под микроскопом с целью обнаружения туберкулезных бактерий. Микроскопия позволяет выявить лишь половину случаев туберкулеза и не позволяет обнаруживать устойчивость к лекарственным препаратам.

Использование экспресс-теста Xpert MTB/RIF® широко распространяется начиная с 2010 года, когда ВОЗ впервые рекомендовала его применение. При помощи теста одновременно выявляются туберкулез и устойчивость к рифампицину — наиболее важному противотуберкулезному препарату. Диагноз может быть поставлен в течение двух часов, и в настоящее время этот тест рекомендуется ВОЗ в качестве первоначального диагностического теста для всех людей с признаками и симптомами туберкулеза. Тест уже используется более чем в 100 странах, и в 2015 году во всем мире было закуплено 6,2 миллиона картриджей для его проведения.

Диагностирование туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (см. ниже раздел о туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью), а также ВИЧ-ассоциированного туберкулеза может быть сложным и дорогостоящим.

В 2016 году ВОЗ было рекомендовано четыре новых диагностических теста — молекулярный экспресс-тест для выявления туберкулеза в периферийных медицинских учреждениях, где нет возможности для проведения теста Xpert MTB/RIF, и три теста для обнаружения устойчивости к противотуберкулезным средствам первой и второй линии.

Лечение

Туберкулез можно лечить и излечивать. В случае активной, чувствительной к лекарствам формы болезни проводится стандартный шестимесячный курс лечения четырьмя противомикробными препаратами при обеспечении пациента информацией, наблюдением и поддержкой со стороны работника здравоохранения или прошедшего специальную подготовку добровольного помощника. Без такого наблюдения и поддержки могут возникать сложности в соблюдении медицинских предписаний в отношении лечения, и болезнь может распространяться дальше. Подавляющее большинство случаев туберкулеза можно излечивать при условии надлежащего обеспечения и приема лекарств.

По оценкам, 49 миллионов человеческих жизней было спасено с 2000 по 2015 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза.

Туберкулез и ВИЧ

В 2015 году по меньшей мере одна треть людей с ВИЧ в мире были инфицированы туберкулезной бактерией. Вероятность того, что у людей, живущих с ВИЧ, разовьется активная форма туберкулеза, в 20–30 раз превышает аналогичный показатель среди людей, неинфицированных ВИЧ.

ВИЧ и туберкулез представляют собой смертельное сочетание и ускоряют развитие друг друга. В 2015 году от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза умерли около 0,4 миллиона человек. В 2015 году примерно 35% случаев смерти среди людей с ВИЧ были вызваны туберкулезом. По оценкам, в 2015 году произошло 1,2 миллиона новых случаев заболевания туберкулезом среди ВИЧ-позитивных людей, 71% которых имели место в Африке.

Как отмечается ниже, для снижения смертности ВОЗ рекомендует применять 12-компонентный подход к обеспечению комплексных услуг в отношении двойной инфекции ТБ-ВИЧ, включая действия по профилактике и лечению инфекции и болезни.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

Противотуберкулезные средства используются на протяжении целого ряда десятилетий. В каждой стране, где проводятся исследования, зарегистрированы штаммы, устойчивые к одному или нескольким препаратам. Лекарственная устойчивость возникает при ненадлежащем применении противотуберкулезных препаратов, их неправильном

назначении, плохом качестве лекарств или преждевременном прекращении лечения пациентами.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) — форма туберкулеза, вызываемая бактерией, не реагирующей по меньшей мере, на изониазид и рифампицин, два самых мощных противотуберкулезных препарата первой линии. МЛУ-ТБ можно лечить и излечивать, используя препараты второй линии. Однако такие варианты лечения ограничены и требуют проведения экстенсивной химиотерапии (лечения длительностью до двух лет) препаратами, которые отличаются высокой стоимостью и токсичностью.

В некоторых случаях может развиваться более серьезная лекарственная устойчивость. Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) является более тяжелой формой МЛУ-ТБ, вызываемой бактериями, не реагирующими на самые эффективные противотуберкулезные препараты второй линии, при которой у пациентов нередко не остается никаких дальнейших вариантов лечения.

В 2015 году примерно у 480 000 людей в мире развился МЛУ-ТБ. Кроме того, примерно 100 000 человек приобрели устойчивость к рифампицину (самому эффективному препарату первой линии) и нуждались в лечении МЛУ-ТБ. Наибольшим бременем проблема МЛУ-ТБ ложится на три страны — Китай, Индию и Российскую Федерацию, — на долю которых в совокупности приходится почти половина всех случаев в мире. В 2015 году примерно у 9,5% пациентов с МЛУ-ТБ был ШЛУ-ТБ.

В настоящее время во всем мире успех лечения МЛУ-ТБ достигается у 52% пациентов, а ШЛУ-ТБ — у 28% пациентов. В 2016 году ВОЗ одобрила использование короткой стандартизированной схемы лечения для пациентов с МЛУ-ТБ, которые не инфицированы штаммами, устойчивыми к противотуберкулезным препаратам второй линии. Лечение проводится в течение 9–12 месяцев и стоит гораздо меньше традиционного курса, который может продолжаться до двух лет. Однако пациенты со ШЛУ-ТБ или устойчивостью к противотуберкулезным препаратам второй линии не могут использовать данную схему и нуждаются в более длительных курсах лечения ШЛУ-ТБ, которые могут дополнительно включать прием одного из новых препаратов (бедаквилина и деламаида).

В 2016 году ВОЗ также одобрила диагностический экспресс-тест для оперативного выявления таких пациентов. Более 20 стран в Африке и Азии

приступили к использованию ускоренных схем лечения МЛУ-ТБ. К концу 2015 года в целях повышения эффективности курсов лечения МЛУ-ТБ 70 стран начали применять бедаквилин и 39 стран — деламамид.

Лекарственно-устойчивый туберкулез

Типы лекарственно-устойчивого туберкулеза

Монорезистентность: устойчивость только к одному противотуберкулезному препарату первой линии.

Полирезистентность: устойчивость к более чем одному противотуберкулезному препарату первой линии, отличному как от изониазида, так и от рифампицина.

Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ): устойчивость по меньшей мере к изониазиду и рифампицину одновременно.

Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ): устойчивость к любым фторхинолонам и по меньшей мере к одному из трех инъекционных препаратов второй линии (капреомицину, канамицину и амикацину) в дополнение к множественной лекарственной устойчивости.

Устойчивость к рифампицину: устойчивость к рифампицину, выявленная с использованием фенотипических или генотипических методов, сопровождаемая или не сопровождаемая устойчивостью к другим противотуберкулезным препаратам. Это включает в себя любую устойчивость к рифампицину в форме монорезистентности, полирезистентности, МГУ или ШЛУ.

3. Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза: цели и показатели

Перспективное видение

Мир, свободный от туберкулеза. Нулевой уровень смертности, заболеваемости и страданий от туберкулеза.

Цель

Остановить глобальную эпидемию туберкулеза.

Целевые показатели

- Снижение смертности от туберкулеза на 95% к 2035 году по сравнению с 2015 годом.
- Снижение показателя заболеваемости туберкулезом на 90% к 2035 году по сравнению с 2015 годом.
- К 2035 году ни одна из семей, где есть больные туберкулезом, не должна нести катастрофических расходов.

Принципы

- Руководство и ответственность со стороны государства, проведение мониторинга и оценки.
- Тесное сотрудничество между организациями гражданского общества и местным населением.
- Защита и соблюдение прав человека, этических норм и принципа справедливости.
- Адаптация стратегии и задач на страновом уровне при глобальном сотрудничестве.

Базовые элементы и компоненты

- Комплексное лечение и профилактика, ориентированные на пациента.
 - Ранняя диагностика туберкулеза, включая всеобщее тестирование на лекарственную чувствительность; и систематический скрининг лиц, находившихся в контакте, и групп повышенного риска.
 - Лечение всех лиц с туберкулезом, включая туберкулез с лекарственной устойчивостью; и поддержка пациентов.
 - Совместные меры борьбы с туберкулезом/ВИЧ и ведение сопутствующих заболеваний.
 - Профилактическое лечение лиц, подвергающихся повышенному риску, и вакцинация против туберкулеза.
- Сильная политика и поддерживающие системы.

- Политическая поддержка с адекватными ресурсами для лечения и профилактики туберкулеза.
- Участие общин, организаций гражданского общества, а также всех государственных и частных поставщиков помощи.
- Политика всеобщего охвата услугами здравоохранения и нормативно-правовая база для уведомления о случаях заболевания, регистрации актов гражданского состояния, обеспечения качества и рационального использования лекарственных средств, а также инфекционного контроля.
- Социальная защита, борьба с бедностью и воздействие на другие детерминанты туберкулеза.
 - Интенсификация исследований и инновации.
 - Открытие, разработка и быстрое внедрение новых средств, практических мер и стратегий.
 - Научные исследования для оптимизации осуществления и воздействия, содействие инновациям.

Остановить эпидемию туберкулеза

Остановить глобальную эпидемию туберкулеза можно путем резкого снижения смертности и заболеваемости, а также ликвидации экономического и социального бремени, связанного с этой болезнью. Если указанная задача не будет выполнена, это повлечет за собой серьезные индивидуальные и глобальные последствия для общественного здравоохранения.

Чтобы достичь этой цели к 2035 году, необходимо сделать следующее:

- Расширить масштаб и уровень охвата мерами лечения и профилактики туберкулеза, уделяя особое внимание высокоэффективным, комплексным подходам, ориентированным на пациентов.
- В полной мере извлекать преимущества из политики и систем в области здравоохранения и развития посредством привлечения к деятельности значительно более широкого спектра участников в правительстве, общинах и частном секторе.
- Стремиться к новым научным знаниям и инновациям, способным радикально изменить лечение и профилактику туберкулеза.

Чтобы обеспечить полноту воздействия, эти мероприятия должны опираться на принципы руководства со стороны государства, участия гражданского общества, прав человека и обеспечения справедливости, а

также адаптации к уникальным условиям, связанным с различными эпидемиологическими ситуациями и особенностями окружения.

Достижение целей

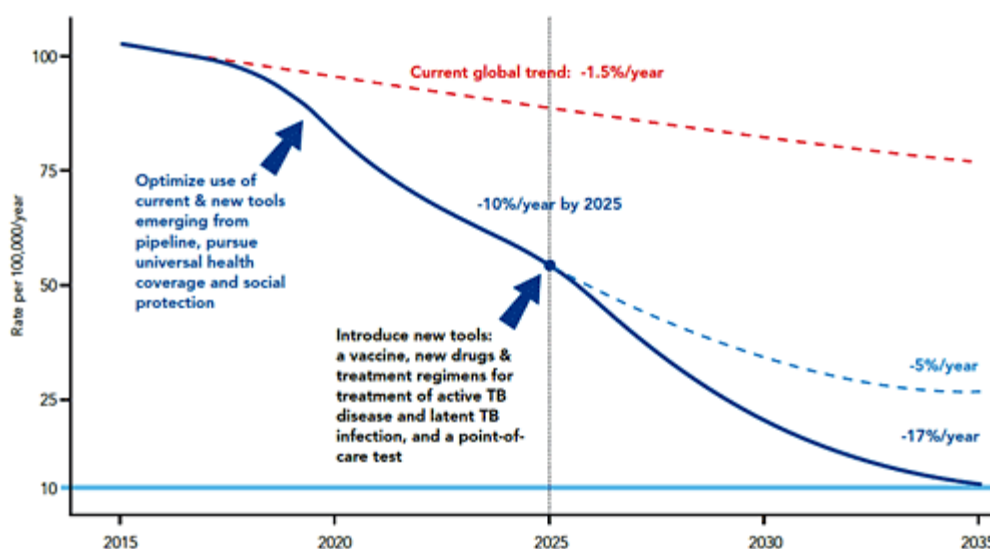
Чтобы достичь целевых показателей, заданных в рамках стратегии «Остановить туберкулез», необходимо, во-первых, ускорить годовое снижение уровня заболеваемости туберкулезом в мире с 2% в 2015 году до 10% в год к 2025 году.

Во-вторых, следует сократить долю людей с туберкулезом, умирающих от этой болезни (коэффициент летальности), с 15%, прогнозируемых в 2015 году, до 6,5% к 2025 году. Такое снижение смертности и заболеваемости к 2025 году может быть достигнуто, несмотря на амбициозность поставленной цели, если имеющиеся средства будут дополнены всеобщим охватом населения медико-санитарной помощью и мерами социальной защиты.

Для обеспечения устойчивого прогресса после 2025 года и достижения ЦУР* (цели устойчивого развития) на период до 2030 года и целевых показателей стратегии «Остановить туберкулез» к 2035 году, необходимо к 2025 году обеспечить наличие дополнительных средств. В частности, чтобы сократить число новых случаев заболевания туберкулезом, возникающих среди приблизительно двух миллиардов человек по всему миру, зараженных палочкой Коха, необходимы новая вакцина, обеспечивающая эффективную доконтактную и постконтактную профилактику, более безопасные и более эффективные схемы лечения латентной туберкулезной инфекции, а также более качественная диагностика и более безопасные и простые схемы лечения, включая укороченные схемы медикаментозного лечения туберкулеза. Для того чтобы к 2025 году новые средства были в наличии, потребуются значительно более масштабные и незамедлительные инвестиции в научные исследования и разработки.

На иллюстрации внизу показаны прогнозируемое ускорение темпов снижения заболеваемости туберкулезом в мире при оптимизации существующих средств в сочетании с прогрессом в обеспечении всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью и мерами социальной защиты, начиная с 2015 года и дополнительный эффект от введения в действие новых средств к 2025 году.

Возможное снижение случаев туберкулеза с 2015 по 2035 гг.



4. Вопросы и ответы о туберкулезе с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ)

Вопросы и ответы онлайн ВОЗ Октябрь 2016 г

Что такое ШЛУ-ТБ

ШЛУ-ТБ — это сокращенное название туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ), формы туберкулеза, которая устойчива к действию по меньшей мере 4 основных противотуберкулезных лекарственных средств.

ШЛУ-ТБ предполагает устойчивость к двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам — рифампицину и изониазиду, что также называется множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), а также устойчивость к любому препарату ряда фторхинолонов (таким как левофлоксацин или моксифлоксацин) и, по меньшей мере, к 1 из 3 инъекционных препаратов второй линии (амикацин, капреомицин или канамицин).

Излечение от ШЛУ-ТБ и МЛУ-ТБ занимает намного больше времени, чем излечение от обычного (восприимчивого к лекарствам) туберкулеза, и требует использования препаратов второй линии, которые стоят дороже и вызывают больше побочных эффектов.

Как происходит заражение ШЛУ-ТБ?

Есть два пути заболевания ШЛУ-ТБ. Такая форма туберкулеза может развиваться у проходящего лечение от активного туберкулеза пациента в случае неправильного назначения или использования противотуберкулезных препаратов. Как правило, это является признаком низкого качества медицинской помощи или ненадлежащего обращения с лекарственными средствами. Это может произойти в следующих случаях: пациентам не оказывается необходимая поддержка, и они не завершают полный курс лечения; назначаются неподходящие лекарственные средства, неправильные дозы или слишком короткие курсы лечения; есть перебои в поставках лекарственных средств в больницы; используются лекарственные препараты низкого качества.

Второй путь развития ШЛУ-ТБ – заражение от пациента, страдающего ШЛУ-ТБ. Люди, больные легочным туберкулезом могут распространять болезнь при кашле, чихании или просто при разговоре. Для заражения достаточно вдохнуть лишь небольшое количество этих бактерий. Тем не менее, только незначительная доля людей заболевает туберкулезом. Другими словами, так же, как и в случае с туберкулезом, восприимчивым к лекарствам, человек может быть инфицирован бактериями, вызывающими ШЛУ-ТБ, но не иметь заболевания в активной форме.

Насколько легко распространяется ШЛУ-ТБ?

Имеющиеся исследования указывают на то, что по уровню риска передачи разницы между ШЛУ-ТБ и какими-либо другими формами туберкулеза нет. Распространение бактерий туберкулеза зависит от таких факторов, как число и концентрация заразных людей в каком-либо помещении, и факт наличия людей, подверженных более высокому риску заражения (например, людей с ВИЧ/СПИДом).

Риск заражения возрастает по мере увеличения продолжительности пребывания в одном помещении с инфицированным человеком. Риск распространения инфекции возрастает там, где наблюдается высокая концентрация бактерий туберкулеза, например, в плохо проветриваемых помещениях, таких как переполненные жилища, больницы или тюрьмы. При надлежащем и своевременном лечении пациентов риск распространения инфекции снижается.

Как можно защитить себя от заражения ШЛУ-ТБ?

Несмотря на то, что носители ШЛУ-ТБ в такой же степени заразны, что и больные обычным туберкулезом, вероятность заражения ШЛУ-ТБ является более низкой ввиду его более низкой распространенности. Методы профилактики ШЛУ-ТБ не отличаются от методов профилактики обычного туберкулеза.

Следует избегать тесных контактов с пациентами с инфекционным туберкулезом, особенно в плохо проветриваемых помещениях. Риск заражения туберкулезом на открытом воздухе является очень низким. Пациентам с туберкулезом следует настоятельно рекомендовать соблюдать надлежащие правила гигиены при кашле, например, прикрывать рот платком или даже – на ранних этапах лечения – пользоваться хирургической маской, особенно в закрытых помещениях с плохой вентиляцией.

Как человек, уже болеющий обычным туберкулезом, может защитить себя от заражения ШЛУ-ТБ?

Первостепенное значение имеет предоставление работниками здравоохранения и сообществами больным всех необходимых средств (информация, консультации и материальная поддержка), позволяющих им соблюдать предписанный курс лечения.

Нельзя пропускать ни одной дозы прописанного лекарственного препарата, и, что важнее всего, курс лечения должен быть пройден в полном объеме. Если пациент страдает от побочных эффектов (например, плохо переносит назначенные ему таблетки), он должен сообщить об этом своему врачу или медицинской сестре, поскольку часто для подобных проблем существуют простые решения. Если же пациент по какой-либо причине должен уехать, ему следует убедиться в том, что взятых с собой таблеток хватит на все время поездки.

Поддается ли ШЛУ-ТБ лечению и можно ли полностью излечиться от ШЛУ-ТБ?

Пациенты с ШЛУ-ТБ могут быть излечены, однако с существующими сегодня лекарствами их шансы на успех намного ниже по сравнению с пациентами с обычным туберкулезом или даже с МЛУ-ТБ. Успех лечения зависит от широты лекарственной устойчивости, тяжести заболевания и того, в каком состоянии находится иммунная система человека.

Для пациентов с ВИЧ характерны более высокие показатели смертности. Большое значение для своевременного и эффективного лечения

имеет ранняя и точная диагностика. Залогом эффективности лечения является наличие у врача опыта лечения подобных форм туберкулеза и надлежащего набора препаратов второй линии.

Насколько распространенным является ШЛУ-ТБ?

ШЛУ-ТБ является редкой формой туберкулеза, однако по состоянию на конец 2015 г. сообщения по меньшей мере об одном случае ШЛУ-ТБ поступали из 117 стран. По оценкам во всем мире около 9,5% случаев МЛУ-ТБ фактически являются случаями ШЛУ-ТБ. В 2015 г. число новых случаев МЛУ-ТБ в мире по оценкам составило 480 000, и еще у 100 000 пациентов с туберкулезом была обнаружена устойчивость к рифампицину, что делало необходимым назначение им лечения от МЛУ-ТБ. Из 580 000 пациентов, впервые отнесенных к категории МЛУ-ТБ в 2015 г., лечение получили только 125 000 (20%).

Как ведется профилактика ШЛУ-ТБ в странах?

Национальные программы по борьбе с туберкулезом, взаимодействующие со всеми службами здравоохранения, могут способствовать профилактике ШЛУ-ТБ, принимая меры для того, чтобы все практические работники, имеющие дело с больными туберкулезом, придерживались международных стандартов оказания помощи при туберкулезе.

Особый акцент в этих стандартах сделан на следующих аспектах:

- надлежащая диагностика и лечение всех пациентов с ТБ, включая пациентов с ТБ с лекарственной устойчивостью;
- обеспечение регулярного и своевременного снабжения противотуберкулезными препаратами;
- надлежащее использование противотуберкулезных препаратов и оказание поддержки пациентам с тем, чтобы обеспечить максимальное соблюдение ими рекомендаций врача и полное прохождение предписанного курса лечения;
- размещение пациентов с МЛУ/ШЛУ-ТБ в палатах с надлежащей вентиляцией;
- сокращение до минимума контактов этих пациентов с другими пациентами, в частности, больными ВИЧ, особенно на ранних этапах, т.е. до того, как лечение приведет к снижению контагиозности.

Может ли противотуберкулезная вакцина, известная как вакцина БЦЖ, быть средством профилактики ШЛУ-ТБ?

Вакцина БЦЖ используется для профилактики тяжелых форм туберкулеза у детей, таких как туберкулезный менингит, однако она менее эффективна для профилактики легочного туберкулеза у взрослых — самой распространенной и контагиозной формы туберкулеза. Можно ожидать, что в качестве средства профилактики ШЛУ-ТБ БЦЖ будет так же эффективна, как и для профилактики туберкулеза. При этом, сегодня миру чрезвычайно необходимы новые вакцины, и ВОЗ активно призывает к их разработке.

Какова связь между ШЛУ-ТБ и ВИЧ/СПИДом? Почему в некоторых районах ШЛУ-ТБ ассоциируется с ВИЧ?

Ввиду своего ослабленного иммунитета люди, живущие с ВИЧ, подвержены повышенному риску заболевания ТБ, равно как и ШЛУ-ТБ, по сравнению с людьми, не инфицированными ВИЧ. Поэтому вероятность заражения ВИЧ-инфицированных ШЛУ-ТБ выше в тех немногочисленных местах, где штаммы ШЛУ-ТБ циркулируют более активно. На сегодняшний день в большинстве мест, для которых характерна высокая распространенность ВИЧ-инфекции, высокой распространенности ШЛУ-ТБ пока не отмечалось.

По данной причине большинство ВИЧ-инфицированных, которые заболевают туберкулезом, как правило, заражаются обычной формой туберкулеза и могут быть вылечены стандартными противотуберкулезными препаратами первой линии. У ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих антиретровирусную терапию, шансы развития ШЛУ-ТБ, равно как и обычного туберкулеза, скорее всего, будут меньшими. При отсутствии лечения антиретровирусными препаратами пациенты с ШЛУ-ТБ и ВИЧ могут погибнуть.

Как узнать, болен ли я туберкулезом или ШЛУ-ТБ?

Диагностика ШЛУ-ТБ возможна только в хорошо оснащенных лабораториях. Симптоматика ШЛУ-ТБ ничем не отличается от симптоматики обычного туберкулеза: кашель с выделением густой, мутной слизи (мокроты), иногда с кровью, продолжающийся более 2 недель; жар, озноб и ночная потливость; усталость и слабость в мышцах; снижение массы тела; в некоторых случаях одышка и боли в груди. Если у вас присутствуют эти симптомы, это не значит, что у вас ШЛУ-ТБ.

Однако, это значит, что вам обязательно следует обратиться к врачу для осмотра. Если вы уже лечитесь от туберкулеза и хотя бы один из этих симптомов не ослабевает даже после нескольких недель лечения, вам следует сообщить об этом вашему врачу или медсестре.

Сколько времени требуется для диагностики ШЛУ-ТБ?

При обнаружении в мокроте бактерий туберкулеза диагноз туберкулеза может быть поставлен за 1-2 дня. Однако, для подтверждения ШЛУ-ТБ может потребоваться от 6 до 16 недель.

Безопасно ли совершать поездки в районы, где были отмечены случаи ШЛУ-ТБ?

ШЛУ-ТБ встречается крайне редко, однако его случаи регистрировались в каждом регионе мира. Контакты с лицами, больными ШЛУ-ТБ, наиболее опасны для тех, у кого ослаблен иммунитет к инфекционным болезням в связи с ВИЧ-инфекцией или какими-либо другими болезнями, которые приводят к ослаблению иммунитета.

Таким людям также рекомендуется избегать посещения районов, где не принимаются контрольно-профилактические меры. Сами по себе авиаперелеты сопряжены лишь с незначительным риском заражения любой формой туберкулеза. Людям, имеющим сомнения в отношении безопасности поездок в определенные страны, следует обратиться за советом к своему врачу, в соответствующие национальные органы власти или посетить авторитетные веб-сайты с информацией для лиц, совершающих поездки.

Что нужно сделать в случае контакта с пациентом, больным ШЛУ-ТБ или с подозрением на ШЛУ-ТБ?

Каждый, кто имел контакт с человеком, больным ШЛУ-ТБ или с подозрением на ШЛУ-ТБ, должен обратиться к своему врачу или в местный противотуберкулезный диспансер и пройти обследование на туберкулез. Это особенно важно в случае появления каких-либо симптомов туберкулеза. Если у пациента кашель, его попросят предоставить образец мокроты для анализа на туберкулез.

В случае обнаружения туберкулеза пациенту будет назначен курс лечения теми препаратами, к которым данная форма туберкулеза будет чувствительна в наибольшей степени. Если обнаружится инфекция бактериями туберкулеза, а признаки заболевания будут отсутствовать,

пациенту может быть назначено профилактическое лечение или рекомендовано регулярно проходить диспансеризацию.

Нужно ли изолировать пациентов с ШЛУ-ТБ во время лечения или после того, как все возможности излечения были исчерпаны?

Для постановки диагноза пациенты с подозрением на туберкулез или ШЛУ-ТБ госпитализируются. Для защиты других пациентов и работников больницы изоляция таких пациентов является одним из элементов качественной медицинской помощи.

Изоляция играет очень ограниченную роль в отношении пациентов, лечение которых не дало результатов. Как показали исследования, лечение пациентов с туберкулезом на дому при условии принятия необходимых контрольно-профилактических мер, как правило, не создает значительного риска для других членов домохозяйства. К моменту постановки диагноза члены домохозяйства уже были в контакте с больным и подвергались риску заражения.

Тем не менее, если возможности излечения исчерпаны, все контрольно-профилактические меры на дому должны быть усилены. В случаях, когда это невозможно, пациенту следует предложить варианты добровольной изоляции и паллиативную помощь в конце жизни.

Какую опасность представляет ШЛУ-ТБ для работников здравоохранения, в частности, для тех из них, кто может быть сам ВИЧ-позитивным?

Для охраны здоровья работников здравоохранения, которые могут контактировать с пациентами, инфицированными туберкулезом, в учреждениях здравоохранения должны все время приниматься надлежащие и строгие контрольно-профилактические меры. Работникам здравоохранения также настоятельно рекомендуется проверить свой ВИЧ-статус, с тем чтобы в необходимых случаях они могли ограничить свою подверженность воздействию источника инфекции туберкулеза.

5. Все о туберкулезе

Что такое туберкулёз?

Туберкулёз - инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулёза (туберкулёзной палочкой), сопровождающееся, как правило, поражением лёгких, а также костей, суставов, глаз, кожи, мочеполовых органов.

Как часто встречается туберкулёз?

Третья часть населения мира инфицирована микобактерией туберкулёза, ежегодно почти 10 млн человек заболевают формами туберкулёза, сопровождающимися выделением возбудителя в окружающую среду («открытые» формы), и ещё приблизительно столько же — формами без выделения возбудителя («закрытыми»). В России заболеваемость туберкулёзом составляла в 2015 году 57,7, в Рязанской области – 34,4 случая на 100 тыс. населения в год.

Почему возникает туберкулёз?

Возбудитель туберкулёза попадает в организм человека при вдыхании капель мокроты, выделяемой больным человеком при кашле и чиханье, а также инфицированной пыли, на которой туберкулёзные бактерии могут сохраняться месяцами; реже — при употреблении в пищу молока от коровы, заболевшей туберкулёзным маститом. Дальнейшие события во многом зависят от возможностей иммунитета противостоять инфекции: заболевание может не возникнуть совсем, либо возникнуть в лёгкой форме, либо быстро прогрессировать до тяжёлых стадий. Ослаблению иммунитета способствуют плохое питание, низкий уровень жилищно-бытовых условий, сопутствующие заболевания (сахарный диабет, онкологические болезни, хроническая почечная недостаточность и, особенно, ВИЧ-инфекция), пожилой возраст, длительный приём глюкокортикоидов, цитостатиков, а также алкоголизм. В среднем заболевает 1 из 20 людей, в организм которых попал возбудитель. Разумеется, вероятность заболеть тем выше, чем чаще происходит контакт с возбудителем, то есть у лиц, длительное время находящихся рядом с больными туберкулёзом. Возможно также «отсроченное» заболевание, когда при ослаблении ранее достаточно сильного иммунитета становятся активными ранее заблокированные возбудители.

Опасен ли туберкулёз?

Туберкулёз опасен в запущенной форме. Этим обусловлена важность профилактических мероприятий и выявления заболевания на ранних стадиях.

В настоящее время Россия относится к неблагополучным регионам мира по туберкулёзу. Несмотря на то что среди больных туберкулёзом преобладают лица без определённого места жительства и заключённые, пренебрегать методами профилактики не следует никому.

Как проявляется туберкулез?

На ранней стадии туберкулёза симптомы могут быть выражены минимально (слабость, утомляемость, плохой аппетит), либо вообще отсутствовать. Отсюда очевидна важность профилактических диагностических мероприятий (см. ниже), которыми ни в коем случае нельзя пренебрегать.

По мере развития лёгочного процесса возникают:

- кашель (сначала сухой, затем с мокротой),
- одышка (что связано либо с появлением жидкости в пространстве между лёгким и грудной стенкой, либо с поражением существенной части лёгкого),
- лихорадка, проливные поты, слабость, снижение массы тела,
- реже — боли в грудной клетке.

Возможно развитие туберкулёзного поражения почек, половых органов, позвоночника, суставов, а также мозговых оболочек (менингита), хотя частота внелёгочного туберкулёза значительно ниже, чем лёгочного.

Как диагностируют туберкулёз?

Основной метод диагностики — рентгенологические исследования. В настоящее время цифровых технологий важно знать, что массовые обследования населения старше 15 лет проводятся во всех медицинских организациях области только на цифровых флюорографах. Использование современных технологий позволило при существенном снижении лучевой нагрузки на человека получать изображения высокого качества. Однако, необходимо отметить, что большей точностью в выявлении туберкулеза легких обладает компьютерная томография.

Поэтому одному и тому же пациенту при наличии определенных показаний приходится проводить оба эти рентгенологические исследования.

Не менее важен лабораторный анализ мокроты для обнаружения возбудителя, поскольку от этого зависит, опасен ли больной для окружающих, или нет.

Особое место занимают методы иммунодиагностики туберкулеза, в том числе проба Манту и проба с Диаскинтестом. В ответ на внутрикожное

введение 2 ЕД туберкулина (очищенного белка клеточной стенки бактерии туберкулёза) или аллергена туберкулезного рекомбинантного возникает воспалительная реакция, которую измеряют в мм. Отсутствие реакции у здорового человека означает, что у него не было контакта с инфекцией; отсутствие реакции у больного человека свидетельствует о нарушениях у него иммунного ответа на микобактерию туберкулёза (необходимо дальнейшее обследование). Положительной реакция Манту считается при размере воспалительной припухлости более 5 мм, а проба с Диаскинтестом – при наличии покраснения или воспалительной припухлости любого размера. Эти пробы могут быть положительными как у лиц, не болеющих туберкулёзом, так и у больных. Для уточнения проводят рентгенологические исследования.

При подозрении на внелёгочные формы заболевания необходимы дополнительные исследования, выбор которых зависит от предполагаемой локализации туберкулёзного процесса.

Какие существуют методы лечения и профилактики туберкулёза?

Туберкулёз лечат только в специализированных противотуберкулёзных диспансерах. Амбулаторным будет лечение или стационарным, зависит от формы заболевания и других факторов (в том числе от состояния пациента, наличия или отсутствия бацилловыделения и пр.). Всех больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких госпитализируют. Лечение всегда комбинированное (одновременно используют 3–5 противотуберкулёзных препарата) и длительное (не менее 6 мес.). Успех лечения во многом зависит от аккуратности выполнения врачебных рекомендаций. Уменьшение доз препаратов и времени их приёма делают лечение неэффективным и способствует развитию устойчивости возбудителя к лекарствам.

Особенно следует подчеркнуть, что прочие виды лечения, в том числе из арсенала народной медицины и фитотерапии, имеют только вспомогательное значение и ни при каких условиях не могут заменить противотуберкулёзные препараты.

Какие мероприятия необходимы для профилактики туберкулёза?

Методы неспецифической профилактики очевидны. Во-первых, следует избегать близко находиться от кашляющих людей. В тех случаях, когда это неизбежно (например, больной туберкулёзом живет с Вами под одной крышей), следует чаще проветривать помещение и проводить в нём уборку. При появлении признаков недомогания обращайтесь к врачу; даже

при постоянно хорошем самочувствии не пренебрегайте ежегодной флюорографией. Важно укреплять иммунитет: полезно находиться на свежем воздухе, заниматься физкультурой, полноценно питаться.

В нашей стране вакцинация БЦЖ включена в Национальный календарь прививок. Вакцину вводят в первые дни жизни ребёнка, поскольку вероятность раннего контакта с опасной туберкулёзной бактерией очень велика. Ни в коем случае не отказывайтесь от вакцинации: другого надёжного способа защитить от генерализованного туберкулёза и смерти ребенка от него не существует. Повторная прививка проводится в возрасте 6-7 лет.

В некоторых случаях показан профилактический приём противотуберкулёзных препаратов в течение 3–6 мес. (преимущественно лицам, постоянно контактирующим с больными туберкулёзом, и пациентам с иммунодефицитом, в частности с ВИЧ-инфекцией).

Все мероприятия по профилактике и лечению туберкулёза в нашей стране бесплатны.

6. Дополнительная информация

1. Российское общество фтизиатров <http://roftb.ru/>
2. Государственное бюджетное учреждение Рязанской области Областной клинический противотуберкулёзный диспансер <http://rokptd.ru/>

