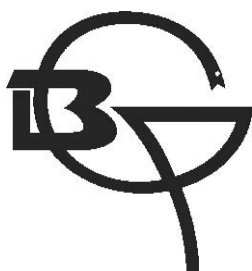


РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

БЮЛЛЕТЕНЬ
ВОСТОЧНО-СИБИРСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА



Выпуск, посвященный научно-практической конференции
с международным участием
«Мониторинг туберкулеза и сопутствующие заболевания»
30 июня – 1 июля 2011 г.

№2 (78)

2011

ИРКУТСК

Главный редактор

С.И. Колесников

Зам. главного редактора

В.С. Рукавишников

Ответственный секретарь

Т.Г. Карпова

Редакционная коллегия

И.В. Бычков
Е.Г. Григорьев
В.В. Долгих
Л.И. Колесникова
Д.В. Кулеш
И.В. Малов
В.В. Малышев
В.А. Сорокиков
В.В. Шпрах

Редакционный совет выпуска:

Е.Д. Савилов (Иркутск)
В.А. Краснов (Новосибирск)
В.В. Долгих (Иркутск)
Д.В. Кулеш (Иркутск)
Т.И. Петренко (Новосибирск)
Н.Н. Курунова (Новосибирск)
Е.Ю. Зоркальцева (Иркутск)
Н.Н. Чемезова (Иркутск)

Редакционный совет

И.П. Артюхов (Красноярск), С.В. Балахонов (Иркутск), Г.И. Бишарова (Чита), А.В. Говорин (Чита), Дж. Анн Гроссман (США, Нью-Йорк), А.А. Дзизинский (Иркутск), В.В. Дворниченко (Иркутск), В.В. Захаренков (Новокузнецк), Н.Ф. Измеров (Москва), В.К. Козлов (Хабаровск), В.В. Кожевников (Улан-Удэ), М.Т. Луценко (Благовещенск), Л.М. Макаров (Москва), В.Т. Манчук (Красноярск), П. Нямдаваа (Монголия, Улан-Батор), А.З. Плюснин (Финляндия, Хельсинки), Н.В. Протопопова (Иркутск), М.Ф. Савченков (Иркутск), Р.К. Салаяев (Иркутск), О. Сэргэлэн (Монголия, Улан-Батор), К. Такакура (Япония, Токио), Е.В. Уварова (Москва), Е.А. Шмелева (Москва), А.Г. Щуко (Иркутск)

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Мнение автора может не совпадать с мнением редакции.

Адрес редакции: 664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16.

Президиум ВСНЦ СО РАМН.

Тел. 20-98-05, 20-90-48, факс. 20-98-13.

E-mail: sikol@sbamsr.irk.ru

Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации СМИ – ПИ № ФС77-34951 от 29 декабря 2008 г.

Основан в 1993 году.

Учредитель – Восточно-Сибирский научный центр Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук (Лицензия РФ на издательскую деятельность ИД № 01693 от 5 мая 2000 г.).

Бюллетень включен в Реферативный журнал и Базу данных ВИНТИ. Сведения о журнале публикуются в международной справочной системе по периодическим и продолжающимся изданиям "Ulrich's Periodicals Directory".

Бюллетень ВСНЦ СО РАМН входит в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук (2009–2011)».

Подписной индекс 24347.

больных туберкулезом лиц трудоспособного возраста (18 – 60 лет), которые составляют среди заболевших более 70 %. Преимущественно заболевание в данном возрасте регистрируется среди мужчин. Значительный процент (43 %) среди впервые выявленных больных составляют неработающие или временно неработающие лица. Следует отметить, что сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией также регистрируется преимущественно среди лиц указанной социальной принадлежности.

Миграционные процессы также оказывают влияние на эпидемиологическую ситуацию в городе. Так, в первом квартале 2011 г. обратилось за консультативной помощью в СПб ГПТД 305 иностранных граждан, в то время как за весь прошлый год – 375 человек. Из числа обследованных диагноз активного туберкулеза установлен у 79 человек (76 в 2010 г.). Данное обстоятельство обусловлено увеличением числа прошедших медицинское обследование иностранных граждан. Ожидается увеличение числа мигрантов больных туберкулезом – прогнозируется их увеличение до 400 человек за 2011 г.

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации показал, что в Санкт-Петербурге при планировании противотуберкулезных мероприятий следует особое внимание уделять проведению профилактических мероприятий среди неработающих или временно неработающих лиц трудоспособного возраста, мигрантов, ВИЧ-инфицированных, а также освободившихся из пенитенциарных учреждений.

П.К. Яблонский, Д.Л. Айзиков, Г.С. Баласанянц

РАСЧЕТ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ГЛУТОКСИМ ВО ФТИЗИАТРИИ

НИИ фтизиопульмонологии (Санкт-Петербург)

В современной фтизиатрии остро стоит вопрос рационального использования денежных средств, направленных на лечение больных туберкулезом. Одной из мер рационального использования финансов является сокращение сроков стационарного лечения бактериовыделителей, обусловленного не только тяжестью общего состояния, но и необходимостью их изоляции, что совершенно оправдано с эпидемической точки зрения. В виду особенностей учета выплат из фонда обязательного медицинского страхования непрямые затраты учитывать сложно, поэтому эффективность курсов лечения чаще всего приходится оценивать по прямым вложениям. Весь период пребывания больного в стационаре бюджеты всех уровней несут финансовые потери: затраты на диагностику, лечение, питание, коммунальные издержки, заработную плату медицинского персонала. В работах М.В. Синицина с соавт. доказано, что к концу 2-го месяца лечения больных с лекарственно чувствительными МБТ, у которых к химиотерапии (ХТ) (I режим) был добавлен Глутоксим, частота бактериовыделения прекратилась в 91,1 % случаев. Среди больных, получавших только ХТ, бактериовыделение исчезло у 61,1 % пациентов. Это наглядно демонстрирует, что применение препарата Глутоксим сокращает сроки абациллирования больных. Приведенные данные в пересчете на обслуживание одного пациента (оплата коммунальных услуг, оплата питания, заработная плата) показывают, что затраты при использовании Глутоксима уменьшаются, так как больные быстрее выписываются из стационара. При экстраполяции этих данных на количество больных и структуру финансирования на 2011 г. одного из противотуберкулезных диспансеров СЗФО РФ была рассчитана предполагаемая экономия ресурсов. Так, стоимость приобретения противотуберкулезных препаратов первого ряда при условии назначения стандартных доз, например, для 104 больных и длительностью терапии 60 суток составит 106 080 рублей, питание 833 333 рублей, заработная плата сотрудников 5 666 666 рублей. При добавлении в схему лечения Глутоксима изменяется только сумма затрат на лекарственные средства: она увеличится на 1 042 080 рублей. Однако при использовании препарата Глутаксим показания к дальнейшему стационарному лечению ввиду сохранения бактериовыделения останутся только у 9 пациентов (8,9 %). В то же время, если этим же больным назначить I режим ХТ без Глутоксима, то показания к дальнейшей изоляции будут определяться у 40 больных (38,9 %), и, более того, встанет вопрос о коррекции ХТ. Даже если продолжить I режим ХТ этим 40 больным потребуются дополнительные ресурсы на оплату лечения, питания, коммунальных услуг и заработной платы медицинского персонала еще в течение минимум 30 суток (суммарное количество доз 90), что приведет к удорожанию лечения на сумму 3 770 399 рублей. То есть, для достижения прекращения бактериовыделения у 104 больных при использовании в схеме лечения Глутоксима у больных с сохраненной лекарственной чувствительностью затраты составят 8 542 079 рубля, а для достижения эффекта абациллирования без применения препарата Глутоксим у такого количества больных потребуется 11 376 478 рублей, что на 2 834 399 рублей дороже. Сопоставлении затрат и эффективности обнаруживает, что для достижения прекращения бактериовыделения у больных без Глутоксима соотношение равно 124 485 руб./%, а при использовании препарата Глутоксим 93 765,96 руб./%.

ВЫВОД

Несмотря на то, что затраты на этапе начала лечения (I режим ХТ и Глутоксим) выше, чем без использования препарата, эффективность расходования ресурсов при подключении Глутаксима к терапии представляется очевидной. Ускоренное прекращение бактериовыделения позволяет существенно экономить финансы для оказания специализированной лечебной помощи другим пациентам.

Л.П. Яковлева, С.П. Зорина

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научно-практический центр «Фтизиатрия» (Якутск)

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Саха остается напряженной, несмотря на некоторое снижение основных показателей за последние 10 лет. Так, показатель заболеваемости (ф. № 33) в период с 2000 до 2004 г. повысился (с 72,0 до 84,9 на 100 тыс. населения), а к 2010 г. снизился на 19,5 % (68,3 на 100 тыс. населения). Данный показатель остается на уровне среднероссийского (2009 г. — 66,8 на 100 тыс. населения) и в 1,8 раза ниже, чем по ДФО (2009 г. — 123,7 на 100 тыс. населения).

По г. Якутску заболеваемость туберкулезом в период с 2000 до 2003 г. повысилась на 14,5 % (с 106,0 до 121,4 на 100 тыс. населения). К 2009 г. произошло снижение данного показателя на 27,5 % (88,0 на 100 тыс. населения), но в 2010 г. в г. Якутске вновь произошел рост заболеваемости до 102,4 на 100 тыс. населения.

В разрезе других социально-территориальных зон республики ситуация неоднозначна. В 2000 г. **наибольшие** показатели заболеваемости туберкулезом отмечались в сельской (94,5 на 100 тыс. населения) и смешанной (76,0 на 100 тыс. населения) зонах, **наименьший** — в промышленной зоне (30,6 на 100 тыс. населения). В арктической зоне показатель заболеваемости был ниже среднереспубликанского и составлял 59,8 на 100 тыс. населения.

За последние 10 лет ситуация по районам республики изменилась: в то время как в арктической и промышленной социально-территориальных зонах заболеваемость повысилась на 30,8 и 20,6 % соответственно (78,2 и 36,9 на 100 тыс. населения), в сельской и смешанной зонах отмечается снижение показателя на 35,9 и 15,3 % соответственно (60,5 и 64,4 на 100 тыс. населения).

Показатель заболеваемости **бацилярными** формами туберкулеза органов дыхания в 2010 г. остался на уровне 2000 г. и составил 35,3 на 100 тыс. населения, что в 1,6 раза ниже аналогичного показателя по ДФО и на уровне среднефедеративного (2009 г. — 57,6 и 35,3 на 100 тыс. населения соответственно). Доля бактериовыделителей среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в 2010 г. составила 54,1 % против 34,3 % в 2000 г.

За изучаемый период произошло повышение на 22,8 % доли деструктивных форм туберкулеза органов дыхания, которые диагностированы в 2010 г. у 46,4 % впервые выявленных больных (2000 г. — 37,8 %), что соответствует аналогичному показателю по ДФО (2009 г. — 45,6 %).

Заболеваемость детей туберкулезом в Республике Саха (Якутия) за последние 10 лет снизилась на 57,8 % (с 51,6 до 21,8 на 100 тыс. детского населения). Данный показатель превышает среднероссийский в 1,5 раза (2009 г. — 14,7 на 100 тыс. детского населения), но ниже аналогичного по ДФО в 1,3 раза (2009 г. — 27,8 на 100 тыс. детского населения). Снижение показателя заболеваемости детей в период с 2000 по 2010 г. произошло во всех социально-территориальных зонах, кроме арктической: в г. Якутске на 69,8 % (с 117,1 до 35,4 на 100 тыс. детского населения), в сельской — на 61,8 % (с 60,4 до 23,1 на 100 тыс. населения), в промышленной — на 100 % (с 9,0 до 0 на 100 тыс. детского населения), в смешанной — на 37,5 % (с 25,1 до 15,7 на 100 тыс. населения). В арктической зоне районов заболеваемость детей повышалась с 42,3 в 2000 г. до 150,0 на 100 тыс. детского населения в 2004 г., но в 2010 г. произошло снижение данного показателя до уровня 2000 г. (45,4 на 100 тыс. населения).

За исследуемый период времени заболеваемость туберкулезом среди подросткового населения республики снизилась на 21,5 % (с 41,8 до 32,8 на 100 тыс. подросткового населения) и остается ниже аналогичного показателя по РФ в 1,2, по ДФО — в 2,4 раза (2009 г. 37,4 и 80,1 на 100 тыс. подросткового населения соответственно). Снижение заболеваемости туберкулезом среди подростков отмечается во всех социально-территориальных зонах, кроме арктической, где этот показатель увеличился с 0 до 92,2 на 100 тыс. населения.

Распространенность туберкулеза в Республике Саха (Якутия) за 10 лет снизилась на 31,0 % (с 278,8 до 192,3 на 100 тыс. населения) и остается на уровне среднероссийского показателя (2009 г. — 185,1 на 100 тыс. населения), при этом ниже аналогичного показателя по ДФО в 1,6 раза (2009 г. — 317,2 на 100 тыс. населения).