

**Концепция развития
фтизиопульмонологической службы
Республики Казахстан**

Содержание

Глава 1	Общие положения	2
Глава 2	Международный опыт оказания противотуберкулезной помощи в мире	4
Глава 3	Состояние фтизиатрической службы в Республике Казахстан	6
Глава 4	Состояние пульмонологической службы в Республике Казахстан	9
Глава 5	Стратегическая цель и приоритеты концепции	10
Глава 6	Основные задачи концепции и ключевые мероприятия	11
Глава 7	Ожидаемые результаты концепции	15
Заключение		15
Приложение 1		
Приложение 2		

Глава 1. Общие положения

Концепция развития фтизиопульмонологической службы на 2021-2025 годы является логическим продолжением стратегических и программных документов по вопросам охраны здоровья граждан на территории Республики Казахстан в части профилактики и борьбы с туберкулезом и другими легочными заболеваниями. Стратегические направления, включенные в этот документ, согласуются с задачами, определенными Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулык" на 2016 – 2019 годы, целями развития ООН, Глобальной стратегией ВОЗ по туберкулезу: «Ликвидировать туберкулез», Планом действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг., Глобальным планом по Ликвидации ТБ 2016-2020 «EndTB» (приложение 1).

Президент Республики Казахстан Нурсултан Назарбаев в своем обращении в отношении национальной стратегии «Казахстан – 2050» отметил, что здоровье народа является основой успешного будущего страны.

В связи с мировыми изменениями экономики, климата, экологии, все больше возрастает медико-социальная значимость заболеваний легких, необходимость организации специализированной торакальной медицинской помощи соответствующим больным, что и обуславливают необходимость консолидации фтизиатрии и пульмонологии. Основой для организации фтизиопульмонологической службы Казахстана будет государственная социально-ориентированная политика, направленная на качественное улучшение специализированной медицинской помощи населению при туберкулезе и другой легочной патологии с реализацией первичной, вторичной и третичной профилактики при заболеваниях органов дыхания.

Реализация настоящей Концепции будет способствовать решению актуальных проблем в борьбе со всеми легочными заболеваниями, на основе соблюдения принципов доказательной медицины, всеобщего доступа населения к качественной и комплексной медицинской помощи в соответствии с ключевыми принципами политики Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ). Соответственно, реализации данной концепции позволит улучшить эпидемиологическую ситуацию инфекционных заболеваний легких по стране, а также станет основой для планомерной модернизации материальных баз центров фтизиопульмонологии и их лабораторий.

Концепция будет основой для разработки программ, правовых и нормативных документов, планирования научных исследований в области фтизиопульмонологии, создания обновленных образовательных программ.

Предпосылки для написания Концепции

В течение последних двух десятилетий болезни органов дыхания (БОД) занимают лидирующие позиции по распространенности и смертности во всем мире, в том числе и в Республике Казахстан.

По официальным данным ВОЗ в 2016 г. хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и инфекции нижних дыхательных путей заняли 3 и 4-ую строку среди основных причин смертности населения на планете, уступив лишь сердечно-сосудистым катастрофам. В мире ежегодно умирает более 3,5 млн человек от инфекций нижних дыхательных путей и более 3,3 млн от ХОБЛ. В Казахстане, начиная с 2015 г. эти нозологии вышли на 2-3 место в структуре общей смертности населения.

В целом в Республике Казахстан отмечается рост заболеваемости и смертности от БОД во всех возрастных группах с большей частотой у детей и пожилых лиц. В структуре БОД основные позиции занимают пневмонии, ХОБЛ, бронхиальная астма, тяжелые респираторные вирусные инфекции, интерстициальные заболевания легких и другие, приводящие к дыхательной недостаточности и являющиеся основной причиной смертности и инвалидизации. По официальным

данным Министерства здравоохранения РК за последние 5 лет отмечается рост заболеваемости БОД на 12 %, при этом заболеваемость пневмонией выросла на 41 %. БОД дыхания с 2015 г. занимают второе место по смертности после болезней системы кровообращения.

За анализируемые годы отмечается устойчивый рост первичного выхода на инвалидность в связи с БОД, что в целом соответствует мировым тенденциям. Так, по данным «Службы исследования по влиянию окружающей среды» (США) динамика выхода на инвалидность возрастает в геометрической прогрессии с удвоением соответствующих показателей каждые 5 лет. И как причина смертности населения уступает в этом отношении только сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям.

Таким образом, 21 век стал веком легочной патологии, что прогнозировалась экспертами ВОЗ в предыдущие годы.

Увеличение заболеваемости БОД на протяжении последних десятилетий на фоне увеличения общей продолжительности жизни объясняется известными причинами:

- широкое распространение курения табака, электронных сигарет, кальяна и др;
- большое количество, так называемых «outdoor» (внешних) и «indoor» (внутрижилищных) фактор окружающей среды, оказывающих негативное воздействие на органы дыхания;
- химизированность сельского хозяйства;
- прогрессирующая общая загрязненность воздушного бассейна;
- возросшая аллергизация населения;
- антибиотикорезистентность наиболее распространенных штаммов бактерий;
- полиморфизм инфекционных агентов;
- высокая частота респираторных вирусных инфекций;
- тенденция к уменьшению охвата населения вакцинацией по причине добровольного отказа от прививок;
- рост иммунодефицитных состояний, как врожденных, так и приобретенных и др.

Наряду с этим, Согласно Global TB Report 2017 года, в мире отмечается стойкая тенденция к снижению основных эпидемиологических показателей по туберкулезу. Так, за период от 2000 г. до 2016 г. отмечается снижение заболеваемости туберкулезом в мире на 18 %, при ежегодном снижении на 1,5 %, и снижение смертности на 37 % за данный период.

В Республике Казахстан также отмечается, благодаря контролю за реализации противотуберкулезных мероприятий на государственном уровне, за последние 5 лет регистрируется снижением показателя более высокие темпы снижения эпидемиологических показателей по туберкулезу, чем в целом в мире. Так, удалось снизить уровень заболеваемости туберкулезом на 27,4% с 66,4 в 2014 году до 48,2 на 100 тыс. населения в 2018 году (в 1,4 раза), уровень смертности от туберкулеза - на 51,0% (в 2 раза) с 4,9 до 2,4 на 100 тыс. населения.

Несмотря на положительную динамику эпидемиологических показателей по туберкулезу, Казахстан остается регионом, отнесенным ВОЗ к странам с высоким бременем лекарственно – устойчивых форм туберкулеза. Согласно данным ВОЗ, Казахстан входит в список 30 стран с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в мире, и 9 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ в Европейском Регионе.

Таким образом, при общей положительной динамике основных эпидемиологических показателей по туберкулезу отмечается рост БОД, при этом значительным приоритетом в противотуберкулезной службе остается борьба с лекарственно –устойчивым туберкулезом.

Следует отметить, что туберкулез органов дыхания является одной из распространенных патологий среди всех инфекционных заболеваний дыхательной системы. В то же время, БОД – это достаточная обширная группа заболеваний по этиологии и патогенезу, требующая широких знаний и навыков от практического врача. Пульмонология охватывает достаточно широкий спектр патологических состояний, зачастую пересекаясь с другими разделами внутренней медицины,

инфекциями, онкологическими заболеваниями, системными поражениями органов дыхания в различных клинических ситуациях.

Фтизиатрия и пульмонология в силу общности поражения дыхательной системы основаны на использовании схожих лабораторно-инструментальных диагностических методов, однотипности дифференциально-диагностических подходов, необходимости применения торакальных методов диагностики и лечения, что делает эти специальности вполне совместимыми в структурно-организационном плане.

В современных фтизиопульмонологических центрах (ПТД), функционирующих в РК, имеется практически весь необходимый перечень лабораторных и инструментальных диагностических возможностей, что может быть использовано и у пациентов как с туберкулезом, так и с другой патологией органов дыхания.

Все это, наряду с возможностями торакальной хирургии, вызывает вполне обоснованную уверенность в объединении профилей фтизиатрии и пульмонологии для оптимизации и улучшения качества лечебно-диагностических ресурсов при болезнях дыхательной системы.

Объединение клинических специальностей, занимающихся различными заболеваниями органов дыхания будет способствовать комплексному подходу в совершенствовании дифференциальной диагностики, лечении и профилактике БОД в целом, более рациональному и экономному использованию сил и средств здравоохранения.

На сегодняшний день в РК в амбулаторном государственном секторе здравоохранения работает около 70 пульмонологов, при нормативной потребности - 450-500 человек. При этом необходимо отметить, что большинство амбулаторных пульмонологов являются терапевтами-совместителями.

По данным Управлений здравоохранения регионов развернуто и функционирует 500-550 пульмонологических коек, часть из которых находятся в составе других терапевтических отделений. Потребность в профильных койках приближается к 1800-2000 для страны.

Наряду с этим, в противотуберкулезной службе имеется стабильная тенденция к снижению потребности в стационарной помощи, в виду внедрения различных форм амбулаторного лечения, и сокращения количества пациентов, нуждающихся в круглосуточном наблюдении. Ежегодно по РК отмечается в среднем 10 -15 % пустующих коек в противотуберкулезных организациях.

Таким образом, при неизбежном прогнозируемом росте заболеваемости и смертности от БОД, при снижении смертности от туберкулеза на 95% к 2035 году по сравнению с 2015 годом и снижении показателя заболеваемости туберкулезом на 90% к 2035 году по сравнению с 2015 годом, согласно стратегии End TB, реализуемой в Казахстане, а также принимая во внимание наличие эффективной системы контроля за туберкулезом, достаточное количество кадровых ресурсов, наличие свободных круглосуточных коек и диагностическую общность двух специальностей является обоснованным и своевременным слияние двух служб в единую службу фтизиопульмонологии.

Объединение клинических специальностей, занимающихся различными заболеваниями легких, будет способствовать комплексному подходу к изучению легочной патологии, совершенствованию ранней дифференциальной диагностики, профилактики и лечения заболеваний легких в целом, и самое главное более рациональному и экономному использованию сил и средств здравоохранения.

Глава 2. Международный опыт оказания противотуберкулезной помощи в мире

В связи со значительным снижением заболеваемости туберкулезом в Западной Европе в 60-70-х годах прошлого века произошло закрытие противотуберкулезных стационаров и санаториев, перепрофилирование коек, и исчезновение специальности «фтизиатр» как таковой. Вопросами лечения ТБ в ряде стран (Нидерланды, Бельгия, Финляндия) занимаются пульмонологи,

специализированных коек для ТБ нет, в основном лечение проводится на амбулаторном этапе (Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis, WHO, 2013).

Так в Великобритании ТБ относится как к пульмонологии, так и к инфекционным заболеваниям, а BTS (Британское торакальное общество) выполняет главную координирующую роль в Объединенном комитете по ТБ. Public Health (Общественное здравоохранение Англии) играет доминирующую роль в сборе и интерпретации данных, стационарное лечение встречается редко [рекомендации NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng33/>].

Медсестры и аутрич-работники, работающие с ТБ, работают с пульмонологами, занимаются отслеживанием контактов и скринингом мигрантов. Лечение МЛУ-ТБ проводится совместно с отделом инфекционных заболеваний и пульмонологией (BTS MDR Clinical Advisory Service).

В Швеции ТБ является редким заболеванием (6-7 случаев на 100 000 населения), и также традиционно относится к пульмонологии. Лечение ТБ занимается междисциплинарная команда, включающая инфекционистов и пульмонологов. Бактериовыделители обычно начинают лечение в стационаре (отдельная палата со шлюзом) до прекращения бактериовыделения (2 недели и больше) [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/smittsamma sjukdomar/tuberkulos-tbc/>].

В соответствии со шведским законом о профилактике заболеваний, туберкулез классифицируется как опасное заболевание, и о новых случаях необходимо уведомлять через SmiNet (интернет система), где уведомление направляется непосредственно как врачу-инфекционисту в окружном совете, так и органу общественного здравоохранения.

В Германии туберкулез является редким заболеванием - заболеваемость составляет 7 человек на 100 000 населения. Национальной программы борьбы с ТБ или национального менеджера по ТБ не существует. Пациенты с симптомами обследуются у частных врачей общей практики, частных пульмонологов или обращаются в амбулаторные отделения или непосредственно поступают в стационар. Диагностика ТБ проводится несколькими государственными и частными лабораториями, и только часть штаммов, в том числе МЛУ-ТБ, передается в Национальную противотуберкулезную лабораторию.

Пациент с активным ТБ обычно получает лечение в стационаре. Это может быть общее терапевтическое отделение, отделение пульмонологии, специализированное фтизиатрическое отделение (отдельная палата со шлюзом для бактериовыделителей). После выписки пациенты наблюдаются частными пульмонологами или частным терапевтом. Органы общественного здравоохранения контролируют результаты лечения.

В Эстонии уровень заболеваемости туберкулеза в 2018 году снизился до 11/100 000 населения. Вопросами фтизиатрии занимается Эстонское пульмонологическое общество.

Стратегия борьбы с туберкулезом финансируется на всех уровнях, и главным приоритетом по борьбе с туберкулезом в Эстонии является амбулаторное лечение и уход, а противотуберкулезные диспансеры были переименованы в клиники пульмонологии. В каждом из 15 округов имеются амбулаторный пульмонологический кабинет, укомплектованный специально обученными медсестрами и врачами. Они отвечают за всю пульмонологическую работу в округе и сотрудничают с собственными семейными врачами.

В среднем, около 5-10% рабочей нагрузки у врачей пульмонологической службы округа связаны с работой по туберкулезу. Так в 2018 году в Эстонии работало около 800 семейных врачей и 45 специалистов-пульмонологов. Стационарная фтизиатрическая помощь состоит из 90 коек для лечения туберкулеза по всей стране, но главным образом койки используются для дифференциальных диагнозов.

Государственный фонд медицинского страхования Эстонии (13% от доходов налогоплательщиков) отвечает за возмещение всех медицинских услуг и заключает договор с больницами, семейными врачами и т.д. Существует единый прайс-лист на все услуги, предоставляемые в стране со строгой политикой, какие виды исследований, услуг, процедур на каждом уровне медицинского обслуживания (первичное, вторичное или третичное) население может

получать. Врач получает сертификат специальности пульмонолога после 4-х летней резидентуры по пульмонологии и вопросы фтизиатрии рассматриваются в рамках этой специальности.

Страны Африки, где сохраняется низкий уровень развития здравоохранения и где проживает 11% населения мира, несут 29% глобального бремени заболеваемости туберкулезом и 34% связанных с ним смертей в мире. По оценкам ВОЗ, средняя заболеваемость туберкулезом в африканских странах более чем удвоилась в период между 1990 и 2010 годами, с 149 до 343 на 100 000 человек населения, что является резким контрастом со стабильными или снижающимися показателями в других странах в течение этого периода. Так, например, в Южной Африке в 2017 году было зарегистрировано более 322 000 случаев туберкулеза, более 20 000 случаев лекарственно-устойчивого ТБ и 78 000 случаев смертей от туберкулеза. Беспрецедентный рост эпидемии туберкулеза в Африке объясняется несколькими факторами, наиболее важным из которых является эпидемия ВИЧ. Хотя ВИЧ является основной причиной смерти в Африке, туберкулез является наиболее распространенным сосуществующим заболеванием у людей, умирающих от СПИДа.

Лечение, диагностика и профилактика туберкулеза входит в Национальный стратегический план по ВИЧ, ИППП и туберкулезу. Лечение туберкулеза в отдаленных районах странах Африки занимаются медицинские работники общего профиля, которые в большинстве своем проходят курсы по фтизиатрии. Больные госпитализируются либо в клиники общего профиля, либо в инфекционные стационары. Не существует отдельных фтизиатрических центров. Такая же ситуация по туберкулезу отмечается и в странах Юго-Восточной Азии (WHO report 2007: global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: World Health Organization, 2007. (WHO/HTM/TB/2007.376.) The National Health Laboratory Service. Annual report, 2016/2017. Johannesburg, South Africa: National Health Laboratory Service; <http://nhls.ac.za/> Accessed December 2017.)

Таким образом, международный опыт работы фтизиатрической службы показывает, что в диагностику и лечение туберкулеза вовлечена группа специалистов, где пульмонолог является основным звеном.

Глава 3. Состояние фтизиатрической службы в Республике Казахстан

Противотуберкулезные мероприятия в стране осуществляются при поддержке Президента, Правительства Республики Казахстан, Министерства здравоохранения Республики Казахстан, местных исполнительных органов и международных организаций. В мае 2014 года Всемирной ассамблеей здравоохранения была принята Стратегия ВОЗ по борьбе с ТБ, представляющая собой концепцию, позволяющую странам положить конец эпидемии ТБ путем снижения заболеваемости и смертности. В рамках противотуберкулезных мероприятий проводятся поэтапная оптимизация и репрофилирование коечного фонда фтизиатрических стационаров с усовершенствованием механизма финансирования, внедрение новых методов ранней диагностики ТБ и лечения, непрерывного обучения специалистов, а также поэтапное усиление ПМСП участковыми фтизиатрами, что способствует улучшению консультативно-диагностической помощи.

Работа по реализации противотуберкулезных мероприятий за последние 5 лет позволила снизить показатель заболеваемости ТБ в Казахстане на 27,4% с 66,4 в 2014 году до 48,2 на 100 тыс. населения в 2018 году (в 1,4 раза). Смертность от туберкулеза также снизилась на 51,0% (в 2 раза) с 4,9 до 2,4 на 100 тыс. населения.

Снижение показателей как заболеваемости, так и смертности отмечается во всех областях РК (приложение 2).

Бактериологическая противотуберкулезная служба представлена 20 лабораториями (в гражданском секторе – 19, в пенитенциарном-1), расположенными на базе областных, региональных, городских противотуберкулезных диспансеров. На базе ННЦФ РК функционирует национальная Референс лаборатория, которая координирует работу микробиологических лабораторий областных противотуберкулезных учреждений и бактериоскопических лабораторий

общей лечебной сети, в ее компетенции разработка руководств, обеспечение высокого качества работы национальной сети лабораторий, стандартизация бактериологических исследований, проведение обучения лабораторного персонала, внедрение передовых инновационных технологий по ускоренной диагностике туберкулеза.

Координирует работу противотуберкулезной лабораторной службы РК Супранациональная лаборатория Института микробиологии и лабораторной медицины, Мюнхен-Гаутинг (ВОЗ).

В 2018г. Национальная референс-лаборатория ННЦФ РК успешно прошла внешнюю оценку качества по всем проводимым исследованиям, включая молекулярно-генетический метод на базе Супранациональной лаборатории, что подтверждено международными сертификатами.

Для раннего выявления ТБ, в том числе МЛУ ТБ, в стране применяются современные методы диагностики, соответствующие международным стандартам. Во всех областных, городских и региональных бактериологических лабораториях при центрах фтизиопульмонологии внедрены инновационные генно-молекулярные лабораторные технологии по ускоренной диагностике (от 2 часов – до 2 суток) туберкулеза и МЛУ ТБ: ВАСТЕС MGIT-960 (24 аппарата), LPA (Hain-test, Bioneer) (21 аппаратов) и XpertMTB/RIF (59 аппаратов).

На сегодняшний день все областные и региональные центры фтизиопульмонологии обеспечены аппаратами XpertMTB/RIF.

Разработаны новые алгоритмы бактериологического обследования на ТБ, согласно последним рекомендациям ВОЗ. В ноябре 2018 года

Внедрение ускоренных методов диагностики способствует своевременной и правильной диагностике ТБ, в том числе М/ШЛУ ТБ, и соответственно повышает успех лечения. С целью своевременного выявления латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ) и ТБ среди детей и контактных лиц из групп высокого риска по ТБ в стране зарегистрирован гамма-интерфероновый тест (IGRAs – interferon gamma release assays), рекомендованный ВОЗ. Данный тест актуален так же в диагностике внелегочных форм ТБ.

В рамках развития фтизиопульмонологической службы планируется расширение бактериологических исследований с целью выявления и идентификации возбудителя пульмонологических заболеваний, определения его чувствительности к антибактериальным препаратам, что имеет решающее значение для назначения целенаправленной (этиотропной) антибактериальной терапии. В настоящее время из 19 бактериологических лабораторий ПТО в 15 проводят исследования на неспецифическую микрофлору.

Кроме того, имеющиеся в лабораториях современные молекулярно-генетические оборудования GeneXpert, LPA и Echipower (Bioneer) позволяют расширить спектр бактериологических экспресс исследований пульмонологической ноозологии.

Для повышения эффективности лечения МЛУ ТБ с 2016 года в стране используются новые противотуберкулезные препараты (деламанид, бедаквилин, линезолид, клофазимин, меропенем и имипенем-циластатин) в рамках пилотных проектов (Партнеры во имя здоровья, США; Грант Глобального Фонда по борьбе с туберкулезом, СПИД и малярией). В рамках данных проектов 1700 пациентов М/ШЛУ ТБ обеспечены новыми эффективными режимами лечения (КРЛ, ИРЛ) в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 июля 2018 года № 434 «Об утверждении списка лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, закупаемых у Единого дистрибьютора на 2019 год» в план закупа 2019 года включены новые и перепрофилированные препараты для более 2500 больных с М/ШЛУ ТБ (через GDF -Глобальный лекарственный фонд).

За период 2009-2018гг эффективная диагностика и лечение ТБ позволили спасти жизнь более 162 тысяч человек, заболевших ТБ, в том числе 12 тысяч детей. Эффективность лечения ТБ и МЛУ ТБ в Республике Казахстан одна из самых высоких в мире, 79,9% и 89,5% соответственно (при стандарте ВОЗ – 75,0 и 85,0%).

Все регионы обеспечены оборудованием для видео-телеконференций для проведения консультативно-методологической помощью в режиме реального времени с участием национальных и международных экспертов.

В реализацию мероприятий по борьбе с ТБ среди лиц из уязвимых групп населения в 8 регионах страны привлечены 12 неправительственных организаций (НПО), которые оказывают содействие в поиске нарушителей режима лечения; проводят информационную работу по профилактике и приверженности лечению; сопровождают пациентов для прохождения диагностики.

В целях совершенствования качества оказания противотуберкулезной помощи населению в соответствии со стратегией ВОЗ «EndTB» и Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы мероприятия по борьбе с ТБ в стране интегрированы в сеть ПМСП.

В 2019 году будет завершена поэтапная передача всех диспансерных отделов и противотуберкулезных кабинетов центров фтизиопульмонологии в юридическое введение ПМСП, что способствует обеспечению мультидисциплинарного ведения больного ТБ и повышению качества диагностики и лечения ТБ.

В результате интеграции с сетью ПМСП количество функционирующих туберкулезных кабинетов выросло с 218 до 261. Обеспеченность ПМСП фтизиатрическими кадрами составляет 89,9%.

С целью расширения амбулаторного лечения по РК развернуто 45 дневных стационаров, по показаниям проводится лечение на дому, функционируют 30 мобильных бригад с функцией поиска нарушителей режима, также внедрено видеонаблюдаемое лечение с использованием для контроля лечения смартфонов.

По итогам 2018 года более 70% пациентов с М/ШЛУ ТБ и ТБ на амбулаторном этапе лечения охвачены социальной помощью, что способствует повышению приверженности к лечению. Общая сумма оказываемой социальной помощи растет из-года в год и составила 1,45 млрд. тенге (2018г.)

В рамках реализации проекта гранта Глобального Фонда по Новой Модели Финансирования на 2017-2019 гг. одной из целей являлось создание Национального Партнерства Стоп ТБ. Одна из основных функций этой платформы является продвижение и вовлечение различных негосударственных партнеров (НПО, профессиональные ассоциации, частный сектор) в мероприятия по контролю над ТБ и ЛУ-ТБ в стране.

В последние годы в РК имеется устойчивая тенденция снижения заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза благодаря реализуемой национальной программе, в рамках которой внедряются и используются передовые методы диагностики и лечения туберкулеза, что приводит к снижению резервуара инфекции среди населения.

С 2014 года в целях оптимизации коечного фонда сокращено 41,0% коек (с 11147 в 2014 году до 6574 в 2018 году). Средства, высвобождающиеся в результате сокращения коечного фонда ПТО и интеграции с ПМСП, реинвестируются на приоритетные нужды ПТО: закупка реактивов для лаборатории, внедрение активного фармаконадзора, усиление мер инфекционного контроля, повышение оплаты труда персонала и т.д.

При сохранении существующей тенденции к снижению основных эпидемиологических показателей путем внедрения новых противотуберкулезных препаратов, лечения ЛТБИ, а значит и дальнейшей оптимизации противотуберкулезных коек высвобождающиеся средства можно использовать для развития пульмонологической помощи.

Ежегодно 10-15% из всех госпитализированных в ПТО пациентов нуждаются в дифференциальной диагностике туберкулеза и других нетуберкулезных заболеваний (округлые образования, инфильтративные изменения в легких, диссеминации, плевриты, аденопатии). Таким образом, в дальнейшем воздержаться от сокращения коечной мощности и использовать ее для проведения дифференциальной диагностики и лечения нетуберкулезных заболеваний, что положительно повлияет на показатель смертности от заболеваний органов дыхания.

Учитывая, что за последние 5 лет по статистическим данным в РК удельный вес летальных исходов от болезней органов дыхания (исключая туберкулез) среди всех причин смерти стабильно находится в пределах 0,4%, имеется возможность снизить данный показатель при успешном внедрении современных подходов во фтизиопульмонологической службе.

Глава 4. Состояние пульмонологической службы в Республике Казахстан

В Казахстане болезни органов дыхания (БОД) занимают первую строку в структуре общей заболеваемости и обращаемости за медицинской помощью, что в целом согласуется с общемировыми данными. Начиная с 2015 г. ХОБЛ и пневмонии вышли на 2-3 место в структуре общей смертности населения. За последние 5 лет отмечается устойчивый рост заболеваемости БОД, в среднем на 12-15 %, при этом заболеваемость пневмонией выросла более, чем на 40 %. Болезни дыхательной системы с 2015 г. занимают второе место по смертности после болезней системы кровообращения.

По данным официальной медицинской статистики МЗ РК в 2018 г. с заболеваниями органов дыхания обратились 4 445 077 человек (28163,7 на 100 тыс. населения), что составило около 40% от общей заболеваемости населения.

Кроме известных инфекционных агентов, распространенности курения, определенных профессиональных воздействий имеются дополнительные факторы, обуславливающие увеличение заболеваемости органов дыхания. Территориальные особенности Казахстана зависят от географического положения населенного пункта. По данным мониторинга Казгидромет в 46 населенных пунктах Казахстана на 140 постах наблюдения среднегодовые концентрации пыли, аммиака, фтористого водорода, диоксида азота, сажи и других технических веществ, превышают предельно допустимые концентрации в 2-3 раза. При повышении концентрации нескольких исследуемых загрязнителей, уровень увеличения риска возникновения заболевания в среднем увеличивается на 18-20% для респираторных заболеваний и на 6-22% для злокачественных опухолей. В 2018 г., по данным официальной статистики МЗ РК, зарегистрировано 129443 случая пневмонии. Однако ошибки при диагностике пневмоний составляют около 30%, а число не учитываемых внутрибольничных пневмоний в 2,5 раз больше. Поэтому общее число заболеваний пневмонией в 2018 г. можно рассматривать в 2-3 раза больше. Отсутствие своевременной диагностики такой патологии, как пневмония, способствует росту осложнений и соответственно увеличению расходов на лечение, а также увеличению общей заболеваемости и смертности.

Наряду с острыми патологиями органов дыхания, ежегодно отмечается рост таких заболеваний, как бронхиальная астма (БА), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Данный факт объясняется как воздействием факторов риска, так и улучшением диагностики, и увеличением продолжительности жизни. По данным официальной статистики заболеваемость ХОБЛ Это в целом общемировая тенденция. В РК Заболеваемость ХОБЛ по различным регионам колеблется от 272,1 – 736,5 (в среднем 365,0) на 100 тыс. населения. В общей сложности зарегистрировано около 75 тыс. больных ХОБЛ, что около 1 % среди всего взрослого населения. Согласно данным проведенных локальных эпидемиологических исследований частота встречаемости ХОБЛ

составляет 10-17%. По предварительным подсчетам в Казахстане около 450-500 тыс. больных ХОБЛ, т.е. диагноз установлен только у одного из 6-8 пациентов. Уровень заболеваемости БА среди населения РК составляет 85,7–93,4 на 100 тыс. населения, что является низким показателем. Гиподиагностика ХОБЛ и БА связана с несколькими причинами: нетяжелые варианты заболевания, постепенное развитие симптоматики, низкая доступность спирометрии, недостаточное количество пульмонологов, вплоть до отсутствия в ряде регионов РК.

Так на конец 2018 г. количество должностей пульмонологов взрослых по РК всего 122,5, из них занято 99,5 ставок. Амбулаторных пульмонологов взрослых всего по РК 41,5, занято 34,2 ставки. Всего физических лиц-пульмонологов по РК 60, из них в поликлинике 17. Коечный фонд

пульмонологического профиля представлен 568 койками, часть из которых не выделено в отдельные отделения, а находятся в составе других отделений, что также не допустимо.

В РК продолжает существовать сложность диагностики и лечения муковисцидоза у взрослых, интерстициальных заболеваний легких, расстройств дыхания во время сна, ведения пациентов с хронической дыхательной недостаточностью и др.

С учетом сложившейся ситуации по пульмонологической службе были проведены подготовительные этапы с анализом имеющихся проблем и утверждена «ДОРОЖНАЯ КАРТА по совершенствованию пульмонологической помощи в Республике Казахстан на 2017-2019 годы» (Приказ МЗ РК от 8 ноября 2017 года № 820). Одним из основных пунктов данной программы – открытие республиканского респираторного центра, который бы координировал всю работу службы. Однако до сегодняшнего дня пока этот вопрос остается в стадии обсуждения. Не решены также вопросы о пересмотре суммы возмещения затрат при лечении пульмонологических пациентов, т.к. существующие объемы не в состоянии покрыть реальных расходов, что также делает непривлекательным пульмонологическое направление как в амбулаторной, так и в стационарной медицинской помощи.

Резюмируя вышесказанное:

- Болезни органов дыхания – одни из самых распространенных по заболеваемости и смертности;
- С учетом особенностей факторов риска, заболеваемость и смертность БОД будут иметь тенденцию к росту;
- Доступность пульмонологической помощи, как амбулаторного звена, так и стационарного, в РК крайне недостаточная;
- Не достаточно развита преемственность между всеми этапами оказания специализированной пульмонологической помощи;
- Нет республиканского респираторного центра, что не позволяет в полной мере совершенствовать данное направление в РК;
- Низкие КЗГ по основным пульмонологическим заболеваниям;
- Нет клинических протоколов (стандартов) диагностики и лечения по ряду пульмонологическим заболеваниям;
- Практически отсутствует легочная реабилитация и др.

Глава 5. Стратегическая цель и приоритеты концепции

Стратегической целью Концепции развития фтизиопульмонологической службы является снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза и других легочных заболеваний в Республике Казахстан путем оптимизации и расширения доступности фтизиатрической и пульмонологической помощи на различных уровнях, в том числе сети ПМСП, ГЧП с применением всех современных материально-технических ресурсов и международных рекомендаций на принципах доказательной медицины.

Основные приоритеты концепции:

- создание единой фтизиопульмонологической службы путем оптимизации структуры, принципов финансирования, кадрового потенциала фтизиатрической и пульмонологической служб на центральном и региональном уровнях с единым полным эпидемиологическим анализом с созданием комплексной базы данных для принятия стратегического прогнозирования и перспективных решений;
- консолидация усилий государства и общества для повсеместного своевременного выявления, точной диагностики, адекватного и качественного лечения ТБ и другой патологии легких;
- расширение вовлеченности, государственной поддержки и сотрудничества с НПО по расширению доступа к фтизиопульмонологической помощи особенно ориентированной на население и пациентов из групп повышенного риска к той или иной патологии;

- пропаганда здорового образа жизни, повышения информированности о ТБ, риска других легочных заболеваний, курения для снижения стигмы и дискриминации по туберкулезу и другой легочной патологии;
- расширение комплекса профилактических мероприятий, в том числе организационного методического и клинического характера, эффективно способствующих снижению заболеваемости и смертности от ТБ и другой легочной патологии, способствующих снижению стигмы и дискриминации при туберкулезе и других заболеваниях легких.

Основными принципами концепции и ее реализации являются:

- координация фтизиопульмонологической службы на центральном, региональном, районном уровнях, межсекторальное взаимодействие с синхронизацией с государственными программами по здравоохранению и цифровизации;
- использование мирового опыта функционирования фтизиопульмонологической службы с применением основ доказательной медицины;
- сотрудничество со страновыми партнерами и международными организациями, работающими по ТБ, общей легочной патологией по программе ВОЗ – ПАЛ, экологического, социального аспекта;
- обеспечение и развитие соответствующей законодательной базы;
- расширение доступности современных эффективных технологий выявления, диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ – ТБ, пульмонологических заболеваний широким слоям населения с вовлечением всей сети ПМСП и ГЧП.
- улучшение профилактики туберкулеза и других легочных заболеваний в стране, включая пенитенциарную систему, среди ЛЖВ, лиц БОМЖ, ЛЗА, мигрантов, и других групп риска;
- научное обоснование и проведение операционных исследований при реализации программ и проектов по фтизиопульмонологии с привлечением международных партнеров;
- проведение широкой пропагандисткой и образовательной деятельности среди населения по ТБ и другим заболеваниям легких на национальном, региональном и районном уровнях с использованием онлайн сетей для индивидуального представления информации.
- создание дистанционных учебно-образовательных центров и программ по фтизиопульмонологии на страновом и областном уровнях.

Глава 6. Основные задачи концепции и ключевые мероприятия

1. Оказание фтизиопульмонологической помощи населению РК

Ключевые мероприятия:

- 1) **Создание законодательной основы, необходимой для внесения изменений в организационную систему и финансирование, направленных на реформирование фтизиатрической и пульмонологической служб;**
- 2) Внедрение международных рекомендаций по эпидемиологическим программам выявления на ранних этапах болезней органов дыхания (бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, профессиональная патология легких, пневмония, муковисцидоз) и соответственно разработка, обновление протоколов ведения, клинических рекомендаций, стандартов диагностики и лечения;
- 3) Совершенствование НПА касательно диагностики и лечения неспецифических деструкций позвоночника;
- 4) Пересмотр возмещения затрат по нозологическим формам БОД (в сторону увеличения КЗГ);
- 5) Открытие 4 региональных торакальных легочных центров (далее ТЦ). Данная необходимость обусловлена главными направлениями развития казахстанского

здравоохранения в ближайшей и среднесрочной перспективе: формирование ресурсосберегающей и высокотехнологичной модели, достижение надлежащего качества оказания медицинской помощи, повышение эффективности работы лечебно-профилактических учреждений и, в итоге, - улучшение состояния здоровья населения. Задачами ТЦ будет хирургическое лечение туберкулеза легких и болезней органов дыхания. Эффективность данной системы организации оказания торакальной медицинской помощи населению отдельной части страны (север, юг, запад, восток) позволит существенно снизить нагрузку по проведению этих видов медицинской помощи в МО областного уровня, создаст уникальную возможность совершенствования и внедрения новейших видов торакальной хирургии и позволит улучшить доступ к высокотехнологичной медицинской помощи жителям малых городов и населенных пунктов сельской местности. Также данная организация торакальной помощи обеспечит проведение регулярного мониторинга состояния дел в этом вопросе, нивелирует ожидание лечения и связанную с этим социальную напряженность, сделает доступным и качественным оказание торакальной помощи жителям населенных пунктов, расположенных в удалении от административных центров, существенно разгрузит местные ЛПУ, позволив реструктурировать их деятельность и экономить значительные средства бюджета органа управления здравоохранением региона.

- 6) Организация отделений дифференциальной диагностики в структуре центров фтизиопульмонологии по стране либо открытие отделений для диагностики и лечения заболеваний органов дыхания. Неотъемлемой частью которых должен стать дневной стационар, наличие блока интенсивной терапии (реанимации), боксированных палат. Отделения должны соответствовать лучшим мировым стандартам;
- 7) Разработка показаний для госпитализации пациентов с различной легочной патологией во фтизиопульмонологические центры с учетом обновленной организационной структуры;
- 8) Создание республиканской сети по кислородотерапии больных на дому, физиотерапии и не инвазивной вентиляции легких;
- 9) Разработка и внедрение программы по лечению табачной зависимости, открытие сети по лечению табачной зависимости;
- 10) Внесение в перечень врачебных специальностей специальность «Фтизиопульмонолог»;
- 11) Совершенствование образовательной программы по подготовке фтизиопульмологов, включающей обучение в интернатуре в течение 1 года, в 2-3 годичной ординатуре, а также дистанционные онлайн курсы и тренинги с организацией для этого учебного центра;
- 12) Обучение практикующих фтизиатров вопросам оказания специализированной пульмонологической помощи и практикующих пульмологов – основным аспектам фтизиатрии, и том числе в дистанционном формате;
- 13) Повсеместное внедрение образовательных программ для врачей, медсестер, больных с патологией легких, пропаганда знаний в обществе в целом;
- 14) Укрепление материально-технической базы ЦФ и торакальных центров за счет республиканского и местных бюджетов, ФОМС и внебюджетных источников, в том числе через ГЧП;
- 15) Разработка принципов внедрения фармакоэкономики и фармаконадзора во фтизиопульмонологическую службу;
- 16) Разработка и внедрение методов интенсивной терапии при массовых экологически обусловленных поражениях органов дыхания (промышленные катастрофы, пожары, химические воздействия, экстремизм, терроризм и т.д.)

2. Улучшение доступности современных эффективных технологий диагностики и лечения ТБ, МЛУ/ШЛУ ТБ, заболеваний легких, усиление профилактических мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе.

Ключевые мероприятия:

- 1) Расширение молекулярно-генетических методов исследования на туберкулез во всех регионах на центральном, областном, городском и районных уровнях с обеспечением охватом тестами на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) до 99%;
 - 2) Внедрение молекулярно-генетических методов исследования (Gxprt) для диагностики неспецифических заболеваний легких, вирусного гепатита, состояния клеточного иммунитета;
 - 3) Расширение охвата новыми методами диагностикой и лечения ЛТБИ согласно рекомендациям ВОЗ;
 - 4) Обучение специалистов лабораторий на исследование неспецифической микрофлоры с помощью МГМ технологий;
 - 5) Внедрение новых методов диагностики заболеваний легких в отделениях фтизиопульмонологии: использование всех видов компьютерных томографий (высокоразрешающей, спиральной, низкодозной, мультипланарной), откроется путь реконструкции и создания объемных, 3D-изображений; компьютерная бронхоскопия, компьютерная бронхография, компьютерная ангиография; пункционная биопсия под КТ, УЗИ контролем
 - 6) Развитие стволовых клеточных технологий и биоинженерной хирургии, тканевой инженерии, выращивание трансгенных животных, разработка технологий по созданию искусственных легких.
 - 7) Разработка и внедрение передовых, новых, основанных на принципах доказательной медицины методов лечения туберкулеза и заболеваний легких с обеспечением доступа к ним широких слоев населения.
 - 8) Совершенствование диагностики и лечения внелегочного туберкулеза;
 - 9) Совершенствование и внедрение новых методов медикаментозной, иммунологической, санитарной-гигиенической и санаторной профилактики туберкулеза других заболеваний легких среди широких слоев населения с акцентом на группы риска.
3. Усиление инфекционного контроля, систем учета, отчета, анализа, мониторинга и оценки фтизиопульмонологических мероприятий по стране.

Ключевые мероприятия:

- 1) Совершенствование и обновление мер инфекционного контроля в медицинских организациях, вовлеченных в выявление, диагностику, профилактику туберкулеза и других заболеваний органов дыхания (ЦФП, АПО, ПМСП).
- 2) Создание статистического центра при ННЦФ РК по учету, анализу и прогнозу заболеваемости, распространенности и смертности, а также выявление ошибок выявления, диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов дыхания.
- 3) Создание методического центра по разработке клинических рекомендаций, обновления протоколов ведения, аудита по фтизиопульмонологии для повышения эффективности диагностики и лечения больных с заболеваниями органов дыхания на базе ННЦФ РК.
- 4) Модернизация системы электронного учета и отчетности по заболеваниям органов дыхания.
- 5) Создание и усовершенствование деятельности групп мониторинга и оценки (МиО), методических рекомендаций для МиО для центрального и областного уровней для повышения эффективности фтизиопульмонологической службы
- 6) Создание, дополнения в штатное расписание ННЦФ, областных центров фтизиопульмонологии, проведение тренингов для кадрового потенциала по работе с системами учета, отчета, анализа, инфекционного контроля, групп МиО по фтизиопульмонологическим мероприятиям по стране.

4. Усиление межведомственного и межсекторального взаимодействия по борьбе с ТБ.

Ключевые мероприятия:

- 1) Проведение совместных мероприятий с центрами ВИЧ/СПИД, центрами психического здоровья в борьбе с сочетанной ТБ/ВИЧ и другой патологией;
- 2) Достижение 100% охвата больных ТБ исследованиями на ВИЧ, ИППТ и АРТ;
- 3) Расширение получения государственного социального заказа НПО для реализации проектов по выявлению и диагностике туберкулеза, оказанию психологической, социальной помощи, сопровождению на амбулаторном лечении больных из уязвимых групп населения;
- 4) Усиление адвокационных мероприятий по ТБ, развитие партнерства СТОП ТБ с вовлечением НПО, аутрич работников;
- 5) Усиление контроля за туберкулезом, другими заболеваниями органов дыхания в пенитенциарной системе путем проведения всестороннего анализа эпидемиологической ситуации и тенденций; оценки и планирования среднесрочных программных и финансовых потребностей; определение приоритетных мер, которые будут приняты в отношении диагностики, лечения, инфекционного контроля, МиО / информационной системы, сотрудничества с гражданскими службами для контроля бывших заключенных с ТБ и другими заболеваниями легких.

5. Дальнейшее расширение амбулаторной, стационарозамещающей, психо-социальной помощи больным ТБ и МЛУ/ШЛУ ТБ и пульмонологическим больным

Ключевые мероприятия:

- 1) Организация торакальной помощи;
- 2) Расширение амбулаторного лечения больных ТБ;
- 3) Сокращение стационарных коек и длительности пребывания в стационаре для ТБ больных;
- 4) Децентрализация лечения больных с МЛУ-ТБ и направление их на амбулаторное лечение;
- 5) Разработка принципов социальной защиты больных туберкулезом и патологией легких, а также медицинского персонала (социальные пособия для непрерывного лечения, покрытие транспортных расходов на лечение и обследование, для персонала - доплата за вредные условия труда, социальные пакет, продолжительные отпуска);
- 6) Создание мультидисциплинарных групп отоларингологов, рентгенологов, онкологов, кожно-венерологов, аллергологов, патологоанатомов, врачей общей практики и фтизиопульмонологов для раннего выявления, профилактики и лечения болезней легких.

Этапы реорганизации фтизиатрической и пульмонологической служб в службу фтизиопульмонологии:

I этап: 2021-2023 гг.

1. Создание НПА (клинические протокола, приказы, стандарты, руководства);
2. Открытие отделений дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний органов дыхания во всех центрах фтизиопульмонологии республики для диагностики и лечения соответствующих пациентов;
3. Усовершенствование финансирования (тарифы, КЗГ, факт.затраты);
4. Доукомплектование центров фтизиопульмонологии необходимым оборудованием (компьютерные томографы высокого разрешения, УЗИ-аппараты с возможностью проведения ЭХО-КГ; обеспечение оборудованием для кислородотерапии в палатах, аппараты для неинвазивной вентиляции легких и др.);
5. Подготовка кадров (обучение, внесение в номенклатуру «специальности «фтизиопульмонолог»)

II этап: 2023-2024 гг.

1. Создание региональных центров торакальной хирургии на базе центров фтизиопульмонологии в сотрудничестве с медицинскими университетами;
2. Организация полноценных специализированных пульмонологических отделений в центрах фтизиопульмонологии;
3. Развитие амбулаторного звена фтизиопульмонологической службы (кислородотерапия на дому, ПУЗ);
3. Открытие кабинетов/отделений реабилитаций в центрах фтизиопульмонологии.

III этап: 2024-2025 гг.

1. Внедрение профилактических программ среди населения (обучение, сан-просвет работа, ранняя диагностика ХОБЛ, ХЗН легких);;
2. Диспансеризация и реабилитация пульмонологических и фтизиатрических пациентов в амбулаторных условиях при ПМСП (санаторные группы).

Глава 7. Ожидаемые результаты концепции

1. Создание в РК фтизиопульмонологической службы со следующей структурой:
 - ННЦФ РК в виде головной организации под руководством главного фтизиопульмонолога РК и заместителями по фтизиатрии и пульмонологии (на время переходного периода)
 - центр по учету заболеваемости и смертности по болезням органов дыхания, включая туберкулез
 - 17 региональных фтизиопульмонологических центров согласно административно-территориальному делению
 - 4 региональных торакальных центра при фтизиопульмонологических центрах с тесным взаимодействием с ВУЗ медицинского профиля: Алматы, Нур-Султан, Актобе, Семей.
2. Наличие законодательных и иных правовых актов РК, нормативных документов Минздрава РК и ведомств.
3. Наличие клинических руководств, протоколов и стандартов диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов дыхания, включая ТБ.
4. Повышение качества ведения БОД на стационарном амбулаторном этапах.
5. Укрепление сотрудничества с ESTS School (Европейская школа торакальной хирургии).
6. Достижение Целевых показателей стратегии EndTB на 2025г. по заболеваемости и смертности от ТБ.
7. Снижение смертности от заболеваний органов дыхания.

Заключение:

Реализация настоящей Концепции позволит на основе ее принять программу и дальнейший план действий по борьбе с ТБ в Республике Казахстан, которые в свою очередь будут служить основой для разработки и принятия аналогичных программ и планов на региональном уровне. Позволит создать в Казахстане эффективную систему оказания медицинской помощи пульмонологическим больным, организации оказания торакальной хирургической помощи.

При этом станет возможным осуществление мониторинга реализации определенных направлений данной Концепции в условиях изменения текущей социально-экономической и медико-демографической ситуации с тем, чтобы своевременно вносить изменения в основные нормативные акты, программу и план.