

**Межрегиональная общественная организация
«Московское общество фтизиатров»**

ПРОТОКОЛ

**заседания МОО «Московское общество фтизиатров»,
посвященного Всемирному дню борьбы с туберкулезом (24 марта)**

г. Москва

9 апреля 2015 г.

Председатель:

Е.М. Богородская, доктор медицинских наук, президент МОО «Московское общество фтизиатров», директор ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», главный фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры фтизиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России.

Секретарь:

А.Г. Дудина, главный специалист отдела делопроизводства ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы».

Всего зарегистрировалось: 121 участник, представляющий следующие медицинские организации: ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (включая филиалы и структурные подразделения), ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. проф. Г.А. Захарьина ДЗМ», ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 ДЗМ», а также НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», кафедру фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России и кафедру фтизиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России.

Повестка дня заседания

1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в городе Москве. Докладчик – доктор медицинских наук Е.М. Богородская.
2. Новые противотуберкулезные препараты в режимах лечения туберкулеза. Докладчик – профессор С.Е. Борисов.
3. Проект порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и группами риска. Докладчик – Р.Р. Афанасьева.
4. Проект порядка работы медицинского персонала противотуберкулезных медицинских организаций в очаге туберкулеза. Докладчик – доктор медицинских наук И.В. Ноздреватых.
5. Об информационном портале Московского общества фтизиатров. Докладчик – А.В. Мохирев.

В начале заседания президент МОО «Московское общество фтизиатров» Е.М. Богородская поздравила с юбилеем и вручила почетную грамоту Общества заведующему отделением организации противотуберкулезной помощи в лечебно-профилактических учреждениях ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» А.В. Горбунову.

По пункту 1.

СЛУШАЛИ: Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в городе Москве.

ВЫСТУПИЛА:

Е.М. Богородская в ходе выступления сделала краткий обзор основных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в г. Москве, оценив ее как благоприятную. В соответствии с рейтингом ЦНИИ информатизации и организации здравоохранения, в 2012 г. Москва занимала 16-е место среди субъектов Российской Федерации по совокупности эпидемиологических показателей по туберкулезу, а в 2014 г. переместилась на второе.

Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в городе Москве существенно ниже, чем в среднем по России: смертность в 3,9 раза, заболеваемость – в 2,2, распространенность – в 3,7 раза, соответственно. В 2014 г.

показатель смертности от туберкулеза составил 2,87 на 100 тыс. населения (предварительные данные), а среди постоянного населения – 1,7. За два года число умерших от туберкулеза сократилось на 13,8%. В структуре клинических форм умерших от туберкулеза постоянных жителей г. Москвы фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) составляет 42%, диссеминированный туберкулез – 31%, милиарный – около 6%, казеозная пневмония – 4%, прочие формы – 20%. Поэтому предотвращение формирования ФКТ и эффективное лечение этих больных – основной резерв для повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий в целом. Минздрав России сформулировал на 2015 г. задачу для фтизиатров г. Москвы: снизить число умерших от туберкулеза на 40 человек. Это серьезная задача, так как около половины умерших не поддавались воздействию медицинских организаций.

В 2014 г. в г. Москве показатель заболеваемости туберкулезом составил 28,1 на 100 тыс. населения. В течение года заболело туберкулезом 3413 чел. – за два последних года число заболевших уменьшилось почти на треть. Эти данные были получены на фоне ежегодного охвата более 8,0 млн жителей Москвы профилактическими осмотрами, что свидетельствует об их достоверности. Среди впервые выявленных больных (включая умерших), доля постоянного населения составила только 57,0%, тогда как жителей иных субъектов Российской Федерации было 18,1%, иностранцев – 13,2%, лиц БОМЖ – 6,9% (еще 4,8% пришлось на контингенты ФСИН и другие ведомства). Доля мигрантов среди заболевших туберкулезом в г. Москве в шесть раз превышает общероссийский показатель и в 1,7 раза – показатель г. Санкт-Петербурга. Если бы все мигранты были выявлены по месту постоянной регистрации, то заболеваемость туберкулезом в Кыргызстане увеличилась бы на 14,7%, в Таджикистане – на 7%, в Азербайджане – на 4,6%, в Армении – на 4,3%, во Владимирской области – на 7%, в Республике Дагестан – на 6%, в Тверской и Тульской областях – на 3%. Сложно прогнозировать, какие показатели роста заболеваемости будут в этих государствах и регионах России, если представить гипотетическую ситуацию одновременного возвращения всех мигрантов на родину.

Среди постоянного населения г. Москвы заболеваемость с каждым годом все больше смещается в группы риска. В 2014 г. заболеваемость работающего населения составила около 8,3, страдающих алкоголизмом – около 90,0, неработающих трудоспособного возраста – около 110, безработных – около 130, потребителей психоактивных веществ – около 150, не обследованных флюорографически два и более года – около 170–175, а ВИЧ-инфицированных – около 1400 (на 100 тыс. каждой из данных групп населения). В общей сложности 75% впервые заболевших в г. Москве относятся к той или иной группе риска, а у остальных 25% тоже можно найти различные дефекты здоровья.

Пик заболеваемости пришелся в 2012 г. на возрастную группу 25–34 года; в 2013 г. у мужчин пик сместился в группу 35–44 года. В 2014 г. среди мужчин ситуация постепенно стабилизировалась, среди женщин возрастной группы 25–34 года пик стал более сглаженным, с годами он смещается в сторону более старших возрастных групп, являясь характерным признаком благоприятных изменений эпидемической ситуации по туберкулезу в целом.

К наиболее значимой группе риска заболевания туберкулезом в столице относятся больные ВИЧ-инфекцией. Доля коинфекции ВИЧ/туберкулез у впервые выявленных и состоящих на учете больных туберкулезом возрастает (в 2014 г. – 20,3% и 16,3%, соответственно), хотя абсолютное число коинфицированных больных немного уменьшилось: с 438 впервые выявленных в 2012 г. до 400 в 2014 г. (по форме 33). Это требует безотлагательной реализации комплекса мероприятий. Углубляется взаимодействие МНПЦ борьбы с туберкулезом с МГЦ СПИД (на его базе работает кабинет фтизиатра), заметно улучшилось состояние отчетности по формам 33 и 61. В отличие от пессимистического мнения зарубежных экспертов о тотальном ухудшении ситуации, можно отметить, что по сравнению с 2012 г. в 2014-м количество состоящих на учете в г. Москве больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез снизилось с 891 до 795 чел., то есть на 10,8%. Однако неблагоприятное влияние коинфекции ВИЧ/туберкулез на результаты лечения очень велико. Так, в когорте впервые выявленных в 2013 г. эффективность лечения таких больных составила только 51,2%, что, безусловно, сказалось на общем показателе эффективности (77,9%). Это обусловлено частым развитием при коинфекции ВИЧ/туберкулез распространенных процессов, туберкулеза множественных локализаций, наличием фоновых и сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний. С этим связана и высокая смертность больных коинфекцией (в когорте 2013 г. от всех причин скончалось 26,1% таких больных при общем показателе когорты 6,7%).

Заболеваемость детей в г. Москве в 2014 г. уменьшилась в сравнении с 2012 г. более чем в 3 раза: по форме 8 с 25,8 на 100 тыс. детского населения до 7,5 и по форме 33 – с 15,1 до 4,7 (по России в целом за этот период – только с 16,4 до 13,2 на 100 тыс. детского населения). Это обусловлено, в частности, внедрением новых методов диагностики (проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, широкое применение компьютерной томографии) и

активным выявлением ограниченных форм туберкулеза в предыдущие годы. Подкомиссия по туберкулезу у детей Центральной врачебной комиссии МНПЦ борьбы с туберкулезом работает активно, определены показания к постановке диагноза туберкулез при отклонениях, выявленных в ходе КТ-исследования, как у детей, так и у подростков.

Положение с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий (МБТ) среди впервые выявленных больных достаточно серьезное, однако показатель первичной МЛУ МБТ в 2013 г. составил 14,3%, что ниже, чем по России в целом (21,1%). В случаях рецидива МЛУ МБТ регистрируют в 2,5 раза чаще, чем у впервые выявленных больных, как среди постоянного населения, так и среди приезжих. Однако среди последних отмечено увеличение доли впервые выявленных больных с МЛУ МБТ. Согласно форме 33, на учет на конец 2014 г. состоит 481 больной туберкулезом органов дыхания с МЛУ МБТ (29,3% от числа больных с бактериовыделением). Взят курс на максимально полное взятие этих больных на лечение по режимам IV и V, обеспеченность препаратами резервного ряда и новыми противотуберкулезными препаратами в г. Москве составляет 98% от потребности. Опыт показывает, что в субъектах Российской Федерации распространенность туберкулеза с МЛУ МБТ растет до момента внедрения режимов, ориентированных на широкую лекарственную устойчивость (ШЛУ), обеспечения всех необходимыми препаратами при госпитализации всех больных. При своевременной изоляции источника туберкулеза с МЛУ МБТ возможно до 50% снизить заболеваемость среди контактов такого случая. В 2014 г. распространенность туберкулеза с МЛУ МБТ в г. Москве составляла 4,0 на 100 тыс. населения (по России в целом – 24,8).

Структура системы противотуберкулезной помощи в г. Москве продолжает модернизироваться с учетом необходимости обеспечить преемственность в ее работе. ГКУЗ «Туберкулезный санаторий № 58 ДЗМ» вошел в состав ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. проф. Г.А. Захарьина ДЗМ», на базе которой открывается костно-суставное отделение. В ГКУЗ «Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ» развернуто 200 коек для психиатрических больных туберкулезом, переведенных из ГКУЗ «Психиатрическая больница № 16 ДЗМ». ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 ДЗМ» будет реорганизована и передана в ведение Московской области.

Внедряется картографический метод работы в очагах, который распространяют и на учет результатов туберкулинодиагностики и проб с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. В 2014 г. на учет взято на 20 тыс. больше лиц из контактов, среднее число обследованных лиц – контактов бациллярного больного возросло с 5,1 до 14,8. Заболеваемость в очагах снизилась, на это оказали влияние и химиопрофилактика, и постоянно идущие обучающие циклы для врачей, и психологическая помощь.

Приоритетными направлениями противотуберкулезной работы в г. Москве в настоящее время являются:

- индивидуальная работа с лицами из групп риска, особенно с пациентами с нарушениями иммунитета;
- санитарная и специфическая профилактика;
- многоэтапная работа в очагах;
- своевременное качественное выявление больных туберкулезом;
- индивидуальная работа с больным туберкулезом на всех этапах, с их маршрутизацией; отслеживание контактов;
- эффективное использование коечного фонда, медицинского оборудования и квалифицированных кадров;
- мониторинг всех мероприятий.

В.Ю. Мишин, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, высказался в поддержку картографического метода (разработанного, по его словам, на кафедре МГМСУ) и его внедрения в работу кабинета для больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ с параллельной регистрацией на карте контактов больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. Он также выразил озабоченность последствиями присоединения туберкулезного санатория № 58 к ТКБ № 3 им. проф. Г.А. Захарьина, указав на неудовлетворительное состояние материальной базы санатория и на необходимость помощи Департамента здравоохранения в организации специального корпуса для больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

Е.М. Богородская прокомментировала данный вопрос, уточнив, что везде противотуберкулезные учреждения не могут похвастаться своим физическим состоянием, повсеместно необходимо приведение их в соответствие с требованиями противопожарного, санитарно-эпидемиологического режима. Идет сокращение коечного фонда, но далеко не все корпуса находятся в плохом состоянии, идут работы, чтобы на каждого больного приходилось 8 м² в соответствии с действующими СанПиН, в детских подразделениях везде проведен или ведется ремонт.

По пункту 2.

СЛУШАЛИ: Новые противотуберкулезные препараты в режимах лечения туберкулеза.

ВЫСТУПИЛИ:

Е.М. Богородская в качестве вступления сообщила, что данный вопрос поставлен на повестку дня в связи с продолжающимся обсуждением приказа № 109 и необходимостью проанализировать опыт МНПЦ борьбы с туберкулезом в повышении эффективности противотуберкулезной помощи.

С.Е. Борисов, заместитель директора по научно-клинической работе ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», в своем докладе отметил, что необходимость новых режимов этиотропного лечения туберкулеза продиктована необходимостью сокращения сроков лечения, эффективного воздействия на лекарственно-устойчивые штаммы МБТ, снижения частоты побочных эффектов, эффективного лечения латентной туберкулезной инфекции и оптимизации сочетанного лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Основными направлениями совершенствования режимов этиотропной терапии являются: оптимизация использования имеющихся противотуберкулезных препаратов (ПТП), создание новых лекарственных форм существующих противотуберкулезных средств, включая комбинированные препараты, создание аналогов имеющихся противотуберкулезных средств, использование существующих антибактериальных препаратов широкого спектра действия, создание новых препаратов с избирательной антимикобактериальной активностью и, наконец, сочетание антимикобактериальной терапии с иными видами лечения.

В настоящее время при лечении больных туберкулезом широко используют антибактериальные препараты широкого спектра действия – фторхинолоны, линезолид, кларитромицин/азитромицин, карбапенемы (имипенем + циластатин, меропенем), сочетание амоксициллина и клавулановой кислоты, клофазимин (противолепрозное средство), метронидазол. Проходят II–III фазы клинических исследований новые препараты с антимикобактериальным действием: деламанид (OPC67683, дигидроимидазооксазол), претоманид (PA-824, нитроимидазооксазин), этилендиамин (SQ109, аналог этамбутола), сутезолид (PNU-100480, оксазолидинон), препарат AZD5847 (оксазолидинон). Препараты бедаквилин (TMC207, диарилхинолин) и тиюреидоиминометилпиридиния перхлорат уже зарегистрированы в России в качестве ПТП и доступны под торговыми названиями Сиртуро® и Перхлозон®.

Однако до настоящего времени не решены вопросы формирования режимов химиотерапии, основанных на использовании в первую очередь новых, наиболее эффективных ПТП. Несмотря на то что последнее «временные» рекомендации ВОЗ, Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания (издание второе, г. Москва, 2014) и методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания, утвержденные приказом Минздрава России от 29 декабря 2014 г. № 951, упоминают новые антимикобактериальные препараты в режимах химиотерапии, некоторые из них так и не зарегистрированы в качестве ПТП, что требует их назначения только в индивидуальном порядке по жизненным показаниям через врачебную комиссию медицинской организации.¹ Клинических исследований эффективности и безопасности режимов, включающих несколько новых антимикобактериальных препаратов, не имеется и в обозримом будущем не ожидается.

В г. Москве созданы все условия для реализации новых режимов химиотерапии больных туберкулезом с МЛУ и ШЛУ МБТ: образованы централизованная молекулярно-генетическая и микобактериологическая лаборатории, оснащенные по последнему слову техники и регулярно снабжаемые расходными материалами, обеспечена возможность проведения в полном смысле слова интенсивной фазы химиотерапии (возможность закупки любого ПТП и средств «сопровождения химиотерапии», наличие достаточного количества коек, квалифицированные кадры), реализован комплексный подход к лечению больных с оказанием психологической и социальной поддержки, доступность хирургического лечения, обеспечена преемственность работы стационара и амбулаторного звена, работает подкомиссия Центральной врачебной комиссии по туберкулезу с МЛУ МБТ, ведется полицейский мониторинг больных.

На базе клиник и филиалов МНПЦ борьбы с туберкулезом проведено несколько научных исследований режимов химиотерапии туберкулеза, включающих новые ПТП. Все они основаны на строгой регламентации включения новых ПТП в режимы химиотерапии в сочетании с препаратами основного и резервного ряда: только по решению Центральной врачебной комиссии и только при невозможности сформировать режим как минимум из четырех реально эффективных ПТП либо когда МЛУ сочетается с надежно подтвержденной устойчивостью МБТ к любому фторхинолону или к канамицину/капреомицину. Мониторинг эффективности и безопасности подобных режимов химиотерапии проводится централизованно и по единой схеме.

¹ См. Туберкулёз и социально значимые заболевания. – 2015. – № 1. – С. 51–55.

Первым этапом исследований было освоение режимов, включающих резервные ПТП (в том числе фторхинолоны последнего поколения) и антибактериальные препараты широкого спектра действия с антимикобактериальной активностью – в первую очередь линезолид, а также карбапенемы, макролиды, ампициллин в сочетании с клавулановой кислотой.

На *первом этапе* в нерандомизированное открытое одноцентровое проспективное клиническое исследование включено 100 больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением и установленным наличием МЛУ (63 чел.) или ШЛУ (37 чел.) МБТ, из них впервые выявленными были 30 пациентов, а 70 проходили повторные курсы лечения (с длительностью заболевания от двух до 20 лет), причем 27 чел. были ранее прооперированы по поводу туберкулеза. У всех больных формирование и длительная реализация адекватного, содержащего не менее четырех ПТП с достоверной эффективностью, режима химиотерапии были невозможны без включения линезолида и иных препаратов с антимикобактериальной активностью вследствие разнообразия спектров лекарственной устойчивости МБТ, наличия клинических противопоказаний и развития в ходе лечения тяжелых нежелательных побочных реакций (НПР).¹ В режим химиотерапии были включены линезолид (100%), фторхинолон (100%), циклосерин или теризидон (88%), пипразинамид (79%), протионамид (60%), капреомицин (48%), аminosалициловая кислота (45%), этамбутол (28%), канамицин (16%), макролиды (13%), карбапенемы (16%), а также изониазид в высоких дозах (39%).

К концу 32-й недели лечения прекращение бактериовыделения по посеву мокроты в целом было достигнуто в 95,0% случаев (95 из 100 чел.), при МЛУ МБТ – в 98,4% (95%ДИ 95,3, 100,0%; 62 из 63 чел.), при ШЛУ МБТ – в 91,9% (95%ДИ 83,1, 100,0%; 33 из 37 чел.). У 21 больного с распространенным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких была обеспечена возможность проведения пневмонэктомии, причем наблюдали отсутствие летальности и случаев прогрессирования специфического процесса.² Серьезные НПР (III–IV ст.) отмечены у 56,0%, в том числе линезолиду они были атрибутированы у 10,0% и макролидам – у 2,0% пациентов.

Результаты исследования показали, что режимы химиотерапии, содержащие линезолид в сочетании с противотуберкулезными препаратами второго ряда и, при необходимости, иными антибактериальными препаратами широкого спектра действия («пятая группа» ВОЗ), высокоэффективны при туберкулезе с МЛУ/ШЛУ МБТ, несмотря на длительное предшествующее неэффективное лечение. Подобные режимы переносятся вполне удовлетворительно и спектр серьезных НПР при их реализации не отличается от наблюдаемых при использовании только ПТП резерва. В то же время установлено, что случаи неэффективного лечения (три из четырех) связаны с невозможностью назначить режим химиотерапии, включающий как минимум четыре достоверно эффективных препарата с антимикобактериальным действием.

Вторым этапом явилось исследование эффективности и безопасности режимов химиотерапии, включающих новый противотуберкулезный препарат бедаквилин. Проспективное открытое нерандомизированное одноцентровое исследование на начало апреля 2015 г. включило 54 больных туберкулезом легких в возрасте от 18 до 73 лет, 68,5% мужчин, 20,4% – впервые выявленных, 3,7% – с рецидивами, 13,0% – после прерывания и 63,0% – после неэффективной терапии. МЛУ МБТ выявлена у 42,6%, ШЛУ – у 57,4%. Полости распада имелись в легочной ткани у 87,0%, двустороннее поражение легочной ткани – у 61,1% пациентов. Помимо бедаквилина в режим химиотерапии включали, с учетом спектра ЛУ МБТ и переносимости ПТП, линезолид (96,3%), циклосерин или теризидон (81,5%), фторхинолон (70,4%), капреомицин (46,8%), протионамид (29,6%), аminosалициловую кислоту (27,8%), пипразинамид (18,7%), этамбутол (13,0%). Если не удавалось сформировать четырехкомпонентный режим, включали макролиды (38,9%), меропенем (9,5%), амоксициллин + клавулановую кислоту (1,9%), изониазид в высоких дозах (3,7%).

Лечение по плану (24 нед.) завершили 47 пациентов (87,0%). Из них выраженное клиническое улучшение отмечено у 81,4%, рентгенологическое – у 85,1%, прекращение бактериовыделения – у 83,3% (медиана срока – 4 нед., ИКР – 2,0–11,5 нед.). Частота и сроки конверсии мокроты не различались у пациентов с ШЛУ и МЛУ МБТ, но выявлена достоверная ($p < 0,05$) связь сохранения бактериовыделения с наличием крупных полостей. 12 эпизодов НПР III–IV ст. тяжести отмечены у 11 пациентов (20,4%): по три случая лекарственных поражений печени и гиперэозинофилии, по два случая удлинения интервала QTc до 520 мс и более и рвоты, потребовавшей внутривенной регидратации,

¹ См. Туберкулёз и социально значимые заболевания. – 2015. – № 2. – С. 74–76.

² См. Туберкулёз и социально значимые заболевания. – 2015. – № 3. – С. 55–56.

и по одному – гиперкалиемии в сочетании с азотемией и выраженной анемии ($Hb < 69$ г/л). Прием бедаквилина из-за НПР полностью прекращен у трех (5,6%) пациентов и временно – еще у трех.

Таким образом, доказано, что режимы химиотерапии, содержащие бедаквилин в сочетании с ПТП резерва и, при необходимости, включающие активные в отношении МБТ антибактериальные препараты широкого спектра действия, высокоэффективны при туберкулезе с МЛУ и ШЛУ МБТ и хорошо переносятся больными.¹

Важнейшей практической задачей в настоящее время является определение необходимой длительности курса лечения, что требует учета распространенности инфильтративных и деструктивных изменений в легких, темпов инволюции процесса (включая динамику бактериовыделения), наличие осложнений, состояние функциональных систем организма, применение методов коллапсотерапии и бронхоблокации, хирургические вмешательства, состояние сопутствующих заболеваний.

По пункту 3.

СЛУШАЛИ: Проект Порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и группами риска, докладчик – зам. главного врача по амбулаторно-поликлинической работе ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» Р.Р. Афанасьева.

ПОСТАНОВИЛИ: одобрить проект Порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и группами риска, по результатам голосования: за проект – 114 человек, против – нет, воздержались – 7.

По пункту 4.

СЛУШАЛИ: Проект Порядка работы медицинского персонала противотуберкулезных медицинских организаций в очаге туберкулеза, докладчик – зам. главного врача по эпидемиологии ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», доктор медицинских наук И.В. Ноздревых.

ПОСТАНОВИЛИ: одобрить проект Порядка работы медицинского персонала противотуберкулезных медицинских организаций в очаге туберкулеза, по результатам голосования: за одобрение проекта – единогласно.

По пункту 5.

СЛУШАЛИ: Об информационном портале Московского общества фтизиатров.

ВЫСТУПИЛ:

А.В. Мохирев, менеджер ООО «Ин Тренд», представил доклад об информационном портале МОФ. Цель данного проекта – обеспечить доступность профильной информации для медицинских работников, создав первый специализированный сайт для фтизиатров и специалистов в области других социально значимых заболеваний. На сайте планируется размещать:

- регистр всех нормативных документов (рекомендаций, инструкций, приказов) начиная с 1971 г.;
- архив образовательных мероприятий МОФ и РОФ (фото-, видеоматериалы, презентации, лекции);
- анонсы международных событий профильной тематики (съездов, конгрессов, конференций).

Также там будет представлена информация по противотуберкулезным препаратам, зарегистрированным в мире и в Российской Федерации, включая статьи, методические рекомендации. Будет организован доступ в режиме реального времени к журналу «Туберкулез и социально значимые заболевания» с одновременным обновлением при выходе в свет новых номеров журнала. На сайте откроется профессиональный форум, будут представлены блоги ведущих ученых в области фтизиатрии и других социально значимых областей медицины.

*Председатель
Секретарь*

*Е.М. Богородская
А.Г. Дудина*

¹ Подробнее итоги исследования содержащих бедаквилин режимов химиотерапии представлены в статье, опубликованной в журнале «Туберкулез и социально значимые заболевания», 2015, № 3, С. 30-49.